

Doktoravhandling

Doktoravhandling ved NTNU, 2022:316

Merethe Wenaas

Brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser

- en kvalitativ studie innen rustjenester

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Avhandling for graden
philosophiae doctor
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

Merethe Wenaas

Brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser

- en kvalitativ studie innen rustjenester

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, november 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Avhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid

© Merethe Wenaas

ISBN 978-82-326-6990-5 (trykt utg.)

ISBN 978-82-326-6465-8 (elektr. utg.)

ISSN 1503-8181 (trykt utg.)

ISSN 2703-8084 (online ver.)

Doktoravhandling ved NTNU, 2022:316

Trykket av NTNU Grafisk senter

Takk

Endelig kom jeg i mål med to år på overtid. Dette har vært som å reise med berg og dalbane. Det har vært oppturer og nedturer, omveier og blindveier. Lite visste jeg at datamengden skulle bli så massiv, eller at strukturelle innvirkninger av pandemier skulle komme. Læringskurven har vært bratt og lang, men mest berikende.

Jeg hadde ikke klart dette alene. Det er mange å takke. Først og fremst til mine informanter som velvillig har stilt opp til intervju og delt sine erfaringer med meg. En helt spesiell varm takk går til brukerne som har vært helt fantastisk og har gjort denne studien mulig. Dere er i mine tanker, hver og en.

Hovedveileder Riina Kiik har vært min bauta for å holde fokus i sosialt arbeid. Hun har hjulpet meg til å få overblikket på hovedlinjene igjennom prosjektet. Riina, dine refleksjoner har vært uunnværlig for meg.

Biveileder Helle Wessel Andersson som har vært min inspirasjon til å realisere prosjektet og fulgte meg helt fra starten. Helle, ditt årvåke blikk og dyktighet har fått meg på rett spor.

Sist, men ikke minst, biveileder Anne Juberg, som har vært min aller nærmeste i dette prosjektet. Anne; alltid nær og klok, støttende og faglig engasjert.

Dere har alle vært helt fantastiske, stor takk!

En spesiell takk går til medforfatter Nina Kavita Heggen Bahl. Nina, tålmodig og dyktig, rolig og fattet – vi kom i mål.

En stor takk til Helse Møre og Romsdal FIUK som hadde troen på prosjektet og ga meg full finansiering i 4 år. En spesiell honnør for at dere har satset på kvalitativ forskning. Uten finansiering hadde prosjektet aldri vært mulig.

Videre takker jeg St.Olavs, Korus, med Kristin Tømmervik i spissen som supplerte finansieringen når prosjektet gikk på overtid. Kristin, takk for din optimisme og troen på at jeg ville lykkes. Våre samtaler har vært oppløftende.

En stor takk til min arbeidsgiver, Molde behandlingssenter: dere har vært min største heia-gjeng. Kollegaer og ledere. En helt spesiell takk går til Ole Lorvik, Siv Kvamme, Kari Marie

Nesseth, Ann Kristin Hovden og Helga Ormbostad. Og til slutt, en stor takk til Eli Otterholt som har inspirerte meg til å forske.

Det kjæreste jeg har, mine tre barn, Oliver, Malvin og Linnea – jeg er så takknemlig for deres tilstedeværelse og støtte. Dere har normalisert at kjøkkenbordet har vært full av artikler, bøker og PC. Uten deres forståelse, raushet og fleksibilitet ville veien til målet blitt komplisert. Hjertelig tusen takk.

Takk også til mine foreldre og søstre som har stilt opp på kort varsel når utfordringer med logistikken i hjemmet har meldt seg. Ikke minst for motiverende ord og inspirasjon når oppoverbakkene har vært tunge. Dere har trofast heiet meg frem.

I tillegg er det mange andre jeg har møtt på min vei gjennom prosjektet som har gitt meg faglig påfyll og inspirasjon. Det finnes så utrolig mange begavede og dyktige mennesker der ute.

Tusen takk!

Merethe

Oversikt over avhandlingens artikler

Artikkel 1

Wenaas, M., Andersson, H. W., Kiik, R., & Juberg, A. (2021). User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 190-203.

Artikkel 2

Wenaas, M., Bahl, N.K.H, Kiik, R. & Juberg, A. (2021). Patient Assessments of the Factors Facilitating and Impeding User Involvement During the First Phase of Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15: 1–10

Artikkel 3

Wenaas, M., Andersson, H.W., Juberg, A & Kiik, R. (under fagfelle vurdering). Brukermedvirkning i et spenningsforhold - mellom brukerbehov og organisatoriske krav i rustjenesten. *Tidsskrift for velferdsforskning*

Sammendrag

Studiens formål er å få økt kunnskap om hvordan mennesker med ruslidelser opplever å få medvirke i helse- og sosialtjenester de har behov for. Studien har et nedenfra-perspektiv, der både brukernes og tjenesteutøvernes sine forståelser av brukermedvirkning er utforsket. Studiens kontekstuelle ramme er praksiser hvor ansiktsnære relasjoner inngår. Studien har belyst de kontekstuelle og relasjonelle rammene som reflekterer de rådende organisatoriske diskurser som omslutter tilrettelegging av brukermedvirkning. Avhandlingens overordnede problemstilling er: *Hva fremmer og hemmer brukermedvirkning i tjenester for mennesker med ruslidelser?*

Studiens empiriske materiale er basert på kvalitative intervjuer med 16 brukere med ruslidelser og 22 tjenesteutøvere fra rustjenestene. Samlet inngår 52 intervjuer med brukere og 28 intervjuer med brukernes sentrale tjenesteutøvere i materialet. Tjenesteutøverne er ansatt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), i arbeids- og velferdsetaten (NAV) og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det gjennomført observasjon av 32 samarbeidsmøter, hvorav 10 behandlingsmøter og 22 ansvarsgruppemøter. Brukerne ble fulgt over en tidsperiode fra ca. 3 – 9 måneder, og alle data er innsamlet i tidsrommet 2016-2017. Studiens analytiske tilnærming er fenomenografisk.

Studien er forankret i et sosialkonstruktivistisk grunnsyn, noe som innebærer at forståelsen av brukermedvirkning vil endres i takt med sosiokulturelle forhold i omgivelsene, verdier og diskursive praksiser. Funnene diskuteres i lys av Michel Foucault sine maktanalyser.

Studiens overordnede funn:

i) En forutsetning for å fremme brukermedvirkning er at brukererfaringer gyldiggjøres. Brukere i denne studien oppfattet å ha en underordnet rolle i samarbeidet med sine tjenesteytere, og deres subjektive erfaringer ble i liten grad etterspurt. Når brukererfaringer ikke gyldiggjøres, vil dette opprettholde maktubalansen mellom partene og hemme brukermedvirkning.

ii) Velferdsstatens målsettinger er tvetydige. Velferdsstaten har desentralisert ansvaret for å realisere brukermedvirkning til de tjenesteyterne som inngår i ansiktsnære relasjoner, uten at dette er artikulert i styringsdokumenter. Tjenesteutøvere oppfatter den overordnede målsettingen om brukermedvirkning som diffus og udefinert, noe som gir motstridende forventninger når målene skal oppnås i praksis. Brukerne betraktet at tjenesteutøvernes ansvar og funksjon framsto som uklare, noe som bidro til at brukers forventninger til hva tjenesten kunne bistå med ble uoversiktlige.

iii) Organisatoriske kapasitetsproblemer reduserer mulighetene for brukermedvirkning. De overordnede målene er entydig og lineært formulerte, og problemenes kompleksitet er tildekket. De organisatoriske kapasitetsproblemer underkommuniseres i tilrettelegging av brukermedvirkning. En sentral strategi hos tjenesteutøverne var å realitetsorientere bruker om tjenestens begrensinger, i den hensikt å dempe brukers forventninger og presset på egen arbeidshverdag. I realiteten er dette noe som vil hemme brukermedvirkning.

De foreliggende funnene kan relateres til *to overordnede diskurser* for offentlig styring som kan innvirke både på vilkårene for, - og graden av oppfyllelse av brukermedvirkning i rusfeltet. Den ene trekker på markedsliberalistiske styringsprinsipper og den andre er bærer preg av økt medikalisering og objektivert kunnskap. De sosiale aspektene ved brukernes situasjon tildekkes.

Denne avhandlingen konkluderer med at det kreves andre tilnærminger enn det dagens organisatoriske rammebetingelsene gir, i realisering av brukermedvirkning i ansiktsnære relasjoner. Velferdsstatens tvetydighet i målsetting om brukermedvirkning bør artikuleres og forankres både på et lokalt – og sentralt styringsnivå for at reell brukermedvirkning skal fremmes.

Avhandlingens bidrag er å utfordre rusfeltets rådende prinsipper for utvikling av praksiser, og fremheve viktigheten av at subjektforståelsen gis betydning. I videre forskning synes det viktig å utforske hvordan brukermedvirkning kan gjennomføres innenfor mer relasjonelt forankrede praksiser og gjøre subjektforståelsen til et premiss for brukermedvirkning.

Summary

The aim of this study was to generate expanded knowledge on how people with substance abuse problems experience to participate within those social and health from which they need services. The study has taken on a bottom – up perspective, in which both the service users` and service providers` views on user involvement have been explored. Practices in which service users and providers meet face -to- face constitute the contextual frame of the study. The study has also aimed at eliciting the contextual and relational frames which reflect the prevailing organizational discourses on how user involvement should be facilitated. The primary problem to be addressed is which factors that promote or restrain user involvement in services for people with substance use disorders.

The empirical material of the study is based on qualitative interviews with 16 service users with substance use disorders and 22 service providers from substance services. Totally, the material embraces 52 user interviews and 28 interviews with those services providers that had the most pivotal roles in the current situations of the service users. The service providers were employed in the Norwegian interdisciplinary specialist substance treatment service, in the Norwegian labor and welfare service (NAV) or in primary health and care services. In addition, observations during 32 collaboration meetings were conducted, among which 10 were treatment meetings and 22 interdisciplinary responsible team meetings. The service users were followed up for a period of ca. 3 – 9 months and all data were collected during the years 2016-2017. A phenomenographic analytical approach was chosen.

The study is based on social constructivism as a basic principle; something which implicates a view on user involvement as something which changes according to sociocultural conditions in the practice environment, values and discourses. The findings of the study are discussed in line with Michel Foucault`s analyses of power.

The primary findings of the study:

i) A precondition for promotion of user involvement is validation of user experience. The service users experienced that they had a position that was subordinate to the role of the service providers in collaboration settings. Their subjective experiences were to a little extent in demand. When the experiences of the user are not validated, the imbalance between the parties will be maintained and user involvement inhibited.

ii) The aims of the welfare state are ambiguous. The welfare state has decentralized the responsibility for realization of user involvement and transferred it to those service providers that daily have face-to-face contact with service user, without its being communicated in governmental documents. Service providers experienced the primary aim of user involvement as vague and poorly defined, something which creates contradictory expectations when attempts at implementing user involvement are made. The service users conveyed that the responsibility and function of the service providers appeared to them as unclear, something which made the users' expectations towards the assisting capacity of the services become uncertain.

iii) Problems with organizational capacity reduce the possibilities for user involvement. The primary aims are unambiguous and linearly formulated, and the complexity of the problems is masked. Capacity problems within organizations are also undercommunicated. A central strategy is to inform the user about the limitations of the service, in order to dampen user expectations and the pressure that the service provider experiences at work. This is in reality also something which may dampen user involvement.

The present findings may be related to primary discourses on governmental steering that may influence both the preconditions for and the extent to which aims of user involvement is fulfilled in substance abuse services. One of them is drawing on market liberal perspectives on steering and the second is characterized by medicalization discourse and a view on knowledge as objectifiable. The social aspects of the user's life situation are overshadowed or concealed.

This thesis concludes that other approaches than those promoted within the existing framework conditions should be developed to strengthen street – level practices. The ambiguous aims of the welfare state must be articulated and rooted both on the local and central level if user involvement is to be further promoted.

An aim of the thesis was to challenge the prevailing principles for development of practices within substance services at to emphasize the centrality of how the subject perceives the world. In further research within this area it seems important to explore how user involvement may be implemented within more relationally based practices and thus shape the ground for a user involvement that accommodates subjective experience.

Vedlegg

- I. Artikler
- II. Regional etisk komité
- III. Intervjuguide brukere
- IV. Intervjuguide ansatte
- V. Samtykkeskjema bruker
- VI. Samtykkeskjema ansatte

Innhold

1	Introduksjon	11
1.1	Avhandlingens mål og problemstilling	13
1.2	Innledende avklaringer av sentrale begrep.....	14
1.2.1	Brukermedvirkning	14
1.2.2	Bruker eller pasient	15
1.2.3	Rus og ruslidelser.....	16
1.2.4	Salutogenese	16
1.2.5	Tjenesteytere.....	17
1.2.6	Velferdsstat og styring.....	17
1.3	Avhandlingens videre oppbygging	17
2	Perspektiver på brukermedvirkning.....	18
2.1	Brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser	18
2.2	Begrunnelser for brukermedvirkning	21
2.3	Brukers erfaringer med å få medvirke	26
2.4	Tjenesteyters forståelse av brukermedvirkning.....	28
2.5	Organisatoriske forhold og praktisering av brukermedvirkning	30
2.6	Avhandlingens bidrag til eksisterende forskning på brukermedvirkning.....	31
3	Teoretiske perspektiv	32
3.1	Et sosialkonstruktivistisk vitenskapssyn	32
3.2	Foucault og makten.....	34
3.2.1	Moderne styring og governmentality.....	35
4	Forskningsdesign og metode.....	38
4.1	Kvalitativ forskningsmetode.....	38
4.1.1	Kvalitativt intervju	38
4.1.2	Deltakende observasjon.....	39
4.1.3	Forskningsetiske godkjenning	40
4.2	Den kontekstuelle rammen for datainnhenting.....	40
4.3	Utvalget – presentasjon av informantene.....	41
4.3.1	Hvem er brukerne?.....	41
4.3.2	Hvem er tjenesteutøverne?	43
4.4	Rekruttering og tilnærming til datainnhenting	44
4.4.1	Rekruttering av brukerne	44
4.4.2	Rekruttering av tjenesteutøverne	44
4.5	Intervju	45
4.5.1	Intervju med brukerne	45

4.5.2	Intervju med tjenesteutøvere	47
4.6	Deltakende observasjon og feltnotat	49
4.7	Analyseprosessen	51
4.8	Avhandlingens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet.....	54
4.9	Etiske betraktninger om min forskerrolle	57
5	Presentasjon av artikler og hovedfunn	60
5.1	Artikkel 1.....	60
5.2	Artikkel 2.....	62
5.3	Artikkel 3.....	64
5.4	Oppsummering av funn i artiklene.....	65
6	Drøfting.....	67
6.1	Brukererfaringer ugyldiggjøres i kunnskapsdiskursen	67
6.2	Velferdsstatens målsettinger er tvetydige	73
6.3	Organisatoriske kapasitetsproblem reduserer vilkår for brukermedvirkning.....	77
7	Avsluttende refleksjoner	81
7.1	Implikasjoner for praksis	84
7.2	Studiens bidrag og veien videre	85

1 Introduksjon

«- å bli presset til ting som jeg absolutt ikke vil, det har jeg gjort for mye. Å bli stilt opp til en vegg; enten gjøre det ellers får jeg ikke hjelp. Det har nok med det at jeg ikke er tydelig nok ...» (Emil, 23 år)

Emil var en av informantene i studien som danner det empiriske grunnlaget for denne avhandlingen. Han var, i likhet med de andre informantene mine, innlagt i rusbehandling for sin ruslidelse. Dette var første gang han var i rusbehandling, men han hadde tidligere hatt sporadisk kontakt med NAV og kommunale hjelpetjenester i mange år. Han er yngst i en søskenflokk på fem. Mor er alkoholisert, og far har vært fraværende i hele hans liv. Emil debuterte på alkohol som 12 åring, og på illegale rusmidler som 14 åring. Han har fortalt at amfetamin ga han ro og fjernet angst. Han brukte også amfetamin mens han gikk på skolen uten at omgivelsene la merke til det. Han har ingen formell utdanning utover grunnskolen. Emil har vært fengslet to ganger, første gang som 18 åring og begge gangene i høysikkerhetsfengsel.

Utsagnet ovenfor kom fram i et intervju i etterkant av et ansvarsgruppemøte. Tema for møtet var Emils hverdag etter døgnutskrivelse. Møtedeltakerne, utenom Emil og meg som observatør, var tjenesteutøvere fra NAV, den kommunale rustjenesten og spesialisthelsetjenesten. Emil hadde et sterkt ønske om å få videreført arbeidsavklaringsstønden fra NAV etter døgnbehandling, med mål om å søke på voksenopplæring for å fylle opptakskrav for fagbrev som helsefagarbeider. Han hadde misligholdt lån – og stipendordningen i Statens lånekasse, og mistet derfor muligheten til å få finansiering gjennom ordinær studiestøtte. Tjenesteyterne som deltok i møtet påpekte at Emils rushistorikk ville stenge hans muligheter til å få jobb som helsefagarbeider, og anmodet han om å umiddelbart legge denne planen «på is», og heller komme seg i et annet lønnet arbeid. Emil ble derfor ikke møtt på sine ønsker, men ble tilbudt et jobbkurs som var et tiltak gjennom NAV- tjenesten. Tilbudet var ellers det eneste som forelå, det var ingen alternativer å velge blant. Emil klandret seg selv for å ikke ha kommunisert sine ønsker tydelig nok. Han kjente seg presset til å gjøre det som var forventet av han. Emils erfaringer med å få medvirke

i de helse- og sosialtjenestene han har behov for, illustrerer tematikken for denne avhandlingen.

Gjennom mange år som sosialarbeider, både i kommunale rustjenesten og i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har jeg møtt mange personer som har lignende erfaringer som Emil. Mange av dem har levd i flere år med skadelig bruk av rusmidler og har udekket primærbehov. De mangler bolig, jobb/utdanning, økonomisk trygghet og sosial tilknytning. Livet med skadelig bruk av rusmidler har bidratt til individuelle omkostninger i form av uhelse, utenforskap og i noen tilfeller kriminalitet. Brukernes behov er komplekse og krever bistand fra flere hjelpeinstanser på samme tid. Det er blitt tydeliggjort i velferdsstatens styringsdokumenter at brukermedvirkning er av overordnet verdi. Brukerens stemme skal høres og vektlegges i tjenesteutformingen, ellers er det vanskelig å lykkes med å gi helhetlige tjenester til mennesker med ruslidelser. Likevel er det mye som tyder på at det kan være vanskelig for overordnede styringsorganer å ta inn over seg dynamikken og kompleksiteten i livene til dem som er avhengige av hjelpeinstansene og samhandlingen mellom dem.

Min forskningsinteresse har vokst fram gjennom min deltakelse i praksisfeltet og i møte med enkeltmennesker i livskriser. Som tjenesteutøver i rusfeltet gjennom 20 år, har jeg vært med på flere politiske endringer som har medført omorganiseringer, nye retningsreformer og nye faglige diskurser, og som har krevd omstillinger og utvikling av praksiser.

I min rolle som sosialarbeider og tjenesteutøver har jeg kjent på utfordringene i «begge leirer», dvs. utfordringene som både brukere og tjenesteutøvere møter. Samhandlingsvansker og utydelig avgrensede ansvarsområder hindrer tjenesteutøvere i å yte helhetlige tjenester for brukere. Jeg har reflektert mye over dette med at brukermedvirkning er blitt et allment og innarbeidet begrep og noe som de fleste kan enes om er viktig og bra, samtidig som eksisterende forskning viser at mange brukere ikke opplever å få medvirke i sin sak. Jeg har vært opptatt av brukermedvirkningens potensiale, og har undret meg over hvilke diskurser den hviler på. Jeg så behov for å utvide det kunnskapsgrunnlaget man allerede har på området, og har søkt kunnskap hos dem som brukermedvirkning er ment å virke for, nemlig de brukerne som mottar rustjenester.

1.1 Avhandlingens mål og problemstilling

Studiens formål er å få økt kunnskap om hvordan mennesker med ruslidelser opplever å få medvirke i helse- og sosialtjenester de har behov for. Studien har et nedenfra-perspektiv, der både brukernes og tjenesteutøvernes sine forståelser av brukermedvirkning er utforsket. Som studiens kontekstuelle ramme har jeg valgt to sentrale kontekster hvor ansiktsnære relasjoner inngår; tverrfaglige samarbeidsmøter (ansvarsgruppemøter) og første fase av et rusbehandlingsopphold i TSB.

Avhandlingens overordnede problemstilling:

- *Hva fremmer og hemmer brukermedvirkning i tjenester for mennesker med ruslidelser?*

Den overordnede problemstillingen søkes besvart ved følgende tre delproblemstillinger:

- i. Hvilke erfaringer har brukere med å medvirke i tverrfaglige samarbeidsmøter? (artikkel 1)
- ii. Hvilke erfaringer har brukerne med å få medvirke i første fase av rusbehandling? (artikkel 2)
- iii. Hvordan forstår tjenesteytere fra helse – og sosialtjenester brukermedvirkning og hvilken betydning tillegger de brukermedvirkning i sitt arbeid med mennesker som har ruslidelser? (artikkel 3)

De to første delproblemstillingene tar utgangspunkt i *brukerens perspektiv*, mens den tredje har som mål å utforske *tjenesteyters perspektiv*. I artikkel 1 var målet mer spesifikt å undersøke hvordan brukerne opplevde å få medvirke i ansvarsgruppemøte sammen med sine tjenesteutøvere, og eventuelt hva som kunne hindre en god medvirkning. I artikkel 2 var formålet å både utforske brukers erfaringer med å få medvirke i den første fasen av rusbehandlingen og hva som eventuelt fremmet og hemmet medvirkning i den konteksten. I artikkel 3 undersøkte jeg hvordan tjenesteutøvere forsto brukermedvirkning, samt hvilke utfordringer de opplevde i tilrettelegging for brukermedvirkning i tjenesten.

1.2 Innledende avklaringer av sentrale begrep

1.2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning som begrep er mangfoldig og rommer alt fra brukerperspektivet til brukerretting, brukerorientering, brukervalg, partnerskap og lignende. Selv om ovennevnte begreper kan ha tilnærmet likt meningsinnhold med brukermedvirkning, vil visse nyanser skille dem og de kan dessuten gis ulike fortolkninger i de kontekstene de opptrer i. I samme grad som det eksisterer mange begreper som er beslektet med brukermedvirkning finnes det også flere ulike definisjoner av begrepet.

Seim & Slettebø (2007: s 29) definerer brukermedvirkning som brukers mulighet til aktiv deltakelse, til å utøve makt og ha innflytelse på utfallet av sin sak. I denne definisjonen er maktaspektet fremtredende, og en implisitt forutsetning er at det skal skje en forskyving av makt fra tjenesteutøver til bruker. Helse- og omsorgsdepartementet (heretter HOD) definerer brukermedvirkning på følgende måte:

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar (NOU 2014: s.147).

Denne definisjonen vektlegger brukererfaringer. Brukerne gis mulighet til innflytelse på utformingen av hjelpetilbudet, og til å bidra til bedre kvalitet på tjenestene. I definisjonen til HOD står det eksplisitt at tjenesteutøver ikke fratras sitt faglige ansvar, men definisjonen sier ikke noe om brukernes rett til å styre eller beslutte innenfor helsetjenestene de mottar. Imidlertid fastslår pasient- og brukerrettighetsloven (pasientrettighetsloven av 1. januar 2001 nr. 63) i kapittel 3 at brukere har rett til å medvirke og at helsetjenestene har plikt til å involvere brukerne i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbudet. Rettsliggjøringen av brukermedvirkning innebærer at den som berøres av en beslutning fattet innenfor tjenestene, skal delta i beslutningsprosessen. Brukers erfaringer og behov skal dessuten legges til grunn for de beslutninger som tas og for utforming av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2014). Til tross for at brukermedvirkning er både lovfestet og befestet i styringsdokumenter, er utøvelsen for brukermedvirkning lite nedfelt og artikulert i offentlige retningslinjer. Begrepet rommer et mangfold av perspektiver og er komplekst, og må

fortolkes i den konteksten det opptrer i (Fischer, Jenkins, Bloor, Neale & Berney, 2007; Storbjörk, Christophs, Samuelsson & Milander Yazdanpanah, 2016). I tillegg blir brukermedvirkning oppfattet annerledes fra et brukerperspektiv enn det oppleves fra et tjenesteutøvers perspektiv (Fischer et al., 2007; King, 2011; Schulte, Moring, Meier & Barrowclough, 2007). Der brukerne vektlegger de subjektive opplevelsene de har av relasjonen til tjenesteyter (Fischer & Neale, 2008; Selseng, Follevag & Aaslund, 2021), betrakter tjenesteytere heller brukermedvirkning ut fra hva slags valgmuligheter brukerne har (Fischer & Neale, 2008) eller ut fra kvantifiserbare resultater av brukermedvirkningen (Selseng et al., 2021).

Det er vanlig å betrakte brukermedvirkning på to nivåer; individnivå og systemnivå. På individnivå gis den enkelte bruker rettigheter og muligheter til innflytelse på eget tjenestetilbud. Brukermedvirkning på systemnivå, også omtalt som kollektiv brukermedvirkning, innebærer at noen brukere er gitt rollen å skulle representere en hel brukergruppe og formålet er å innvirke på utforming av velferdstjenester generelt (Andreassen, 2005). Brukerrepresentanter oppnevnes innenfor ulike organer og nettverk, og samarbeider med profesjonelle og med organisasjonsledelse.

Denne avhandlingen ser på brukermedvirkning som et fenomen i skjæringspunktet mellom ulike diskurser og kontekster og som er forankret både i et mikro- og makronivå. I dette bildet fremstår brukermedvirkning som et relasjonelt fenomen som er omsluttet av institusjonelle rammer. Denne avhandlingen legger HOD sin definisjon av brukermedvirkning, og som er referert ovenfor, til grunn.

1.2.2 Bruker eller pasient

Avhandlingen bruker begrepet *brukere* om mennesker som er i kontakt med helse- og sosialtjenester for å få hjelp for sine rusvansker. Valg av subjektet «bruker» og/eller «pasient» er avhengig av organisatorisk kontekst og hvilket juridiske lovverk som er gjeldende innenfor den enkelte konteksten. Innenfor den kommunale konteksten omtales studiens informanter som *brukere*, noe som er i samsvar med betegnelsen som vanligvis anvendes om hjelpsøker i sosialt arbeid. Etter omorganiseringen av rusbehandling til TSB omtales behandlingmottakere som pasienter. Da jeg møtte den enkelte informanten for første gang

var han eller hun gitt status som pasient, som følge av de pasientrettighetene som er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven av 2001. Ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten var informantene i hovedsak mottakere av kommunale tjenester eller tjenester fra NAV, og hadde status som «brukere» i den forstand at de var tjenestemottakere etter kommunehelsetjenesteloven av 1984 eller arbeids- og velferdsforvaltningsloven av 2006. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) benevner borgere som både «*pasienter*» og «*brukere*».

Alle informantene som deltok i studien var mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, også i den tidsavgrensede perioden de var døgnpasienter i spesialisthelsetjenesten. Jeg har valgt å omtale informantene som *brukere*. Språkmessig er også brukerbegrepet det første leddet i begrepet «brukermedvirkning».

1.2.3 Rus og ruslidelser

Ruslidelser eller rusmiddelavhengighet blir ofte brukt synonymt. *Ruslidelser* er et overordnet begrep for skadelig bruk og rusavhengighet. Mørland og Waal (2016) legger til grunn at begrepet «avhengighet» kan fortolkes i betydningen *rusbrukslidelse med kontrollproblemer*, innforstått at personen har vansker med å la være å bruke rusmidler selv om det er gode grunner for det. I avhandlingen brukes gjennomgående begrepet '*ruslidelse*'.

1.2.4 Salutogenese

Som kontrast til en patogenetisk forståelse, der fokuset på diagnoser er sentralt, utviklet Aron Antonovsky (1987) analytiske begreper som inngikk i den såkalte salutogenesemodellen. Fokus innenfor salutogenesen er på enkeltindividets evne til å tilpasse seg og øke sine mestringsressurser for bedre helse, økt velvære og opplevelse av mening. Dagens *biopsykososiale* tilnærming til rusbehandling og forståelse av rusavhengighet (Stallvik, 2011) kan betraktes som et uttrykk for et salutogenetisk utgangspunkt. Denne avhandlingen legger et biopsykososialt perspektiv på ruslidelser til grunn.

1.2.5 Tjenesteytere

Når det gjelder benevnelser på de informantene som er ansatt i tjenestene har jeg primært valgt å kalle dem «tjenesteytere», men for variasjonens skyld bruker jeg av og til også begrepene «profesjonelle» eller «ansatte».

Tjenesteyterne representerer ulike organisasjoner og tjenestenivå (kommune, NAV tjenesten og spesialisthelsetjenesten), og er underlagt ulike lovverk og ansvarsområder. Tjenesteyterne har, på tvers av tilhørighet, tilnærmet lik kompetanseprofil gjennom at de er forankret i helse- og sosialfag (sykepleier, lege, vernepleier, barnevernspedagog, sosionom m.m.).

1.2.6 Velferdsstat og styring

I bruken min av begrepene «velferdsstat», «politisk styring», «offentlig styring», «organisasjon» skiller jeg ikke alltid spesifikt mellom statlige og kommunale enheter. Begrunnelsen for dette er at det til tross for de store forskjellene mellom praksiser og lokale forhold når det gjelder hvordan enhetene tilrettelegger for brukermedvirkning er alle enheter omsluttet av målsettingen om brukermedvirkning.

1.3 Avhandlingens videre oppbygging

Avhandlingen består av totalt sju kapitler, herunder dette. I kapittel nummer to presenteres perspektiver på brukermedvirkning som fenomen, samt kunnskapsstatus på området. Tredje kapittel presenterer avhandlingens vitenskapelige ståsted og det teoretiske perspektivet den bygger på. Fjerde kapittel redegjør for de etiske og metodologiske valgene som er foretatt. Femte kapittel presenterer artiklene som avhandlingen bygger på. Her blir funnene som inngår i avhandlingen presentert og oppsummert. I sjette kapittel drøftes funnene, og i kapittel sju oppsummeres det som er konklusjonene på avhandlingens problemstillinger.

2 Perspektiver på brukermedvirkning

2.1 Brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser

Brukermedvirkning er et innarbeidet begrep i helsepolitiske føringer, både i fagetikken og i den praksisutøvelsen som skjer i sosial- og helsetjenestene (Jenssen & Tronvoll, 2012). Aktiv brukerinvolvering i tjenesteutforming og muligheten for å velge tjenester er et bredt politisk mål for den norske velferdsstaten (Helsedirektoratet, 2014). Gjensidig respekt, dialog og beslutninger tatt i fellesskap beskrives også som grunnleggende elementer i brukermedvirkning (Rise, 2012). Begrepet er positivt ladet, og representerer noe de fleste kan enes om som viktig og riktig. Brukermedvirkning er satt sammen av elementene 'bruker' og 'medvirkning', og refererer til det å *virke med, ta del* i noe eller å *være aktiv* i noe som foregår (Rønning & Solheim, 1998). Det er et relasjonelt begrep og bygger på en intensjon om at dialogen skal føre frem til et ønsket resultat for de involverte partene (Rønning & Solheim, 1998).

En klassisk forståelse av brukermedvirkning er at det er en trinnsvis bevegelse fra ingen medvirkning til full medborgerstyring på øverste trinnet (Arnstein, 1969; Humerfelt, 2012). Formålet med Arnsteins maktfordelingsstige var å redusere maktubalansen mellom staten og borgerne innenfor helseinstitusjonene (Johansen & Solbjør, 2012). Tritter og McCallum (2006) peker på at Arnsteins modell likevel tar for lite hensyn til de utenforliggende prosessene som innvirker på hjelperelasjonen. Hvor mye medvirkning en bruker blir gitt, er ut fra dette avhengig av hvilket innhold som legges i begrepet i den aktuelle konteksten (Jenssen, 2009).

Historisk har brukermedvirkning sitt opphav i vestlige samfunn og i etterkrigstidens feminisme kamper og borgerrettighetsbevegelser. Både borgerrettighetsbevegelsene i USA og kvinneorganisasjoner demonstrerte for likestilling og demokratiske rettigheter, med mål om å oppnå samme verd som andre samfunnsborgere (Humerfelt, 2012).

Brukermedvirkning blir ofte koplet til begrepet Empowerment eller myndiggjøring på norsk, og omhandler det å mobilisere egne ressurser til selvhjelp (Humerfelt, 2012; Slettebø, 2000). I likhet med begrepet brukermedvirkning, vektlegger Empowerment-tenkningen menneskets iboende kraft til å ta egenkontroll over livet sitt. Empowerment innebærer også retten til selv å definere problemet og hvordan det kan løses. Selv om brukermedvirkning og Empowerment

har likt verdigrunnlag, representerer Empowerment en mer overgripende tenkning i og med at både individuelt og strukturelt nivå innlemmes og forutsettes å stå i et dialektisk forhold til hverandre (Slettebø, 2000). I et Empowerment-perspektiv vektlegges for eksempel ikke egenskapsforklaringer hos individer. I stedet forutsetter man at det hovedsakelig er politiske forhold som i størst grad innvirker på levekårene til enkeltindivider og grupper. I et Empowerment-perspektiv anses det derfor som viktig å synliggjøre de samfunnsmekanismene som bidrar til å opprettholde individuell undertrykkelse og reproduksjon av avmakt (Slettebø, 2000). Rusmiddelmisbruk kan i dette resonnetet betraktes som et symptom på sosial nød og forhold i samfunnet som hindrer gode levekår. Kritikken mot Empowerment-begrepet er at det er utydelig når det gjelder å beskrive fordeling av makt. Hvem gir egentlig makt til hvem?

Dersom man trekker paralleller til Paulo Freire (2005) og boka den «De undertryktes pedagogikk», må frihetsbekjempelsen komme fra de undertrykte, og ikke være noe som undertrykkerne setter i gang. Haugland (2016) peker på at dette har praktisk betydning for brukermedvirkning, da ingen modeller kan fungere etter hensikten dersom det er andre enn brukerne som skal kjempe for sin rett. I dette bildet er brukerne myndige og frigjorte til å ta selvstendige valg, uten å være et objekt for profesjonsmakten (Johansen & Solbjør, 2012). Dette understøttes av Lossius (2021), som hevder at brukerne er de reelle ekspertene på eget liv og dermed de som vet best hva som må til for å utløse endringer. Gjennomgående blir brukermedvirkning sett på som en ideologi som bygger på at brukerne har iboende ressurser og en kompetanse som skal anerkjennes og synliggjøres i tjenesteutforming, og som derfor må vektles likt med formell kompetanse.

I de siste tiåra har velferdsstaten vært gjennom moderniseringsprosesser bestående av stadig nye helsereformer og retningslinjer, og prosessene har vært sterkt inspirert av den styringsideologien som er kjent som New Public Management (NPM), og som kjennetegnes ved økt valgfrihet for bruker og mer treffsikre og effektive og kostnadsbesparende tjenester (Lian, 2003). I 2002 ble sykehusreformen vedtatt og alt ansvar for spesialisthelsetjenestene overdratt fra fylkeskommunene til statlige helseforetak (Skretting et al., 2011). I 2004 fulgte rusreformen. Tiltakene innen rusbehandling ble organisert som en del av spesialisthelsetjenesten og brukere med behov for rusbehandling kom inn under pasientrettighetsloven. Som følge av dette fikk brukerne av rusbehandling pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper (Lie & Nesvåg, 2006). Rusbehandling i regi av

spesialisthelsetjenesten ble definert som «tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (TSB), og medførte at reguleringen av behandlingen ble overført fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven. Etterfulgt av rusreformen i 2004, kom to opptrappingsplaner for rusfeltet; én som understøttet målene i rusreformen (HOD, 2008a) og én som understøttet samhandlingsreformen (HOD, 2015). Et sentralt mål i opptrappingsplanene var å styrke samhandlingen mellom ulike tjenestenivå og tydeliggjøre brukermedvirkning (Bjørkquist & Ramsdal, 2021).

I 2011 ble Samhandlingsreformen vedtatt, med formål å tilrettelegge for gode pasientforløp og bedre helhetlige helse- og omsorgstjenester (HOD, 2008b). Samhandlingsreformen er tuftet på at bedre samhandling i alle ledd må til for å unngå tjenestefragmentering og at pasienter faller ut fra planlagte behandlingsforløp. Forskning viser at mangel på koordinering av tjenester kan hindre rusmiddelavhengige i å få tilgang til helse -og omsorgstjenester (Lang et al., 2013). Samhandling, eller mangel på sådan, har alltid vært et tema innen rusfeltet (Ravndal, 2009). I 2018 innførte helsemyndighetene pakkeforløp innenfor tilbudet av TSB, som nettopp skulle skape mer forutsigbare tjenester (HOD, 2018). HOD begrunner pakkeforløpet med at det sikrer brukermedvirkning og brukertilfredshet, gir koordinerte og sammenhengende tjenester og redusert ventetid for utredning, behandling og oppfølging. En viktig hensikt med ordningen er dessuten å gi likeverdige tjenester til alle brukere, uavhengig av geografisk tilhørighet. Pakkeforløpet innebærer at tjenesteutøver må registrere utviklingen på konkrete målepunkt for å sikre at brukerne har mottatt riktig behandling til riktig tid.

I følge Nylenna (2020) har offentlige helsetjenester i etterkrigstiden ekspandert. Tjenestene medførte kun beskjedne utgifter til å begynne med, men etter hvert har det skjedd en stadig økende spesialisering der oppgavene er ambisiøse, komplekse og kostnadskrevende. Johansen og Solbjør (2012) argumenterer for at dagens helsevesen har utviklet seg til å bli et introvert system som har mistet pasienten av syne grunnet for sterk vektlegging av interne profesjonskamper, finansierings- og innsatsstyring og omorganiseringer. De mener at dette strider imot helsetjenestens rasjonale om helbredelse og å ha pasienten i fokus. Andre legger vekt på at fordi dagens helsesektor er kostnadskrevende, står statlig reformarbeid, opptrappingsplaner og reguleringer med mål om kvalitetsforbedringer og effektivitet på den politiske agendaen (Bjørkquist & Ramsdal, 2021). Innenfor dagens helsepolitikk fremtrer

brukermedvirkning som et viktig fundament for tjenesteutformingen. En forutsetter en sterk brukerrolle når en søker å regulere tilbudene etter etterspørselen og å øke tilgjengelighet, valgfrihet og nærhet til brukeren.

2.2 Begrunnelser for brukermedvirkning

Generelt sett kan brukermedvirkning begrunnes ut fra to sentrale diskurser som begge kan knyttes til det nyliberalistiske tankesettet, og som understøtter den seneste reformutviklingen innenfor velferdsstaten : *demokrati- og borgerrettighetsdiskursen og forbruksdiskursen* (Askheim, Beresford & Heule, 2017). Dagens brukermedvirkning befinner seg i spenningen mellom disse to diskursene, hvor brukerne posisjoneres både som borgere med rettigheter og som forbrukere som treffer individuelle valg i markedet (Tritter & McCallum, 2006). Velferdsordningenes utvikling fra å være politisk styrt til økende grad å være markedsstyrt har lagt nye premisser for tjenesteutformingen (Heggen & Solbrekke, 2009), synliggjort gjennom forenkling av byråkratiske regelverk og å øke fleksibiliteten i tilrettelegging av offentlige tjenester for borgerne (Svensson & Karlsson, 2008). Samlet sett har dette utfordret både tjenesteutøvers rolle overfor brukeren og den tradisjonelle brukerrollen. Handlingsrommet for praksisutøvelsen har også blitt endret.

Velferdsstatens begrunnelser for brukermedvirkning kan grovt sett deles inn i tre kategorier: i) *gi innsyn og påvirkning*, ii) *redusere maktubalansen* mellom bruker og tjenesteutøver, iii) *forbedre kvaliteten på tjenesten* (Humerfelt, 2012).

Den første kategorien, *gi innsyn og påvirkning*, dreier seg om at brukermedvirkningspraksis kan innebære å gi økt legitimitet til tjenestene og å kvalitetssikre tjenesten. Jo flere parter som medvirker i en beslutningsprosess, jo større legitimitet får beslutningen. Andreassen (2004) viser imidlertid til at fagfolk har fått svekket sin autoritet som følge av å drive profesjonskamper. De har ofte ivarett sine særinteresser og fremmet egne faglige karrierer istedenfor å tjene samfunnets beste (Brint, 2015). Dette samsvarer med Johansen og Solbjør (2012) sitt resonnement om at helsevesenet har utviklet seg til et udemokratisk og introvert system. I dette systemet har fagfolk opptrådt som eksperter og vist paternalistiske holdninger, forstått som at de har visst best, og de har tredd sine private normer og avgjørelser ned over brukerne. Det er imidlertid en utdatert praksis innenfor tjenestelevering.

Brukermedvirkning utfordrer den paternalistiske tenkningen som har vært gjeldende i helsetjenesten, og som har gjort at brukerne har vært sett på som passive mottakere. Offentlig styring pr. i dag preges av visjoner om å endre helsevesenet fra å være de profesjonelles domene, til å bli pasientenes helsetjenester (Therkildsen, 2017). Hensikten bak moderniseringen av velferdsstaten var å redusere effektivitets- og legitimitetsproblemer ved å gjøre tjenesteutøverne mer lydhøre ovenfor samfunnsborgernes ønsker og behov (Andreassen, 2004). Gjennom politiske reformer, kvalitetsprosedyrer, resultatrapporter, målsettinger og innsatsstyrteintensiver rettes søkelyset mot styrking av *brukerne* (Andreassen, 2004; Ekeland, Aurdal & Skjeltan, 2014; Johansen & Solbjør, 2012).

Gjennom kampanjer som «*Ingen beslutning om meg, uten meg*» (HOD, 2016) og det årlige dagsarrangementet «*Hva er viktig for deg?*», som arrangeres i alle kommuner og helseforetak (i regi Folkehelseinstituttet og Kommunesektorens organisasjon, KS), er målet å rette søkelyset mot mennesket bak diagnosen. Tjenesteutøver oppfordres til å vise mer nestekjærlighet, varme og respekt i møte med hjelpsøker (Therkildsen, 2017).

Den andre kategorien begrunnelser for brukermedvirkning omhandler brukermedvirkning som redskap for å *redusere maktubalanse* mellom bruker og tjenesteutøver (Johansen & Solbjør, 2012). Økt brukermedvirkning vil begrense brukernes opplevelser av avmakt, samt mobilisere deres iboende ressurser slik at de kan ta kontrollen over eget liv. Aktiv brukerdeltakelse bidrar til et bedre tilpasset tjenestetilbud, noe som i sin tur innvirker på brukers mestringspotensiale og egenverdi (Helsedirektoratet, 2014). En forståelse som er fremtredende blant tjenesteutøvere som har sitt virke innenfor rustjenesten, er at brukermedvirkning er vesentlig for brukernes tilfriskningsprosess. Uavhengig av om brukers uttalte mål er en rusfri tilværelse eller skadereduksjon, blir brukermedvirkning et virkemiddel i endringsarbeidet. Dette gjenspeiler en holdning om at dersom brukerne inntar en passiv rolle i egen tilfriskningsprosess skjer det heller ingen endring. Herunder ligger en relasjonell begrunnelse for brukermedvirkning, som innebærer å ha forventinger til bruker om å delta i et partnerskap med tjenesteutøver i utviklingen av mål (Jenssen, 2009, Eide, 2016; Järvinen og Mik-Meyer, 2003).

Den siste kategorien begrunnelser handler om at brukermedvirkning kan bidra til å *kvalitetsforbedre tjenesten*. Brukerkompetanse og brukeropplevelser blir her sentrale for å kunne bedømme og vurdere hvordan tjenestene fungerer i praksis (Helsedirektoratet, 2014).

Studier har vist at brukertilfredshet med helsetjenesten er viktig for kvalitetsarbeidet (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi & Morosini, 2002; Shipley, Hilborn, Hansell, Tyrer & Tyrer, 2000). I de siste tiåra er det da også gjennomført systematiske brukertilfredsundersøkelser ved velferdstjenestens enheter, der brukererfaringer har vist seg å være viktige målindikatorer for kvalitetsarbeidet og for internkontrollsystemer (Helsedirektoratet, 2019; HOD, 2020). Flere enheter har også innført feedbackverktøy som gir brukerne mulighet til å respondere kontinuerlig på tjenestene de mottar. Dersom tjenesten er individuelt tilpasset, vil tjenesten bringe brukerne nærmere målet om helbredelse og selvhjulpenhet.

Brukermedvirkning blir her forankret i en forbrukerdiskurs, der brukerne posisjoneres som medprodusenter og medansvarlige i utforming av egne tjenestetiltak (Johansen & Solbjør, 2012). Ansvarliggjøringen av brukerne blir i prinsippet et viktig offentlig styringsverktøy i kvalitetsforbedringsarbeidet. Innenfor moderne styringsideologier tillegges individer et betydelig ansvar for å forvalte seg selv (Trnka & Trundle, 2014). I tillegg til brukermedvirkning er også andre styringsverktøy ansett som viktige i kvalitetsarbeidet. Eksempler er kunnskapsbaserte metoder (evidensbaserte og diagnostiske), standardiserte manualer (pakkeforløp, kartlegging o.l.) og digitaliserte verktøy (Ekeland, 2004). Slike verktøy kan motvirke vilkårligheter og ineffektivitet i tjenestene; faktorer som ofte bidrar til at brukernes beste ikke blir ivaretatt.

Rusavhengighet og rusproblematikk har i flere tiår vært på den politiske agendaen. Flere omfattende reformer og opptrappingsplaner har dannet grunnlaget for å sikre gode tjenester for brukere. Det har vært argumentert for hensiktsmessig samhandling mellom tjenestenivået og brukernivået når det gjelder medvirkning, men feltet har også til tider har vært preget av syn på ruslidelser og rusmiddelmissbrukere som ikke har vært så forenlige med idealet om brukermedvirkning. Pendelen har svingt mellom forklaringer på ruslidelser som et individuelt atferdsproblem og forklaringer på ruslidelser som et medisinsk problem. Pendelen har også svingt mellom sosialfaglige og helsefaglige forståelser av hva slags behandling som trengs.

Alkoholmisbruk vakte til å begynne med mye vrede og ble sett på som belastende for samfunnet. Arbeidsløse alkoholikere ble dømt til tvangsarbeid etter løsgjengerloven av 1900 (Schiøtz, 2017). I løpet av det siste århundret har moralsk fordømmende holdninger blitt

skiftet ut med til mer liberale forståelser av fenomenet, så som at rusavhengighet er en kronisk sykdom og at de som har den er behandlingstrengende (Ravndal, 2009; Stallvik, 2011). Løsgjengerloven ble ikke opphevet før i 2006, men praktisert fram til 1970 med hjemmel i lovverket for å kunne straffe alkoholikere til tvangsarbeid (Fekjær, 2008). Tvangsaspektet, dog i mer moderat form enn tidligere, ble opprettholdt fram til rusreformen i 2004, som da ble avløst av vekt på demokratiseringsprosesser og brukerrettigheter (Ravndal, 2009). Også behandlingstilbudene har endret karakter, avhengig av både pendelsvingningene når det gjelder hvordan ruslidelser blir forstått og av hvem som har hatt ansvar for tilbudene. Fra 1960- årene forårsaket narkotikamisbruket blant unge mennesker mye bekymring både blant politikere og i samfunnet for øvrig (Schiøtz, 2017). I tiden som fulgte oppsto de første offentlige behandlingsskolekollektivene for brukere med narkotikaproblemer. Kollektivene ble etter hvert profesjonalisert i økende grad, noe som innbar at sosialfaglige og pedagogiske tilnærminger til problemene ble tatt i bruk (Fekjær, 2008; Skretting et al., 2011). Fra 1990 og fram til rusreformen i 2004 var det samlende behandlingsansvaret for rusavhengighet eid og driftet av fylkeskommunene og underlagt sosialtjenesteloven (Fekjær, 2008).

Moderniseringen av rusbehandlingstjenestene (TSB) har medført et eierskifte. Fylkeskommunene har overlatt ansvaret for driften til de statlige regionale helseforetakene, og rusbehandling er i dag en spesialisthelsetjeneste på lik linje med andre helsetjenester i somatikk og psykisk helsevern (Skretting et al., 2011). Etableringen av TSB har medført økt tverrfaglig innsats og differensierte tilbud; så som polikliniskbehandling (individuelt og gruppetilbud), substitusjonsbehandling (LAR), døgnbehandling (avrusning, utredning og kort- og langtids), og innføring av nye kunnskapsbaserte metoder (Lossius, 2021; Skretting et al., 2011). I 2012 fikk Norge dessuten status som et foregangsland i Europa gjennom opprettelsen av egen legespesialisering i rus og avhengighetsmedisin (Skudal, 2021). I 2017 disponerte TSB totalt 1905 døgnplasser i Norge, hvorav 40 % var i regi av de regionale helseforetakene, mens 60 % var i regi av private tjenesteytere med driftsavtale (Skogen, Torvik, Hauge & Reneflot, 2018). Henvisningsretten er i hovedsak tillagt fastlegene og NAV-tjenesten. Denne praksisen avviker fra det som er ordinær praksis når det gjelder henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Vanligvis er det kun fastleger som kan henvise. I alt 18 500 pasienter med avhengighetsdiagnose innen narkotikaproblematikk mottok TSB behandling i 2017 (Skogen et

al., 2018). Av disse var 69% menn, 1/3 var døgninnlagt og 1/3 besto av pasienter i 20-årsalderen.

Vedvarende og omfattende rusmiddelbruk kan medføre og/eller forverre psykiatriske- og somatiske skader og sykdom (Helsedirektoratet, 2014). Begrunnelsene for innføringen av rusreformen av 2004, var nettopp å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud til mennesker med sammensatte behov for rusbehandling, psykiatriske- og somatiske helsetjenester (Lie & Nesvåg, 2007). Veien ut av rusproblemer krever innsats på flere områder, og tjenestene må henge sammen og bygge tettere opp rundt de menneskene som trenger hjelp (Lauritzen, Ravndal & Larsson, 2012). Lauritzen et al. (2012) konkluderer at samarbeid mellom spesialisthelsetjenestene og kommunale instanser er av sentral betydning for å sikre kontinuitet og for å sikre at intervensjoner skal gi vellykkede behandlingsutfall. Innsats overfor brukere med omfattende rusproblematikk vil derfor kreve samhandling mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten og høy grad av samhandlingskompetanse i alle forvaltningsledd. Kommunen har ansvar for å yte nødvendige helse- og sosialtjenester til personer med rusmiddelproblemer, noe som innebærer både forebygging, kartlegging, funksjonsvurdering, diagnosevurdering, inntektssikring, henvisning og oppfølging (Skogen et al., 2018).

Dette har medført at velferdsstaten har fått utvidet og differensiert sitt behandlings- og tjenestetilbud. Til tross for gode intensjoner om å forebygge utenforskap og stigma, er rusproblematikk stadig omfattende og kompleks. I det siste har det pågått en debatt om hvorvidt besittelse av illegale rusmidler for eget misbruk skal avkriminaliseres. Satt på spissen, og i sammenligning med andre pasientgrupper, er det kun mennesker med ruslidelser som blir straffeforfulgt om de viser sine symptomer.

Selv om dagens forståelse av rusavhengighet forankres innenfor helse- og medikaliseringdiskursen, «forsviner» ikke de sosiale problemene brukerne har som følge av årelangt rusmisbruk. Derfor argumenteres det ofte for en biopsykososial tilnærming slik at tjenestene for mennesker med ruslidelser blir enda mer helhetlige. Innenfor denne tilnærmingen får førstelinje tjenestene (kommunale tjenester og NAV- tjenesten) et sentralt ansvar for å ivareta de av brukernes livsområder som ikke nødvendigvis berøres innenfor

spesialisthelsetjenesten. Hvorvidt brukernes mulighet til å påvirke har blitt bedre gjennom disse endringene er likevel et spørsmål.

2.3 Brukers erfaringer med å få medvirke

Studier fastslår at høy brukertilfredshet i tjenestene øker brukers måloppnåelse (Fischer & Neale, 2008), øker brukernes innsikt i sine rettigheter (Greer et al., 2019) og brukernes tilknytning til egen behandling (Fischer & Neale, 2008). Jo lengere brukerne forblir i rusbehandling, jo mer fornøyd og mer involvert blir de i egen behandling, påpeker Fischer m.fl. (2007; 2008). Laitila, Nikkonen og Pietilä (2011) utdyper dette med å understreke at dersom brukerne opplever å bli møtt med rigide regler og uforståelig informasjon, vil det redusere deres mulighet for brukermedvirkning. Brukere som mottar adekvat informasjon og gis mulighet til å delta i planlegging og utforming av tjenestene er mer fornøyd med tjenestene enn de brukerne som ikke opplevde å få medvirke (Fischer & Neale, 2008; Laitila et al., 2011; Sue Patterson et al., 2008; S. Patterson et al., 2009). Studier viser at brukere primært ønsker å bli hørt og inneha en aktiv og autonom rolle i utformingen av og innflytelse på de tjenestene som de opplever som hensiktsmessige for dem (Bryant, Saxton, Madden, Bath & Robinson, 2008; Fischer et al., 2007; Laitila et al., 2011; Schulte et al., 2007; Van Hout & McElrath, 2012). En aktiv brukerrolle i tjenesten kan motvirke stigmatiserende holdninger hos tjenesteytere (S. Patterson et al., 2009), styrke alliansen mellom bruker og tjenesteyter (Rance & Treloar, 2015; Schulte et al., 2007) og fremme et syn på bruker som et medmenneske med unike behov (Rance & Treloar, 2015). Brukerkompetanse kan også styrkes og utvikles i fellesskap med andre brukere og gi mulighet for støtte og tilhørighet, erfaringsdeling og informasjon om det som angår fellesskapet (Greer et al., 2019). Greer et al. (2019) argumenterer for at tjenestene må bestrebe seg på å tilsette tjenesteytere som ikke bare har formell kunnskap, men også brukererfaringer. Tjenesteytere som har brukererfaringer kan ifølge Greer et al. (2019) forstå og gjenkjenne hjelpsøker på andre måter enn dem med formell kunnskap, og klarer lettere å etablere en tillitsfull relasjon.

Fra en brukers ståsted er tjenesteytere gjerne de som innehar ekspertrollen, noe som medfører at brukernes synspunkt lett overstyres (Fischer et al., 2007). Greer et al. (2019) viste at enkelte brukere har dårlige erfaringer fra tidligere møter med autoritetspersoner i

offentlige tjenester (eks. lærere, barnevern o.l.), noe som gjør at de har etablert en grunnleggende mistillit til systemet. Greer et al. (2019) fant også at enkelte brukere føler seg mer utsatt for stigma dersom de har en kriminell bakgrunn i tillegg til rusavhengigheten, og at tjenesteutøvers dømmende holdninger kunne forhindre etableringen av en tillitsfull og virksom relasjon mellom partene. Den maktubalansen som ble identifisert i Greers (2019) undersøkelse ble forsterket når brukerne ga uttrykk for behov som ikke ble innfridd, var i ekstra sårbare faser og /eller manglet interesse for å bli involvert. Konflikter i hjelperelasjonen kunne oppstå dersom brukerne viste motstand mot å innordne seg i behandlingsprogrammet eller ga uttrykk for sin misnøye. Gjennom tjenesteyters sanksjonsmuligheter ved regelbrudd, tydeliggjøres maktubalansen mellom partene ytterligere (King, 2011). Brukere kan nøle med å klage på tjenester av frykt for å miste privileger eller goder (Sue Patterson et al., 2008) eller av frykt for å bli utstøtt (Greer et al., 2019). Fischer, Neale, Bloor og Jenkins (2008) fant at det ikke er uvanlig at brukere skjuler sin misnøye. Dette kan bidra til at brukerne distanserer seg fra tjenesteutøver og det oppstår latente konflikter. I Fischers studie (2008) forble latente konflikter uadressert og kunne i verste fall medføre at brukerne valgte å bryte behandlingen. Fischer et al. (2008) fant derimot ikke grunnlag for å fastslå at rusmisbrukere er aggressive eller har manipulerende adferd: Brukerne i denne studien var snarere positivt innstilt til samarbeid. De kommuniserte åpent og ærlig om hva de ønsket hjelp med og lot seg veilede av tjenesteutøverne når de måtte ta viktige beslutninger.

Derimot er det ikke alle brukere som ønsker å ha en aktiv deltakerrolle omkring egne tjenestebehov (Greer et al., 2019; Laitila et al., 2011). Brukere kan oppfatte at de selv mangler nødvendige ferdigheter (Bryant et al., 2008; S. Patterson et al., 2009), har for lav selvfølelse (Greer et al., 2019), for høy grad av ustabilitet i tilværelsen (Greer et al., 2019; King, 2011; Rance & Treloar, 2015) eller for liten interesse eller innsikt i egne rettigheter til at de tar en aktiv rolle i samarbeidet (King, 2011; Laitila et al., 2011; Schulte et al., 2007). Patterson et al. (2009) fant også at mange brukere i liten grad var oppmerksomme på eller kjent med brukermedvirkningen og dens muligheter.

2.4 Tjenesteyters forståelse av brukermedvirkning

En oversiktsstudie har vist at holdninger hos tjenesteutøvere, maktubalanse i hjelperelasjonen og ressursmangel i organisasjonen kan være til hinder i de ansiktsnære relasjonene når det gjelder realiseringen av brukermedvirkning (Goodhew, Stein-Parbury & Dawson, 2019).

En kanadisk studie utforsket tjenesteutøvers holdninger til brukermedvirkning innenfor rustjenester og fant at brukerinvolvering i liten grad var anerkjent innen aktuelle praksiser (Greer et al., 2019). Tilsvarende funn er gjort både i Storbritannia (Schulte et al., 2007) og i Finland (Laitila et al., 2011). Bakgrunnen for at tjenesteytere vegrer seg for å involvere brukerne er manglende tillit til brukernes ferdigheter (Bryant et al., 2008), en oppfattelse av brukernes livsstil som kaotisk (Fischer & Neale, 2008), og oppfattelser av brukere som kravstore og urealistiske når det gjelder forventninger til hva tjenesten kan innfri (Fischer et al., 2007; King, 2011). Tjenesteutøvers negative holdninger til rusmisbrukere kommer til uttrykk ved at de tillegger dem egenskaper som ustabile, manipulerende, kriminelle og ressursfattige eller ved å se på dem som mennesker med særlig problemfylte liv (Brener, Resnick, Ellard, Treloar & Bryant, 2009; Fischer et al., 2007; Greer et al., 2019; Rance & Treloar, 2015; Van Hout & McElrath, 2012). Tjenesteutøvers grunnholdninger vil reflektere hva slags verdi vedkommende tillegger brukermedvirkning, og danner et fundament for hvordan tjenesten tilrettelegger for en brukerorientert tilnærming (King, 2011; S. Patterson et al., 2009). Fischer et al. (2008), i sin studie fra UK pekte på at flere tjenesteytere betrakter brukermedvirkning som en strategi for å etablere reflekterende dialog med brukerne, noe som kan motvirke at misnøye og konfliktsituasjoner oppstår.

Forskning innen rustjenester fremhever likeverdige dialoger mellom brukerne og tjenesteutøverne som essensielt for å fremme brukermedvirkning (Bryant et al., 2008; Fischer et al., 2007; Sue Patterson et al., 2008; Rance & Treloar, 2015; Schulte et al., 2007).

Tilsvarende funn er identifisert i nordiske studier, nærmere bestemt i en finsk studie; (Laitila et al., 2011), i en svensk studie (Storbjörk et al., 2016) og i fire norske studier (Huby, Johnsen, Langsholt & Klubben, 2018; Jenssen, 2009; Larsen & Sagvaag, 2018; Selseng et al., 2021).

Selseng et al. (2021) vektlegger at realisering av brukermedvirkning er betinget av kvaliteten på de relasjonelle- og kontekstuelle forholdene som brukerne møter i rustjenestene.

Maktubalanse kan bunne i flere forhold. Tjenesteytere kjenner på frykt for å miste sin autoritet dersom de gir for mye makt til brukerne (Greer et al., 2019; Rance & Treloar, 2015), mens andre tjenesteytere kjenner på engstelse og er ukomfortable i samvær med brukerne (Greer et al., 2019). Innenfor en sykdomsforståelse av ruslidelser oppfatter enkelte tjenesteytere at sårbare brukere bør skjermes, fordi krav om deltakelse kan medføre tilbakefall eller hindre tilfriskningen (Van Hout & McElrath, 2012). Larsen og Sagvaag (2018) identifiserte Empowerment og patologi som motstridende diskurser i praksisfeltet. Selv om målsettingene om brukermedvirkning i offentlige dokumenter begrunnes i Empowerment og brukerinnflytelse, fant de diagnosekulturer som hemmende for brukerinnflytelse. Larsen og Sagvaag (2018) antyder at den rådende oppfattelsen blant tjenesteytere er at Empowerment er «noe» som kan kontrolleres og gis fra tjenesteutøver til brukerne. Dette kan fortolkes som et paradoks i tenkningen omkring Empowerment. For å redusere maktubalanse i ansiktsnære relasjoner er det viktig å tydeliggjøre hverandres roller for at en gjensidig relasjon skal etableres, av respekt for hverandre (S. Patterson et al., 2009). Dette samsvarer med funn fra en norsk studie av den kommunale sosialtjenesten (Jenssen, 2009), der en fant at nærvær i hjelperelasjonen er en forutsetning for å etablere en brukerorientert tjeneste.

Oppsummert viser eksisterende forskning til negative holdninger, maktubalanse og ressursknapphet som hemmende på brukermedvirkning. Videre opplever tjenesteytere at brukermedvirkning som begrep er tvetydig og vanskelig å operasjonalisere innenfor de eksisterende rammene. Hjelperelasjonen er en asymmetrisk relasjon, der tjenesteyteren i kraft av sin profesjon vil ha kompetanse og virkemidler som brukerne ikke har til rådighet. Brukernes mulighetsrom for medvirkning vil derfor være kontekstavhengig og avhengig av dynamikken som oppstår når de møter sine tjenesteutøvere. Selv om brukermedvirkning er hjemlet i lov, er det ikke en plikt for bruker å medvirke. Det er heller ikke alltid at en bruker har evner til eller forutsetninger for til å ta beslutninger på egne vegner. Samlet innvirker det disse funnene gir antydninger om, både på det strukturelle- og relasjonelle perspektiver, som hemmende for brukermedvirkning. Økt brukerdeltakelse blir derimot et virkemiddel for maktutjevning, treffsikre tjenester og legitimitet.

2.5 Organisatoriske forhold og praktisering av brukermedvirkning

Strukturelle rammer, så som byråkratiske regler, økonomi, lovverk osv., vil utfordre tjenesteytneres vilkår for praktisering av brukermedvirkning, og representerer derfor gyldige resonnementer i møte med individuelle ønsker og mål. Gjennomgående i forskningen som her beskrives er at knapphet på organisatorisk kapasitet er en av de vesentligste barrierene for praktisering av brukermedvirkning (Fischer et al., 2007; Goodhew et al., 2019; Jenssen, 2009; Laitila et al., 2011; S. Patterson et al., 2009; Rance & Treloar, 2015). Eksisterende forskning skisserer ulike spenningsforhold som en faktor som indirekte innvirker på tjenestuteøvers praksiser og hindrer brukermedvirkningens potensial. Grunnene til slike spenninger er enten mangel på klare politiske retningslinjer (Van Hout & McElrath, 2012), motsigende vilkår i tjenesten (Van Hout & McElrath, 2012), dårlig koordinert ledelse og ulike programhindringer (Greer et al., 2019; King, 2011), knapphet på tid (Jenssen, 2009; Sue Patterson et al., 2008) tjenestefragmentering med ansvarsfraskrivelse som følge (Huby et al., 2018), desentralisering av ansvar (King, 2011; S. Patterson et al., 2009), utilstrekkelig finansielle ressurser og manglende profesjonell kompetanse (Greer et al., 2019; King, 2011; S. Patterson et al., 2009; Rance & Treloar, 2015; Schulte et al., 2007; Van Hout & McElrath, 2012).

King (2011) hevder at brukermedvirkning må tilpasses den reelle konteksten. Dette innebærer at praksisfeltet i større grad må forplikte seg til å gi opplæring og veiledning om brukermedvirkning. Dette er i samsvar med funn Patterson og hennes kollegaer (2009) gjorde. Disse forskerne hevder at det tvetydige forholdet mellom praksis på den ene siden og offentlige mål om brukermedvirkning på den andre siden må artikuleres, men uten at praksiser mister sin fleksibilitet. Tildekkede tvetydigheter eller spenninger kan ha rot i politiske strategier basert på underliggende agendaer, som bidrar til at involverte parter opplever utilstrekkelighet overfor de kravene som stilles. Tilsvarende konklusjoner trakk Husby (2018) i sin norske studie. Sistnevnte forskere identifiserte et ovenfra-press på lokalbaserte tjenester, noe som førte til tjenestefragmentering og ansvarsfraskrivelse. Dette funnet er i samsvar med Ramsdal & Bjørquist (2021) sin analyse av opptrappingsplaner for rusfeltet. I en hektisk praksishverdag gis ikke offentlige målsettinger om brukermedvirkning førsteprioritet i organisasjonen (Rance & Treloar, 2015). Grunnen er ofte knapphet på tid (Jenssen, 2009) eller andre påtregende oppgaver som skal løses (Patterson et al. 2009). For å

motvirke de organisatoriske barrierene som forskningen har identifisert forutsettes klarere sentrale føringer for hvordan brukermedvirkningens potensial skal utnyttes (Huby et al. 2018; Patterson et al. 2008; King, 2011).

2.6 Avhandlingens bidrag til eksisterende forskning på brukermedvirkning

Til tross for at intensjonene om brukermedvirkning i velferdstjenesten fremstilles som viktig og nyttig, samt er et rettighetsideal for samfunnsborgere, viser eksisterende forskning at praktisk utøvelse av brukermedvirkning innen rustjenestene i realiteten er mangelfull.

Tjenestene må i større grad forbedres og barrierer senkes for at *bruker* skal få være agent i eget liv og oppleve å få medvirke ut fra individuelle tjenestebehov. For at brukerne skal få medvirke, forutsettes det dessuten at tjenestene sørger for at bruker gis adekvat informasjon om sine rettigheter og tjenestetilganger, mottar støttende og ikke-dømmende veiledning, samt at man bestreber en refleksiv dialog hvor brukererfaringer gyldiggjøres. Samlet vil dette ha innvirkning på det relasjonelle perspektivet for brukermedvirkning og vil kunne fremme maktutjevning i ansiktsnære relasjoner.

Det foreligger en forholdsvis omfattende forskningslitteratur som begrunner viktigheten av og beskriver de mest virksomme metodene for å lykkes med brukermedvirkning. Tross for at dette er det lite praksisnær forskning om hvilke vilkår for brukermedvirkning som må være til stede for mennesker med ruslidelser og som både legger brukernes og tjenesteutøvernes perspektiver til grunn. Denne avhandlingen belyser brukermedvirkning i ulike kontekster og fra ulike perspektiv, og vil derfor være et bidrag til økt kunnskap om forhold og faktorer som hemmer og fremmer brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser.

3 Teoretiske perspektiv

3.1 Et sosialkonstruktivistisk vitenskapssyn

Brukermedvirkning er ikke en gitt størrelse. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv vil brukermedvirkning være et relasjonelt begrep, der den enkeltes subjektive opplevelse av hva brukermedvirkning er justeres og formes i en samsskapende prosess med andre ut fra deres ståsted. Det er derfor det sosiale aspektet ved brukermedvirkning som gjør fenomenet til en dynamisk og foranderlig størrelse. Kunnskapsdannelsen omkring brukermedvirkning vil ut fra dette endres i takt med de sosiokulturelle forholdene, verdiene og diskursive praksisene som gjelder i fenomenets omgivelser til enhver tid. Ut fra dette finnes det ikke *en riktig* måte å forstå brukermedvirkning på.

Opphavet til sosialkonstruktivismen har sitt utspring i poststrukturalismen der modernitetens tro på enhetskunnskap og objektiv vitenskap ble særlig utfordret (Alvesson & Kärreman, 2000; Jørgensen & Phillips, 1999). Kritikerne pekte på at ønsket om å bygge kunnskap på søken etter objektive sannheter og uavhengige virkelighetsforståelser ikke lar seg innfri. Snarere er det meningsdannelsen gjennom språket som sørger for utviklingen av samfunnsvitenskapen.

Gergen (1985) fremla kriterier for at «noe» skal omtales som sosialkonstruktivisme. For det første må man ha en kritisk innstilling til kunnskap. Kunnskap om verden er ikke et speilbilde på, men et produkt av menneskets måte å kategorisere verden på. Sannheter som tas for gitt må utfordres. For det andre vil kunnskap om verden alltid være kulturelt og historisk betinget. For det tredje vil dannelsen av menneskets kunnskap om verden kreve sosial interaksjon. Sannheter blir konstruert som et felles prosjekt innen mellommenneskelige relasjoner.

Språkets betydning i konstruksjonen av menneskers livsverden og at menneskets livsverden først og fremst eksisterer i kraft av de menneskelige erkjennelsene som vokser frem gjennom språklig interaksjon er særlig vektlagt hos sosialkonstruktivistiske forfattere som Berger og Luckmann (2007), Gergen (1985) og Gubrium og Holstein (1997). Som forfattere av klassikeren «*The social construction of reality*» fra 1966, forsøkte Berger & Luckmann (2007), å avklare forholdet mellom vår personlige verden eller *betrakterens* verden (subjektet) og den

ytre verden; *det betraktes verden* (objektet). De argumenterer for en gjensidig påvirkning mellom disse størrelsene. Mennesket inngår følgelig i en dialektisk prosess hvor det både opptrer som medskaper av sosiale fenomener og samtidig er et produkt av den sosiale virkeligheten gjennom de allerede eksisterende sosiale praksisene de inngår i (Berger & Luckmann, 2007). Sosialkonstruktivisme vektlegger altså *språklig* interaksjon som betingelser for kunnskapsdiskursen forstått som at all kunnskap dannes i en intersubjektiv kontekst (Thomassen, 2006). Sosialkonstruktivisme kan identifiseres innenfor et vidt spekter. De mest ekstreme variantene går ut på at alt er sosiale konstruksjoner og at det ikke eksisterer en uavhengig og objektiv verden utenfor menneskets begreper, tanker og praksiser.

Denne avhandlingen heller mot å posisjonere seg innenfor en mer modifisert sosial konstruktivisme. Jeg legger til grunn at omgivelsene består av noen uavhengige overbyggende strukturer som subjektene orienterer seg mot i søken etter kunnskap og forståelse.

Når jeg vektlegger brukermedvirkning som et sosialt konstruert fenomen har jeg oppmerksomheten rettet mot de ulike fortolkningsmåtene som brukermedvirkning kommer til uttrykk på gjennom tekst, tale og handling. Også fenomener som *ruslidelser* eller *rusmiddelavhengighet* er stadig objekt for ulike fortolkningsmåter. I kapittel 2 skisserte jeg hvordan samfunnets blikk på ruslidelser som fenomen har vært gjenstand for flere paradigmeskifter gjennom tidene: fra et paradigme der ruslidelser først og fremst ble tolket som atferdsvansker og var gjenstand for moralsk fordømmelse (individualisering), til et syn på ruslidelser som hovedsakelig samfunnsskapt problem (strukturelle forklaringer). Dette betyr *ikke* at ruslidelser ikke eksisterte før dagens medikaliseringdiskurs¹ overtok, men vi har fått andre og nye tenkemåter og praksiser som belyser fenomenet ut fra aspekter ved ruslidelser som man ikke tidligere var oppmerksom på (Thomassen, 2006). Gjennom sosial samhandling blir forståelsen av fenomenet delt, utfordret, endret og bekreftet. I dette bildet ser vi hvordan det dialektiske forholdet mellom det sosiokulturelle diskursene på den ene siden og enkeltmennesker på den andre siden, bidrar til utforskning og utforming av nye forståelser av både brukermedvirkning og ruslidelser.

¹ Medikaliseringdiskurs i forståelse av at rusavhengighet er en lidelse som må behandles (Schiøtz, 2017, Ravndal, 2009).

3.2 Foucault og makten

Som teoretisk rammeverk har jeg valgt å støtte meg på Michel Foucault sin maktforståelse (Foucault, 1999; Foucault & Neumann, 2002). Foucault er kjent for sine analyser av makt i institusjonelle kontekster, og da særlig innenfor psykiatri og fengsel. Eksempler på verk av Foucault der maktanalysene innenfor slike kontekster er særlig tydelige er «Galskapens historie» (1973) og «Overvåkning og straff» (1999). For å forstå og utforske makten som utspiller seg på et samfunnsmessig og overordnet strukturnivå, må følgelig makten betraktes fra et relasjonelt perspektiv og fra et nedenfra- perspektiv (Foucault & Neumann 2002). Foucault sin maktforståelse har ingen «fast grunn» og er ikke entydig, men kan sees på som et fleksibelt redskap å betrakte verden med, formulere spørsmål ut fra og søke svar med (Hammer, 2021). Foucault betraktet ikke makt som en gitt størrelse, men som relasjonell, ustabil og dynamisk (Foucault & Neumann, 2002).

Mange har kritisert Foucault sin forståelse om at makten er *overalt* (Vågan & Grimen, 2008), og peker på at for å forstå makt må den avgrenses fra hva makt *ikke* er. Neumann (2002) hevder at dette er å misforstå hva Foucault mente om makten, og presiserer at Foucault oppfattet at makten kom allesteder *fra*, og var sirkulær og ustabil. Det vil alltid være et spill om makt i mellommenneskelige relasjoner når det gjelder hvordan subjektposisjoner forholder seg til hverandre. Der det er makt vil det *alltid* være motmakt. Der det ikke finnes evne til å gjøre motstand eller opprør, kan vi ikke snakke om makt, hevder Foucault (Foucault & Neumann 2002).

Foucault var opptatt av hvordan handlingsaspektet utspiller seg mellom subjektene. Foucault utfordret tradisjonelle måter å forstå makt på og interesserte seg for maktens «hvordan» mer enn for maktens «hvem» eller «hvor» (Juritzen, 2013). Relatert til brukermedvirkningsdiskursen kan det være betimelig å spørre hvordan fenomenet *brukermedvirkning* ble en nødvendighet eller hvorfor det ble et problem. Maktaspektet ved brukermedvirkning er ikke forbundet med tvang eller dominans, men fremstår som det Foucault & Neumann (2002) omtaler som desentralisert makt. Med andre ord, makten utgår ikke fra et sentrum eller er konsentrert i en bestemt styrke (Foucault, 1999).

Foucaults tilnærming til makt er i tråd med sosialkonstruktivismens vektlegging av språket. Han var en såkalt nominalist, forstått som at han betraktet språket som sentralt i forståelsen

hvordan vi skaper vår virkelighet (Hammer, 2017). Begreper var ifølge Hammer (2017) innholdsløse og uten selvstendig eksistens for Foucault. I stedet så han begrepene som menneskeskapte tankekonstruksjoner. Omgivelsene som omgir oss er i dette perspektivet ikke objektive og nøytrale, men er omdannet til *diskurser* gjennom menneskelige tenkemåter og forståelse.

I Foucaults tidlige analyser anvendte han begrepsparet «viten og makt», men dette ble i senere tid erstattet av begrepet «sannhetsregime» (Eliassen, 2016). Et viktig verktøy for sannhetsregimer er institusjonalisering og reproduksjon. Diskurser produserer normer for hva som oppfattes som sant i en gitt tid. Foucault forsøker med sin analyse å belyse det rasjonelle, produktive og formende med makten. Produksjon av kunnskap skaper grunnlag for klassifisering og overvåkning av befolkningen, gjennom kartlegging, statistikk og utredning (Hammer, 2017). Slik får man en oversikt over befolkningen hvor individene blir beskrevet og objektivt analysert.

Ifølge Hammer (2017) utfordret Foucault sitt publikum til å forstå nåtidens maktformer i historiske og sosiokulturelle bilder. Nye maktformer har sitt opphav i gamle strukturer og diskurser. Tidligere holdninger og forståelsesmåter ligger latent, og «overvintrer» i genealogiens² former, fram til det gjenoppstår i andre former og diskurser. Foucault refererte til 1600-tallet, da den totalitære makten hadde sverdet og døden som sin konsekvens om individet ikke lystret sin konge. I kjølvannet av den økende institusjonaliseringen og vitenskapliggjøringen som ble merkbare på 1800-tallet og fram til vår tid, vokste det frem et liberalistisk samfunn med behov for andre maktformer enn den totalitære makten. Det oppsto en forskyving fra en sentralmakt som styres gjennom lover og regler og som var preget av disiplinære og synlige maktteknikker til en mer dynamisk og tildekt form for makt.

3.2.1 Moderne styring og governmentality

Begrepet *governmentality* er et bidrag til å forstå moderne styring i vid betydning og hvordan maktutøvelse innen offentlige praksiser kommer til syne (Foucault & Neumann, 2002).

² Foucault utviklet to diskursanalytiske metoder, forankret i arkeologi og genealogi (Ulleberg, 2007). Den første fasen av hans forfatterskap er arkeologi benyttet for å analysere sosiokulturelle befolkningslevekår gjennom tidene (Hammer, 2021). Den andre fasen anvendes *genealogi*, ikke som et alternativ, men som et supplement til arkeologi. Analysen rekonstruerer historiske sammenhenger for å forstå nåtiden i termer av fortiden, for å skape en kontrast til egen samtid (Neumann, 2001; Ulleberg, 2007). Sist nevnte er spesielt knyttet til fortolkning av kontekstuelle praksiser til maktutøvelsen i institusjoner (fengsel og psykiatriske anstalter) (Ulleberg, 2007).

Governmentality og den maktproblematikken som er knyttet til dette begrepet er en gjennomgående rød tråd i Foucaults forfatterskap (Hammer, 2021). To historiske linjer har ledet fram mot governmentality som styringsform; *selvteknologi* og *hyrdemakt*.

Selvteknologi. I framveksten av nyliberalismen på 1800 tallet og den økende moderniseringen av samfunnet, viste visjonen om å ha full oversikt over samfunnet seg som umulig. En forutsetning for at samfunnet skal fungere er at subjekter individualiseres slik at de kan oppnå enn viss frihet til å handle og dermed oppfylle den samfunnsmessige funksjonen som liberalismen tillegger dem (Foucault & Neumann, 2002). Foucault omtalte dette som «*technologies of self*». Det er teknologier som bidrar til at individet gjør seg selv til gjenstand for selvstyring (Foucault & Neumann, 2002). Innføring av individuell frihet blir en samfunnsmessig nødvendighet, men denne friheten er også tvangsmessig fundert (Foucault & Neumann, 2002). Eksempelvis er en appell til folk om å leve sunt innebygget i ernæringseksperters råd om kosthold og trening. Denne diskursen begrunnes i et folkehelseperspektiv og den ønskede effekten er at befolkningen selv skal forvalte sitt liv for å fremme god helse. Et annet eksempel er at når politisk styrte organer kommuniserer at brukermedvirkning skal bidra til utjevning av maktubalansen mellom bruker og tjenesteutøver, kan strategier om å fremme brukers selvforvaltning og egenansvar ligge under. Subjektet identifiserer seg med de verdiene som blir kommunisert, og som så omdannes til *sannheter*. Foucault omtalte denne typen prosesser som utøvelse av *bio-makt*, en styringsform som har til hensikt å lede befolkningen til å fremme sunnhet, livskvalitet og sikkerhet og dermed skape seg selv som nyttige samfunnsborgere (Järvinen, Larsen & Mortensen, 2003).

Hyrdemakt er en maktform som har sitt utspring i religiøse tradisjoner. Forestillingen om den gode hyrden som gjeter flokken og passer på hver og en kan overføres til velferdsstatens omsorg for hvert enkelt borger, fra vugge til grav (Foucault & Neumann 2002). For at hyrden skal komme i posisjon overfor flokken forutsettes en fortrolighet og nærhet som gir tilgang til menneskets sjelsliv. Det skapes emosjonelle bånd som påkaller samvittighet, moral og skriftemål. Hyrdemetaforen forutsetter et gjensidig avhengighetsforhold mellom hyrden og flokken.

Brukermedvirkningens valgfrihet ligger i spørsmålsformuleringer à la «*kanskje du kan gjøre det sånn?*», hvor den paternalistiske «*du skal*» er utelatt. Individuer anses som selvstyrte uten at noen henger over dem og passer på at de ikke «sluntrer unna» sine plikter. På en subtil måte appelleres det til den enkeltes egenansvar for å te seg som forventet. Slik sosialiseres man til å ville jobbe med seg selv. Om individene unndrar seg plikten og ansvarliggjøringen, vil individet merke maktens usynlige hånd (oppør av statlige ytelser, utskrivelse fra behandling, oppsigelse fra bolig etc.). Implisitt ligger det et stort ansvar på den enkelte om å forvalte sitt liv. Her foreligger også en potensiell spenning, særlig dersom individer motsetter seg individualiteten eller ikke evner å bli individualisert til frihet og selvstyring. Moderne styring innebærer *mest mulig* påvirkning med *minst mulig* inngripen i individuelle livsprosjekter. Foucault var ikke negativ til et liberalistisk samfunn, men han pekte på omkostninger for de individer som ikke hadde iboende vilje til å innordne seg (Hammer, 2021).

Dagens nyliberale styringssett kanaliseres gjennom New Public Management og markedsøkonomiske diskurser, som søkes realisert gjennom økt humankapital og individuell frihet (Hammer, 2021). Brukermedvirkning er rettet mot å engasjere og stimulere subjekter til å bli selvstendige, frie og samfunnsnyttige borgere. Gjennom Foucault sin fortolkning kan myndiggjøringsdiskurser også bygge på visse subtile maktpreferanser, for eksempel at individer kan delta i det økonomiske spillet som nyttemaksimerte forbrukere (Hammer, 2021). Dette kan gjenspeiles i NAV sitt slagord; «*Vi gir mennesker muligheter*». I dette perspektivet fremstår velferdstjenestens uttalte arbeidslinje- strategi som en maktteknikk for å realisere individets potensiale. Velferdsstatens oppgave har blitt å forvalte humankapital og fremme selvforvaltning, hvor ansvaret er desentralisert til lokale og subtile maktsystemer (Hammer, 2021). Opptappingsplanen for rusfeltet viser hvordan lokalbaserte tjenester skal styrkes og settes i stand til å realisere offentlig politikk (Bjørkquist & Ramsdal, 2021). Resultatmålinger synliggjøres i kvalitetsindikatorer og tjenesteutøvere er satt til å redegjøre for egne praksiser gjennom revisjon, tilsyn og kontroll. Indirekte er tjenesteutøvere sin egen kontrollinstans gjennom de dokumentasjonskrav (journalisering og innfri prosedyrer) som pålegges dem. Dette omtales hos Foucault som *styring av styringen* (Foucault & Neumann, 2002, Dean, 2010). Den mest effektive makten som utøves, er den finmaskede makten som er usynlig og vanskeligst å opponere mot.

4 Forskningsdesign og metode

Studien har en kvalitativ forskningstilnærming; der både bruk av kvalitativt intervju og observasjon inngår. I denne delen vil jeg redegjøre for metodetilnærmingen min, og beskrive fasene i analyseprosessen.

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

Kvalitativ forskningsmetode omfatter ulike forskningsstrategier som er nyttige for å beskrive egenskaper og utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener (Malterud, 2003). Det som særpreger kvalitative forskningsmetoder er nærhet og følsomhet ovenfor konteksten studien gjennomføres i (Malterud, 2003; Tjora, 2017). Forskeren kommer tett på dem man «forsker på», og kan derigjennom få øye på et mangfold av nyanser. Utfordringen innen kvalitativ forskningsmetode er å forstå hvilken subjektposisjon³ forskeren inntar, da den kan være bestemmende for hvilken kunnskap studien frembringer. Kvalitativ forskningsmetode støtter seg til teorier fra postmodernisme og sosialkonstruksjonisme (Malterud, 2003). Kvalitativ forskningsmetode fraviker i likhet med annen metodetilnærming ikke fra allmenne krav til vitenskapelige håndtering, men krever andre prosedyrer (Levitt et al., 2018). Bruk av kvalitativ metode bygger på en erkjennelsestradisjon og krever synliggjøring av alle valg i forskningsprosessen (Levitt et al., 2018; Malterud, 2003).

4.1.1 Kvalitativt intervju

Sentralt i min problemstilling er å forstå meningsinnholdet i brukernes og tjenesteutøvernes uttalte perspektiver på brukermedvirkning. For å fram informantenes erfaringer og forståelse ble kvalitativt intervju ansett som fruktbart. Kvale og Brinkmann (2015) viser til at kvalitativt intervju er en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess, der intervjueren og den intervjuede produserer kunnskap sammen. Videre hevder forfatterne at det under intervjuingen pågår en samtalebasert erkjennelsesprosess som er intersubjektiv og sosial. Formålet med kvalitativt intervju er å forstå verden sett fra intervjupersonen side. Kunnskapen befinner seg hverken

³ Subjektposisjon er forventinger og begrensninger til subjektets ulike roller innenfor bestemte diskurser (Neumann, 2001)

i personen eller utenfor verden, men eksisterer i relasjonen mellom mennesket og verden (Kvale og Brinkmann, 2015). Selv om jeg i denne studien fulgte en intervjuguide, hadde intervjuprosessen en tilnærming som svarer til betegnelsen *semistrukturert intervju*. En del kjernespørsmål var planlagt på forhånd, men det var likevel åpning for refleksjoner og uplanlagte tema.

4.1.2 Deltakende observasjon

For å kunne utforske hva som fremmer og hemmer brukervedvirkning i tjenestene var det viktig å komme tettest mulig på brukerne. Fangen (2010) beskriver deltakende observasjon som en unik metode for å studere menneskers samhandling og språkbruk uten at forskeren påvirker samhandlingen så sterkt som i et intervju. Videre påpeker Fangen (2010) at kombinasjonen av verbal tale og observasjon av handling både kan gi ulik og utfyllende kunnskap om et gitt fenomen, samt gi forskeren tilgang til førstehåndserfaringer fra informantens hverdagsliv som ikke blir artikulert i en intervjusituasjon. Jeg har i min datainnsamling gjort gjentagende intervju med samme informant, samt deltatt som observatør flere enn ett samarbeidsmøter som informanten har deltatt i. Avhandlingen er basert på empiriske data fra tre artikler (jfr. Tabell 1).

Tabell 1: oversikt over empiriske data som inngår i publikasjonene. Artikkel 1 og 2 er publisert, artikkel 3 upublisert.

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3
Formål	Undersøke brukernes erfaringer med å medvirke i ansvarsgruppemøter	Undersøke brukernes erfaringer med å få medvirke i den første fasen av rusbehandling	Undersøke hvordan tjenesteytere forstår brukervedvirkning, og hvilken betydning tillegges de brukervedvirkning i arbeid med mennesker med ruslidelser
Metode	Kvalitativt intervju (N=10) Observasjon av møte (N=10)	Kvalitativt intervju (N=14)	Kvalitativt intervju (N=28) Observasjon av møte (N=22)
Utvalg	5 brukere	14 brukere	22 tjenesteutøvere

For å kunne utforske hva som fremmer og hemmer brukermedvirkning i tjenestene var det viktig å komme tettest mulig på brukerne. Jeg valgte derfor å følge den enkelte bruker (n=16) på vei inn i behandling, underveis og tre måneder etter avsluttet døgntilbud (jfr. Figur 1 flytskjema). Mennesker med rusproblemer kjennetegnes av komplekse livsvansker som krever samhandling på tvers av nivåer hvis tjenestene skal bli gode og helhetlige. Derfor var det viktig å utforske også brukerens samarbeidspartnere (N=22) om hvordan de forstår og tilrettelegger for brukermedvirkning.

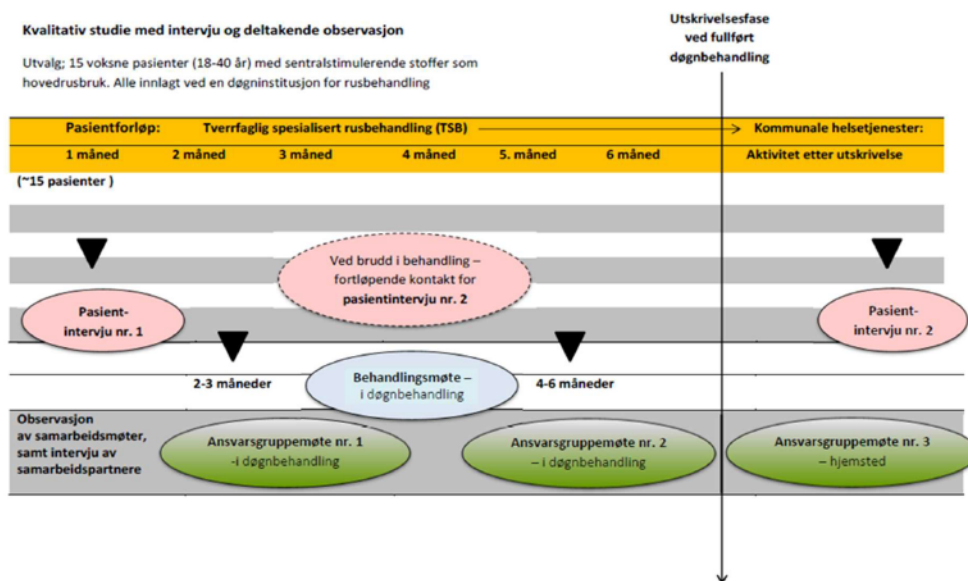
4.1.3 Forskningsetiske godkjenning

Studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Vedlegg I), region Midt Norge (2015/1757). Deltakerne ble muntlig og skriftlig informert om hensikten med studien og signerte samtykkeerklæring.

4.2 Den kontekstuelle rammen for datainnhenting

Studiens kontekstuelle ramme er tverrfaglige rustjenester for mennesker med ruslidelser. Dette innbefatter kommunale rustjenester, NAV-tjenester og ett døgntilbud og tre polikliniske tilbud i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Disse tre tjenesteområdene er gitt fellesbetegnelsen rustjenester. De varierer i størrelse, er underlagt ulike lovverk og reguleringer, og lokalisert både i storbyer og småsteder i Midt-Norge (Møre og Romsdal og Sør-Trøndelag). Alle enhetene er sentrale når det gjelder å gi tjenester til brukere med rusproblemer.

Figur 1. flytskjema



Jfr. figur 1. flytskjema: Behandlingsforløpet knyttet til døgntilretteliggelse hadde en varighet på ca. 6 måneder. Jeg fulgte brukerne i ca. 9 måneder, kortere dersom det oppsto brudd i kontakten. Det ble gjennomført to hovedintervju med hver bruker, første gang ca. 4-6 uker etter oppstart i behandling og siste ca. 3 måneder etter utskrivelse av døgntilretteliggelsen. I tillegg ble det gjennomført kortere intervjuer med bruker i ettertid av samarbeidsmøter som bruker deltok i. Jeg deltok som observatør både i brukers behandlingsmøter og ansvarsgruppemøter. I tillegg til data fra brukere, var det også sentralt for meg å få vite noe om hvordan de ulike tjenesteutøverne opplevde å tilrettelegge for brukermedvirkning (beskrives nærmere). Datainnhenting pågikk i ett år, fra februar 2016 til mars 2017.

4.3 Utvalget – presentasjon av informantene

4.3.1 Hvem er brukerne?

Fire av brukerinformantene var kvinner og tolv var menn. Gjennomsnittsalderen var 27 år (Jfr. tabell 2). For å få en mest mulig homogen informantgruppe ble bruk av sentralstimulerende

stoffer gjort til et kriterium for deltakelse.⁴ Avhengighetslidelsen deres var knyttet til bruk av illegale rusmidler, i hovedsak sentralstimulerende stoffer (amfetamin og metamfetamin). Selv om de oppga misbruk av amfetamin som sitt hovedmisbruk, beskrev de selv misbruksmønsteret sitt som blandingsmisbruk. Basert på brukers selvrapportering var gjennomsnittsalderen for debut på illegale rusmidler 17 år. Studien mangler data på gjennomsnittsalder for når rusmisbruket ble problemfullt. De fleste, med unntak av én bruker, var gitt tilleggdiagnoser som inkluderte en eller flere psykiske diagnoser. Tre brukere var ikke utredet for psykisk helsetilstand som følge av brudd i behandling. Halvparten av utvalget oppga at de injiserte rusmidler, og like mange hadde hatt flere tilfeller av overdose. Tre fortalte om selvmordsforsøk tidligere i livet. Ti brukerne hadde ikke vært i rusbehandling tidligere. Seks brukere hadde erfaring fra tidligere opphold i rusbehandling, hvorav to hadde erfaring fra den konkrete døgnenheten som det ble rekruttert deltakere til studien fra. Halvparten av utvalget hadde barn, hvorav bare én bruker hadde samvær med sitt barn. Den daglige omsorgen for barna var enten tillagt den andre forelderen eller barnet var plassert i fosterhjem. Sju av brukerne hadde egenerfaringer med barnevernet fra sin oppvekst. Utover grunnskole, var det tre brukere som hadde fullført videregående skole, hvorav to hadde skaffet seg fagbrev. Alle hadde ulik jobberfaring, men ingen oppga å ha fast arbeid etter endt behandling. Jobberfaringene de refererte til var preget av lite varighet. Alle hadde hatt mer eller mindre kontakt med NAV- tjenesten i årene før innleggelse i rusbehandling. Bakgrunnen for kontakt med NAV- tjenesten var behov for økonomisk stønad. Halvparten oppga å ha en flyktig stedstilhørighet og flere manglet tilknytning til støttende nettverk. Sju av brukerne hadde status som bostedsløs ved oppstart av behandling

Gjennomsnittlig behandlingstid blant brukerne var fire og en halv måned. Åtte brukere fullførte behandlingen som planlagt, hvorav to fikk utvidet behandlingstid med to måneder. Åtte brukere avsluttet behandlingen før det var planlagt, ca. to måneder etter oppstart. To av brukerne døde kort tid etter utskrivning fra behandling. Den ene av dem fullførte behandlingen som planlagt mens den andre brøt behandlingen etter to måneder.

⁴ Et ytre krav satt av bedømmelseskomiteen for tildeling av forskningsmidlene; var at studiens utvalg må være mest mulig ensartet. For øvrig reflekterer jeg i ettertid at funnene sannsynligvis ville ha vært uavhengig av hvilken type rusmiddelavhengighet deltakerne i utvalget hadde.

Tabell 2. Beskrivelse av brukerne

Bruker	Alder	kjønn	Debut alder for illegal rusbruk	Psykiske lidelser	Behandlings-erfaring
P1	28	mann	14	Flere	Første
P2	29	mann	14	En	Første
P3	37	mann	16	Ingen	Andre
P4	24	Kvinne	21	En	Andre
P5	29	Mann	19	Flere	Andre
P6	27	Mann	17	Flere	Første
P7	26	Mann	16	En	Første
P8	22	Mann	17	Flere	Første
P9	28	Kvinne	15	Ukjent	Andre
P10	25	Kvinne	16	Flere	Andre
P11	34	Mann	19	En	Første
P12	21	Kvinne	16	En	Første
P13	23	Mann	20	Ukjent	Første
P14	26	Mann	16	Flere	Første
P15	25	Mann	15	En	Første
P16	29	mann	22	Ukjent	Andre

4.3.2 Hvem er tjenesteutøverne?

Utvalget besto av seks tjenesteytere fra den kommunale rustjenesten, åtte fra NAV tjenesten og åtte fra spesialisthelsetjenesten (TSB) (jfr. tabell 2). De fleste tjenesteutøverne hadde videreutdanning og spesialisering, hvorav tre hadde mastergrad. Alle tjenesteutøverne, med unntak av en, var fast ansatt i sin stilling. Gjennomgående hadde de lang erfaring med å yte tjenester for målgruppen.

Tabell 3. Oversikt over informanters profesjon og kjønn

	Kommune	NAV	TSB	Samlet
Kjønn	4 kvinner	5 kvinner	4 kvinner	13 kvinner
	2 menn	3 menn	4 menn	9 menn
Grunnutdanning	1 vernepleier	1 vernepleier	1 vernepleier	3 vernepleier
	1 sosionom	3 sosionom	2 sosionom	6 sosionomer
	2 leger	2 barnevern	2 barnevern	4 barnevern
	1 sykepleier	1 samfunnsviter	1 lege	3 leger
		1 trygdeutdannet	1 sykepleier	2 sykepleiere
			1 pedagog	1 samfunnsviter
			1 trygdeutdannet	
			1 pedagog	

4.4 Rekruttering og tilnærming til datainnhenting

4.4.1 Rekruttering av brukerne

Jeg startet med å rekruttere bruker-informantene. Først fikk aktuelle brukere muntlig og skriftlig informasjon, deretter avventet jeg et par dager før jeg tok kontakt på nytt for å spørre om de ønsket å gi sitt samtykke til deltakelse. Jeg brukte god tid på å forklare hva deres deltakelse ville innebære for dem, både etisk og praktisk. De fikk informasjon om at deltakelse var frivillig, at anonymiteten deres ble ivaretatt, at deltakelse ikke ga dem bedre eller lettere tilgang til helsetjenester, og at de måtte være tilgjengelig for meg i en viss tid. Alle brukerne jeg spurte om deltakelse ga samtykke (Vedlegg IV). Jeg opplevde at samtlige var positive, og flere av dem begrunnet sin deltakelse med at det var viktig å bidra til å forbedre tjenestene.

4.4.2 Rekruttering av tjenesteutøverne

Brukerne oppga hvem som var deres sentrale samarbeidspartnere, og ga samtykke til at jeg kontaktet de aktuelle tjenesteutøverne med informasjon om studien og forespørsel om deltakelse. Dersom brukerne ikke kjente til sine konkrete samarbeidspartnere, fikk jeg disse opplysningene fra behandlingskoordinator i TSB. Forespørselen gjaldt både deltakelse i intervju og samtykke til at jeg fikk tilgang til å observere samarbeidsmøtene som både bruker og tjenesteutøver deltok i. Prosedyren jeg fulgte var at jeg først sendte en kortfattet e-post til den enkelte tjenesteyter om min hensikt med studien, og med et spørsmål om å inngå en telefonavtale. Etter å ha hatt telefonkontakt med den enkelte tjenesteutøver sendte jeg en epost med studieinformasjon og samtykkeskjema (Vedlegg V). Flere av de ansatte var opptatt av sin egen taushetsplikt og uttrykte uro om hva det ville innebære for egen rolle. De fleste ønsket en formell godkjenning fra sin leder før de ga meg sitt samtykke. Av samtlige henvendelser jeg fortok, var det to tjenesteytere som avsto fra å gi samtykke til intervju. Begge begrunnet avslaget med knapphet på tid i arbeidshverdagen. Den ene ga meg anledning til å kunne delta i samarbeidsmøtet, men ønsket ikke å gi intervju. Den andre tjenesteutøveren ga verken samtykke til min deltakelse i møtet eller til intervju (jfr. Tabell 5).

4.5 Intervju

4.5.1 Intervju med brukerne

To hovedintervju, *ett oppstartsintervju* og *ett oppfølgingsintervju* ble gjort med hver brukerinformant. Det ble utarbeidet tre tilpassede intervjuguider for intervjuene med brukerne, én til hvert hovedintervju, samt en egen intervjuguide som var tilpasset samarbeidsmøter (vedlegg II). Som en del av forberedelsene til studien ble det gjennomført en liten pilotstudie for utarbeiding av intervjuguide. En gruppe med tre brukere som var innlagt i rusbehandling gjennomgikk mitt utkast til intervjuguide sammen med meg. De kom med flere nyttige innspill til forbedring av guiden. Temaer i intervjuguiden var brukerens rushistorie, brukerens samhandling med tjenestene, brukermedvirkning og overganger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Det empiriske materialet fra brukerintervjuene består av totalt 52 intervju av ulik varighet jfr. Tabell 4. Oppstartsintervjuet ble gjennomført innenfor den fjerde og sjette uka i døgnoppholdet. I tre av intervjuene (P2, P5 og P8) var brukerne noe tilbakeholdne under det første intervjuet, og viste liten vilje til å dele sine oppfatninger. De svarte veldig kort på spørsmålene, eller «vet ikke» når jeg ba dem utdype. Alle disse tre var under soning i behandlingsinstitusjon i medhold av Straffegjennomføringslovens §12, og jeg reflekterte over om tilbakeholdenheten kunne skyldes at de hadde vikarierende motiver for rusbehandlingen, og kanskje søkte enklere soning. Men min oppfatning endret seg underveis, for de «tødde» mer opp etter hvert og synliggjorde i større grad sine betraktninger. De ga også uttrykk for at det var «bra» at jeg deltok som observatør sammen med dem i de oppsatte samarbeidsmøtene. Det ble lettere for begge parter når vi ble mer kjent med hverandre. En av brukerinformantene hadde tidligere deltatt i gruppebehandling hvor jeg hadde rollen som behandler.

Tabell 4: Oversikt over brukerintervjuene

Bruker	1. Intervju «Oppstart»	Refleksjon behandlings- møte	Refleksjon ansvars- gruppemøte	2. Intervju «oppfølging»
P1	64 min	23 min	13 min	<i>Uteble</i>
P2	34 min	-	10 min	24 min
P3	58 min	7 min	Notat (1.) Notat (2.)	29 min
P4	40 min	<i>Brudd</i> -----		
P5	25 min	<i>Brudd</i>	38 min (1.) 15 min (2.) 22 min (3.)	29 min
P6	30 min	20 min	9 min (1.) 6 min (2.)	35 min
P7	43 min	<i>Brudd</i> -----		
P8	34 min	14 min	12 min (1.) Notat (2.)	<i>Uteble</i>
P9	45 min	<i>Brudd</i> -----		
P10	53 min	<i>Brudd</i> -----		41 min
P11	42 min	13 min	14 min (1.)	30 min
P12	57 min	-	Notat (1.) 15 min (2.)	22 min
P13	43 min	9 min	<i>Overført annen behandling</i>	
P14	41 min	Notat	8 min (1.) 14 min (2.)	<i>Uteble</i>
P15	43 min	11 min	21 min (1.) 11 min (2.) Notat (3.)	<i>Uteble</i>
P16	69 min	<i>Brudd</i>	19 min	22 min
Antall	16	8	20	8
Totalt antall brukerintervjuer 52				

Oppfølgingsintervjuene ble gjennomført ca. 3 måneder etter behandlingsavslutning, uavhengig om brukerne hadde fullført eller avbrutt behandlingen. Jeg hadde i utgangspunktet inngått avtale om oppfølgingsintervju med tolv brukere, men endte opp med åtte. I to tilfeller (P1 og P8) var både tid og sted bestemt, men informantene dukket ikke opp til vår avtale. Jeg forsøkte å ringe og sende sms – men fikk ikke kontakt. Den tredje brukeren (P14) som uteble viste til at arbeidssituasjonen gjorde det vanskelig å møte meg, og den fjerde brukeren (P15) uteble som følge av at vedkommende sine psykiske vansker var blitt forverret. Bortsett fra det, møtte jeg halvparten av brukerne til oppfølgingsintervju. Det var brukerne som bestemte hvor vi skulle møtes. Seks av intervjuene ble gjennomført i brukerens hjem (P2, P3, P6, P10, P12, P16). En bruker (P2) oppholdt seg midlertidig hos foreldre på tidspunktet for

oppfølgingsintervjuet, grunnet manglende bolig. I et annet tilfelle kjørte jeg en over 30 miles omvei for å møte brukeren (P10). De to andre oppfølgingsintervjuene ble gjennomført henholdsvis i lokalene til kommunen (P5) og i poliklinikk (P11). Ingen av informantene som gjennomførte oppfølgingsintervjuet var ruspåvirket. Den ene informanten erkjente at han ville vente med å ruse seg til mitt besøk var overstått.

Intervjuene av brukere etter samarbeidsmøtene, ble forsøkt gjennomført samme dag som møtet ble avholdt. Dersom intervjuet ble utsatt av ulike årsaker, erfarte jeg at det ble vanskeligere å nå brukerne i ettertid. Ulempen når det gikk for lang tid mellom møte og intervju, var at brukerne ikke husket så godt hva som ble sagt eller hvilken opplevelse de satt igjen med. I de fleste tilfellene brukte jeg båndopptaker, men noen ganger forenklet jeg datainnhenting og gjorde kun notater. Primært ble intervjuene tatt opp på bånd, transkribert og lagret i analyseprogrammet NVivo. Fem av brukerne (P4, P7, P9, P10 og P16) brøt behandlingen innen 8 uker, og før planlagt behandlingsmøte. P5 og P13 ble overført til annen institusjon (den ene til annen behandling og den andre tilbakeført til soning i fengsel). Av disse informanter, hadde jeg oppfølgingsintervju med P5 og P16, jfr. Tabell 4.

4.5.2 Intervju med tjenesteutøvere

Som tidligere nevnt ble intervjuing av tjenesteutøvere gjennomført på deres arbeidsted, med unntak av ett intervju som fant sted i døgnenheten. Datamaterialet fra 22 tjenesteutøvere består av totalt 28 intervju, jfr. Tabell 5. Noen tjenesteutøvere er intervjuet mer enn en gang, med bakgrunn i at de var oppnevnt som samarbeidspartnere til flere av brukerne i utvalget eller fordi jeg betraktet det som viktig å få et oppfølgingsintervju for nærmere avklaring. Det ble utarbeidet en egen intervjuguide som hadde fokus på brukermedvirkning og samhandling (Vedlegg III).

Tabell 5. Oversikt over intervju av tjenesteutøvere

Brukertilhørighet	NAV tjenesten	Kommune	Spesialisthelsetj. TSB
P1	55 min	69 min	84 min - A
P2	34 min	-	B **
P3	63 min	-	32 min - B** 16 min - poliklinikk
P4	<i>Brudd</i> -----		
P5	67 min	63 min 38 min (fastlege)	80 min – behandler døgn
P6	46 min	28 min (1.) 19 min (2.)	19 min - A
P7	<i>Brudd</i> -----		
P8	93 min	-	91 min - C
P9	Ikke samtykke	-	86 min - D** 56 min - poliklinikk
P10	<i>Brudd</i> -----		
P11	43 min	71 min (fastlege)	11 min - C 45 min - poliklinikk
P12	-	-	D **
P13	Overført annen institusjon		
P14	-	-	18 min- C
P15	75 min	-	25 min - C
P16	<i>Brudd</i>	73 min	18 min - A
Antall	8	6 (7)	8 (13)
Samlet antall intervjuer av tjenesteutøvere 22 (28**)			

Ved de minste NAV kontorene (P2 og P8) var tjenesteyterne kommunalt ansatt og utførte statlige oppgaver. I to tilfeller (P12 og P14) var NAV- tilknytningen uklar så lenge brukeren var døgninnlagt. Uklarheten gjaldt omstendighetene rundt brukers valg av bokommune. P12 endret bokommune to ganger i løpet av behandlingsoppholdet. Dette skapte utfordringer ved rekruttering av samarbeidspartnere med tilknytning til bruker. Det ble gjennomført åtte intervju med tjenesteytere fra NAV-tjenesten.

NAV-tjenesten var ikke oppnevnt som henvisningsinstans for noen brukere i dette utvalget. Henvisningsaktør var enten kommunal ruskonsulent eller fastlege (P1, P4, P8, P9, P12, P13) eller spesialisthelsetjenesten (P3, P6, P7, P10, P11, P15) og fengselslege (P2, P5, P14, P16). Henviser i spesialisthelsetjenesten var oppgitt å være poliklinikk, rusakutt og psykisk helsetjenester.

I ansvarsgruppemøter med tre av brukerne (P5, P6 og P11) deltok fastlegen deres. To av fastlegene ble intervjuet, hvorav det ene intervjuet (P5) ble gjennomført telefonisk. I spesialisthelsetjenestens døgnetenhet var brukerne fordelt på 4 ulike behandlerkoordinatorer (betegnet som A, B, C, D). Grunnet tidsbruk ble intervju med behandlerkoordinator som hadde primærkontakt med flere enn en bruker samlet til ett intervju.

4.6 Deltakende observasjon og feltnotat

Jeg valgte å innhente observasjonsdata fra to ulike møtekontekster som brukerne deltok i; behandlingsmøtet og ansvarsgruppemøter (Jfr. Tabell 6). Observasjoner kan graderes fra skjulte til åpne og fra aktivt eller passivt deltakende (Fangen, 2010). Jeg valgte rollen som *passivt* deltakende observatør i de samarbeidsmøtene jeg deltok i. Jeg var til stede under møtene uten å delta i samtalen. Jeg plasserte meg ved møtebordet, lik de andre møtedeltakerne. Dersom jeg hadde valgt å sitte utenfor bordet, eksempelvis i hjørnet av rommet, hadde jeg kunnet påvirke mer gjennom en synlig betrakterrolle. Det å føle seg betraktet gjør noe med den naturlige settingen og dette igjen vil innvirke på individets handlinger. I forkant av møtene, deltok jeg med «small talk» når møtedeltakerne ankom rommet. Det bidro til å «ufarliggjøre» min rolle, ved å la møtedeltakerne få et inntrykk av meg som person. Ofte tilbød jeg meg å servere kaffe til møtedeltakerne. Møtedeltakerne kjente til formålet mitt med min tilstedeværelse, da jeg i forkant hadde vært i kontakt med hver enkelt møtedeltaker og spurt om samtykke til deltakende observasjon.

I feltarbeidet har jeg basert meg på Katrine Fangen sin bok «Deltakende observasjon» (2010). Særlig har jeg funnet hennes praktiske måte å sortere feltnotater på som fruktbar. Det er en tre-delt loggføring som skiller mellom i) ikke-fortolkende men beskrivende observasjonsdata (type hva skjer-data og som inkluderer hvem-hva-hvor) ii) teoretiske notater som inneholder mine refleksjoner og antagelser (eksempelvis hva innebærer «å bli inkludert» for informanten) og iii) metodologiske notater som er notater til meg selv (eksempelvis huske å spørre informanten når noe var uklart, eller hva jeg følte i den konkrete situasjonen). I starten av feltarbeidet, laget jeg tre kolonner med hver sin fargekode for å lette loggføringen under selve observasjonen av konteksten. Etter hvert som jeg ble mer «dreven» i loggføring, skrev jeg mer fortløpende notater som ble sortert i observasjonsdata, teoretiske - og metodologiske

notater i ettertid av observasjonen. Struktureringen av notatene var nyttige for å skape en dialog mellom helhet og del, og samtidig skille hva som tilhørte mine følelser fra informantens uttrykte følelser. Selv om jeg fulgte den tre-delte loggen og egne instruksjoner, som var ment å skulle være førende for hva jeg skulle se etter, ble jeg oppmerksom på andre ting som ikke var planlagt. Jeg har hatt fokus på samhandlingsmønstre mellom aktørene; allianser/støtte, tilhørighet/trygghet, informasjon, kroppsspråk, plassering i forhold til hverandre, væremåte, kommunikasjonsform (hurtig, konkluderende, inkluderende, bedre-vitende), bruk av humor, ufarliggjøring av alvorlige tema, maktaspektet, forhandlinger og forsvarsmekanismer m.m. Selv om man har en planlagt strategi for observasjonen, skjer ting fort og nye ting oppstår som man ikke har kunnet forutse. Dersom jeg ikke bearbeidet observasjonsdata umiddelbart, erfarte jeg at mye data gikk tapt. Det å gjøre *fokuserte* feltobservasjoner, og skrive feltnotat som er dekkende for observasjonen har vært krevende. Ønsket om å ha tillit til fortolkning av egne feltnotater, har medført at jeg flere ganger har stoppet helt opp, for så å begynne på nytt. All analyse har vært preget av en evig runddans i det empiriske materialet.

Tabell 6- Oversikt over observasjoner

Bruker	Behandlingsmøte	Ansvarsgruppe 1	Ansvarsgruppe 2	Ansvarsgruppe 3
P1	Feltnotat	Feltnotat	-	-
P2	-	Feltnotat	-	-
P3	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	-
P4	-	-	-	-
P5	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat
P6	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	-
P7	-	Feltnotat	-	-
P8	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat
P9	-	Ikke samtykke	-	-
P10	-	-	-	-
P11	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	-
P12	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	-
P13	Feltnotat	-	-	-
P14	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	-
P15	Feltnotat	Feltnotat	Feltnotat	-
P16	-	Feltnotat	-	-
Antall	10	12	8	2
	Sum antall observasjoner 32			

For å gjøre datamengden håndterlig og fruktbar, måtte jeg gjøre justeringer og avgrensninger underveis. 32 feltnotater fra både behandlingsmøtene og ansvarsgruppemøtene utgjorde

enorme mengder av data. I artikkelen som omhandler samhandlingsperspektivet (artikkel 1) knyttet til brukermedvirkning, valgte jeg å avgrense materialet til kun ansvarsgruppemøter. Deltakerne i ansvarsgruppemøtene var ofte ukjent for hverandre, og selv om deltakerne var kjent med ansvarsgruppemøte som modell, var strukturen på møtene mindre fastlagt. Konteksten for de ulike ansvarsgruppemøtene varierte både i tid og rom. Av totalt 22 observerte møter var ni av dem videomøter og 13 fysiske møter. Åtte av videomøtene ble avholdt i døgnetenhetens lokaler, mens ett ble avholdt i fengsel. Av de 13 fysiske møtene ble fem avholdt i lokalene til døgnetenheten og åtte avholdt i samarbeidspartneres lokaler (tilhørende NAV-tjenesten, ekstern poliklinikk eller kommune). Selv om det er ulik form på et fysisk møte kontra et videomøte, har jeg ikke lagt stor vekt på dette i fremstillingen og vurderingen av data. Tidsrammen for møtene var 45 - 75 minutter.

Selv om brukerne hadde en relasjon til både sin behandler ved TSB og ruskonsulenten i hjemkommunen, var det ofte ingen etablert relasjon mellom de enkelte tjenesteutøverne. NAV-representanten var ofte helt ukjent både for bruker og de andre samarbeidspartnerne. Fangen (2010) betegner dette som flyktige relasjoner, i forståelse av at disse relasjonene ikke er varige. Selv om møtet hadde et formål, kunne det oppstå mer uforutsigbarhet fordi møtedeltakerne ikke hadde samme informasjon. I sammenligning med behandlingsmøtet, hvor deltakerne hadde en mer innarbeidede roller, opptrådte deltakerne i ansvarsgruppemøtene mer famlende og rollene var mindre avklart.

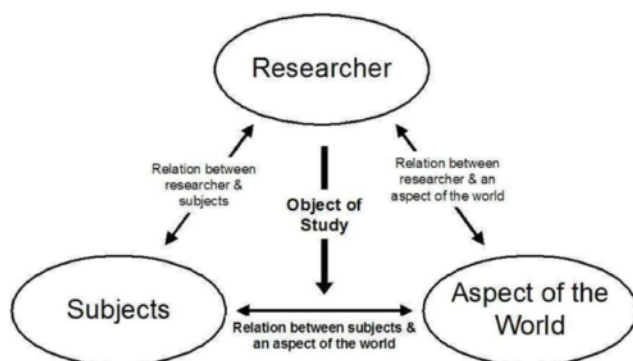
Hyppeggheten av ansvarsgruppemøtene varierte ut fra brukers behov og progresjon. I utgangpunktet antok jeg at det ble avholdt to ansvarsgruppemøter mens brukerne oppholdt seg i døgnetenheten (jfr. figur. 1; flytskjema). Det var ikke alltid tilfellet. For tre av brukerne ble ansvarsgruppe 2 avholdt i kommunen og etter utskrivelse fra døgnetenheten.

4.7 Analyseprosessen

Studien har et kvalitativt design med en fenomenografisk tilnærming. Fenomenografi har sitt opphav fra Universitet i Gøteborg på 70-tallet og er forankret i den pedagogiske vitenskapsdisiplinen (Barnard, McCosker & Gerber, 1999; Larsson, 1986; Marton, 1981, 1986).

Begrepet fenomenografi er sammensatt av ordene *fenomeno* som betyr «det som viser seg» og *grafia* som betyr «å beskrive i ord eller bilde» (Alexandersson, 1994). Formålet med metoden er å fortolke hvordan mennesker oppfatter, erfarer og forstår et gitt fenomen i relasjon til sin livsverden (Uljen, 1996). Fokuset er på hvordan det gitte fenomenet *oppfattes å være* for individet, også forstått som et 2.orden perspektiv. Vekten på 2. orden perspektivet i en fenomenografisk tilnærming står i kontrast til en *fenomenologisk* tilnærming, som vektlegger 1.orden perspektivet, forstått som at en utforsker *hvordan noe er* fra utsiden. En forutsetning i fenomenografi er at menneskers oppfatninger av et gitt fenomen både består av bevisste og ubevisste meninger. For eksempel kan informantene under en intervjusituasjon bli oppmerksomme på enkelte ting som det før intervjuet var mindre artikulert eller reflektert over. Ofte tas oppfatninger for gitt ut fra en antakelse om at alle ser likt på fenomenet. Fenomenografisk design fordrer en induktiv analyse hvor en studerer variasjoner av informantenes oppfatninger, samt beskriver likheter og forskjeller i hva som tenkes om et gitt fenomen (Marton, 1981). Beskrivelseskategoriene fremtrer på bakgrunn av kollektive grunnoppfatninger av et fenomen (Dahlgren & Fallsberg, 1991).

Figur 2 Illustrasjon av fenomenografisk metode basert på Bowden (2000) i Khan (2014).



I arbeidet med analysen av intervjuene og feltnotatene anvendte jeg Dahlgren og Fallsberg (1991) sin 7-steps modell. Den omfatter (1) å bli kjent med materialet, (2) å kondensere relevante utsagn, (3) å sammenligne oppfatninger for å finne ulikt og likt, (4) å gruppere ulike tema (5) å gi gruppene tentative beskrivelser, (6) å navngi beskrivelseskategoriene og sist; (7) å kontrastere de ulike beskrivelseskategoriene. Formålet med analysemodellen er å utvikle de kategoriene som representerer informantenes sine kollektive oppfatninger, også definert som

fenomenets grunnoppfatninger. Beskrivelseskategoriene er ment å være unike og skiller seg fra hverandre, og speiler dermed de ulike nyanser av fenomenet.

Tabell 7: illustrasjon av analyseprosess

Observasjon/ Utsagn	Kondensering	Oppfatning	Subkategori	Beskrivelseskategori
P1 blir av NAV oppfordret til å sjekke opp sine rettigheter i forhold til voksenopplæring og fullført skolegang.	Tjenesteutøver har forventinger om at P1 finner ut av ting selv	Oppgaveforståelse om at bruker må gjøre noe selv	Ansvarsforskyvelse	Ansvarliggjøre bruker
Jeg opplever ikke at dem tar noen som helst initiativ til å hjelpe meg eller tilrettelegger noe som helst, det er alltid opp til meg, det har vært opp til meg hele veien...(P3)	Min opplevelse er at jeg ikke får noen hjelp, men må sørge for meg selv	Jeg må gjøre det selv		
Den første tiden var jæklig spesiell, det var uvant, jeg kom hjem og skulle være «normal», ...jobbe og ha fri, ...det var rart å være hjemme og ferdig i behandling (P6)	Uvant å komme hjem igjen å være rusfri og skulle leve et normalt liv med jobb og fritid	Endringsprosess	Å leve et «normalt» liv	Selvforståelse
Jeg tror at når jeg sitter i denne stolen - at folk er mye mer med på det enn de er da. Mer gjengs att «det kan ikke jeg vite, det er det doktoren som må vite hva jeg skal gjøre». De vil ikke være med å ta den avgjørelsen, og gjøre de valgene. (P11 – fastlege)	Fordi jeg har posisjon som lege, er brukeren tilsynelatende føyelig og overlater valgene til meg.	Bruker inntar en underordnet rolle	Asymmetri relasjon	Maktubalanse

Analyseprosessen startet allerede under datainnhenting. Under feltnotatene skrev jeg spesielle anmerkninger til meg selv. Dersom jeg var usikker, ble min usikkerhet sjekket ut med brukerne. Jeg lyttet til opptaket fra intervjuet før jeg startet å transkribere.

Jeg transkriberte alle intervju i dataverktøyet Nvivo⁵ (versjon 11). Jeg opprettet en individuell mappe for hver enkel brukerinformant i Nvivo. Den enkelte mappen inneholder intervju av bruker, tilhørende feltnotat fra brukers møter og intervju fra tjenesteutøverne som var definert som brukers samarbeidspartnere. Gjennom Nvivo ble intervju og feltnotat kodet. Nvivo var et nyttig verktøy for å strukturere og gruppere koder. Unntaket var rapportene, som ble eksportert og printet ut i Word format. Disse ble for meg veldig uoversiktlige, og jeg valgte å overføre rapportene til manuelle tabeller (Jfr. illustrasjon av analyseprosessen). Mine erfaringer var at det ble lettere å håndtere de manuelle tabellene enn rapportene. Bruk av tabeller hjalp meg dessuten med å se sammenhengende mønstre og helheten i data.

4.8 Avhandlingens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet

Jeg har valgt et forskningsfelt basert på forutforståelse og engasjement. Selv om jeg bevisst har forsøkt å balansere min forskningsrolle og tidligere behandlerrolle under hele prosessen av studien, kan min nærhet til forskningsfeltet likevel ha påvirket mine valg og fortolkninger. For eksempel hevder Gullestad (1991) at forskerens nærhet til feltet kan bidra til at en blir «hjemmeblind» for nye aspekter. Siden jeg kjenner rusfeltet kan dette ha medført at jeg har tatt ting for gitt eller søkt etter elementer som kan bekrefte egne forutinntatte antagelser. Wadel, Wadel og Fuglestad (2014) hevder at forskerens formål både er å få det kjente til å fremstå som kjent på nye måter slik at forskerens funn vekker gjenklang hos lesere som kjenner fenomenet fra før, og å gjøre det ukjente kjent gjennom å sette begrep på observasjoner. Det er viktig å være oppmerksom på at informantene som representerer praksisfeltet er fellesbetegnet som tjenesteutøvere i rustjenesten, men representerer tre ulike særegne kontekster. Dette kan gi en svekket opplevelse av gyldighet. Til tross for store lokale variasjoner i praksiser og lovverk, er alle de representerte kontekstene omsluttet målsettingen om brukermedvirkning.

⁵ NVivo brukes til å organisere og analysere ikke-numeriske eller ustrukturerte data. Programmet kan klassifisere, sortere og arrangere informasjon, undersøke relasjoner i data og kombinere analysen med lenker, søk og modellering. Forskeren kan teste teorier, identifisere trender og kryssundersøke informasjon. [Nvivo – Wikipedia](#)

Ph.d. -prosjektet hadde opprinnelig tittelen «Helhetlige tjenester for mennesker med ruslidelser», men den ble senere endret til «Brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser». Vektlegging av samhandlingsaspektet fikk en mindre plass i studien enn planlagt, til fordel for utforsking av brukermedvirkning som fenomen. Samhandling er for øvrig tematisert i artikkel 1, gjennom samarbeid i modeller av ansvarsgruppemøter.

Troverdighet gjelder spørsmålet om kunnskapens gyldighet, og om studien virkelig undersøker det den skal. Studiens største svakhet er at jeg ikke har innlemmet brukerrepresentanter som *medforskere*, særlig tatt i betraktning at jeg har utforsket brukermedvirkning fra brukerståsted som tema. Studiens styrke i så måte er at jeg har valgt å kombinere både deltakende observasjon og intervjudata. Datainnhenting ved hjelp av begge metodene gikk parallelt, dvs. at jeg vekslet på observasjon og intervju i hele tiden perioden som datainnsamlingen pågikk. Slik kunne jeg utnytte muligheter til å se resultater fra hver av metodene i lys av hverandre. I tillegg til mine egne feltnotater hadde jeg uformelle samtaler med brukerne i etterkant av møtene. Dette ga meg anledning til å sjekke ut mine oppfatninger og fortolkninger av observerte situasjoner. Hvis jeg for eksempel fikk en fornemmelse av et underliggende tema etter en observasjon sjekket jeg ut med brukerne om mine observasjoner var i tilstrekkelig i samsvar med deres oppfattelse. I tillegg hadde jeg løpende kontakt med behandlingskoordinator som jeg kunne støtte meg på. Innebygd i dette ligger det en type kommunikatív validering av egne observasjoner. Dette kalles også medlemssjekk (Kvale og Brinkmann, 2009). Kunnskapen kan i denne sammenheng sies å være et samarbeid mellom informantene og meg (Fangen, 2010).

Likevel hevder Fangen (2010) at informantenes respons på datamaterialet ikke er tilstrekkelig validering av forskerens fortolkning, og argumenterer for at en fortolkning i tillegg må bygge på et teoretisk grunnlag for å kunne underbygge konkrete funn. Jeg valgte å støtte funnene på Aron Antonovsky (Antonovsky, 1987) sitt perspektiv salutogenese i artikkel 2 og Michael Lipsky (Lipsky, 1980) sin modell om bakkebyråkratene i artikkel 3. Under datainnhenting og i den første fasen av analyseprosessen, hadde jeg ingen bevisst tanke om hvilke teoretiske tilnærminger jeg ville velge å se data i lys av. Dette vil si analysen var induktiv drevet, noe som er i tråd med fenomenografisk design. Under utvikling av kategorier og funn, derimot, fremkom det mønster og sammenhenger hvor valg teori vokste frem fra. Hensikten med å

trekke inn teori har vært å få belyst og underbygget funnene, men valg av teori i studier vil kunne gjenspeile forskerens ståsted og medføre et spesifikt «blikk» (Christophersen, 2010). Forskerens ståsted i studien er avgjørende for hvordan man forholder seg til et materiale, hvilke begrep man bruker, hvilke spørsmål man stiller og hvilke aspekter ved et materiale som synliggjøres. Ut fra det moderat sosialkonstruktivistiske perspektivet jeg har beskrevet som mitt vitenskapsteoretiske ståsted er det begrenset hvor upåvirket en kan nærme seg feltet og møte rådata, men jeg har vært oppmerksom på risikoen for fortolkning ut fra ståsted og vil hevde at jeg unngikk å la meg bli styrt av en bestemt teori i analysen av forskningsfunn. Forankringen i fenomenografisk analyse var til hjelp i så måte.

Som avhandlingens teoretiske overbygning har jeg valgt Michel Foucault sin maktanalyse. Avhandlingens kontekstuelle rammer er rustjenester hvor flere aktører med ulike subjektposisjoner og maktforhold samhandler og innvirker i medvirkningsprosesser. I tillegg er det viktig å reflektere over at jeg som forsker også har makt, gjennom å beskrive og fortolke data. Jeg kan ha vektlagt andre sider ved et utsagn enn hva informanten har hatt til intensjon om å formidle. Ifølge Foucault er makt alltid til stede i relasjoner, er ustabil og kommer fra ulike hold. Selv om avhandlingens overordnede forskningsspørsmål ikke omhandler makt indirekte, inngår maktaspektet i studiens kontekstuelle rammer, både tildekt og åpent. Alle teoretiske bidrag som avhandlingen trekker på, mener jeg å ha relevans til studiens formål.

Overførbarhet. Begrepet overførbarhet innen kvalitativ forskning innebærer at det kan være problematisk å konkludere at den kunnskapen som er utviklet gjennom studien og som gjelder for et mindre utvalg også gjelder for en større populasjon. Fangen (2010) viser til at overførbarhet i kvalitativ forskning først og fremst handler om hvorvidt fortolkningene av data kan overføres til å gjelde andre sammenhenger. Innenfor kvalitativ forskningsmetode er det ikke mulig for andre i ettertid å gjennomføre eksakt samme studie, fordi man kan ikke kontrollere for omskiftende miljøforandringer og relasjonelle betingelser. Studiens resultat støtter seg til eksisterende forskning, og jeg mener på dette grunnlag at avhandlingens tema og funn kan overføres til andre kontekster hvor brukermedvirkning er gjeldende.

4.9 Etiske betraktninger om min forskerrolle

Valg av dette forskningsfeltet har i mitt tilfelle vært krevende på flere måter, både faglig og på et personlig plan. Jeg har gjennomført studien ved min egen arbeidsplass, hvor jeg selv har jobbet som behandler før jeg trådte inn i rollen som forsker. Primært valgte jeg mitt forskningsfelt med bakgrunn i lokalkunnskap, faglig engasjement, tilgang til informanter, men også ut fra den potensielle nytteverdien ved å fremskaffe kunnskap som kan implementeres i rustjenesten og rusfaget for øvrig. Mitt ontologiske og epistemologiske perspektiv i det feltet jeg utforsker er selvsagt preget av mine praksiserfaringer og min faglige forankring innen kontekstene rusfaglig arbeid og sosialt arbeid. Implisitt ligger det i det at jeg kan aldri klare å nullstille meg og møte forskningsfeltet nøytralt. Mine «briller» om hvordan jeg fortolker mine funn vil kunne innvirke på avhandlingen i ulik grad. Fordelen med å ha relevant praksiserfaring i møte med mine informanter er at jeg lettere har kommet på «innsiden». Jeg har brukt min forforståelse og mitt blikk for å systematisere eller typifisere hva jeg ønsker å undersøke. Jeg reflekterte over ulike situasjoner som kunne gjøre meg blind for det unike. Jeg reflekterte også over hvilke situasjoner der nærheten min til feltet kunne vanskeliggjøre det å artikulere det underforståtte eller det man tar for gitt, og hvordan dette igjen kunne innvirke på min fortolkning og forståelse av det jeg møtte i feltet.

I møte med informantene har jeg hatt en intensjon om å etablere en så fordomsfri relasjon som mulig uten at formålet med studien er tildekket. Forsker og informant har ikke likeverdige roller, da forskeren innehar status i form av utdanning og tilhørighet i academia. Selv om informanten står fritt til å bestemme selv om de vil delta eller ikke i en studie, kan nok enkelte informanter kjenne på en forventning om at de burde eller må delta. I mitt tilfelle rekrutterte jeg brukerne kort tid etter at de ankom døgnenheten. Det er ikke uvanlig at brukerne strever med å finne sin nye rolle i et behandlingsfelleskap og at de har behov for enesamtale og fortrolig kontakt, uavhengig om det er med en forsker eller en behandler. Selv om deltakelse i studier er frivillig, kan nok «bordet fange» og medføre en etisk komplisert situasjon om informasjon om studien og rekruttering gjennomføres samtidig. Særlig gjelder dette brukere som er i en sårbar livssituasjon og som står i et avhengighetsforhold til hjelpesystemet. Et forskningsintervju kan forveksles med en terapeutisk situasjon, og brukerne kan ha varierende dagsform, psykiske vansker og kjenne på ambivalens.

Forskermøtet kan i verste fall medføre psykologisk uro for brukeren, noe som er i strid med de forskningsetiske prinsippene.

Det var lettere å rekruttere brukere til det første møtet enn å følge dem opp i ettertid. I det første møtet var brukerne motivert og tilgjengelige for intervju og betraktet sin deltakelse som et viktig formål for å kunne bidra til kunnskap. Da jeg tok kontakt for oppfølgingsintervju opplevde jeg at enkelte avviste meg fordi de ikke hadde tid eller ikke var i form til å møte meg. De som hadde brutt sin påbegynte behandling, ønsket ikke å ha noen kontakt med hjelpeapparat eller noe som var forbundet med formelle instanser, herunder også forskning. Dette måtte jeg akseptere og vise forståelse for. Når jeg endelig kom i posisjon til å gjøre observasjon og intervju, kjente jeg på takknemlighet for at de hadde gitt meg den muligheten. I noen tilfeller har jeg kjent på en «trang» til å gi innspill i ansvarsgruppemøtene, og formidle spesifikk kunnskap som behandler. Som tidligere nevnt, valgte jeg å ha en passiv deltakende observatørrolle. Unntaket er at jeg i et par tilfeller kom med tilføyinger i slutten av et møte når opplysninger gitt i møtet om rettigheter under behandling har vært uriktige, og når jeg vurderte at disse opplysningene ville komme brukeren til gode. Når brukere har kontaktet meg uoppfordret for å fortelle en nyhet (for eksempel at de har fått jobb eller skaffet seg bolig) eller for å invitere meg med i et planlagt ansvarsgruppemøte, har jeg kjent på glede på deres vegne, i tillegg til min egen mestringsfølelse for å ha klart å etablere en positiv relasjon til dem.

Til tross for at jeg har utforsket et felt som er kjent for meg, har jeg tilegnet meg annen kunnskap gjennom forskerrollen enn fra et ståsted som behandler. Rollene har vært snudd, hvor brukerne har vært «ekspertene» i forhold til min forskerrolle. Fangen (2010) omtaler det at en feltforsker gjerne involverer seg så mye i feltet at en gradvis også vil kunne identifisere seg med deltakerne. Rollen som deltakende observatør vil skape et engasjement og bidrar til å bli kjent med de menneskene man studerer, fordi man kommer inn på deres livsverden og følelsesliv på en unik måte. Selv om en kan oppnå mer utfyllende data kan det by på etiske utfordringer dersom forsker-informant-relasjon sammenblandes med et vennsforhold (Fangen, 2010). Det kan også oppleves av informanten som et tillitsbrudd dersom informasjonen man får tilgang til blir gitt videre (Fangen, 2010). Dette har jeg vært spesielt opptatt av, siden jeg har hatt kontakt med enkelte informanter underveis i studien. Hvilke signaler gir jeg og hvordan blir disse oppfattet av informantene? Hele tiden har jeg prøvd å

balansere nærhet og distanse, uten å virke invaderende eller likegyldig. Jeg har også kjent på tristhet når brukerne har hatt tilbakefall til rusmisbruk, til tross for at dette erfaringsmessig kan være regelen snarere enn unntaket. To av brukerne døde relativt kort tid etter utskriving fra behandling. Det var for meg følelsesmessig vanskelig å lytte til stemmer deres fra båndopptakeren i analysearbeidet. Samtidig understreker disse meningsløse tapene viktigheten av forskning for utsatte og sårbare grupper.

I dialog med tjenesteutøvere med ulik tilhørighet og posisjoner, har jeg blitt oppmerksom på egne holdninger og verdier gjennom måten jeg har fortolket tjenesteutøvers utsagn eller betegnelser på brukere. Jeg har flere ganger stoppet opp for å balansere motsigelser og reflektere over min egen rolle som forsker, og har forsøkt å «fortrenge» min behandlerrolle i tilnærming til brukere og tjenesteytere. Dette har vært utfordrende på mange måter, og er egentlig en umulig oppgave. Jeg har tilstrebet å gjøre arbeidet så transparent som mulig for å ivareta pålitelighet og troverdighet i studien. Jeg har også skrevet refleksjonsnotater i etterkant av intervju og observasjoner, og blitt oppmerksom på hvor mine tanker har vandret. Jeg har prøvd å bevisstgjøre for meg selv hva dette betyr i den videre fortolkningen av mine informanternes beskrivelser og handlinger.

Samtidig som det er nødvendig med en refleksiv holdning for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning (Skolbekken, Songe-Møller, Ruyter & Hovland, 2010), tenker jeg at min nærhet til feltet har vært en viktig forutsetning for å gripe det unike og essensielle ved fenomenet slik informantene opplever det. Malterud (2003) påpeker at spørsmålet ikke er hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan. På bakgrunn av idealet om transparens har jeg bestrebet å synliggjøre eget ståsted og egen forforståelse i oppbygging av studien.

5 Presentasjon av artikler og hovedfunn

I denne delen gir jeg en kort presentasjon av artiklene som avhandlingen bygger på.

Avslutningsvis oppsummerer jeg avhandlingens hovedfunn på tvers av artiklene.

Hovedfunnene drøftes i del 6.

5.1 Artikkel 1

Merethe Wenaas, Helle Wessel Andersson, Riina Kiik & Anne Juberg (2021). *User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 190-203. Publisert.

Formål: Hvilke erfaringer har brukere med å medvirke i tverrfaglige samarbeidsmøter?

Samhandlingskonteksten i denne artikkelen er ansvarsgruppemøter hvor tjenestemottaker møter sine aktuelle tjenesteutøvere. Formålet var å undersøke hvordan brukerne opplevde å få medvirke i ansvarsgruppemøte, og eventuelt hva som kunne hindre en god medvirkningsprosess. Informantene besto av fem menn i alderen 27 – 36 år, med ulike hjelpebehov. Fire av informantene mottok tjenester både fra 1. og 2. linjen, mens den femte var innsatt i fengsel og mottok derfor kun kommunale tjenester. I tillegg til at informantene ble intervjuet både i forkant og i etterkant av møtene, observerte jeg ansvarsgruppemøtene. Data besto derfor av både intervjuer og feltnotater.

Hovedfunnene viser at informantene ikke opplevde ansvarsgruppemøtene som nyttige for sin egen del, og begrunnet dette med manglende informasjon og med at prosessen var lite målrettet. Dette bidro til at informantene følte at de fikk en underordnet rolle som hindret dem i medvirkning under møtene. Tre barrierer, sett fra et brukerståsted, ble identifisert:

1) Tjenesteutøver sitt ansvar og funksjon var uklart.

Selv om tjenesteutøverne som deltok i møtene representerte ulike tjenester, opplevde informantene at det var vanskelig å forstå hvilket ansvar og funksjon den enkelte tjenesteyter hadde. Tjenesteutøvernes roller, uavhengig av hvilken tjeneste de kom fra, ble oppfattet som

diffuse og til dels like. Informantene opplevde dessuten at tjenesteutøverne snakket om sakene uten at det kom konkrete beslutninger ut av det. Når sakene ble for krevende og det virket uklart hvem som hadde ansvaret, opplevde informantene at de ble oppfordret til å ta kontakt med andre instanser for å finne svar selv.

2) Tjenesteutøvers praktisering av regler og prosedyrer var uklart.

Når ansatte refererte til ulike regelverk og oppfyllelse av vilkår, ble det, slik informantene formidlet det, vanskelig å argumentere for eller imot. De ga også uttrykk for at det var vanskelig å vurdere informasjonen de fikk som god eller mindre god, og å ta et riktig valg basert på denne informasjonen. Maktubalansen ble ytterligere forsterket når tjenesteutøverne brukte faglige begrep og sjargonger som informantene ikke forsto.

3) Fravær av brukerkompetanse.

Brukerinformantene opplevde at deres erfaringer og kompetanse i liten grad ble etterspurt i møtene. Når brukerkompetansen ikke fikk samme anerkjennelse som tjenesteutøvernes kompetanse, ga dette brukerne en underordnet rolle i samhandlingen. Selv om ansvarsgruppemøte ofte blir definert som «bruker sitt møte», opplevde informantene i realiteten liten gjennomslagskraft for egne ønsker og behov.

Artikkelen konkluderer med at brukerinformantene ikke opplevde å motta den informasjonen som de ser som nødvendig for å kunne få en reell medvirkning i møtene. Dersom tjenesteutøverne ikke klarer å etablere en refleksiv kultur, der brukerkompetansen inkluderes i ansvarsgruppemøtene, mister de muligheten til å skape en felles oppgaveforståelse. Utfallet er at samarbeidet stagnerer og mister sin funksjon. Artikkelen konkluderer med at tjenesteutøverne må tydeliggjøre hva de kan tilføre i samarbeidet for at brukerne skal kunne uttrykke behov og gis en reell deltakelsesposisjon.

5.2 Artikkel 2

Merethe Wenaas, Nina Kavita Heggen Bahl, Riina Kiik, & Anne Juberg (2021). *Patient Assessments of the Factors Facilitating and Impeding User Involvement During the First Phase of Substance Abuse Treatment*. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 15: 1-10.

Publisert.

Formål: Hvilke erfaringer har brukerne med å få medvirke i første fase av rusbehandling?

Informantene besto av 14 pasienter med ruslidelser innlagt i TSB. Data var basert på intervjuer som ble foretatt 4-6 uker etter påbegynt behandling. Funnene ble belyst med Aron Antonovsky sitt teoretiske perspektiv om salutogenese (1987).

Hovedfunnet var at selv om informantene hevdet å ha fått medvirke til egen innleggelse i rusbehandling, hadde de fleste startet i rusbehandling som følge av akutte hendelser i forkant. Halvparten av informantene hadde ingen veloverveid og planlagt innsøking. Prosessen fram til innleggelse ble av flere informanter beskrevet som en krisetilstand.

1) Nytt grep på livet.

Informantene beskrev behandlingsinnleggelsen som et selvvalgt vendepunkt for et nytt liv. Selv om enkelte informanter kjente på et ytre press fra tjenesteutøvere og pårørende om å gå i behandling for å redusere eller stoppe å innta skadelige rusmidler, påpekte de fleste at valget om å motta behandling var selvbestemt og selvstyrt.

2) Manglende informasjon.

Både de informantene som var blitt innlagt akutt og de som hadde måttet gi opp førstevalget sitt på grunn av lang ventetid opplevde det som negativt at de ikke hadde fått ta et reelt valg av behandlingsform eller behandlingssted. De måtte akseptere den behandlingen de ble tilbudt, og det dreide seg oftest om den behandlingen som var tilgjengelig på det aktuelle tidspunktet. Dermed fremsto behandlingsvalget som heller tilfeldig og pragmatisk. Flere av informantene opplevde dessuten at det var vanskelig å forberede seg til behandlingen selv etter at de hadde fått vite at de hadde fått plass, fordi de manglet tilpasset informasjon. Manglende adekvat forhåndsinformasjon kunne forsterke pasientenes opplevelse av krisetilstand og forvirring i en tidlig fase av behandlingen. En del informanter oppga at de for så vidt fikk mye informasjon, men de beskrev den som vanskelig å sortere og tilegne seg.

Samlet sett ga dette et inntrykk av at man som pasient i rusbehandling er på reise uten å vite destinasjonen. Uttrykket «blåtur» er ikke ueffent i denne sammenheng.

3) Viktigheten av tilhørighet.

Selv om informantene understreket viktigheten av sosial støtte, oppga de fleste at de manglet nære støttepersoner i sitt liv. Flere av informantene hadde negative erfaringer med autoritetspersoner tidligere i livet, noe som kan være en barriere for etablering av tillit til tjenesteutøvere man møter seinere i livet. Samhandling preget av mistillit hemmer brukervedvirkning og en aktiv brukerrolle.

Enkelte informanter oppga at de hadde nære relasjoner til tjenesteutøvere. Disse hadde gjort mer enn forventet og ga dem ikke opp. Informantene oppga likevel medpasienter som de viktigste støttespillerne i den tidlige fasen av behandlingen. Samhørighet med andre pasienter ga muligheter for emosjonelle støtte, refleksjoner og oppmuntring til å stå i utfordringer når det buttet imot. Støttende relasjoner fremmer selvbevissthet om egne mål og ressurser, noe som i sin tur vil fremme brukerdeltakelse.

4) Ambivalens omkring nytten av behandling.

Informantene uttrykte liten tro på at tiden i behandling kunne hjelpe dem til å avstå fra rusmidler i all framtid. De opplevde at det var vanskelig å forestille seg et «normalt» liv og opprettholde et håp om endring, selv om flere anså endring som en motivasjon for å fullføre rusbehandling. Informanter som ikke finner behandlingen meningsfylt for sin egen del, vil ha vanskeligheter med å engasjere seg og inntar en passiv rolle. Dette vil hemme brukervedvirkning.

Flere av informantene oppfattet behandlingsopplegget som standardisert, og at det ikke inviterte til individualisering og tilpasninger. Dette hemmet også brukervedvirkning.

Konklusjonen som trekkes i artikkelen er at barrierer for brukervedvirkning i den tidlige fasen av behandlingen bunner i manglende adekvat informasjon, manglende sosial støtte, opplevd stigma, standardisert behandling og ambivalens omkring nytteverdien av behandlingen.

Elementer som fremmer brukervedvirkning er fellesskapstilhørighet, emosjonell støtte og forestillinger om et bedre liv (trygghet og stabilitet). Til tross for krevende livsutfordringer, som det enkelte individ ikke har utviklet automatiserte responser for å takle, kan

enkeltindivider lettere aktivere iboende ressurser dersom utfordringer de møter kan settes inn i en sammenheng som er begripelig og gir mening. Vi fant derfor at en salutogenetisk tilnærming er fruktbar for å fremme brukermedvirkning i en tidlig fase av rusbehandling.

5.3 Artikkel 3

Merethe Wenaas, Helle Wessel Andersson, Anne Juberg & Riina Kiik. *Brukermedvirkning i et spenningsforhold? – mellom brukerbehov og organisatoriske krav i rustjenesten*. Under fagfelleevaluering i Tidsskrift for velferdsforskning.

Formål: Hvordan forstår tjenesteytere fra helse – og sosialtjenester brukermedvirkning og hvilken betydning tilligger de brukermedvirkning i sitt arbeid med mennesker som har ruslidelser?

Studiens datamateriale består av 22 kvalitative intervjuer med tjenesteutøvere fra kommunale helsetjenester, NAV og TSB, samt feltnotater fra 22 ansvarsgruppemøter. Funnene er drøftet i lys av Michael Lipsky' s teoretiske rammeverk om bakkebyråkratiet (1980).

Hovedfunnet var at informantene opplevde begrepet brukermedvirkning som «ullent» og lite definert. De forsøkte å praktisere brukermedvirkning for å ansvarliggjøre bruker og for å fremme en aktiv brukerdeltakelse, men de opplevde til dels store utfordringer med dette.

Informantenes utfordringer presenteres på to ulike nivåer:

1) Utfordringer tilknyttet *det strukturelle nivået*:

Informantene oppga manglende tid og ressurser, tvetydige organisatoriske mål og ulike forståelser av brukermedvirkning som utfordrende i realiseringen av brukermedvirkning. I organisasjonene som tjenesteutøverne representerte var det ifølge informantene oppstått kapasitetsutfordringer som følge av en mer lineær problemforståelse enn tidligere og økt tendens til ansvarsforskyvning fra ledernivå til tjenesteutøver. Økende bruk av standardiserte manualer og IKT løsninger forenklet praksisen, men begrenset den samtidig ved at skjønnsbruk og individuell tilrettelegging ble tonet ned.

2) utfordringer tilknyttet *det relasjonelle nivået*:

En vanlig strategi for å møte motstridende forventinger mellom brukerbehov i ansiktsnære relasjoner på den ene siden og innfrielse av organisatoriske krav på den andre siden, var ifølge informantene å realitetsorientere brukerne om begrensninger i tjenesten. Hensikten med å realitetsorientere er slik informantene fremstilte det å dempe brukernes forventinger til hva som er mulig i tjenestelevering, samt indirekte forhindre press på tjenesten. Enkelte informanter oppga at de betraktet brukergruppen som ustabil og skiftende med hensyn til hvilke målsettinger de hadde, derfor anså de det som viktig at bruker ble utfordret på sine krav og forventninger. Flere av informantene opplevde at brukerne enten ikke forsto eller visste hva som var best for dem.

I artikkelen konkluderer vi med at tjenesteutøvere i rustjenesten ikke bare blir overlatt ansvaret for å løse organisatoriske kapasitetsutfordringer i stor grad. Holdningsmessige barrierer kan også oppstå i tjenesteyternes forsøk på å håndtere spenningsforholdet mellom idealer og realiteter, noe som ofte bidrar til å opprettholde maktubalanse i relasjonen mellom tjenesteutøver og bruker i stedet for å utjevne den.

5.4 Oppsummering av funn i artiklene

Basert på de tre artiklene, kan hovedfunnene oppsummeres i tre punkter. Samtidig er det viktig for meg å presisere at funnene ikke må fortolkes som kategoriske sannheter. Hovedfunnene er drøftet i lys av Foucault sin maktanalyse, med formål om å forstå de kontekstuelle og relasjonelle betingelsene som vil innvirke i tilrettelegging for brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser.

1. En forutsetning for å fremme brukermedvirkning er at brukererfaringer **gyldiggjøres**.

Brukere oppfattet å ha en underordnet rolle i samarbeidet med sine tjenesteytere, og individuelle erfaringer og kunnskap ble i liten grad etterspurt. Når brukers erfaringer ikke gyldiggjøres, kan dette innvirke på hvilken subjektposisjon bruker inntar i møte med tjenesteutøvere. I mangel på relevant informasjon, tilgang på valgmuligheter og mistillit til systemet vil dette kunne svekke brukers forventninger om egen mestring og opplevd

nytteverdi av tjenesten. Imidlertid, dersom brukers erfaringer gyldiggjøres kan maktubalansen i møte med tjenesteutøvere reduseres, og muliggjøre større grad av brukermedvirkning.

2. Velferdsstatens målsettinger er tvetydige

Tjenesteutøvere oppfatter den overordnede målsettingen om brukermedvirkning som diffus og udefinert, noe som gir motstridende forventinger når målene skal oppnås i praksis.

Tvetydigheten kommer til syne hos tjenesteyterne ved at eget ansvarsområde oppleves grenseløst i møte med (i noen tilfeller kravstore) brukere. På den andre siden oppfattet brukerne at tjenesteutøvernes ansvar og funksjon framsto som uklare, noe som bidro til at brukers forventninger til hva tjenesten kunne bistå med ble uoversiktlige.

3. Organisatoriske kapasitetsproblem reduserer vilkår for brukermedvirkning.

Funn viser at organisatoriske kapasitetsproblemer underkommuniseres i tilrettelegging av brukermedvirkning. Mangel på tid var den hyppigst nevnte ressursmangelen hos tjenesteutøverne i denne sammenhengen. Tjenesteutøverne beskriver de overordnede målene som vanskelige å realisere i praksis. De overordnede målene er entydiggjort og lineært formulerte. Problemenes kompleksitet og de ulike kapasitetsutfordringene er tildekket. Tjenesteutøverne opplevde å stå i et krysspess mellom organisatoriske mål og brukers ønsker. En viktig strategi hos tjenesteutøverne er å realitetsorientere brukere om tjenestens begrensinger, i den hensikt å dempe brukers forventninger og presset på egen arbeidshverdag. I realiteten er dette noe som vil hemme brukermedvirkning.

6 Drøfting

I dette kapittelet vil jeg samle trådene fra studiens artikler og drøfte de tre hovedfunnene: i) Brukererfaringer ugyldiggjøres i kunnskapsdiskursen, ii) Velferdsstatens målsettinger er tvetydige iii) Organisatoriske kapasitetsproblem reduserer vilkår for brukermedvirkning.

Funnene drøftes i lys av Michel Foucault sin maktanalyse. Mitt blikk blir hvordan de rådende diskurser, forankret i kontekstuelle og relasjonelle rammer, får betydning i tilrettelegging for brukermedvirkning. Ut fra de innsikter dette blikket gir meg vil jeg besvare avhandlingens overordnede problemsstilling om hva fremmer og hemmer brukermedvirkning i tjenester for mennesker med ruslidelser.

6.1 Brukererfaringer ugyldiggjøres i kunnskapsdiskursen

Politiske føringer for velferdsstaten legger vekt på at brukere med behov for offentlige tjenester *skal* gis mulighet til innflytelse, og brukererfaringer skal inkluderes i tilrettelegging og utforming av tjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Brukermedvirkning er forbundet med individuelle frigjøringsprosesser, og myndiggjøring og Empowerment er sentrale begrep i den forbindelse (Slettebø, 2000). Slik begrepene myndiggjøring og Empowerment vanligvis fortolkes innebærer de at brukerne har iboende ressurser og en kompetanse som skal anerkjennes og synliggjøres i tjenesteutformingen. Dette grunnsynet er i samsvar med premisene for sosialt arbeid som forutsetter at subjektets myndiggjøringsprosess ikke kan realiseres uten at en innlemmer subjektforståelse og de kontekstuelle rammer som subjektet er en del av (Humerfelt, 2012).

Til tross for offentlige målsettinger om brukermedvirkning, viser forskning at brukere med sammensatte og langvarige tjenestebehov opplever at tjenestene er fragmenterte og mangler individuelle tilpasninger (Fischer & Neale, 2008; Greer et al., 2019; King, 2011; Schulte et al., 2007). Forskning har også dokumentert at det kan finnes stigmatiserende holdninger hos tjenesteutøvere, noe som kan bidra til å fastholde maktubalanse i hjelperelasjonen og hemme brukermedvirkning (Goodhew et al., 2019). Videre har forskning vist eksempler på at brukere ikke blir inkludert i beslutningsprosesser (Bryant et al., 2008; S. Patterson et al., 2009) og en distansert «vi og dem»-holdning kan prege hjelperelasjonen (Rance & Treloar, 2015).

Avhandlingens funn viser at brukere kan oppleve å ha en *underordnet rolle* fordi deres brukererfaringer i liten grad blir tematisert i ansvarsgruppemøtene (Wenaas, Andersson, et al., 2021). I ansvarsgruppemøter vi observerte ble brukeren sentrum for mange meningsytrende tjenesteutøvere på samme tid, hvor vansker og mangler hos brukeren ble vektlagt (Wenaas, Andersson, et al., 2021). Dette funnet samsvarer med Skau (1996) som også påpeker at jo flere tjenesteutøvere som deler en bestemt fortolkning, desto vanskeligere vil det være for bruker å få gjennomslag for et annet syn. Avhandlingen viser at tjenesteutøveres bruk av fagspråk kan forsterke maktubalansen gjennom tingliggjøring og generalisering av brukerens livsvansker, og at en transformering av hverdagspråk til fagspråk og byråkratiske termer kunne bidra til å underkommunisere brukerens selvforståelse og erfaringer.

Järvinen og Mik-Meyer (2003) har berørt dette fenomenet og beskrevet hvordan møter mellom klient og velferdsinstitusjoner skaper en «klientgjørings-prosess», der menneskelige livsproblemer oversettes til et «systemspråk», og hvor individets situasjon avklares ut fra institusjonelle fastlagte diagnoser og forståelsesrammer. Klienter tilpasses institusjonens kategorier, og tjenesteyter arbeider ut fra institusjonelt skapte problemkonstruksjoner. Nevnte forfattere hevder at den paternalistiske grunntonen som ligger under her kan forstås i lys av tre ulike diskurser som påvirker tjenesteutøveres rolleforståelse; *behandlingsdiskursen*, *benektingsdiskursen* og *viljediskursen*. Brukermedvirkning kan bare fremmes hvis tjenesteutøver er seg de tre diskursene bevisst.

Behandlingsdiskursen er preget av at brukeren får en underordnet rolle som den uvitende, mens tjenesteutøver blir eksperten som skal kartlegge, vurdere og kategorisere (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Skau (1996) hevder i tråd med dette at når brukere trer inn i rollen som hjelpemottaker, skjer det en gradvis endring fra å være et subjekt som handler og bestemmer over eget liv, til å bli et objekt eller en gjenstand for andres handlinger og vurderinger. Järvinen og Mik-Meyer (2003) problematiserer den dominansen som *behandlingsdiskursen* har fått innenfor rustjenestene, også innenfor de rustjenestene som ikke har behandling som sin offentlige oppgave, og hevder at *behandlingsdiskursen* har blitt implisitt også i tjenester som dekker grunnleggende behov som økonomi, arbeid og bolig.

Rusfeltets rådende diskurs om at mennesker med ruslidelser skal behandles som pasienter med sykdomsforståelse, er et brudd med tidligere syn på rusavhengighet og diskurser omkring hvordan rusavhengighet dannes (Ravndal, 2009). Det å bli tilkjent en diagnose for sine lidelser kan for mange brukere oppleves som frigjørende i møte med fordommer i samfunnet om at rusavhengighet er selvpåført og forstått som et atferdsproblem. Til tross for at ruslidelser blir møtt med sykdomsforståelse, kan de kontekstuelle betingelsene som bruker lever innenfor likevel underkommuniseres. Som følge av økt medikalisering av rusfeltet, har andre forståelsesmåter av fenomener knyttet til rusavhengighet og andre kunnskapssyn fått innpass, forankret i en medisinsk forståelse av rusproblematikk og et tilnærmet positivistisk syn på hvordan kunnskap innhentes og utvikles blitt førende (Ekeland, 2021; Ravndal, 2009). Ekeland (2004) peker på at en ensidig vektlegging av et kunnskapssyn som har en implisitt teknologisk rasjonalitet i seg ikke fanger opp subjektforståelsen. Et diagnostisk blikk vil redusere «lidelser» eller «rusavhengighet» til avgrensede enheter, som hver for seg bidrar lite til å fange opp alle brukers livsområder (bolig, sosial tilhørighet, økonomi, nettverk o.l.), og mangler på disse områdene (Ekeland, 2004; Ravndal, 2009). Skjervheim (1976), kjent for sin positivismekritikk, påpekte at kunnskap om menneskets følelser, tanker og handlinger ikke kan omdannes innenfor en tradisjon der det positivistiske vitenskapsidealet er rådende. Skjervheim (1976) hevdet at en objektivende innstilling i møte med den andre (subjektet), angriper den andres frihet. Den objektiverende tilnærmingen kan i Foucaults forståelse betraktes en maktteknikk som kategoriserer subjekter gjennom egenskapsforklaringer som unormale eller avvikende.

Funn fra artikkel 3 viser at brukermedvirkning av tjenesteutøverne blir sett i sammenheng med det å ansvarliggjøre bruker. Dette kan fortolkes som at brukermedvirkning har to hensikter. Den ene er å fremme en aktiv brukerdeltakelse og den andre er å realitetsorientere bruker om tjenestens begrensninger. Det å realitetsorientere bruker kan sees i sammenheng med det Järvinen og Mik-Meyer (2003) kaller *benektelsesdiskurs*, hvor tjenesteutøver forutsetter at bruker ikke forstår sine egne problemer. Tjenesteutøvere og brukere deler i dette perspektivet ikke samme oppfatning om situasjonen *fordi* bruker mangler selvinnsikt. Derfor må bruker bli styrt og veiledet mot det gjeldende sannhetsregimet (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Askheim (2009) forklarer denne tendensen med at tjenesteutøver forsøker å føre brukeren til sitt nærmere «egentlige jeg», og ved å tilføre viten og kunnskap som gjør

vedkommende bedre i stand til å treffe «frie valg» og som øker brukers kapasitet til selvstyring.

Når brukerne opplevde stigma i møte med enkelte tjenesteutøvere, innvirket dette på egen selvforståelse og ga ambivalente følelser knyttet til behandlingsnytt (Wenaas, Bahl, et al., 2021). Dette kan bli en barriere for brukermedvirkning. Gjermo, Lømo og Lundgaard (2007) peker på at mennesker med rusadferd tradisjonelt er blitt kategorisert og stigmatisert som personer som ikke vet og forstår sitt eget beste, og som tar dårlige valg ved å ruse seg. Dersom brukerne er passive og viser liten vilje til å være deltakende, kan tjenesteutøverne bidra til handlingstvang ved å ta over kontrollen ved å vite på vegne av brukeren. Dette er i samsvar med avhandlingens funn, nemlig at tjenesteutøver tar føringen i dialogen med bruker ved å fremme forslag og anbefalinger.

Et eksempel på utslag av benektelsesdiskurs fra avhandlingens empiri er hvordan en bruker med oppnådd rusfrihet av tjenesteutøver ble minnet om at hans rusmisbruk for alltid vil forfølge hans livshistorie og være allment kjent. Når brukeren blir påført et stigma mot sin egen vilje, og dette forblir en del av hans identitet, vil forhandlingsprosessen fortsatt ha preg av benektelse, hevder Järvinen og Mik-Meyer (2003). Järvinen og Mik-Meyer (2003) peker også på at når brukers behov og ønsker står i motsetning til organisatoriske rammer, kan brukerne oppfattes som «fastlåste» eller som personer med manglende selvinnsett, eller, bli kategorisert som umotiverte eller behandlingsresistente. Rustjenester er å betrakte som institusjoner som er innrettet for å samle, endre og omforme identiteter (Järvinen og Mik-Meyer (2003). Benektelsesdiskursen omhandler å få bruker til å bekjenne sine problemer. Her ser vi eksempel på det som Foucault omtaler som hyrdemakt. Gjennom bekjennelsen aksepterer brukeren andres blick på egen identitet, og dersom bruker bekjenner sine problemer, samarbeider og innordner seg som «den flinke», vil bruker av tjenesteutøver bli betraktet å ha en bedre prognose enn dem som benekter sine problemer (Järvinen & Mik-Meyer, 2003).

Mange brukere i vår studie opplevde at samarbeidet ble preget av en lite målrettet prosess, forstått som at saker ikke ble konkretisert eller besluttet (Wenaas, Andersson, et al., 2021). I noen tilfeller ble ansvaret forskjøvet tilbake til bruker med beskjed om å finne ut av ting selv. Dette funnet kan knyttes til den siste diskursen som er omtalt hos Järvinen og Mik-Meyer

(2003), *viljediskursen*. Den omhandler brukers egenvilje til å forvalte og lede sitt liv mot selvforsørgelse og frigjøring. Den vilje- fokuserte diskursen hviler på sosialpolitiske løsninger som arbeidslinja og preges av et liberalistisk menneskesyn (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Sentralt i viljediskursen blir brukerens vilje til å samarbeide med tjenesteutøverne i tilrettelegging av tiltak som kan fremme løsning på brukers livsvansker.

Viljediskursen kan også forstås ut fra Foucault sin hyrdemetafor, hvor enkeltindividets plikt til å engasjere seg i sitt livsprosjekt forsterkes og fremmes av samvittighet. Implisitt en form for liberal styringskunst å gjøre hvor individet blir frigjort (tvangsmessig) til å oppfylle sin samfunnsmessige plikt (Foucault & Neumann, 2002). Innenfor denne styringsformen kan brukermedvirkning fortolkes som en gjenoppretting av subjektet. Spenningen oppstår i de tilfellene der brukere ikke lar seg villig individualisere til frihet. Det vil alltid, og fra ulike ståsted og grunner, oppstå fortolkninger av virkeligheten, som eksplisitt gjør krav på være sanne (Foucault & Neumann, 2002).

Tjenesteutøverne i studien oppfattet brukerne som ustabile og skiftende når det gjelder å sette fremtidsmål, derfor var det viktig å sette krav til bruker (artikkel 3). Dette er et eksempel på at det oppstår forhandlinger mellom partene om hvilken virkelighetsforståelse som skal ligge til grunn for vurderinger. Askheim (2009) reiser spørsmålet om tjenesteutøvers holdninger til rusavhengige som verdige og ikke-verdige trengende. Han påpeker at brukermedvirkning for rusmisbrukere lett kan oppfattes som snillisme og argumenterer for at slike holdninger kan prege tjenesteutøvers praktisering av brukermedvirkning i rusfeltet. Latent ansvarlighet ligger i henhold til slike holdninger i individet, men må «vekkes» slik at individet blir sitt ansvar bevisst ved å bli selvstendige og ansvarlige samfunnsborgere, som tar riktige valg for å optimalisere egen livskvalitet (Eide, 2016). I dette bildet blir brukermedvirkning noe som lar seg omforme til det «å sette brukere i stand» til å bli aktive og tar egenansvar (Askheim, 2009). Foucault hevdet at for at makten skal være produktiv, må brukerne være mer enn villige til å identifisere seg med de rådende diskursene (Hammer, 2017). Det vil være en kamp om viljer.

Der det er snakk om makt, vil det alltid være motmakt, hevder Foucault (Foucault & Neumann, 2002). James Scott (1990) anvender begrepene "*public transcript*" og "*hidden*

transcript" for å beskrive interaksjonen mellom den dominante og den dominerte. Selv om den underdanige uttrykker sin forpliktelse eller villighet overfor de dominante sin måte å forstå verden på, betyr ikke dette at den underdanige har akseptert den og gjort den til sin egen. Når den underdanige trekker seg fra samhandlingen i det offentlige rom og begynner å samhandle med likesinnede, finner et "hidden transcript" sted. Et «hidden transcript» er ikke synlig for de dominerende gruppene, da den underdaniges sanne tanker og refleksjoner forblir ukjente. Jo mer truende de dominante er, jo mer vil underdanige skjule sine egne oppfatninger (Scott, 1990). Overført til en hjelperelasjon vil ikke tjenesteutøver nødvendigvis få tilgang til brukernes tanker og følelser. Bruker kan på sin side unngå å reforhandle sin subjektposisjon for å klare å distansere seg fra tjenesteutøvere (Fischer et al., 2008). Frykt for å bli utstøtt (Greer et al., 2019), eller miste privileger (S. Patterson, Weaver & Crawford, 2010) kan også være motiver for å ikke reforhandle sin subjektposisjon. Fischer et al. (2008) fant i sin studie at latent konflikt er mer vanlig enn åpne konflikt innenfor hjelperelasjoner.

Det å bli tilkjent en posisjon som deltakende subjekt innebærer i prinsippet å bli tilkjent kompetanse og evne til å foreta selvstendige valg og bli sett på som et meningssøkende individ og ha ansvar for egne handlinger (Ekeland et al., 2014). Subjekterfaringer kan likevel ikke eksistere uavhengig av de rådende diskursene i rustjenestene. Bakgrunnen er at de utvikles gjennom språket, subjektets bevissthet og fortolkninger av fenomener som er forankret i spesifikke sosiokulturelle og historiske kontekster har betydning (Berger & Luckmann, 2007; Foucault & Neumann, 2002). For å fremme brukervedvirkning, må tjenesteutøver være bevisst på hvilke diskurser som er styrende for egne handlinger (Järvinen & Mik-Meyer, 2003). Innforstått må tjenesteutøverne innta en refleksiv rolle i forhold til hvilket kunnskapssyn og dominerende diskurser som vektlegges i praksis.

Brukere lever i en sosial sammenheng, der den enkeltes erfaringer og relasjonelle aspekter må gis betydning i utforming av tjenestebehov. I møte med brukers komplekse behov, vil tjenesteutøvers faglig skjønn og autonomi være påkrevd (Lipsky, 1980). Ekeland (2004) fremhever at en kunnskapsdiskurs som skal fremme brukervedvirkning må la hensynet til subjektet være overordnet tendensen til objektivering. Et menneske med ruslidelser er et kroppssubjekt med følelser, tanker, egenvilje og unike erfaringer. Om tjenesteytere ikke åpner opp for at brukeren er et gyldig subjekt, vil brukeren kunne oppleve at egne erfaringer og

selvforståelse ikke har relevans, hevder Ekeland (2004). En bruker som kommer i kontakt med rustjenesten har ikke iboende tillit systemet, derfor vil det relasjonelle ha betydning i hvordan bruker opplever tjenesten. Dersom kunnskapsdiskurser omkring et menneskelig fenomen domineres av objektiverte tilnærminger vil det dessuten lett oppstå en usynliggjøring av subjektets ressurser og potensiale (Antonovsky, 1987), samt at dets frihet vil forringes (Skjervheim,1976). Først når brukers subjekterfaringer og subjektposisjon gyldiggjøres i kunnskapsdiskursen er det mulig å redusere maktubalansen i de ansiktsnære relasjonene som bruker inngår i, og først da kan reell brukervedvirkning skje.

6.2 Velferdsstatens målsettinger er tvetydige

Selv om gjeldende lov- og regelverk stiller krav om tilrettelegging for brukervedvirkning, tilsier avhandlingens funn at tjenesteutøverne opplever brukervedvirkning som lite artikulert i praksis (artikkel 3). Konkret pekte tjenesteutøvere på at overordnede målsettinger om brukervedvirkning var diffuse og udefinerte, noe som ga dem motstridende forventninger når styringsmål skulle innfris. Tvetydigheten kom til syne hos tjenesteyterne når de uttrykte at eget ansvarsområdet opplevdes som «grenseløst» i møte med brukerbehov (artikkel 3). På den andre siden oppfattet brukerne at tjenesteutøvernes ansvar og funksjon framsto som uklare, noe som bidro til at brukers forventninger til hva tjenesten kunne bistå med ble uoversiktlige (Wenaas, Andersson, et al., 2021). Denne tvetydigheten, som både bruker og tjenesteutøver referer til, kan ha rot i en entydiggjøring av målsettingen om brukervedvirkning fra myndighetenes side (Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien & Kroken, 2002), uten at ansvaret er artikulert og forankret på grunnplanet.

Studier har vist at politiske føringer for praksisfeltet oftest er vage og generelt beskrevet, i tillegg til at de bærer preg av et normativt innhold (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Lipsky, 1980). Videre har studier konkludert med at ansvaret for å gjennomføre statlig politikk er desentralisert til grunnplanet (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Juhila, Raitakari & Hall, 2016; Lipsky, 1980; Vike et al., 2002). Fortrinnsvis er det de tjenesteutøverne som står i ansiktsnære relasjoner med brukerne som er ansvarliggjort. Vike et al. (2002) fant i sin utredning av makt i omsorgstjenester, det vil si både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, at tvetydigheten paradoksalt nok forsterkes når myndighetene med sitt ovenfra- perspektiv

forenkler oppgaveforståelsen, uten at kompleksiteten er identifisert eller artikulert av de som har et nedenfra-perspektiv. Dermed forplanter tvetydigheten seg *nedover* i systemnivået, og dette vil igjen innvirke på tjenesteutøvers handlingsrom i tilrettelegging for brukermedvirkning. Resultatene som Vike og hans kollegaer (2002) viser til, samsvarer med avhandlingens funn i artikkel 3.

Dersom tjenesteutøver fratas tillit og handlingsrom i form av faglig skjønn i møte med mennesker med livskriser (Wenaas, Andersson, et al., 2021; Wenaas, Bahl, et al., 2021), viser våre studier at tjenestene bli mer rigide og fragmentert og dette vanskeliggjør realisering av brukermedvirkning. Et sentralt poeng hos Lipsky (1980) er at bakkebyråkrater utfører politikk på sin måte, fordi mange lover og regler er vagt formulert og gir rom for individuelle skønnsvurderinger. Avhandlingens funn viser også til at tjenesteutøvers bruk av standardiserte manualer og digitaliserte kartleggingsverktøy kan bidra til å forenkle tvetydigheten (artikkel 3). Ifølge Lipsky (1980) vil imidlertid standardisering av arbeidet innen byråkratisk styrte organisasjoner virke reduserende på skønnsbruk og faglig autonomi. Resultatene fra andre studier indikerer at fra et overordnet styringsnivå kan skjønn være problematisk, da fagfolk i prinsippet kan undra seg innsyn og kontroll og dermed bidra til vilkårlighet i tjenestene (Ekeland et al., 2014; Helgøy, Kildal & Nilssen, 2010). Dette underbygger at skjønn og autonomi sett fra styringsnivået i offentlig virksomhet vil være en trussel, mens standardisering blir oppfattet som noe som fremmer likhet og kvalitet i tjenestene (Ekeland et al., 2014).

Et særlig kjennetegn ved dagens offentlige maktutøvelse er at den har en desentralisert form, og som har blitt omtalt som «styring av styringen» (Dean, 2010; Foucault & Neumann, 2002; Juhila et al., 2016). Sett fra et nedenfra- perspektiv kan forholdet mellom de styrende og de styrte være i utakt. Nærhet til menneskelige lidelser oppfattes annerledes i ansiktsnære relasjoner enn fra et overordnet styringsperspektiv (Juhila, Raitakari, & Hall, 2016; Kroken, 2016; Vike, Bakken, Brinchmann, Haukelien, & Kroken, 2002). Wyller et al. (2013) hevder at tjenesteutøverne er de som står nærmest bruker og tildeles ansvaret, men ofte er de uten råderett over ressurser eller beslutninger. Dette samsvarer med Fossetøl (2016) sin oppfatning. Hun peker på at jo større distanse til dem som er berørt av praksisen, jo lettere er det å avgrense seg fra dem. Når fortolkning av hva som er hjelpsomme relasjoner ikke er i

samsvar med de organisatoriske retningslinjer, kan dette skape spenninger som vanskeliggjør praksiser i ansiktsnære relasjoner (Semb, Borg & Ness, 2016).

Funn fra vår studie viste at tjenesteutøverne oppfattet at de sto i et krysspress når brukers behov og organisatoriske rammer var motstridende (artikkel 3). Andre studier har pekt på at tjenesteutøvere som møter uklare forventninger og kapasitetsproblemer kan strekke seg utover egne ansvarsgrenser for å bøte på knapphet i tjenesten og dermed bli indirekte rammet av en «ansvarsoversvømmelse» (Bjørkquist & Ramsdal, 2021; Vike et al., 2002). Fordi de formelle grensene er tvetydige, kan tjenesteutøvers ansvar bli privatisert og usynliggjort for styringsnivået. Fossestøl (2016) peker på at når fagansvaret privatiseres vil det mangle formell anerkjennelse i det offentlige rom, noe som til syvende og sist kan medføre at tjenesteutøvers moralske ansvar omgjøres til et privat dilemma som er forbundet med dårlig samvittighet og skamfølelse (Fossestøl, 2016).

Randi Kroken (2006) hevder at innenfor dagens offentlige styringsnivå er moralsk ansvar blitt omdannet til et teknisk ansvar, der effektivitet og økonomi er førende. Teknisk ansvar, som tidligere var et middel for å oppnå moralsk ansvar, har i dag blitt et middel i seg selv, påpeker Kroken (2006). Dersom det moralske ansvaret tildekkes, vil det tekniske ansvaret avgrenses fra det moralske ansvaret. Et teknisk ansvar bygger på en nyliberalistisk styringsform der overvåkning, kontroll og effektivitet skal gjøre praksiser transparente og resultatstyrte. Lossius (2021) gir uttrykk for at tjenesteutøvere i dagens rustjenester er pålagt et omfattende kontrollsystem av dokumentering og koding, noe som fratrar dem tid til ansiktsnære relasjoner med brukerne. Lossius (2021) fremholder at tillit til profesjonelle er erstattet med økt kontroll og byråkratisk tilsyn i tjenestene. Oppmerksomheten flyttes dermed fra brukerkontakt til det å ha «ryggen fri», ifølge Lossius (2021). Et eksempel på dette er en studie av digitaliserte arbeidsprosesser i NAV tjenesten (Røhnebæk, 2016), der en fant at tjenesteutøvere kjente seg truet når tilgjengelige data også ble brukt som styrings- og kontrollverktøy i overvåkingen av ansatte.

Molander og Terum (2008) tydeliggjør at profesjoner er tildelt et samfunnsmandat med avgrensede oppgaver og et ansvar som de er satt til å forvalte til beste for tjenestemottakerne. Tradisjonelt er autonomi, legitimitet og tillit innebygd i profesjonsstatusen (Brint, 2015). Derimot har flere studier synliggjort at profesjoners legitimitet har forvitret som konsekvens av modernisering av velferdsstaten (Beedholm &

Frederiksen, 2015; Brint, 2015; Ekeland et al., 2014). Beedholm og Frederiksen (2015) hevder for eksempel at velferdsstater har blitt transformert til konkurransestater, der mål om aktiv brukerdeltagelse og individualisert ansvar er tydeliggjort. Konkurransestaten gir andre betingelser for hjelperelasjonen og hvor profesjonsmakten reduseres, hevder Beedholm og Frederiksen (2015). I Brint (2015) sin analyse blir problemene beskrevet som en følge av selvcentrerte profesjonelle som har mest fokus på egne rettigheter og av at kunnskapen de profesjonelle har tilegnet seg har fortrent den sosiale hensikten med yrkesutøvelsen. Ifølge Brint (2015) har offentlig ånd blitt erstattet med et privat sinn. Beedholm og Frederiksen (2015) peker i samme retning og viser til at profesjonelle har hatt et monopolisert og beskyttet domene, preget av paternalisme, asymmetri og formynderi som utenforstående ikke har klart å komme på innsiden av. Dette har medført at velferdsstatens styring har grepet inn i for å regulere tjenestene og beskytte samfunnsborgere. Dette samsvarer med det som Ekeland et al. (2014) hevder, at moderniseringen av velferdstjenestene har medført mindre autonomi for tjenesteutøverne. Dagens styring er på «innsiden» av praksis (i form av tilsyn og kontroll) og det er gjort for å «verne» brukerne mot tjenesteutøverne. Utvikling av byråkratiske innretninger med overvåkning og tilsyn, blir mistillitens pris, hevder Ekeland et al. (2014).

Gjennomgangen av relevant litteratur i avsnittene ovenfor viser at tillit og autonomi ikke lenger automatisk er forbundet med tjenesteutøvers rolle og ansvar. Desentralisert styring og tekniske innretninger i tjenesteutforming erstatter langt på vei, eller iallfall reduserer, det profesjonelle skjønnet (Brint, 2015).

Patterson m.fl. (2010) resonnerer at for å fremme brukermedvirkning i rustjenestene må tvetydigheten artikuleres på tvers av nivåer, og uten at praksis mister sin fleksibilitet. Foucault har vist at språket og det talte er vesentlige elementer i kunnskapsproduksjonen. Kompetanse om brukermedvirkning utvikles kontekstuellt og relasjonelt og kan tjene til brukers beste hvis brukerne og tjenesteutøverne er sammen om å skape kunnskapsdiskursen for brukermedvirkning. Styring forankret i markedsdiskursen innen velferdstjenesten med hovedvekt på resultat og effektivitet vil alltid konkurrere med faglig og moralsk ansvar (Heggen & Solbrekke, 2009). Praksisutøvelsen må derfor innebære refleksivitet og et kritisk blikk på hvordan et teknisk ansvar innvirker på tjenesteutøvers handlingsrom (Kroken 2006).

Fossestøl (2016) konkluderer at tjenesteutøvers moralske ansvar er en sikring mot velferdsstatens økende instrumentelle og regelorienterte tilnærming i tjenesteleveringen.

6.3 Organisatoriske kapasitetsproblem reduserer vilkår for brukermedvirkning.

Avhandlingens funn peker mot at kapasitetsproblemer i tjenesten vil hemme brukermedvirkning, og da spesielt kapasitetsproblemer i form av *mangel på tid* (artikkel 3). Selv om både brukerne og tjenesteutøverne verdsetter prinsippene i brukermedvirkning, viser forskning til motstridende betingelser og manglende organisatoriske ressurser innen rustjenestene og til hvor hemmende disse forholdene kan være på brukermedvirkning (Fischer et al., 2007; Fischer & Neale, 2008; Goodhew et al., 2019; Huby et al., 2018; Jensen, 2009; King, 2011; Larsen & Sagvaag, 2018; Schulte et al., 2007; Van Hout & McElrath, 2012).

Et av avhandlingens hovedfunn er at mangel på tid ble sett i sammenheng med at tjenesteutøver regulerte tilgjengeligheten og fleksibiliteten sin i kontakt med brukere. Tjenesteutøvere brukte ulike strategier for å distansere seg fra arbeidet, slik at arbeidspresset minsket (artikkel 3). Martinsen (2018) understøtter disse funnene og viser til at tjenesteutøverne i helse- og sosialtjenestene er underlagt både tidspress og effektivitetskrav. I forståelse til Foucault, blir *tid* en disiplineringsteknikk som innpodes i kropp (Martinsen, 2018). Kroppene er føyelige og produktive, lydige og effektive på samme tid (Martinsen, 2018; Foucault 1977/2016), som følge av at tjenesteutøver har overtatt styringens forståelse av effektivitet og punktlighet som nødvendigheter. Selvstyringen koplet til effektivitetskrav blir til individet sitt eget prosjekt (Martinsen, 2018). Foucault peker på at tidsdisiplinen dermed er en umerkelig, subtil maktform, hvor samspillet mellom kropp og gjenstand innøves og repeteres til en rytme som bygger «selvsagte» rutiner (Foucault 1977/2016; Martinsen, 2018). Martinsen (2018) resonnerer at modernitet fremmer et individuelt indre jag etter stadige forbedringer og stadig nye prestasjoner.

Funn som er presentert i artikkel 3 viser at tjenesteutøverne opplevde å stå i krysspress og hadde dårlig samvittighet. De var forventet å skulle oppfylle brukerønsker på den ene siden og samtidig forholde seg til knappe rammebetingelser på den andre siden. Martinsen (2018) omtaler dette som individuelle erkjennelser av å ikke leve opp til gjeldende målsettinger, noe som ytterligere bekrefter ens utilstrekkelighet og som munner ut i skam og dårlig samvittighet

over å ikke makte. Martinsen (2018) reflekterer over hvordan samfunnets disiplinerende former setter seg som en taus normativ kraft gjennom bruk av i *tidsfrister*.

Når det gjelder hvordan brukerne oppfattet tidsaspektet peker avhandlingens funn mot at brukerne manglet oversikten over egen fremtid. Gjennomgående opplevde de lav nytteverdi ved å delta i ansvarsgruppemøter (Wenaas, Andersson, et al., 2021) i sammenheng med at deres planlegging av egen fremtid ble lite målrettet. Ofte uteble også svar fra tjenesteutøverne i spørsmål som hadde betydning for brukers fremtidsmål. Brukere er naturligvis «utålmodige» til å komme i gang med sine livsendringer, og få staket ut en retning mot forbedring og håp (Pettersen et al., 2018). En bruker beskrev det som å stå i et evig «venterom» når ansatte sin respons var «vi ser hva som skjer». Karlsson (2016) understøtter dette ved å hevde at «ting går for sakte» i utføringen av tjenester i psykisk helse og rusfeltet, til tross for at tjenestene innehar mye kunnskap om hva som er virksomt for brukere. Andvig (2016) hevder at tjenesteutøvere bør se på egne arbeidsformer, og peker på at prosedyrer og rutiner kan bidra til å rette blikket feil vei. Andvig (2016) oppfordrer tjenesteytere til å utfordre de sosiale normene og utforske hvilke maktmekanismer som befester normene for praksis.

Tidsaspektet fremstår som viktig, både ut fra brukers ønsker om å være fremtidsrettet og ut fra tjenesteutøvers vektlegging av nok tid som en forutsetning for å imøtekomme brukers behov. Topor og Denhov (2012) fant at styrking av tid for bygging av arbeidsallianser mellom brukere og tjenesteutøvere har stor betydning for brukere. Fra et brukerståsted handlet det om å få mer tid enn forventet i møte med tjenesteutøver som muliggjorde å arbeide uforstyrret og fokusert. Dette ga brukerne en følelse av å være en virkelig og ikke en abstrakt person, noe som legger grunnlaget for å etablere en god arbeidsallianse mellom partene.

Martinsen (2018) belyser et effektiviseringsparadoks i helsetjenestene. Stadig nye innføringer av velferdsteknologiske innretninger (eksempelvis standardisering og IKT tjenester) burde kunne gi tjenesteutøverne mer tid i menneskemøter. I stedet, hevder Martinsen, gjør frigjort tid at tjenesteutøverne pålegges å utføre enda flere arbeidsoppgaver. Foucaults teorier om makt oppfordrer oss til å spørre *hvorfor* det oppleves slik og samtidig utforske hvilke mekanismer som er virksomme når tidsfrister innpodet i kroppen medfører stressfulle følelser av å ikke makte.

Foucaults begrep «governmentality» synes fruktbart i denne sammenhengen, det tydeliggjør hvordan styringsmekanismer forplanter seg på ulike strukturelle nivåer; i den hensikt å forme og indirekte styre individers adferd, eller for å si det mer presist: *styring av styringen* (Foucault & Neumann, 2002). Vågan og Grimen (2008) refererer til Foucaults forståelse når de beskriver hvordan tjenesteutøverne integreres i samfunnets maktapparat gjennom institusjonaliseringen av utdanning og kunnskap som er rettet mot disiplinering og kontroll av befolkningen.

Brukermedvirkning kan fortolkes som en form for selvteknologi (Foucault & Neumann, 2002) med den iboende hensikten om å få individer til å jobbe seg selv ut av hjelpeløsheten for å kunne oppnå målsettingen om individuell frihet og selvstendighet. Juritzen (2013) peker på hvordan makten lett absorberes i dagens retorikk rundt kvalitet, evidens og effektivitet. Ved bruk av begreper som «helhetlige tjenester», «medvirkning» og «individuell autonomi», fjernes noe av ubehaget forbundet med makt (Juritzen, 2013). Järvinen og Mik-Meyer (2003) hevder at praksiser innen helse- og sosialtjenester har forsterket individfokuset, ved å fremheve egenskapsforklaringer knyttet til motivasjon, omstillingsvillige og individuelt ansvar. I den kunnskapsdiskursen som var rådende for noen tiår tilbake var det begreper knyttet til sosiale aspekter som levekår, fattigdomsproblematikk og sosial utenforskap som var mest fremtredende.

Her ser vi spor av «den berømte usynlige hånden som er på ferde» (Foucault & Neumann, 2002, s. 17), en maktform som av Foucault er omtalt som indirekte og tildekket. Det dreier seg om en ansiktsløs makt som ikke kan adresseres og som kun erkjennes via dens effekter. Ifølge Foucault er en forutsetning for at samfunnet skal kunne fungere at subjekter individualiseres slik at de opplever en viss frihet til å handle og dermed får en følelse av å oppfylle den samfunnsmessige funksjonen som liberalismen tillegger dem (Foucault & Neumann, 2002).

Juritzen (2013) problematiserer den ensidige vektingen i samtiden av den desentraliserte makten, hvor tjenesteutøvere fremstilles som de avmektige hjelpere og bærere av maktens samvittighet. Dette skaper et bilde av tjenesteutøver som maktesløs og utilstrekkelig, noe som stenger for kollektiv bearbeidelse og protest (Juritzen, 2013) og hindrer at blikket flyttes fra tjenesteutøver til de ytre strukturene der betingelser for praksiser settes. Juritzen (2013) argumenterer likevel mot å plassere ansvar for maktutøvelsen *utenfor* den som utøver

praksisen fordi det gjør makten uartikulert og taus. Foucault oppfordret til å utforske makt der hvor makten utspiller seg framfor å søke svar i et sentrum eller hos dem som sitter med den synlige makten. For å forstå makten på et overordnet strukturnivå må makt-uttrykkene forfølges nedenfra – fra «det lille».

Makt i dette perspektivet trenger ikke være ensidig undertrykkende og begrensende, men representerer en produktiv kraft som har til formål å øke individets sjanser for selvforvaltning (Juritzen, 2013). Askheim (2012) argumenterer også for makt som både skapende og produktiv, og hevder at makt i denne forståelsen er nødvendig for å regulere og gi forutsigbarhet i det sosiale rom. Produktiv makt gir relasjonelle handlingsbetingelser og hindrer individer i å handle uhensiktsmessig. Med bakgrunn i sin kompetanse, har tjenesteutøverne en avgjørende rolle i utøvelsen av den produktiv makten, ved å bistå og veilede bruker gjennom et rigid byråkrati (Askheim, 2012).

Foucaults maktanalyse betrakter diskurser som organisering av kunnskap i en gitt tid, som kommer til uttrykk gjennom språket og som blir representant for makten. Styring i et «governmentality»- perspektiv har ambisjoner om å være formbar og å utvide potensialet for utvikling gjennom samordning og organisering. Organisatoriske rammer vil likevel begrense og innvirke på praksis. Muligens vil gapet mellom velferdsstatens universelle og ambisiøse oppgavemål og organisatoriske rammebetingelser være en evig debatt, og som aldri kan oppfylles. Diskursene er normgivende, og makten som utspiller seg gjennom diskursene i ansiktsnære relasjoner er nødvendigvis ikke bevisste for de berørte individene. Gitt at brukermedvirkning er et relasjonelt og sosialt fenomen, er realisering av brukermedvirkning avhengig av at brukeren blir møtt som et menneske som lever i en sosial sammenheng. Der subjektposisjonene ikke er fastlåste, men slipper til med sine erfaringer og sin kompetanse. For å fremme brukermedvirkning må tjenesteutøvere på sin side bli bevisst på hvilken diskurs de handler ut ifra og åpent erkjenne begrensninger og muligheter i det systemet som omgir dem.

7 Avsluttende refleksjoner

Formålet med denne studien har vært å bidra til økt kunnskap om hvordan mennesker med ruslidelser opplever å få medvirke i helse – og sosialtjenester de har behov for. Avhandlingen belyser brukermedvirkning fra ulike perspektiv, og vil derfor være et bidrag til økt kunnskap om forhold og faktorer som hemmer og fremmer brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser.

Til tross for at brukere ønsker en selvstyrt prosess, viser denne avhandlingen at mange av brukerne opplever å ha en underordnet rolle, hvor deres selvforståelse og erfaringer underkommuniseres i møte med tjenesteutøvere i rustjenestene. Disse funnene understøttes av tidligere forskning, og peker på at brukermedvirkning innen rustjenestene i realiteten er mangelfull.

Studien har vist eksempler på at brukermedvirkning realiseres innenfor asymmetriske relasjoner og kan være omsluttet av organisatoriske rammebetingelser som inneholder motsigelser og spenninger. De foreliggende funn kan relateres til *to overordnede diskurser* for offentlig styring som kan innvirke både på vilkårene for - og graden av oppfyllelse av brukermedvirkning.

Den ene overordnede diskursen bygger på markedsliberalistiske prinsipper hvor effektivitetskrav, kvalitet og tjenesteproduksjon innen offentlig styringsnivå er førende. Styringen er desentralisert med det resultatet at det er grunnplanet som er overlatt ansvaret for realiseringen av brukermedvirkning. De overordnede målene er entydiggjort og lineært formulerte og tildekker dermed problemenes kompleksitet og kapasitetsutfordringer. Tjenesteutøvere oppfatter den overordnede målsettingen om brukermedvirkning som diffus og udefinert, noe som gir motstridende forventinger når målene skal realiseres i praksis. Slik Lipsky (1980) i sin tid påpekte når det gjaldt bakkebyråkratene ser dagens tjenesteytere innen rus- og andre velferdstjenester ut til å måtte gjøre forenklinger og utvikle strategier for å håndtere arbeidsvilkår som er preget av tvetydigheter. Avhandlingens artikkel 3 viser i likhet med funnene i Lipsky's studie av bakkebyråkratene at tjenesteutøverne forsøkte å løse mangelen på tid ved å regulere tilgjengeligheten sin til i møte med brukerne. Dermed utøver de implisitt politikk gjennom sin praksis (Lipsky, 1980).

Tjenesteutøverne i studien anvendte også strategier for å iverksette brukermedvirkning i praksis. De var rettet mot å ansvarliggjøre bruker og stimulere til økt involvering, deltakelse og medvirkning. Ansvarliggjøringen av bruker innebar også å fremme brukers mestring og potensial for å øke relasjonskompetansen gjennom selvedelse og samarbeid. I det empiriske materialet som avhandlingen bygger på tilkjente mange brukere det relasjonelle båndet til enkelte tjenesteytere som stor betydning for egen progresjon i tilfriskningsprosessen. Dette kan tyde på at tjenesteutøvers ansvar har endret seg til i økende grad å veilede og motivere brukerne til selvhjelp og selvedelse og stimulere brukere til å ta egenansvar for den endringen de ønsker seg. Dette kan ha positiv verdi i en markedsliberalistisk velferdsstat. I følge Foucaults perspektiver på makt i styringen av den liberale staten kan omkostningene også være store for de individene som ikke lar seg omdanne eller som motsetter seg forsøk på styring. For eksempel har Järvinen og Mik Meyer (2003) vist at når bruker ikke viser vilje kan bruker kategoriseres som umotivert og uten selvinnsikt og disiplineringstiltak kan settes inn slik at individet likevel «velger» de alternativene som befinner seg i tjenesteutøvers handlingsrepertoar.

Den forskningen jeg har vist til antyder også at markedsliberalistiske styringstendenser har bidratt til at profesjonsrollen ikke lenger blir forbundet med tillit og autonomi. Tjenesteyterne ledes snarere mot å rette fokus på primæroppgaven, som er brukeren. Dette kan koples til Foucault begrep om governmentality, forstått som en type styring av styringen. Endringen av fokus mot bruker er i og for seg ikke en ugunstig konsekvens av governmentality i sammenheng med brukermedvirkning. Det problematiske er snarere at tjenesteutøverne ledes og veiledes av det overordnede styringsnivået gjennom ulike teknikker og diskurser om hva som er foretrukket i tjenesteutforming, framfor å bidra til utformingen sammen med bruker.

Den andre overordnede diskursen i offentlig styring er en orientering mot økt medikalisering og objektivert kunnskap, hvor oppmerksomheten trekkes bort fra de sosiale aspektene ved rus- og andre helseproblemer. Tradisjonelt har de sosiale og relasjonelle aspektene vært grunnprinsippene i den profesjonsutøvelsen som har vært rettet mot mennesker i livskriser. Dagens rådende forståelse innebærer at rusavhengighet skal kategoriseres innenfor det diagnostiske systemet. Begrepene og språket blir i samhandlingen mellom subjekter umerkelig omdannet til individuelle egenskapsforklaringer hvor institusjonelle

problemkonstruksjoner gis forrang. Subjekterfaringer blir språkfattige i møte med systemspråket og gis en underordnet betydning i utformingen av tjenestene.

Som kontrast til sykdomsforståelse forankret i patologiske termer, har denne avhandlingen utforsket Antonovskys (1987) salutogene perspektiv. Det er en tilnærming som fremmer subjekterfaringer. Salutogenesen trekker oppmerksomheten mot faktorer som fremmer bevegelse langs et kontinuum fra uhelse til helse (Antonovsky, 1987). Antonovsky vektlegger subjektets betydning gjennom prinsippet «*opplevelse av sammenheng*» og som bidrar til å forutsi individets evne til å gjenkjenne og mobilisere iboende ressurser ved utfordrende livsvansker. Sett fra et brukerorientert perspektiv underbygger salutogenese adaptiv (skreddersydd) brukerdeltakelse (Antonovsky, 1987). Avhandlingens funn viser at dersom brukerne får en følelse av å ha en selvstyrt prosess, vil det virke avstressende og gi en subjektiv opplevelse av å ha kontroll over egen livssituasjon.

Brukermedvirkning vil ut fra dette kreve fleksibilitet og individualisering og kan ikke kategoriseres inn i bestemte størrelser eller prosedyrer. Snarere vil den bli forstått utfra hvilken posisjon man betrakter brukermedvirkningen fra. Slik sett peker våre funn i retning av at det faglige skjønnet som Lipsky (1980) tillegger bakkebyråkraten som følge av arbeidsoppgavers kompleksitet og tvetydige regelverk er viktig å beholde. Rom for faglig skjønn blir en forutsetning for å etablere relasjonelle vilkår for brukermedvirkning,

Problemet er snarere desentralisert styring. Desentralisert styring innebærer i at ansvaret forskyves til tjenesteutøveren og blir de som fortsatt må prioritere mellom motstridende hensyn.

Dersom maktubalanse mellom bruker og tjenesteutøver skal utjevnes, vil det nødvendigvis innebære at tjenesteutøver må ha myndighet til å overføre makt til brukerne. Individuell selvforvaltning og frigjøring er tross alt målet, selv om det i lys av Foucaults perspektiver innebærer at individer innordner seg av egen fri vilje til å styre seg selv mot samfunnets aksepterte normer. Det er dette som Foucault omtaler som produktiv makt- Individet forventes å ta produktive valg i eget liv.

I denne avsluttende refleksjonen stiller jeg meg ut fra den ovenstående oppsummeringen noe undrende til hva de ansvarliggjøringsprosjekter som fremmes fra velferdsstatens styringsnivå egentlig innebærer - Hvilket eksplisitt ansvar har bruker i brukermedvirkningen? Og på hvilken

måte kan tjenesteutøver sitt ansvar avgrenses, sett i forhold til brukers ansvar og de organisatoriske ansvaret for brukervedvirkning? Ifølge HOD sin definisjon skal ikke tjenesteutøver fratras sitt ansvar.

Denne avhandlingen har i lys av Foucaults perspektiver på makt problematisert de rådende diskurser som bestemmer vilkårene som brukervedvirkning forsøkes realisert innenfor. Det er mulig at begrepet brukervedvirkning har blitt en retorisk innretning som har mistet sitt publikum. Tjenesteutøvers råderett er innskrenket og brukerrollen er omdannet til et selvforvaltende prosjekt. Satt på spissen blir brukervedvirkning «en forestilling» om den fristilte brukeren som «sitter i fører-setet» og styrer sitt livsprosjekt.

Denne avhandlingen konkluderer med at det kreves andre tilnærminger enn det dagens organisatoriske rammebetingelser gir for å kunne realisere brukervedvirkning i ansiktsnære relasjoner. Omdreiningspunktet er å søke hvordan rasjonalitet og det kunnskapssynet som ligger til grunn for det kan danne premissene for brukervedvirkningspraksiser. Gis brukererfaringer relevans kan det endre diskursene på dette området.

7.1 Implikasjoner for praksis

Problemstillingen har vært:

Hva fremmer og hemmer brukervedvirkning i tjenester for mennesker med ruslidelser?

Hovedfunn i avhandlingen:

1. En forutsetning for å fremme brukervedvirkning er at brukererfaringer gyldiggjøres.

Brukere oppfattet å ha en underordnet rolle i samarbeidet med sine tjenesteytere, og individuelle erfaringer og kunnskap ble i liten grad etterspurt. Når brukers erfaringer ikke gyldiggjøres, kan dette innvirke på hvilken subjektposisjon bruker inntar i møte med tjenesteutøvere. I mangel på relevant informasjon, tilgang på valgmuligheter og mistillit til systemet vil dette kunne svekke brukers forventninger om egen mestring og opplevd nytteverdi av tjenesten. Imidlertid, dersom brukers erfaringer gyldiggjøres kan maktubalansen i møte med tjenesteutøvere reduseres, og fremme brukervedvirkning.

2. Velferdsstatens målsettinger er tvetydige

Tjenesteutøvere oppfatter den overordnede målsettingen om brukermedvirkning som diffus og udefinert, noe som gir motstridende forventinger når målene skal oppnås i praksis.

Tvetydigheten kommer til syne hos tjenesteyterne ved at eget ansvarsområde oppleves grenseløst i møte med (i noen tilfeller kravstore) brukere. På den andre siden oppfattet brukerne at tjenesteutøvernes ansvar og funksjon framsto som uklare, noe som bidro til at brukers forventninger til hva tjenesten kunne bistå med ble uoversiktlige.

Velferdsstatens tvetydighet i målsetting om brukermedvirkning bør artikuleres og forankres både på et lokalt – og sentralt styringsnivå for at reell brukermedvirkning skal fremmes

3. Organisatoriske kapasitetsproblem hemmer realisering av brukermedvirkning.

Funn viser at organisatoriske kapasitetsproblemer underkommuniseres i tilrettelegging av brukermedvirkning. Mangel på tid var den hyppigst nevnte ressursmangelen hos tjenesteutøverne i denne sammenhengen. Tjenesteutøvere beskriver de overordnede målene som vanskelige å realisere i praksis. De overordnede målene er entydiggjort og lineært formulerte. Problemenes kompleksitet og kapasitetsutfordringene er tildekket. Tjenesteutøverne opplevde å stå i et krysspress mellom organisatoriske mål og brukers ønsker. En viktig strategi hos tjenesteutøverne er å realitetsorientere brukere om tjenestens begrensninger, i den hensikt å dempe brukers forventninger og presset på egen arbeidshverdag. I realiteten er dette noe som vil hemme brukermedvirkning.

7.2 Studiens bidrag og veien videre

En tjenesteutøver uttalte under gjennomføring av studien at begrepet brukermedvirkning er «oppbrukt» fordi brukermedvirkning er begrunnet i alle virksomheters mål, planer og dokumenter. Tjenesteutøver mente det hadde vært mest hensiktsmessig å utvikle andre begreper for brukermedvirkning. I min fortolkning av tjenesteutøvers utsagn, blir brukermedvirkning noe som de styrende alltid opplever å ha gode begrunnelser for, mens begrepet blir innholdsløst for de styrte. Det er nærliggende å konkludere at brukermedvirkning kun er et honnørord eller et pynteord og at retorikken omkring brukermedvirkning er «tomme» fraser.

Problemstillingen som denne avhandlingen omhandler er ikke ny. Den har eksistert så lenge rusfeltet har vært på den politiske agendaen. Rusfeltet representerer et spenningsfelt med iboende paradokser knyttet til både diskurser, forholdet mellom tjenestenivåene og aktører, noe jeg for øvrig har skissert i del 2. I så måte har ikke studien som denne avhandlingen bygger på gitt tydeligere svar enn tidligere studier når det gjelder hvordan spenningene kan reduseres.

Basert på avhandlingens empiri, har jeg derimot forsøkt å få belyst eksempler på hvordan overordnet styring og sosiokulturelle rammer, for eksempel i form av diskurser, innvirker på den meningsdannelsen som dominerer i rusfeltet. Jeg har pekt på hvordan tjenesteutøvere som har sitt daglig virke i rusfeltet opplever sine handlingsbetingelser for brukermedvirkning, og hvordan brukere av rustjenester opplever å få medvirke i tjenestene som de har behov for. Resultatene gir et bilde på hvordan vi kan forstå brukermedvirkning og dets mulighetsrom innenfor de etablerte diskursene.

Min hensikt har ikke vært å nedtone objektiv kunnskap og medikaliseringstendenser innen rusfeltet. Objektiv kunnskap er viktig og har stor betydning i vitenskapliggjøring av et relativt forskningsfattig fagfelt. Utfordringen, slik jeg ser det, er at når objektiv kunnskap fremstår som det eneste sanne kunnskapsgrunnlaget, vil kunnskap forankret i de sosiale meningsskapende prosessene fortrenses. Derfor er denne studien et supplement i vitenskapsgjøring av subjekterfaringer innen rusfeltet. Det hadde ikke vært mulig å framskaffe den kunnskapen som avhandlingen bygger på ved hjelp av naturvitenskapelige forskningsmetoder. Denne avhandlingen har et nedenfra perspektiv ved å fokusere på utøvelsen av praksisene i feltet, og er derfor et bidrag til den praksisnære forskningen.

Avhandlingen vil forhåpentligvis bidra til å utfordre rusfeltets praksiser ved å påpeke at subjektforståelsen må gis betydning. Det er behov for å videre utforske hvordan praksiser for brukermedvirkning som rommer subjektforståelsen kan gjennomføres og danne premissene for politikk på området. For å skape en felles forventningsavklaring når det gjelder hva brukermedvirkning skal inneholde, må sentrale aktører fra brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, utdannings- og forskningssektoren og politiske styringsorganer ta del i dette arbeidet.

Litteratur

- Alexandersson, M. (1994). *Metod och medvetande*. Göteborg: Acta Universitatis
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2000). Varieties of discourse: On the study of organizations through discourse analysis. *Human relations*, 53(9), 1125-1149.
- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), Oslo.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andvig, E. (2016). Det å bli alminnelig og samarbeide om det hverdagslige. I B. Karlsson (Red.), *Det går for sakte. I arbeidet med psykisk helse og rus* (s. 151-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How people Manage Stress And Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 6(1), 52-59.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., Beresford, P. & Heule, C. (2017). Mend the gap—strategies for user involvement in social work education. *Journal of Social work education*, 36(2), 128-140.
- Barnard, A., McCosker, H. & Gerber, R. (1999). Phenomenography: a qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative health research*, 9(2), 212-226.
- Beedholm, K. & Frederiksen, K. (2015). Professioner og værdier i bevægelse—når målet er det aktive patientskab. *Michael Journal*, 12(2), 153-166.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2007). *Den samfunnskapte virkeligheten*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Bjørkquist, C. & Ramsdal, H. (2021). Statlig politikk og lokale utfordringer: Organisering av tjenester innen rus og psykisk helse. I: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publishing).
- Bowden, J. A. (2000). The nature of phenomenographic research. *Phenomenography*, 154, 1-18.
- Brener, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C. & Bryant, J. (2009). Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Journal of Drug and Alcohol dependence*, 105(1-2), 172-175.
- Brint, S. (2015). Professional responsibility in an age of experts and large organizations. I D. Mitchell & R. Ream (Red.), *Professional Responsibility: The Fundamental Issue in Education and Health Care Reform*. (s. 89-107). Cham: Springer International
- Bryant, J., Saxton, M., Madden, A., Bath, N. & Robinson, S. (2008). Consumers' and providers' perspectives about consumer participation in drug treatment services: is there support to do more? What are the obstacles? *Journal of Drug and Alcohol Review*, 27(2), 138-144.
- Christophersen, C. (2010). Interesser, nærhet og brudd. Om å forske på egen musikkpedagogisk kultur. *Nordic Research in Music Education. Yearbook 12: 31-42*.
- Dahlgren, L.-O. & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of social administrative pharmacy*, 8(4), 150-156.
- Dean, M. (2010). *Governmentality: Power and rule in modern society*. Sage publications.
- Eide, S. B. (2016). Brukermedvirkning? I R. Kroken & O. J. Madsen (Red.), *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten: fra sosialt arbeid til "arbeid med deg selv"?* (s. 26 -41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ekeland, T. J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. I(bd. Arbeidsnotat 6/2004). Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Ekeland, T. J. (2021). Myndiggjorte brukere og umyndiggjorte hjelpere. I E. Skjeldal (Red.), *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ekeland, T. J., Aurdal, Å. & Skjelten, I. M. (2014). Når staten vil være terapeut. En diskursanalyse av prosjektet «Brukerrettet kvalitetsutvikling» i familievernet *Fokus på familien* (2), 139-157.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Oslo: Fagbokforlaget.

- Fekjær, H. O. (2008). *Rus* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fischer, J., Jenkins, N., Bloor, M., Neale, J. & Berney, L. (2007). Drug user involvement in treatment decisions. *Joseph Rowntree Foundation UK*.
- Fischer, J. & Neale, J. (2008). Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs; education, prevention and policy*, 15(2), 161-175.
- Fischer, J., Neale, J., Bloor, M. & Jenkins, N. (2008). Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: A qualitative study. *substance abuse treatment, prevention and policy*, 3(1), 21.
- Fossestøl, B. (2016). Moralsk ansvar - den profesjonelles private dilemma? I R. Kroken & O. J. Madsen (Red.), *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten: fra sosialt arbeid til "arbeid med seg selv"*? (s. 42 - 63). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Foucault, M. (1973). *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Foucault, M. (1999). *Overvåkning og straff*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. & Neumann, I. (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. (bd. Cappelen's populære skrifter 42). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Freire, P. (2005). *De undertrykkes pedagogikk* Oslo: Gyldendal.
- Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40 (3), 266-275.
- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A. & Morosini, P. (2002). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services in a large catchment area in Rome. *European Psychiatry*, 17(3), 139-147.
- Gjeramo, H., Lømo, B. & Lundgaard, R. (2007). Brukermedvirkning i rusbehandling - er det mulig? I A. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. G. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (s. 166-181). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Goodhew, M., Stein-Parbury, J. & Dawson, A. (2019). Consumer participation in drug treatment: A systematic review. *Journal of drugs and alcohol today*, 19(2).
- Greer, A. M., Amlani, A., Burmeister, C., Scott, A., Newman, C., Lampkin, H., ... Buxton, J. A. (2019). Peer engagement barriers and enablers: insights from people who use drugs in British Columbia, Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 110(2), 227-235.
- Gubrium, J. & Holstein, J. A. (1997). *The new language of qualitative method*. New York Oxford University Press.
- Gullestad, M. (1991). Studiet av egen samtidskultur som utfordring. *Norsk Antropologisk Tidsskrift*, 2 (1), 3-9.
- Hammer, S. (2017). *Foucault og den norske barnehagen: introduksjon til Michel Foucaults analytiske univers*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Hammer, S. (2021). Foucault, governmentality og det nyliberale Norge. *Agora*, 38(3-04), 62-85.
- Haugland, K. K. (2016). Brukermedvirkningens pedagogikk - tjenesterevolusjon i lys av Freires dialogperspektiv. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 12(01-02). Hentet fra http://www.idunn.no/ts/tph/2016/01-02/brukermedvirkningens_pedagogikk_-_tjenesterevolusjon_i_lys
- Heggen, K. & Solbrekke, T. D. (2009). Sykepleieansvar - fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapsplikt? *Tidsskrift for Arbeidsliv*, 11(3), 49-61.
- Helgøy, I., Kildal, N. & Nilssen, E. (2010). *Mot en ny yrkesrolle i Nav?* (Notat 1- 2010 1503-0946). Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Oslo.
- HOD. (2008a). *Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- HOD. (2008b). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- HOD. (2015). *Opptappingsplan for rusfeltet (2016-2020)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- HOD. (2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering. (2015-2016)*.
- HOD. (2020). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019. (Meld. St. 11, 2020-2021)*. Oslo:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/38768e5952734ab2ba135147e206e75d/no/pdfs/stm202020210011000dddpdfs.pdf>.
- Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. & Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(04), 296-312.
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan : anerkjennelse og krenkelse* Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim.
- Jenssen, A. G. (2009). *Brukermedvirkning i sosialtjenesten : en studie av sosialarbeidernes perspektiv* Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Trondheim.
- Jenssen, A. G. & Tronvoll, I. M. (2012). *Brukermedvirkning: likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johansen, B. & Solbjør, M. (2012). Brukermedvirkning som 'universalmiddel' for helsevesenets problemer IA. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. (s. 307-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Juhila, K., Raitakari, S. & Hall, C. (2016). *Responsibilisation at the Margins of Welfare Services*. New York: Routledge.
- Juritzen, T. I. (2013). *Omsorgsmakt: Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem*. Oslo universitet, Oslo.
- Järvinen, M., Larsen, J. E. & Mortensen, N. (2003). *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Aarhus: Aarhus universitetsforlag.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Latvia: Hans Reizels Forlag.
- Jørgensen, M. W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Samfundslitteratur - Roskilde Universitetsforlag.
- Karlsson, B. (2016). *Det går for sakte. I arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Khan, S. H. (2014). Phenomenography: A qualitative research methodology in Bangladesh. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications*, 5(2), 34-43.
- King, A. (2011). Service user involvement in methadone maintenance programmes: The 'philosophy, the ideal and the reality'. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18(4), 276-284.
- Kroken, R. (2006). Dersom moralsk ansvar omformes til teknisk ansvar. *Nordisk sosialt arbeid*, 26(02), 155-166.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Laitila, M., Nikkonen, M. & Pietilä, A.-M. (2011). Involvement in mental health and substance abuse work: conceptions of service users. *Nursing research and practice*, (2011): 672474.
- Lang, K., Neil, J., Wright, J., Dell, C. A., Berenbaum, S. & El-Aneed, A. (2013). Qualitative investigation of barriers to accessing care by people who inject drugs in Saskatoon, Canada: perspectives of service providers. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 8(1), 1-11.
- Larsen, T. & Sagvaag, H. J. H. E. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *Health Expectations*, 21(6), 1231-1240.
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys-exemplet fenomenografi*. Lund.
- Lauritzen, G., Ravndal, E. & Larsson, J. (2012). *Gjennom 10 år. En oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26.
- Lian, O. (2003). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Lie, T. & Nesvåg, S. (2006). *Evaluering av rusreformen (2006/2007)* (978-82-490-0502-4). International research Institute of Stavanger - IRIS.
- Lie, T. & Nesvåg, S. (2007). *Evaluering av rusreformen*. Rapport IRIS–2006/227. Stavanger: International Research Institute of Stavanger.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service (2nd ed)* Russell Sage Foundation.
- Lossius, K. (2021). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning—en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2018). Å tenke med Foucault: en bok for masterstudiene i helse-og sosialfagene. I C. Øye, N. Ø. Sørensen & K. Martinsen (Red.), *Den økonomiske tidsforståelsen og tiden i helsevesenets rom*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Marton, F. (1981). Phenomenography—describing conceptions of the world around us. *Instructional science*, 10(2), 177-200.
- Marton, F. (1986). Phenomenography—a research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of thought*, 28-49.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier [Professional studies]*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mørland, J. & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforl.
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet og makt: En innføring i diskursanalyse*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Nylenna, M. (2020). Fra lydighet til likeverd - pasientmedvirkning i et historisk og helsepolitisk perspektiv. I B. J. Landstad, M. Kvangarsnes, T. Hole & M. Nylenna (Red.), *Brukermedvirkning i helsetjenesten - realitet eller retorikk?* (s. 15-42). Oslo: Publication Series of The Norwegian Medical Society
- Patterson, S., Weaver, T., Agath, K., Albert, E., Rhodes, T., Rutter, D. & Crawford, M. (2008). 'They can't solve the problem without us': a qualitative study of stakeholder perspectives on user involvement in drug treatment services in England. *Health Soc Care Community*, 17(1), 54-62.
- Patterson, S., Weaver, T., Agath, K., Rutter, D., Albert, E. & Crawford, M. (2009). User involvement in efforts to improve the quality of drug misuse services in England: A national survey. *Journal of drugs: education, prevention and policy*, 16(4), 364-377.
- Patterson, S., Weaver, T. & Crawford, M. (2010). Drug service user groups: Only a partial solution to the problem of developing user involvement. *Journal of drugs, education, prevention and policy*, 17(1), 84-97.
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. & Davidson, L. (2018). Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A qualitative study. *Substance abuse: research and treatment*, 12:1-8.
- Rance, J. & Treloar, C. (2015). "We are people too": Consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment. *International Journal of Drug Policy*, 26(1), 30-36.
- Ravndal, E. (2009). Behandling eller kontroll—om disiplinering og makt i den norske rushelsetjenesten. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26(1), 74-79.
- Rise, M. B. (2012). Mer brukermedvirkning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132 (16), 1882-1884.
- Røhnebæk, M. (2016). Fra bakkebyråkrati til skjermbyråkrati. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(4), 288-304.
- Rønning, R. & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser?: om brukermedvirkning i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge: –politiske og medisinske tilnærminger i historisk lys. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(1), 4-26.

- Schulte, S., Moring, J., Meier, P. S. & Barrowclough, C. (2007). User involvement and desired service developments in drug treatment: Service user and provider views. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(3), 277-287.
- Scott, J. C. (1990). *Domination and the arts of resistance: Hidden transcripts*. Yale university press.
- Selseng, L. B., Follevag, B. M. & Aaslund, H. (2021). How People with Lived Experiences of Substance Use Understand and Experience User Involvement in Substance Use Care: A Synthesis of Qualitative Studies. *Int J Environ Res Public Health*, 18(19).
<https://doi.org/10.3390/ijerph181910219>
- Semb, R., Borg, M. & Ness, O. (2016). Tilpasning eller tilbaketrekning?–Tilhørighetsstrategier blant unge voksne med rus-og psykiske helseproblemer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(03), 204-220.
- Shiple, K., Hilborn, B., Hansell, A., Tyrer, J. & Tyrer, P. (2000). Patient satisfaction: a valid index of quality of care in a psychiatric service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 330-333.
- Skau, G. M. (1996). *Mellom makt og hjelp. En samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skogen, J. C., Torvik, F. A., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2018). *Ruslidelser i Norge. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge. Online*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Skolbekken, J., Songe-Møller, V., Ruyter, K. & Hovland, B. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. *Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)*.
- Skretting, A., Storvoll, E., Rise, J., Lauritzen, G. O., Snertingdal, M. I., Amundsen, E. J., ... Rossow, I. (2011). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet: grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken (8271713671)*.
- Skudal, E. (2021). Ulike behandlingstilbud. I K. Lossius (Red.), *Håndbok i rusbehandling* (s. 279-294). Oslo: Gyldendal
- Slettebø, T. (2000). Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 2(00), 75-85.
- Stallvik, M. (2011). Biopsykososial tilnærming til rusavhengighet. *Rusfag*, 3(1), 105-112
- Storbjörk, J., Christophs, I., Samuelsson, E. & Milander Yazdanpanah, S. (2016). A study of service user involvement in practice in the Swedish substance abuse treatment system: Methods, participants, and outcomes. I: Centrum för socialvetenskaplig alkohol-och drogforskning (SoRAD).
- Svensson, L. G. & Karlsson, A. (2008). Profesjoner, kontroll og ansvar. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 261-275). Oslo: Universitetsforlaget.
- Therkildsen, T. (2017). Hva er viktig for deg? *Norsk helseinformatikk*.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse-og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Topor, A. & Denhov, A. (2012). Helping relationships and time: Inside the black box of the working alliance. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(3), 239-254.
- Tritter, J. Q. & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Journal of Health Policy*, 76(2), 156-168.
- Trnka, S. & Trundle, C. (2014). Competing responsibilities: Moving beyond neoliberal responsabilisation. *A Journal of Social Anthropology and Comparative Sociology*, 24(2), 136-153.
- Uljen, M. (1996). On the philosophical foundations of phenomenography. I G. Dall'Alba & B. Hasselgren (Red.), *Reflections on phenomenography: Toward a methodology* (bd. 109, s. 103-128). Gøteborg Acta universitatis
- Ulleberg, H. P. (2007). Diskursanalyse: et mulig bidrag til utdanningshistorisk forskning. *BARN-Forskning om barn og barndom i Norden*, 25(1), 65-80.

- Van Hout, M. C. & McElrath, K. (2012). Service user involvement in drug treatment programmes: Barriers to implementation and potential benefits for client recovery. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(6), 474-483.
- Vike, H., Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H. & Kroken, R. (2002). *Maktens samvittighet. Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Vågan, A. & Grimen, H. (2008). Profesjoner i makteoretisk perspektiv. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 411-428). Oslo: Universitetsforlaget
- Wadel, C., Wadel, C. C. & Fuglestad, O. L. (2014). *Feltarbeid I egen kultur*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Wenaas, M., Andersson, H. W., Kiik, R. & Juberg, A. (2021). User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2).
- Wenaas, M., Bahl, N. K. H., Kiik, R. & Juberg, A. (2021). Patient Assessments of the Factors Facilitating and Impeding User Involvement During the First Phase of Substance Abuse Treatment. *Substance abuse: research and treatment*, 15:1-10.
- Wyller, V. B., Givold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., ... Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133:655-9.

Artikler

Paper I

User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders

Nordic Studies on Alcohol and Drugs

1–14

© The Author(s) 2021

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/1455072520978353

journals.sagepub.com/home/nad**Merethe Wenaas** 

Møre og Romsdal Hospital Trust, Alesund, Norway

Helle Wessel Andersson 

St. Olav's University Hospital, Trondheim, Norway

Riina Kiik

Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Anne Juberg

Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

Abstract

Background: People with substance use disorders (SUD) and concurrent mental health disorders often need prolonged, coordinated health and welfare services. Interprofessional team meetings are designed to tailor services to users' needs and should be based on interprofessional collaboration involving the user. **Aims:** To investigate service users' experiences with interprofessional team meetings and to identify potential barriers to successful user involvement. **Methods:** Semi-structured interviews with five male service users aged 27–36 years with concurrent substance use and psychiatric disorders, and observations of team meetings involving both users and relevant professionals. Users were interviewed shortly after commencing treatment and after the team meeting. A phenomenographical approach framed the data analysis. **Results:** Users described the interprofessional team meetings as less than useful, and perceived that lack of a targeted process and of information hindered their collaboration with professionals. Observations

Submitted: 26 February 2020; accepted: 13 November 2020

Corresponding author:

Merethe Wenaas, Department of Social Work, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

Email: Merethe.Wenaas@helse-mr.no

Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

revealed that users were given a subordinate role in the meetings, which largely undermined their involvement. Three categories reflecting lack of information as a core obstacle to user involvement emerged from the data material: (i) unclear role responsibilities and unclear professional role functions, (ii) unclear practices regarding rules and routines, and (iii) absence of user knowledge.

Conclusions: User involvement in team meetings may be improved by facilitating adequate information, clarifying role expectations, emphasising user knowledge, increasing professionals' awareness of the importance of collaboration, and by teaching skills that enhance user involvement.

Keywords

collaboration, interprofessional team meetings, phenomenographical approach, substance use disorder, user involvement

In current national health and welfare policy, coordinated services aim to improve the general quality of care, including the treatment of substance use disorders (SUD). The Norwegian government's guidelines for coordinated services emphasise the importance of good planning, information exchange and cooperation among professionals to promote choice-based services that are flexible, effectively targeted, and adequately adapted to the needs and wishes of service users (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2008). To meet those guidelines, practitioners in SUD services have established various models for collaboration, including some that use interprofessional team meetings as a way of organising cooperation across service levels and between users and professionals (Bjørkquist & Hansen, 2018). Although the guidelines do not require the use of interprofessional team meetings, such meetings are recommended by the Norwegian Directorate of Health and are therefore common practice (Norwegian Directorate of Health, 2012).

The term *interprofessional* may be viewed as synonymous with several other terms, including *multidisciplinary*, *interdisciplinary*, and *transdisciplinary* (Birkeland et al., 2017; Reeves et al., 2011). Some scholars have argued that the term *interprofessional*, particularly in relation to team meetings, implies a negotiated

agreement between professionals who value the expertise that different team members bring to patient care (Franklin et al., 2015). Reeves et al. (2011) have defined *interprofessional teamwork* as a type of work involving individuals from different professions who share a team identity and work closely together in an integrated, interdependent manner to solve problems and deliver services. In this article, the term "interprofessional team meetings" refers to a work process consisting of high levels of communication, mutual planning, and user involvement for long-term care delivery.

User involvement is an increasingly important strategy in health and social care policy and practice (Askheim et al., 2017). It builds upon the principle that people who use services are experts on their own treatment-related needs and on ways of improving the services. According to Rance and Treloar (2015), establishing a trusting, collaborative relationship between professionals and users is a prerequisite for successfully involving users in SUD treatment. Stemming from the model of empowerment, the concept of user involvement concerns mobilising marginalised individuals and user groups to apply their own capabilities and resources to solve their own problems as well as influence the services that they receive (Bonfils & Askheim, 2014). To promote user involvement, professionals need to strive to facilitate

collaborative relationships with users, especially if one recognises each user's life history and experiences as resources (Laitila et al., 2011).

Despite sharpened scholarly focus on user involvement in care services, few studies have focused on users' experiences with interprofessional team meetings in SUD services. To date, research has shown that service users with alcohol and drug use problems want to be involved in their own services (Schulte et al., 2007). It has been suggested that users of mental health and SUD services possess the most relevant expertise on their own service needs (Laitila et al., 2011). The importance of user involvement in SUD services has been further demonstrated by studies reporting an association between user involvement, treatment satisfaction, and treatment outcomes. For instance, one study reported that perceived patient participation in SUD treatment was associated with patient satisfaction and subsequent treatment outcomes (Brener et al., 2009). In line with this finding it has been suggested that opportunities for user involvement in SUD treatment, including interactions with staff, might have a positive influence on the therapeutic alliance and treatment outcome (Rance & Treloar, 2015).

Studies on user involvement in SUD treatment have identified factors that may prevent the successful involvement of users, including some professionals' stigmatising and stereotyping attitudes towards substance-dependent individuals (Luoma et al., 2007), lack of trust, lack of time (Patterson et al., 2009), and power imbalances between users and professionals due to their hierarchical relationship (Goodhew et al., 2019). In particular, it has been suggested that a general attitude may exist among professionals that service users with substance use problems lack both skills and interest in choosing interventions to meet their own needs (Bryant et al., 2008).

Because most research on interprofessional team meetings in social and health services has focused on collaboration between professionals, less is known about users' involvement in

those meetings. This article examines the usefulness of attending interprofessional team meetings from the service users' perspective and discusses how users with substance use problems can be involved in and influence such meetings. Two research questions guided our analysis:

1. What do service users with substance use problems experience in their involvement in interprofessional team meetings?
2. What are potential barriers to users' successful involvement in interprofessional team meetings?

Methods

Study setting

Our study was part of a larger qualitative follow-up study of 16 service users during and after discharge from an inpatient treatment unit for substance use disorders in central Norway. The Norwegian healthcare system consists of two governmental levels. The hospitals, managed by the specialist healthcare system, are responsible for inpatient and outpatient treatment, whereas the municipalities are responsible for providing primary healthcare and social services. The two service levels cover a variety of disciplines and are governed by different laws and regulations. The current data were based on team meetings including professionals and service users representative of both service levels.

Approval

The regional committee for medical and health research ethics approved the study. All participants provided their written consent prior to the interviews and observations, and all data were anonymised.

Informants and recruitment

A formal agreement was made with the unit's management that the patient coordinator would

continuously inform the first author about newly arrived inpatients over a six-month period in 2016. All newly admitted inpatients were informed about the study and invited to participate by the first author. Sixteen patients agreed to participate. To make the amount of data manageable, we only used data from the first five patients recruited to the study. With users' consent, we invited their professional contacts to participate. All informants received verbal information about the study and were invited to participate at an in-person meeting, via email, or over the phone. The informants received no money or gifts for participating in the study.

The informants were five men aged 27 to 36 years with comorbid substance use and psychiatric disorders. All informants had been introduced to illegal drugs during early adolescence and had developed substance use problems at around the age of 14 to 17 years. They had low levels of education and varying degrees of job experience. Two of them were homeless. None had prepared a personal plan for future goals or treatment measures. All informants received services from both specialists and primary services, except for one who was in prison and was thus receiving only primary services at the time of the interview.

The first author gained access to team meetings in various units and conducted participatory observations during those meetings. Owing to the geographical distance between the parties, three of the meetings were video conferences, whereas the remaining two meetings were conducted in person. The first author interviewed one of the informants three times after two separate meetings but observed only one of those meetings. Nevertheless, we have included both post-meeting interviews in the results. Two of the meetings were held in an early phase of treatment. One of the informants was no longer in treatment, and the observation of his meeting was performed while he was in prison. No one from the specialist health service attended that meeting, although representatives from the prison, the welfare service, and

the municipality were present. In the remaining team meetings, professionals from the specialist health service and several municipality units were present.

Data collection

An interview guide was developed with reference to literature on interprofessional team meetings and user involvement. This literature addresses the following major topics: the users' understanding of the purpose of the team meetings, the roles of the professionals during the team meetings, and the users' involvement and expectations for the meetings. Field notes taken during the meetings were subsequently reviewed in collaboration with the users. The field notes included memos on meeting structure, the positioning of roles and responsibilities, interaction in relation to the power balance, communication, and relationships between participants.

The first author conducted all interviews with the participating users immediately after the meetings. The interviews lasted 15–60 minutes. In the interviews, the first author endeavoured to establish a dialogue in which she was open to the informant's perceptions. The process by which a researcher seeks to display an unbiased attitude about the informant's experiences can be understood as *bracketing* (Creswell, 2013). However, researchers may not be able to fully abandon preconceptions and attitudes, thus data may be interpreted based on their knowledge of theory and life experiences. In phenomenographical studies, researchers focus on people's reflections about their experiences with and within the social world around them (Barnard et al., 1999; Creswell, 2013; Dahlgren & Fallsberg, 1991). In such research, ethnographic methods emphasise collective meanings. Therefore, in addition to semi-structured interviews, we used an ethnographic approach to study the process of and communicational dynamics in team meetings. Unarticulated knowledge and experiences were considered to be as important to us as

researchers as those verbalised by the informants (Barnard et al., 1999; Hilden & Middleton, 2002).

Analysis

Transcripts from the audiotaped interviews and field notes were coded in NVivo. In the process of establishing categories to answer the research questions, we followed the steps of phenomenographical analysis described by Dahlgren and Fallsberg (1991). The goal of phenomenography is to identify the diversity of experiences related to the phenomenon being explored (Dahlgren & Fallsberg, 1991). The approach distinguishes between what can be observed as either a first-order or a second-order perspective. The first-order perspective is concerned with facts and directed at the phenomenon *as it is*. The second-order perspective seeks to *understand* a person's perceptions of the phenomenon. The second-order perspective is studied in phenomenography (Barnard et al., 1999). The process involves identification of similarities and differences in informants' statements, exploration of how the phenomenon occurs and has been perceived by the informants, and grouping of identified statements and perceptions into different descriptive categories. The categories that emerge from this process thus represent the collective experience of the informants with the phenomenon (Dahlgren & Fallsberg, 1991).

In our phenomenographical analysis, we first attempted to get an overview of the material. In the next round, statements that were significant to the aim of the study were selected. The topics that emerged from this round were the following: understanding of the purpose of the team meeting, understanding of roles, sharing information, users' knowledge, user involvement, rules and standardising, and users' expectations. The topics were thereafter classified into three major categories. As a last step, the data were conceptualised and discussed in accordance with descriptions found in relevant

literature on the intentions of interprofessional team meetings.

Results

The service users' experiences with attending interprofessional team meetings and observations made during such meetings formed the basis for this study. The analysis revealed that the informants perceived the purpose of the meeting in different ways, depending on their previous experiences. However, they all expected that the meetings would contribute to acceptable solutions for their future life situations.

Interestingly, although an unmet need for information was one of the users' main motives for attending the meetings, insufficient information made it difficult for them to have influence on their own health services. Within this core category, the following three main obstacles for user involvement were identified: (i) unclear role responsibilities and unclear professional role functions, (ii) unclear practices regarding rules and routines, and (iii) absence of user knowledge.

Unclear role responsibilities and unclear professional role functions

Despite the fact that the users and some of the professionals did not know each other, the meetings began with only a short presentation of the participants. Thus, little information was available about the service user's background and service needs, and what the individual professional could contribute to the meeting. Several of the service users interpreted the service providers' lack of insight into their case as lack of competence.

Arne wanted to get started with education, and to get some advice regarding this. He was not satisfied with the answers that were given:

None of the professionals [who attended the meetings] knew anything about my rights regarding education.

Simon shared Arne's experiences. In a post-meeting interview, Simon expressed somewhat ironically that if the service user does not have a good insight into their own case, the practitioners will not be able to provide any help:

They [professionals] have become better and better at helping me, because I am getting better and better at knowing what I am entitled to or not!

In line with the services users' experiences of professionals' unclear roles, competencies and responsibilities, the field notes from observations revealed that the services users were encouraged to figure out solutions on their own, without taking into account their capacity to do so.

We use Arne's case as an example: In his team meeting, the caseworker from The Norwegian Labour and Welfare Administration (NAV) encouraged Arne to tell about his background and his perceived current challenges. The caseworker wanted him to tell a little more about his drug profile. Arne responded by listing the drugs he has been using and proudly said it was exactly one month since he took drugs the last time. Never, since first taking drugs at age 14, had he abstained from drugs for that long. He reminded the team that he was now 28 years old, which meant he had been using drugs for 14 years. The caseworker encouraged Arne to find out on his own what rights he might have regarding education. However, as Arne pointed out, for persons with a long substance use career it can be difficult to get an overview of what services are available and how to contact them:

I hope that they [the professionals] understand that I have a drug problem (...) they said I had to figure it out myself, but where should I start looking for answers? I feel like a shuttlecock!

Adding to the uncertainty around the professionals' functions and responsibilities were answers like "not yet" and "wait and see". These answers often occurred as a response to questions asked by the service users, but were

often unaccompanied by further explanations. One of the service user informants, Simon, asked for outpatient treatment. He said in the meeting that he intended to meet the required conditions for work assessment allowance. The caseworker replied that Simon would "not yet" be given such an allowance because he had previously broken agreements related to his activity plan. Instead, he was informed by the caseworker that he would receive the minimal benefit. The caseworker encouraged Simon to stop thinking about the allowance. The phrase "not yet" can be regarded as a normative but arbitrary statement drawn from practices that are not related to legal provisions and definitions of formal roles. Simon was encouraged to contact the Labour and Welfare Administration for an explanation of the decision. In the meeting, we observed the following on how Simon responded to the temporary denial:

Simon shows frustration and says that then the path is short to selling drugs. That is quick cash and something he can fix in a short time. Basic cash benefit is not enough to live on, Simon claims. The caseworker replies that many have managed this before him. (Field notes)

Nevertheless, Simon seemed to understand that it is difficult to make decisions that require financial resources in the team meetings. He accepted that the professionals were not able to answer every question during the meetings and that final answers had to be given later. However, the following comment he made after the meeting indicated that he was disillusioned:

I get no help. They [the professionals] know very little. After all, it's always the people [the leaders] above them who decide.

According to the informants Victor and John, the tendency to get few answers, the lack of decision-making, and the lack of solutions to their problems at team meetings caused their cases to progress slowly, if at all. Victor's comment on this was as follows:

I feel very uncertain not knowing. I don't get a definite yes or no. It's hard to plan, when it's like this: "No, we'll see what happens!"

John was generally pessimistic about the outcomes of the meetings:

It [the meeting] was as expected: I didn't get any wiser, and not much came out of it other than that I should get a job as soon as possible.

Unclear practice regarding rules and routines

The user participants' utterances in the meetings exposed a dynamic that was predominantly rule-oriented and underpinned by justifications of the caseworkers' actions. For instance, we observed that users struggled to argue for their point of view against professional decisions, since the professionals referred to rules and conditions that were often unknown to the users. This made the practices appear unclear to the users.

As suggested by Simon in relation to the first category, the responsibility for making informed choices rested on the service user and his or her capacity to stay updated on the rules.

Another phenomenon addressed in the post-meeting interviews that may illustrate rule orientation, was service users' belief that the content of the meeting was predetermined or standardised. In the following excerpts both Simon and John suggested that the professionals conducted the meetings in a routinised way and let them progress in an "automatic" manner:

Simon: Yes, they [the professionals] probably read from a script.

John: The meetings are routines to the professionals!

Rules asserted by the professionals and the service users' own conceptions of what was best for them often ran counter to each other. In one observation, when Morten stated that he

would quit treatment before the scheduled time and apply for a job, the other team members strongly advised him to complete the treatment programme and to apply for an employment scheme after completion of treatment. After the meeting, Morten reflected:

There's no point in saying what I'm thinking; they only refer to a set of rules anyway.

By this comment Morten seemed to believe that if he did not follow the rules, he could be sanctioned for violating the terms of treatment. Implicitly, it seemed that he had been told that he could not choose "from the top shelf", but should accept measures that were already available to him. The representatives from the system did not show willingness to aim for individually tailored solutions, despite the fact that this is emphasised in the national guidelines for health services.

As was the case with information regarding professionals' mandates or competences, language barriers also seemed to exist regarding rules or requirements. In several observations we noted that welfare case workers used expressions such as "fulfil the terms" and "satisfy the conditions" without any further explanation or elaboration. This caused the service users to have problems with understanding the rationale behind the professionals' decisions or advice.

Absence of user knowledge

A lack of user experience-based knowledge was illustrated in the case of Morten, who wanted a "decent job" right away instead of following the advice from the professionals to complete the treatment programme and then apply for an employment scheme. His caseworker, as a rationale for that advice, argued that he had to be realistic and reminded him of his history with drug use, implying that "realism" was something that had nothing to do with service users' experience. Thus, professional knowledge became the dominant form of knowledge,

which prevented collaboration with users on setting and achieving goals. A comment from Victor in a post-meeting interview illustrated that service users may communicate strategically, because they fear the consequences of speaking up:

I don't express what I feel! (. . .) [because] a case-worker from welfare services said, "Those [service users] who are arrogant and rude go to the bottom of the pile!"

Contrary to what the user informants said that they hoped for prior to the meetings, namely to gain insight and knowledge to help their continued rehabilitation, the data from post-meeting interviews suggested that their expectations regarding the outcomes of the team meetings was significantly lowered after having seen how the meetings functioned. The service users experienced that the responsibility for comprehending crucial information rested upon themselves.

According to the findings, the service users also withheld information for several reasons. The many service providers that were present at the meeting could overwhelm them. At times up to five professionals from different units participated. To Morten, becoming the centre of attention elicited his personal shortcomings. He expressed his unease in the following way:

I don't like meetings that are about me.

According to information from the individual interviews, all user informants had specific, basic needs for security and belonging related to work, income, and in some cases housing assistance, which provided a certain quality of life and sense of safety. The users said that they aimed to receive sufficient help with finding solutions, yet they felt incompetent in defining and expressing their needs and did not know exactly what they could ask for. Arne put it this way:

I'm not a professional and don't know what I need help with.

To John, asking for help in the meeting was not an option:

No, I expect this [job, aftercare, economy etc.] to be addressed by them; they [professionals] have a checklist that they use at such meetings.

Victor, in contrast, felt more at ease with being proactive in the meeting, despite the lack of demand for his concerns:

Nobody asked or wondered, but I said how I felt, and they showed understanding for it – but zero solution orientation.

One of the follow-up questions in the post-meeting interview was about how the user's experiences were received and appreciated: "Did you experience that you were included to contribute with your experiences and user knowledge in the meeting?" Some of the answers disclosed relatively realistic expectations:

Arne: I felt I was being listened to. I did not expect everything to be arranged after one meeting.

Although all informants clearly stated that they wanted to be involved in their own case, *how* they could influence their case remained unclear. Morten drew attention to this issue in the interview by stating:

How to influence? I do not know how . . . I do not have a clue about that.

It seemed that the service users had to be familiar with the professionals' language in order to express their needs or to get appropriate information. Morten stated the implications of this as follows:

They should use plain language that everyone knows. I have to look up words online that I don't understand.

It is a paradox that although the meetings were often presented as "the user's meetings", it

seemed that the users' competence were not very visible.

Discussion

The main aims of our study were to investigate service users' experiences with their involvement in interprofessional team meetings and to identify potential barriers to successful user involvement in those meetings. Although user involvement is understood as the core of recovery (Storm & Edwards, 2013), the current data indicated that users perceived the interprofessional team meetings to be less than useful, and that their involvement was largely undermined. Lack of information seemed to be a major challenge for the users' ability to participate in their own services. The empirical data from our study indicated that in particular, three different aspects related to lack of information constituted obstacles to user involvement, as discussed in the following sub-sections.

Unclear role responsibility

One major finding was that the users lacked knowledge about the professionals' roles and functions at the meetings, and that they were uncertain of what to expect from the services and support systems. This finding might indicate that the roles of the professionals and tasks of their services are either too similar or too vague. Consequently, the professional roles may become vague and the continuity in the teams may be weakened (Belling et al., 2011; McNeil et al., 2013; Mitchell et al., 2008).

It seemed that the caseworkers had not got to know the users before commencing the team meetings. This is in contrast to the recommendation of Rance and Treloar (2015), who emphasise the importance of user engagement and service user-staff relationships in service delivery and treatment outcomes. Moreover, it has been suggested that supportive professionals may contribute to reducing uneven power relations, thereby providing the users with a stronger negotiating position (Hansen, 2019).

Another main finding of the current study was that when the preconditions for a good communication climate were absent from team meetings, the use of sanctions and bureaucratic terminology increased. We observed that professionals became preoccupied with their own roles and professional limitations, and as a result they concluded meetings too quickly without ever including the users. This finding is consistent with the results of Hansen (2007) suggesting that professionals in teams were more concerned with setting limits for their own interventions than with contributing to comprehensive, coordinated service provision. Conflict between professionals may also heighten the risk that decisions and clinical approaches become based on professionals' moral attitudes instead of their professional discretion (Samet et al., 2001). The current finding, suggesting that service users perceived a lack of information and adequate answers from the meetings, could also be a consequence of their limited knowledge on professional mandate and the negative attitudes that users with SUD are frequently confronted with (Fischer & Neale, 2008).

The current data also suggested that the participants in the meetings had a poor understanding of their respective responsibilities, and that they did not attempt to clarify the role or responsibilities of the other team members. We observed how the users were expected to make many arrangements by themselves and to behave according to the rules. Although some professionals may have considered these requirements to be ways of facilitating user involvement, such a belief did not appear to be justified in the observed meeting context. In light of our findings, it makes sense to apply the concept of responsabilisation, which has become a dominant discourse in public health services in the last decade (Juhila et al., 2016). In the literature this discourse has been linked to neoliberalism, where the customer is viewed as responsible and rational and possessing the same authority as in the market model (Tritter, 2009; Trnka & Trundle, 2014). Moreover, the

individual is supposed to make choices that maximise his or her wellbeing and quality of life (Juhila et al., 2016). Such notions are at the core of the discourse of responsabilisation. Responsibilisation has some inherent paradoxes. On the one hand, individuals are expected to take responsibility for their lives. On the other hand, they have to adapt to the demands that services impose upon them and to threats hanging over them, including the loss of social benefits. That dynamic does not confer total freedom of choice, especially not for individuals whose life situations may mean that they are marginalised and dependent upon the help that they receive.

User involvement can thus be understood as a multi-tool grounded in the modern health discourse. The services need to be both cost-effective and targeted, and individual responsibility is demanded from the user (Johansen & Solbjør, 2012). From that standpoint, collaborative models of involvement have tended to legitimate existing provisions instead of challenging them (Rhodes & Nocon, 1998). By facilitating user involvement, and by giving the users responsibility for their own problems, service users become active co-producers of their own services and also share the responsibility for the results (Ekendahl et al., 2020; Johansen & Solbjør, 2012).

Absence of adequate information and answers

The informants stated that the meetings were organised in an automated, standardised way, and that they rarely received concrete answers. It seemed to them that their engagement in making significant decisions was ignored and that collaboration, if any, did not contribute to new knowledge. The users tended to lack adequate information about alternative measures that were available to them. Thus, to the extent that any decisions were made at the meetings, the users had little ability to have any influence on the decision-making process. This finding is in line with previous research suggesting that

when users lack information about the purpose of meetings or the functions of individual providers, their involvement is decreased (Horlait et al., 2018).

Some users in the current sample had no previous experience with interprofessional team meetings, thus did not know how to behave in these meetings. Managing multi-party situations, including meeting different professional groups and multi-party conversations, may require communication skills and adequate experience (Kvarnström et al., 2009). Professional codes and terminology can be difficult for users to understand and may give them a sense of alienation. For example, the participants in our study demonstrated different understandings of the term “satisfactory conditions”, and we observed that users in the meetings struggled to understand rules cited by the professionals. Laitila et al. (2011) have emphasised that users may need adequate, comprehensible information to become involved, and that the information should be repeated and provided in an understandable form. Terminology used by professionals without any explanation only increases the asymmetry and distance between parties (Ekeland, 2014). If the team lacks a patient orientation and instead allows rule-based practices to dominate, then those practices will not capture or be able to cope with variations in the users’ needs (Ekeland, 2014). If users are perceived only as cases by professionals, then their own knowledge becomes worthless, and they risk becoming or remaining passive users (Askheim et al., 2017).

Structural frameworks of user involvement

Our study revealed that although users wanted to influence their cases, they had difficulties in doing so. One reason may be that professionals and users have a different understanding and valuation of user involvement (Rise et al., 2013). Another factor that may counteract user involvement is that encouraging users to become proactive in their own treatment may be interpreted as an attempt from the welfare

service to partially escape responsibility for its outcomes (Johansen & Solbjør, 2012). Today's healthcare systems are complex, fragmented, and continuously operating under severe pressure, which are conditions that are suggested to counteract functional teams. For example, different organisational and systemic factors, such as legal frameworks, financing systems, political missions and information technologies, may hinder the establishment of common goals (San Martín-Rodríguez et al., 2005). Furthermore, diverse values, multiple interpretations of appropriate treatment, and overlapping or new roles in the team may create distance and fragmentation between the parties involved (San Martín-Rodríguez et al., 2005).

Barriers to introducing user involvement may include paternalistic approaches taken by staff (Laitila et al., 2011). There may also be lack of time and cultural understanding (Patterson et al., 2009). Autonomous professionals are required to empower users to act against oppressive practices, while in reality, non-autonomous professionals may face challenges and perhaps find it impossible to facilitate the self-empowerment of users (Larsen & Sagvaag, 2018).

In line with results reported in other studies (Liljegren, 2013; Sommerseth & Dysvik, 2008), all professionals in our study, including medical doctors, social workers and primary healthcare staff, held the same level of authority. Owing to the lack of evident team management, the teams were rather reluctant to make final decisions. A flat managerial structure may constrain discussion and the exchange of information, as well as prevent the implementation of new practices (Bulling & Berg, 2018). Moreover, some users may be unwilling or unmotivated to participate and instead rely upon professionals to make decisions for them (Fischer & Neale, 2008; Laitila et al., 2011).

Strengths and limitations

A particular strength of the study was the combination of interviews and participant

observations, which allowed a researcher to be present in the context that the users referred to during the interviews. The phenomenographic design included a pragmatic approach that captured the complexity of users' opinions as products of relational knowledge. The informants were given the opportunity to reflect on their thoughts and perceptions, and how they experienced their presence in the meeting context together with professional actors.

The study had some important limitations. We used a convenience sample procedure to gather data. However, as the purpose was not to generalise or evaluate but to gain deeper insight into the various dynamics that may hinder users' involvement in team meetings, we believe that the sample size was large enough for the aims of the study.

The first author was doing the research in an environment she was familiar with, as she has clinical experience from SUD treatment. This could, from one perspective, entail "going native". On the other hand, her acquaintance with the system, the user population and their jargon could also prevent misunderstandings and thus enhance communicative validity.

Conclusion

The current study suggests that service users may not receive the answers and information necessary to become fully involved in team meetings. If the team meeting fails to create a reflective culture, and if user-based knowledge is not considered, there may be no opportunity to create a common understanding of the task, and the work of the team may stagnate.

Initiatives to improve user involvement and raise awareness about collaboration skills in interprofessional team meetings may clarify expectations regarding the roles and functions of all members present at meetings, especially those of the professionals. Collaboration skills training should thus be part of professional development. Additionally, user involvement in interprofessional collaboration needs to be anchored at the managerial level, and should

be considered a high-priority task in service delivery. Above all, a view on collaboration not as a mere fact, but rather as a continuous, flexible process is needed.

Acknowledgements

We would like to thank the service users who participated in the study.

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iDs

Merethe Wenaas  <https://orcid.org/0000-0003-3969-0582>

Helle Wessel Andersson  <https://orcid.org/0000-0002-2153-6088>

References

- Askheim, O. P., Beresford, P., & Heule, C. (2017). Mend the gap: Strategies for user involvement in social work education. *Journal of Social Work Education, 36*(2), 128–140.
- Barnard, A., McCosker, H., & Gerber, R. (1999). Phenomenography: A qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research, 9*(2), 212–226.
- Belling, R., Whittock, M., McLaren, S., Burns, T., Catty, J., Jones, I. R., & Rose, D. (2011). Achieving continuity of care: Facilitators and barriers in community mental health teams. *Implementation Science, 6*(1), 23.
- Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F., & Langeland, E. (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement: A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 10*, 195.
- Bjørkquist, C., & Hansen, G. V. (2018). Coordination of services for dual diagnosis clients in the interface between specialist and community care. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 11*, 233.
- Bonfils, I. S., & Askheim, O. P. (2014). Empowerment and personal assistance: Resistance, consumer choice, partnership or discipline? *Scandinavian Journal of Disability Research, 16*(sup1), 62–78.
- Brener, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C., & Bryant, J. (2009). Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Journal of Drug and Alcohol Dependence, 105*(1–2), 172–175.
- Bryant, J., Saxton, M., Madden, A., Bath, N., & Robinson, S. (2008). Consumers' and providers' perspectives about consumer participation in drug treatment services: Is there support to do more? What are the obstacles? *Journal of Drug and Alcohol Review, 27*(2), 138–144.
- Bulling, I. S., & Berg, B. (2018). "It's our children!" Exploring intersectorial collaboration in family centres. *Journal of Child & Family Social Work, 23*(4), 726–734.
- Creswell. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing from five approaches* (3rd ed.). Sage.
- Dahlgren, L.-O., & Fallsberg, M. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy, 8*(4), 150–156.
- Ekeland, T.-J. (2014). From object to subject – and back again? About the relationship between knowledge, practice and management [Frå objekt til subjekt - og tilbake? - Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring]. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 11*(3), 211–220. http://www.idunn.no/ts/tph/2014/03/fraa_objekt_til_subjekt_og_tilbake_-_om_tilhoevet_mellom_k
- Ekendahl, M., Månsson, J., & Karlsson, P. (2020). Risk and responsabilization: Resistance and compliance in Swedish treatment for youth cannabis use. *Journal of Drugs: Education, Prevention and Policy, 27*(1), 60–68.
- Fischer, J., & Neale, J. (2008). Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 15*(2), 161–175.
- Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Long-Middleton, E. R., & Davis, S. (2015). Inter-professional teamwork and collaboration between community health workers and healthcare teams:

- An integrative review. *Journal of Health Services Research Managerial Epidemiology*, 2, Article 2333392815573312.
- Goodhew, M., Stein-Parbury, J., & Dawson, A. (2019). Consumer participation in drug treatment: A systematic review. *Journal of Drugs and Alcohol Today*, 19(2), 97–112.
- Hansen, G. (2007). *Samarbeid uten fellesskap: om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* [Coordination without collaboration: About individual care plans in municipal mental health services] (PhD thesis). Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT, University of Karlstad, Sweden.
- Hansen, G. (2019). Organisering av individuell brukermedvirkning [Organisation of individual user perception]. In C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Eds.), *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester* [Organisations' perspective of the coordination of health and welfare services] (pp. 47–67). Cappelen Damm Akademiske [Nordic Open Access Scholarly Publishing].
- Hilden, P. K., & Middelthon, A.-L. (2002). Qualitative methods in medical research: An ethnographic perspective. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(25), 2473–2476.
- Horlait, M., Van Belle, S., & Leys, M. (2018). Input of psychosocial information during multidisciplinary team meetings at medical oncology departments: Protocol for an observational study. *JMIR Research Protocols*, 7(2).
- Johansen, B., & Solbjør, M. (2012). Brukermedvirkning Som "Universalmiddel" for Helsevesenets Problemer [User participation as a 'panacea' for problems in the health services]. In A. Tjora (Ed.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Gyldendal Akademisk [Health Sociology], 307–326.
- Juhila, K., Raitakari, S., & Hall, C. (2016). *Responsibilisation at the margins of welfare services*. Routledge.
- Kvarnström, S., Cedersund, E., Hedberg, B., & Andersson Gäre, B. (2009). *Multiparty team talk: Constructions of user participation in an inter-professional team context*. Paper presented at the Communication, Medicine & Ethics: COMET Conference 2009, Cardiff University, Wales.
- Laitila, M., Nikkonen, M., & Pietilä, A.-M. (2011). Involvement in mental health and substance abuse work: Conceptions of service users. *Nursing Research and Practice*, 2011, Article 672474.
- Larsen, T., & Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *Health Expectations*, 21(6), 1231–1240.
- Liljegren, A. (2013). Strategic collaboration councils in the mental health services: What are they working with? *International Journal of Integrated Care*, 13(1).
- Luoma, J. B., Twohig, M. P., Waltz, T., Hayes, S. C., Roget, N., Padilla, M., & Fisher, G. J. A. B. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1331–1346.
- McNeil, K. A., Mitchell, R. J., & Parker, V. (2013). Interprofessional practice and professional identity threat. *Health Sociology Review*, 22(3), 291–307.
- Mitchell, G. K., Tieman, J. J., & Shelby-James, T. M. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *Medical Journal of Australia*, 188, S61–S64.
- Norwegian Directorate of Health. (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* [Clarification of responsibility and task sharing between the municipalities and the specialist health service in the rehabilitation area]. (Report IS -1947 02/2012). <https://helsedir.ektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/189/Avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet-IS-1947.pdf>
- Norwegian Ministry of Health and Care Services. (2008). *Samhandlingsreformen Rett behandling på rett sted-til rett tid* [The coordination reform, proper treatment: At the right place and the right time]. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Patterson, S., Weaver, T., Agath, K., Rutter, D., Albert, E., & Crawford, M. J. (2009). User involvement in efforts to improve the quality of drug misuse services in England: A national survey. *Journal of Drugs: Education, Prevention and Policy, 16*(4), 364–377.
- Rance, J., & Treloar, C. (2015). “We are people too”: Consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment. *International Journal of Drug Policy, 26*(1), 30–36.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2011). *Interprofessional teamwork for health and social care* (Vol. 8). John Wiley & Sons.
- Rhodes, P., & Nocon, A. (1998). User involvement and the NHS reforms. *Journal of Health Expectations, 1*(2), 73–81.
- Rise, M. B., Solbjør, M., Lara, M. C., Westerlund, H., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2013). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations, 16*(3), 266–276.
- Samet, J. H., Friedmann, P., & Saitz, R. (2001). Benefits of linking primary medical care and substance abuse services: patient, provider, and societal perspectives. *Archives of Internal Medicine, 161*(1), 85–91.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D’Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care, 19*(sup1), 132–147.
- Schulte, S., Moring, J., Meier, P. S., & Barrowclough, C. (2007). User involvement and desired service developments in drug treatment: Service user and provider views. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 14*(3), 277–287.
- Sommerseth, R., & Dysvik, E. (2008). Health professionals’ experiences of person-centered collaboration in mental health care. *International Journal of Nursing Practice, 2*, 259.
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly, 84*(3), 313–327.
- Tritter, J. Q. (2009). Revolution or evolution: The challenges of conceptualizing patient and public involvement in a consumerist world. *Health Expectations, 12*(3), 275–287.
- Trmka, S., & Trundle, C. (2014). Competing responsibilities: Moving beyond neoliberal responsibility. *A Journal of Social Anthropology and Comparative Sociology, 24*(2), 136–153.

Paper II

Patient Assessments of the Factors Facilitating and Impeding User Involvement During the First Phase of Substance Abuse Treatment

Merethe Wenaas¹, Nina Kavita Heggen Bahl², Riina Kiik³
and Anne Juberg³

¹Department of Substance Abuse Treatment, More and Romsdal Hospital Trust, Aalesund, Norway. ²Department of Research and Development, Clinic of Substance Use and Addiction Medicine, St. Olav's University Hospital, Trondheim, Norway. ³Department of Social Work, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway.

Substance Abuse: Research and Treatment
Volume 15: 1–10
© The Author(s) 2021
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/11782218211050368



ABSTRACT: User involvement in the first phase of treatment is essential for treatment satisfaction among patients with substance use disorders (SUDs). This study explores how patients perceive the first phase of specialized SUD treatment and identifies what promotes and inhibits user involvement. We used a qualitative approach, and semi-structured interviews were conducted with 14 informants admitted to a substance abuse treatment unit in central Norway. The analysis was inspired by a phenomenographical analysis approach, and 4 categories were identified as the core experiences of user involvement during the first phase of SUD treatment: (a) a new hold on life, (b) missing information, (c) the importance of a sense of community, and (d) ambivalence about the usefulness of the treatment. Overlapping elements with Aaron Antonovsky's theoretical framework of salutogenesis were used to support the main findings. The study indicates that activating personal resources (eg, the ability to envision a different life), conveying information in a matter sensitive to patients' current cognitive state, a sense of community, and therapeutic alliance are essential factors to promote user involvement in the first phase of specialized SUD treatment. Based on the findings, we suggest a salutogenesis approach to promote user involvement and provide several ways to employ this approach in the crucial first phase of specialized SUD treatment.

KEYWORDS: Salutogenesis approaches, sense of coherence, substance use disorders, treatment entry, user involvement

RECEIVED: February 8, 2021. **ACCEPTED:** September 15, 2021.

TYPE: Original Research

FUNDING: The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by the More and Romsdal Hospital Trust, Aalesund, Norway; Norwegian University of Science and Technology (NTNU) Trondheim, Norway; and St. Olav's University Hospital, Trondheim, Norway. The funders did not significantly influence data collection, analyses, writing, or the decision to submit the manuscript for publication. This research received

no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

DECLARATION OF CONFLICTING INTERESTS: The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

CORRESPONDING AUTHOR: Merethe Wenaas, Department of Substance Abuse Treatment, More and Romsdal Hospital Trust, PO Box 1600, Aalesund 6026, Norway. Email: Merethe.wenaas@helse-mr.no

Background

A substance abuse disorder (SUD) is understood as the harmful use of drugs or alcohol that leads to serious addiction and impairment of an individual's quality of life.¹ The majority of patients with SUDs have a significant number of addiction-related problems,^{2–4} which can complicate user involvement.⁵ A key concept, user involvement has become an important element in evaluating and improving services and practices in health and social care, including the SUD treatment.^{5,6} Several reasons support user involvement, including the following: the treatment is more likely to succeed if the patient is given the opportunity to make choices regarding their involvement; therapeutic alliances are likely to improve^{7,8}; patients' satisfaction with treatment may increase^{9,10}; and they may experience a greater sense of goal achievement^{7,9} and a decreased sense of social exclusion,⁸ empowerment,^{7,11} and positive treatment outcomes (eg, satisfaction, retention, and duration of treatment).^{3,8,11,12}

However, some studies report a weak relationship between user involvement and treatment outcomes^{9,13} and claim that lower levels of user involvement are specific to SUD patients, who are less satisfied with care than those in more stable social

situations.¹³ To promote user involvement in the first phase of treatment, it is crucial to allow patients to explore and feel safe in the treatment environment.¹⁰ In this study, we define user involvement as the patient's ability to influence the choice and content of SUD treatment to increase a sense of meaningfulness, understanding, and participation in one's treatment plan.

Despite an increased focus on user involvement in health service delivery, there are also potential obstacles to implementing this approach for SUD treatment. For example, researchers have suggested that there is often a lack of available treatment options,¹⁰ power disruptions and poor communication may occur between patients and professionals,^{7,10} the quality of treatment information may be insufficient,^{10,14,15} and patients may view staff members as stigmatizing and discriminatory.^{10,14} Although studies have been conducted on how patients experience user involvement,¹⁶ there is limited knowledge regarding user involvement during the first phase of specialized SUD treatment. This study explores how patients perceive the first phase (Here, "first phase" is defined as the first 4 to 6 weeks after admission. Standard treatment programs have a duration of 6 months.) of specialized SUD treatment to identify what factors promote or inhibit user involvement.



The salutogenesis framework

Health services, including SUD treatment, have traditionally promoted disease-oriented treatment interventions, which rarely consider a patient's subjective resources and the multidimensional complexity of the concept of health.¹⁷ Modern health service delivery has, in contrast, emphasized patient involvement and empowerment.¹⁸ Several studies point to the importance of service delivery that is patient-oriented and likely to enhance patients' autonomy and opportunity to influence their own SUD treatment.^{7-9,14} These principles are reflected in the concepts of Antonovsky's¹⁹ health-oriented model, termed "salutogenesis." A key term in this model—"sense of coherence" (SOC)—focuses on human health, resources, and strengths instead of illness. Health is thus understood as a continuum with gradations from healthy to diseased. Antonovsky¹⁹ constructed 3 main components of SOC: (a) comprehensibility (the belief that one's challenge is understood. When confronted with a stressor, the stronger a SOC, the more likely an individual will exhibit comprehensibility); (b) manageability (the belief that coping resources are available); and (c) meaningfulness (the feeling that life makes sense emotionally and that the problem or challenges are worth investments of energy and engagement).¹⁹

Salutogenetic approaches and the concept of SOC have been widely explored in various disciplines. In terms of SOC among patients with SUDs, the evidence has been inconsistent. Some studies suggest that SOC may predict treatment outcomes^{20,21} and improve individuals' health and psychosocial functioning^{21,22} and their ability to cope with stressful stimuli.²² It may also reduce mortality rates.²⁰ However, other findings conclude there is no evidence to support the mutual influence between substance use and SOC.²³ Further, the relationship between perceived stress symptoms, coping responses, and SOC have not been identified in all patient groups.²⁴ Moreover, the quantitative orientation within the field has restricted the knowledge of SUD patients' understanding of user involvement, including facilitators of and impeding to it. This qualitative study aims to address this lack of knowledge by employing the salutogenesis framework for an in-depth understanding of the factors that promote user involvement in specialized SUD treatment.

Methods and Materials

In this study, individual semi-structured interviews were used to gain insight into what patients admitted to a specialized SUD treatment unit identified as the facilitators of and impeding to user involvement in the first phase of treatment. Accordingly, we have followed the APA standards for qualitative research.²⁵

Study setting

In Norway, public treatment services for persons with SUDs operate on 2 levels: municipality treatment services and

specialized health care services. This study was carried out in a specialized health care substance use treatment unit in central Norway. The unit offers a comprehensive 6-month inpatient program with structured treatment for patients with substance abuse disorders and is defined as a long-term treatment. The 6-month program aims to meet individually-based social, biological, and mental health needs and provides a combination of individual and group therapy, including both milieu therapy and cognitive-behavioral therapies.

To be enrolled in inpatient SUD treatment, patients need a referral from services at the municipal level (eg, social services and general practitioners) or specialized health services.²⁶ A multi-disciplinary assessment unit considers the referral regarding criteria for admission, the cost-benefit aspects of treatment, and the patient's prior treatment outcomes. The unit also determines the length of stay and intensity of treatment. Furthermore, the Norwegian public health system assigns rights to people with SUDs equivalent to those with other chronic diseases, including the right to choose a treatment approach as long as it corresponds to the treatment level determined by the assessment unit. Entitlement to Norwegian SUD treatment rests on 2 major criteria: (a) a substance problem of some duration and (b) the likelihood that the problem entails a considerable reduction of life quality or reduced lifetime.²⁷ In earlier evaluations of user involvement in specialized SUD treatment,²⁸ the following criteria have been used to evaluate if user involvement: information about patient pathways for treating SUD, information about different treatment programs and interventions, participation in the development of a treatment plan, influence on treatment (eg, continuous evaluations and use of tools for feedback), user satisfaction, involvement of significant others, and significant others experiences of involvement.

Recruitment and sample

A purposeful sampling strategy was used to recruit informants who had a recent experience with the first phase of SUD treatment; that is, they had to be enrolled in the treatment unit during the past 4 to 6 weeks. All informants were voluntarily admitted to treatment. A formal agreement with the unit's managers was made to establish initial contact with potential informants. The agreement stated that a patient coordinator would continuously inform the first author about newly admitted inpatients from February to November 2016. All invited informants received information about the study and were asked to participate in an in-person meeting with the first author. The interviews were semi-structured so that informants could express their experiences without limitations, and at the same time, have some structure to the topics discussed in the interview. In total, 16 patients agreed to participate in the study: 1 patient dropped

Table 1. Description of sample.

PATIENT	AGE	GENDER	AGE WHEN STARTED TO USE SUBSTANCES	MENTAL DISORDERS	NUMBER OF TREATMENT EXPERIENCES
P1	28	Male	14	Several	First
P2	29	Male	14	1	First
P3	37	Male	16	None	Second
P4	24	Female	21	1	Second
P5	29	Male	19	Several	Second
P6	27	Male	17	Several	First
P7	26	Male	16	1	First
P8	22	Male	17	Several	First
P9	28	Female	15	Unknown	Second
P10	25	Female	16	Several	Second
P11	34	Male	19	1	First
P14	26	Male	16	Several	First
P15	25	Male	15	1	First
P16	29	Male	22	Unknown	Second

out early, and 1 interview had to be omitted because of bad audio recording quality, leaving a total sample of 14 informants. All 14 informants were interviewed 4 to 6 weeks after they entered treatment. In total, the average time in treatment was 4 and a half months, including 7 informants who completed treatment as planned and 7 informants who dropped out of treatment after 2 months. Of the remaining 7, 2 were given extended program time. Six informants had previous experience with SUD treatment, 2 of them from the unit in which this study was performed (see Table 1 for further details).

Data collection

The first author (MW) created an interview guide based on the literature concerning coordinated services and user involvement in SUD treatment. In developing the interview guide, we conducted a pilot study and sought advice from 3 SUD patients who provided insightful input for improvement. The interview guide contained 3 main sections: (1) background for treatment entry (eg, first contact, referral, and co-operation), (2) patient experiences in the first phase of treatment (eg, intake, individual support, and important aspects of the process), and (3) patient experiences of user involvement (eg, choice of intervention and impact on their treatment path). The interviews were conducted in the treatment unit and lasted from 30 to 90 minutes. The informants received no incentives for participating in the study.

Ethical approval

The study was approved by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (Norway). All informants received both written and verbal information about the purpose of the study prior to their participation. They were informed that participation was voluntary, that they had the opportunity to withdraw their consent, and that they could contact the first author at any time if they had any questions or concerns. All informants provided their written consent prior to the interviews, and all data were anonymized.

Analysis

We used a qualitative approach, and the analysis was inspired by phenomenographical analysis. Often confused with phenomenological analyses, both traditions intend to describe the world as people experience and explain it. However, phenomenography has another level of description than phenomenology.²⁹ Whereas phenomenology is linked to a first-order perspective in which the world is described as it is seen from the "outside," phenomenography aims to describe how people perceive a given phenomenon in a second-order perspective, that is, how they view it in relation to their lifeworld.³⁰ Phenomenography is defined as a non-dualistic research approach. It is argued that there is only 1 world, which is understood and experienced in different ways by humans and hence both objective and subjective at the same time. The researcher is less concerned with what is true or correct; the

Table 2. Development of the initial interview excerpts to descriptive categories using a phenomenographical analysis.

DESCRIPTIVE CATEGORIES	SUBTHEMES	INTERVIEW EXCERPTS
A new hold on life	Timing	<i>"It scares me that I let it go that far. I got help when I was urgently admitted. From there, the process of seeking treatment began." (P11)</i>
	Triggering event involving stress and chaos	<i>"I overdosed, you know, and ended up in the hospital with no feeling in my feet. Lost [my] sight, lost [my] hearing and stuff, and then I got a little panicked." (P9)</i>
	Turning point	<i>"This was the point of no return!" (P3)</i> <i>"I had come to that point; I was tired of my whole life. . . I considered killing myself; yes that was all I saw. . ." (P15)</i>
Missing information	Autonomy	<i>"No one else said I should be admitted [to treatment]. I was the one who made the decision." (P8)</i> <i>"I don't like people making decisions for me. Then I feel like, do they [staff] think I am unable to do this by myself?" (P15)</i>
	Lack of information	<i>"I had not received any information from anyone other than people who had been admitted before." (P2)</i>
The importance of a sense of community	Lack of choices	<i>"I asked if I could choose, but they said, 'That's where there's a place for you.'" (P10)</i>
	Lack of supporting relationships	<i>"I do not have any social network. . . I do not have [anybody]. . . I have no contact with my foster family, my parents or relatives. . ." (P9)</i>
Ambivalence regarding the usefulness of the treatment	Inspiration from peers	<i>"I am motivated by peers who have come further than me [in treatment] and are engaged [in their treatment process]." (P4)</i>
	Lack of belief	<i>"I have hope, but still keep the door open [to the drug scene]. I dare not close it completely. I don't quite see how a six-month stay could help me. . ." (P14)</i>
	The search for a "normal" life	<i>"Get me a phone subscription and the whole package. . .bank loan and get me a house and get normal. . ." (P7)</i>

central aim is to explore the meaning the subject ascribes to a phenomenon.³¹

Transcripts from audiotaped interviews were inductively coded and organized in categorized and subthemes in NVivo 11. The analysis was inspired by the analytical approach developed by Dahlgren and Fallsberg.²⁹ The first phase of the inductive analysis involved reading the interview material to gain greater familiarity with the informants' utterances. Meaningful codes were then searched for in the material to identify answers to the research questions. Both the first author and the final author made independent identifications in this phase. In the second phase, meanings were formulated in abbreviated statements (close to the interview dialog) for the purpose of data condensation. In the third phase, a distinction was made between differences and similarities between utterances. In the fourth phase, similar units of opinion were grouped. In the final phase, called the outcome space, the main subthemes were organized into descriptive categories (see Table 2).

When the phenomenographical analysis was accomplished, the first author became aware that a salutogenic perspective had overlapping elements with the findings of the study. Consequently, the theoretical framework of salutogenesis was employed to understand the findings further.

Findings

The findings provided 4 main categories in which informants described their perceptions of the first phase of SUD treatment: (a) a new hold on life; (b) missing information; (c) the importance of a sense of community; and (d) ambivalence regarding the usefulness of the treatment (see Table 2).

A new hold on life

All informants shared a collective experience of obtaining a new hold on life during the first phase of SUD treatment. However, their pre-treatment stories regarding the motivation to initiate treatment differed. Five of the informants perceived their choice to initiate treatment as affected by a sudden life event shortly before treatment entry that involved the severe deterioration of their physical and mental health. Overdoses, intoxicant psychosis, suicide attempts, and somatic injuries were among the events they mentioned as triggering their decision to seek treatment.

Other informants had long ago grown tired of a life controlled by drugs and had been in constant fear of health deterioration. Some of those with a long-term problem stated that previously they had lacked the willingness or courage to address their substance use. Confronted with previous conduct and

priorities in terms of dramatic episodes, however, they seemed to have experienced a certain awakening of their consciousness, often resulting in urgent admissions. Others had felt external pressure from their family to enter treatment. Although many informants entered treatment suddenly, that is, without a long process leading up to it, some still presented themselves as self-directed in the final decision.

"I want to decide for myself which treatment I need, but I do not know how to do it." (P6)

When asked about the importance of seeking treatment, most informants answered that they wanted to make their own decisions and be autonomous regarding what would happen and how it would occur during their treatment. Despite claiming to have a self-directed process related to seeking treatment, most informants did not experience a planned and controlled treatment entry.

Missing information

Although several informants perceived a self-directed decision to treatment entry, they also reported barriers to user involvement in the first phase of treatment. Most informants chose a treatment unit for reasons that were largely pragmatic or random. Several had specific preferences regarding treatment units but emphasized that since they were in urgent need of help, it was difficult to oppose specific recommendations from the health authorities as to where to go and when. In other words, the informants simply had to accept the treatment location available at the time.

Among the informants without previous treatment experience, a typical barrier was a lack of information about the treatment program. Several informants stressed that since they were uninformed about the content of the treatment program, it had been challenging to prepare for their entry into treatment. In the first phase of treatment, they have to absorb a great deal of information, which they assessed as problematic during a crisis. One of the informants perceived his experience as follows:

"I should have been told what I would encounter here and things like that. I didn't know anything. And I thought I would be here for two months." (P6)

This quote illustrates that treatment entry can mirror a journey with an unknown destination, representing a barrier to user involvement. In fact, most informants had only heard of SUD treatment through acquaintances who had been previous SUD patients. Some of those acquaintances had reported negative treatment experiences, while others had perceived their treatment as successful. Among the informants with previous experience, 2 had previous experience at the same treatment unit where the current study was conducted. These informants identified their previous experience as a reason for choosing the

unit when the need to seek treatment emerged for the second time.

The importance of a sense of community

The informants emphasized the importance of social support for their involvement in the first phase of treatment entry. However, the majority of the informants lacked such support. More than half of the informants reported that they had few supportive relationships in their social networks. Most relationships were with people who still belonged to substance-using and criminal communities, and contact with these individuals could potentially harm the treatment process. Moreover, several informants had negative prior experiences with SUD services and spoke disappointingly of the lack of accessibility, bureaucratic obstacles, and understanding from providers. Some shared memories from early childhood, which affected their trust in professionals:

"I have had bad experiences with the system. I have issues with authority figures and am struggling with adult relationships. My sister and I [in childhood] escaped from home and were picked up by the police and driven back." (P16)

Several informants shared childhood stories about the loss of relationships, repeated romantic break-ups, and subsequent uncertainty in life. According to multiple informants, previous negative experiences with professionals—whether attitude-related or otherwise—had prevented them from initiating treatment. Several informants noted a lack of security and social belonging, which intensified their distrust in the treatment environment and adversely affected their coping abilities:

"I hate everything that has to do with the social service because they just say I have to do this and that, then I answer 'yes' without doing the things they ask me to do. Then it weighs on my conscience, and I dare not ask for help again." (P15)

This statement illustrates what many informants experienced: tension in their relationships with providers, which can result from a lack of collaboration and understanding—resulting in a patient's sense of being stigmatized and judged as someone who cannot be entrusted with the responsibility for their life plan. This type of dysfunctional therapeutic alliance seemed to represent a central barrier to the informants' user involvement.

At the same time, however, other informants reported having a close relationship with professionals. They noted special events or meetings with professionals and family members who had not given up on them or who had done unexpected things for them. Generally, social support fostered hope and inspired informants to take control of their lives. Several informants felt that service providers were on their side and genuinely supported them at their entry into treatment:

"My helper drove me to the treatment unit and got me there because when the day arrived, I really didn't want to leave home. Today, I am very happy that he supported me." (P4)

All informants emphasized the importance of being in a community of like-minded peers (ie, other patients) during the first phase of treatment—reflecting together, providing support to each other, and being encouraged to cope nurtured their engagement to remain involved and stay in treatment. In some cases, the loss of family and close relationships from previous lives was replaced or compensated through emotional ties to peers in treatment.

Ambivalence toward the usefulness of the treatment

During the first phase of treatment, more than half of the informants did not believe that their time in the treatment unit could help them remain abstinent forever. Instead, they encountered difficulties envisioning the long-term effects of treatment:

"I really feel that it is meaningless and wonder if there is any point to this [treatment]. When I finish the treatment, I do not give a shit. However, stubbornness helps me. . ." (P16)

Many of the informants, despite being doubtful about the effects of treatment and experiencing stigma around their identification as an addict, mentioned being "normal" and living a "normal life" (eg, starting a family, having a job and an income, exercise, or something as simple as having a phone plan) as a motivation for treatment entry.

Moreover, multiple informants stated that the treatment program was predetermined or standardized, which did not invite user involvement. Furthermore, the institution had many rules that were expected to be followed:

"I realize the rules are the same for everyone, but all (peers) are different!" (P15)

Another barrier identified to user involvement was that many informants did not know how to express their needs. They regarded providers as treatment experts and thus conformed to requirements and expectations. Despite this, the informants were clear about the fact that they should be seen and heard in treatment decisions without being objectified:

"They [staff] know what to ask for—but I want to say things without my words being twisted and flipped around. I have to say my piece without breaking down!" (P14)

Discussion

This discussion is divided between elements that may impede or facilitate user involvement among patients with SUD. First, we discuss the experiences patients perceived as barriers to user involvement and how these challenges affected their sense of

coherence (SOC). Second, we outline factors that patients considered as facilitating user involvement, which can strengthen their SOC.

Barriers to user involvement

Absence of a sense of coherence. Our findings illustrate that SUD patients often experience high levels of stress and chaos in the time before and during the first phase of treatment. Although the informants of this study had substance abuse problems for years, they lacked personal and social resources to support them in entering treatment. In line with other studies,³²⁻³⁴ our findings reveal SUD patients' descriptions of having reached a point in life where they felt forced to reflect and make decisions to change. The "point" the informants perceive reaching seems associated with the terms "rock bottom,"³⁵ "wake-up call,"³⁶ "turning point,"³⁷ or "windows of opportunity."³³ All of them may apply to informants' experiences of a need to make changes in their lives. These concepts can be understood as a subjective experience, where special events change a person's self-perception or beliefs and promote a new decision.³⁷ The individuals who encounter this experience also tend to have a clear sense that "right now" is the best time to do something about their situation.^{38,39} The problematic event becomes a trigger for seeking treatment and clarifying their needs. These findings suggest that it is crucial that specialized health care service workers are highly conscious of their facilitation of a user-oriented service in the first phase of treatment. Many patients struggle with addiction symptoms or ambivalence, and they require time to recognize their needs and establish supportive relationships in order to take part in their recovery.

People who experience stress and chaos need support to develop strategies for dealing with chaos by focusing on, for example, comprehensibility, manageability, and meaning, thus promoting their SOC. A model based on the SOC perspective is concerned with the successful proactive adaptation of individuals to stressful environments. It examines which factors enable successful adaptation and how they can be improved to achieve the highest possible health level. Patients with higher SOC's perceive stimuli from the environment as more coherent and understandable than those with lower SOC's.¹⁹ Moreover, where the pathogenesis approach tends to focus on specific diseases and reduce symptoms, salutogenesis promotes a focus on the individual as a whole (including physically and psychologically) to move toward the healthy end of the light disease continuum.¹⁹

Our findings support the argument that a SOC approach can improve individuals' health and psychosocial function and strengthen the SUD patient's ability to cope with stressful stimuli.²² According to Antonovsky,¹⁹ life crises are inevitable, and they do not necessarily have to be considered harmful or a barrier to recovery. However, difficulties and barriers can arise if people go through life crises are not met with adequate

information, support, or understanding or become subject to practices that do not strengthen their SOC. From a salutogenic perspective of treatment, both internal and external stimuli must be perceived as meaningful to the person and must bring about a sense of coherence.⁴⁰ The experience can be so chaotic that patients are unable to engage or find meaningfulness upon entering treatment.

Absence of sufficient information related to user involvement and treatment choices. Prior studies have shown that if patients are to achieve user involvement in SUD treatment, they must receive sufficient information about their treatment options.^{8-10,14,15} Consistent with other studies, our findings revealed that SUD patients desire an autonomous approach to the early phase of treatment, implying a wish to engage and make choices around their subsequent treatment.^{9,14} If the patients feel that they are making their treatment decisions, their responsibility for their recovery is likely to increase, which in turn affects user involvement.

In reality, however, the choice was limited since informants did not have access to a broad range of services. Often, the informants tried to adapt to the SUD treatment to which they were assigned. Our findings show that when treatment choices were characterized as more pragmatic and random, user involvement was less prominent. Thus, when no alternatives or choices are presented, patients may lack a sense of manageability in the process. Although information is formally provided, it can be challenging to understand the content and its meaning, especially in the early phase of treatment. For example, studies have shown that patients with cognitive impairments due to substance abuse are less likely to benefit from counseling, receive adequate information, and master a new existence without SUD.⁴¹ Our findings add that patients need sufficient information to actively participate in their treatment. On the one hand, it may involve insufficient information, and on the other hand, the patient group may have problems receiving and processing information (eg, cognitive impairment due to intoxication), especially in the first phase of treatment. Treatment providers should instead think of alternatives for the provision of sufficient information to patients in specialized health care.

Absence of a sense of community. In terms of SUDs, scholars and practitioners agree that social support, belonging, and environmental context have an important influence on persistent abstinence, regardless of patient's treatment experiences.^{3,42,43} As other studies have shown, our findings indicate that SUD patients may lack trust in authority figures due to previous negative experiences from child welfare and school systems, which reinforces the feeling of being stigmatized and viewed negatively by the system.⁴⁴ The feeling of being seen and treated not as a person but only as a drug addict—signifying low expectations—will negatively affect user involvement and

trust in their relationships with staff members.⁷ In 1 study, Fischer et al⁴⁵ found that drug addicts' feelings of guilt over their problems could affect their trust in others and lead to a sense of alienation, which, in turn, can further affect patients' self-confidence and involvement in treatment.

Social support, through intimate and emotional bonds, is critical in facilitating SOC¹⁹ and promoting user involvement.⁸ Several of our informants lacked such qualities in their relationships. This lack of support or understanding can weaken their SOC and belief in their power to bring about the desired change. Based on these findings, we suggest that providers regularly involve their patients' social networks and communities (eg, significant others, family, and friends) in the treatment programs to promote user involvement in specialized health care.^{4,46} Concretely, to foster a social environment for user involvement, safety, and recovery,¹⁰ providers need to identify and map patients' sense of community in the first phase of treatment.

Facilitators of user involvement

Involvement with other residents and peers. Today, there is an established understanding in SUD treatment research that social support among like-minded people can enable individuals to help each other cope with crises or solve problems,^{43,47} and provide the feeling that one means something to others.⁴⁸ Establishing emotional ties with peers leads to increased involvement, sustains recovery, and supports well-being during the critical transition period into treatment.^{49,50} According to the SOC component of manageability, such social support constitutes a cornerstone in individuals' resources to reduce distress, and it plays a central role in an individual's SOC strength.¹⁹ One of our main findings concerning facilitators of user involvement in the first phase of treatment was the importance of being valued and the ability to engage with other peers in treatment. These experiences entail a sense of community, acceptance, and of being seen as individuals, which overlap with the manageability component of SOC. In addition, sharing life stories shapes a sense of recognition and shared emotional connection.

However, studies have reported that SUD patients have complex relationship histories and limited social networks, which may be particularly prominent in the first phase of treatment.⁵⁰ Although friendships develop when fellow patients uncover interests they have in common, the treatment unit must also be aware that some patients must distance themselves from their social networks when initiating treatment. Also, when first admitted to treatment, some patients may not receive immediate access to the institution's community and experience alienation, social distance, and loneliness.⁵¹

Support from professionals and family. Studies have shown that the empathic bond between a patient and a provider leads to

greater user involvement.^{7,8} In this study, several informants mentioned influential professionals who had faith in them and guided and supported them before and during their initial treatment. Thus, our findings indicate that a therapeutic alliance may be a central facilitator of user involvement in the early phase of treatment.

Support outside the treatment facility was also an impactful facilitator of informants' involvement. In addition to peers, we found that informants who had supportive family relationships emphasized this as a crucial source of motivation for seeking treatment. Family and relatives were perceived as critical resources, even when the informants felt that the decision to enter treatment rested on their shoulders. Informants who were parents mentioned their children as the main reason for taking control of their lives. Thus, being a custodial parent seems to be an important motivator to enter treatment: informants wanted to regain their roles as parents. This finding supports previous research, which has determined that parents' desire to be present in their children's lives leads them to seek SUD treatment.³⁴ Notably, the informants who had children had been parents for many years before they addressed their substance abuse problems, so even though parenthood may have been part of their motivation, it was not the sole reason for treatment entry.⁵²

The ability to envision a different life. Being able to envision a different life, cultivating hope, and finding a source of motivation are necessary prerequisites for making progress in treatment.⁵³ Social roles, positions, and identities encompass numerous types of social involvement, responsibilities, and related self-worth.³⁵ The trivialities of everyday life must be regarded as anything but trivial and instead addressed as part of a practical approach to treatment entry.⁵⁴ An orientation toward the future that provides roles in leisure activities, a job or education, and social relations is essential for promoting a strong SOC,^{21,22} which is particularly relevant in an early treatment phase. The current study's findings confirm that being seen as "normal" was the desired goal in the early phase of SUD treatment. Getting a new hold on life can be an inner motivation that creates or maintains the strength to stick to a meaningful life plan, affecting the individual's identity and desire to take an active part in their own life.

Self-confidence and autonomy. According to salutogenic theory, meaningfulness is defined as the conviction that the demands of life are worthy of cognitive and emotional investment and engagement.¹⁹ If a person is given an opportunity to participate and the power to influence, they will search for explanation and insight, increasing their autonomy and providing a sense of control. In contrast, an alienated person with a low degree of control over their life may grow to find most aspects of life meaningless. In the latter case, the feeling of powerlessness becomes dominant, and such a person will give up easily and lack the belief that things will work.

Consequently, we found that some patients in SUD treatment may perceive the treatment program as irrelevant to their needs and express ambivalence or deny their ability to be involved. Furthermore, the findings suggest that SUD patients lack an understanding of the treatment entry system and the treatment content. Thus, they respond by adopting an adaptive mindset. A strong sense of manageability depends on a high degree of comprehensibility,¹⁹ although a high level of comprehensibility does not necessarily mean that 1 believes they can cope with crises. Antonovsky¹⁹ argues that a person might experience meaningfulness despite low comprehensibility and manageability, and as he points out, the person's engagement positively affects these 2 factors. Therefore, it is essential to cultivate a practice that can strengthen individuals' SOC, which, in turn, can help raise awareness of the patient's life values. Thus, a SOC approach can strengthen the patient's ownership, involvement in, and responsibility for their treatment plan and goals.

Strengths and Limitations

This study has some limitations that should be identified for those wishing to follow up on the research findings or apply them in treatment. By recruiting informants as they were admitted to treatment, we managed to avoid the bias that is often related to pure respondent-driven recruitment. However, the sample in this study included only young adult informants (24-37 years), which restricts the transferability of the findings. Although the purpose of the study was not to generalize or evaluate, a broader sample of informants reflecting the age-span of SUD treatment (eg, 18-60 years) could have increased the breadth of experiences. Despite this limitation, we believe that the sample was large enough and sufficiently diverse to gain deeper insight into the various dynamics that may hinder or promote patients' involvement in the first phase of SUD treatment in Norway.

Another element concerns the trustworthiness of the findings. After the analysis was conducted, the findings did not undergo member checking, which may have resulted in misrepresentations or misinterpretations.⁵⁵ However, we believe that the patients' experiences have been sufficiently included in this study as we used a semi-structured interview guide, allowing the informants to discuss their experiences freely. To strengthen the validity of similar research, future studies should plan accordingly so that the informants' can be asked for feedback on the analysis and findings.

The first author (MW) conducted the research in the study setting. She had clinical experience with SUD treatment, so the setting was a familiar environment. On the one hand, this could entail "going native." On the other hand, her acquaintance with the system, the user population, and their jargon could also prevent misunderstandings and thus promote the communicative validity of the study.

Further research is needed to review and validate the study's findings, such as the overlap between the salutogenesis

approach and specific groups of SUD patients' experiences in the early phase of treatment. It is necessary to evaluate the applicability of the findings with respect to preventing impeding and promoting facilitators of patients' user involvement during a vulnerable and significant phase of SUD treatment.

Concluding Remarks

Today, user involvement is often classified as a central foundation for evaluating and improving SUD treatment services.^{5,7-14,28} Our findings add to this knowledge and suggest that although patients perceive their decision to enter treatment as self-directed, they encounter several impeding to user involvement during the first phase of treatment. Most of these constraints relate to patients' lack of a sense of coherence (eg, situations characterized by crisis and stress), the absence of sufficient information, and the absence of a sense of community (eg, lack of support from significant others). As a whole, our study illustrates that friendship with peers, support from professionals and family, self-confidence and autonomy, and the ability to envision a different life are crucial features for user involvement in the early stage of specialized SUD treatment.

In addition, the findings illustrate that there are several overlapping elements between user involvement and a sense of coherence. A salutogenic approach highlights the importance of investigating what happens when SUD patients are exposed to stress for which they have no automatic response. It further emphasizes the need to support patients in mobilizing coping strategies. Implementing such an approach may reduce the identified barriers such as the experience of chaos and strengthen internal and external resources that can facilitate user involvement. This study suggests enhancing user involvement in SUD treatment by exploring meaningful elements that can promote a sense of coherence, finding alternative ways to provide adequate information, and mapping a sense of community. In conclusion, we find a salutogenic approach a fruitful framework for promoting user involvement during the first phase of SUD treatment.

Acknowledgements

The authors would like to thank the informants for their invaluable contribution to this study.

Author Contributions


The first author, MW, designed the study, wrote the protocol, created the interview guide, conducted the interviews, and drafted the manuscript. AJ made substantial contributions to the development of the manuscript. AJ and MW collaborated on the analysis of data. NKHB and RK provided input on content and design. All authors contributed to the revision of the manuscript and have approved its final version.


Ethical Approval/Patient Consent

The Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (REC- central, Norway) approved this study (Project

no. 2015/1751). The informants received both written and verbal information about the purpose of the study prior to their participation.

ORCID iDs

Merethe Wenaas  <https://orcid.org/0000-0003-3969-0582>

Anne Juberg  <https://orcid.org/0000-0003-4741-9557>

REFERENCES

1. Brorson HH, Ajo Arnevik E, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2013;33:1010-1024.
2. Bergly TH, Gråwe RW, Hagen R. Domains and perceived benefits of treatment among patients with and without co-occurring disorders in inpatient substance use treatment. *J Dual Diagn*. 2014;10:91-97.
3. Hser Y-I, Evans E, Huang D, Anglin DM. Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatr Serv*. 2004;55:767-774.
4. Pettersen H, Landheim A, Skeie I, et al. How social relationships influence substance use disorder recovery: a collaborative narrative study. *Subst Abuse Res Treat*. 2019;13:1-8.
5. Goodhew M, Stein-Parbury J, Dawson A. Consumer participation in drug treatment: a systematic review. *Drugs Alcohol Today*. 2019;19:97-112.
6. Askheim OP, Beresford P, Heule C. Mend the gap – strategies for user involvement in social work education. *Soc Work Educ*. 2017;36:128-140.
7. Rance J, Treloar C. "We are people too": consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment. *Int J Drug Policy*. 2015;26:30-36.
8. Schulte S, Moring J, Meier PS, Barrowclough C. User involvement and desired service developments in drug treatment: service user and provider views. *Drugs Educ Prev Policy*. 2007;14:277-287.
9. Brener L, Resnick I, Ellard J, Treloar C, Bryant J. Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2009;105:172-175.
10. Fischer J, Neale J. Involving drug users in treatment decisions: an exploration of potential problems. *Drugs Educ Prev Policy*. 2008;15:161-175.
11. King A. Service user involvement in methadone maintenance programmes: the 'philosophy, the ideal and the reality'. *Drugs Educ Prev Policy*. 2011;18:276-284.
12. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*. 2002;325:1263.
13. Storbjörk J, Christophs I, Samuelsson E, Milander Yazdanpanah S. *A Study of Service User Involvement in Practice in the Swedish Substance Abuse Treatment System: Methods, Participants, and Outcomes*. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD); 2016.
14. Laitila M, Nikkonen M, Pietilä A-M. Involvement in mental health and substance abuse work: conceptions of service users. *Nurs Res Pract*. 2011;2011:672474.
15. Wenaas M, Andersson HW, Kiiik R, Juberg A. User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2021;38:190-203.
16. Bahl NKH, Magnussen M, Paulsen V, Grimstad U. Brukertilfredshetsevaluering Av Kommunale Tjenester for Personer Med Rusmiddelproblem. Kvalitativ Rapport [Evaluation of User Satisfaction of Municipal Services for People With Substance Abuse Problem. Qualitative Report]. Kompetansesenteret Rus - Midt Norge; 2018.
17. Jormfeldt H. Supporting positive dimensions of health, challenges in mental health care. *Int J Qual Stud Health Well Being*. 2011;6:7126.
18. Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61:938-944.
19. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass; 1987:175.
20. Andersen S, Berg JE. The use of a sense of coherence test to predict drop-out and mortality after residential treatment of substance abuse. *Addict Res Theory*. 2001;9:239-251.
21. Feigin R, Sapir Y. The relationship between sense of coherence and attribution of responsibility for problems and their solutions, and cessation of substance abuse over time. *J Psychoactive Drugs*. 2005;37:63-73.
22. Chen G, Gueta K. Sense of coherence as a recovery capital in recovery from substance use disorders. *J Addict Dis*. 2020;38:529-539.
23. Grevenstein D, Bluenke M, Nagy E, Wippermann CEM, Kroeninger-Jungaberle H. Sense of coherence and substance use: examining mutual influences. *Pers Individ Dif*. 2014;64:52-57.
24. Arévalo S, Prado G, Amaro H. Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Eval Program Plann*. 2008;31:113-123.

25. Levitt HM, Bamberg M, Creswell JW, Frost DM, Josselson R, Suárez-Orozco C. Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: the APA Publications and Communications Board task force report. *Am Psychol*. 2018;73:26-46.
26. Ministry of Health and Care services. *Rusreformen – Pasientrettigheter Og Endringer I Spesialisthelsetjenesteloven [Guideline of Norwegian Substance Treatment Reform]*. 1-8/2004.
27. The Norwegian Directorate of Health. *Prioriteringsveileder – Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB) [Prioritization Guide – Substance Abuse Treatment]*; The Norwegian Directorate of Health; 2015.
28. Adnanes M, Høiseth JR, Magnussen M, Thaulow K, Kaspersen SL. *Pakkeforløp for Psykisk Helse Og Rus – Brukere, Pårørende Og Fagfolks Erfaringer [Patient Pathways for Mental Health and Substance Abuse – Users, Relatives' and Professionals' Experiences]*. The Norwegian Directorate of Health; 2021.
29. Dahlgren L-O, Fallsberg M. Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *J Soc Adm Pharm*. 1991;8:150-156.
30. Ulljens M. On the philosophical foundations of phenomenography. In: Dall'Alba G, Hasselgren B, eds. *Reflections on Phenomenography: Toward a Methodology*. Vol. 109. Göteborg Studies in Educational Sciences. Acta Universitatis Gothoburgensis; 1996:103-128.
31. Larsson S. *Kvalitativ analys – Exemplet Fenomenografi [Qualitative Analysis – Phenomenography as an Example]*. Studentlitteratur; 1986.
32. Årstad J, Nesvåg SM, Njå ALM, Biong SN. How enough becomes enough: processes of change prior to treatment for substance use disorder. *J Subst Use*. 2018;23:429-435.
33. Roper L, McGuire J, Salmon P, Booth PG. Treatment-seeking for alcohol problems: the influence of mirroring events and windows of opportunity. *Addict Res Theory*. 2013;21:479-488.
34. Jakobsson A, Hensing G, Spak F. Developing a willingness to change: treatment-seeking processes for people with alcohol problems. *Alcohol Alcohol*. 2005;40:118-123.
35. Waldorf D, Biernacki P. The natural recovery from opiate addiction: some preliminary findings. *J Drug Issues*. 1981;11:61-74.
36. Velez CM, Nicolaidis C, Korthis PT, Englander H. "It's been an experience, a life learning experience": a qualitative study of hospitalized patients with substance use disorders. *J Gen Intern Med*. 2017;32:296-303.
37. Rutter M. Transitions and turning points in developmental psychopathology: As applied to the age span between childhood and mid-adulthood. *Int J Behav Dev*. 1996;19:603-626.
38. Kemp R. Rock-Bottom As an event of truth. *J Soc Existent Anal*. 2013;24:106-116.
39. Kogstad R. Vendepunktet - byggesteiner i bedringsprosessen [Turning points - components in the recovery process]. *Tidsskr psykisk helsearbeid*. 2005;1:41-49.
40. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, et al. *The Handbook of Salutogenesis*. Springer Nature; 2017.
41. Gould TJ. Addiction and cognition. *Addict Sci Clin Pract*. 2010;5:4-14.
42. Hser Y-I, Grella CE, Hsieh S-C, Anglin MD, Brown BS. Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Depend*. 1999;57:137-150.
43. Bahl NKH, Nafstad HE, Blakar RM, Landheim AS, Brodahl M. Multiple senses of community and recovery processes. A pilot study for a national evaluation of the experiences of persons with substance use problems receiving help and services from Norwegian municipalities. *J Community Psychol*. 2019;47:1399-1418.
44. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav*. 2007;32:1331-1346.
45. Fischer J, Neale J, Bloor M, Jenkins N. Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2008;3:21.
46. Bahl NKH, Landheim AS, Nafstad HE, Blakar RM, Brodahl MA. Mapping, assessing and promoting multiple psychological senses of community (MPSOC) through clinical pathways for treating substance use problems. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2021;38:480-497.
47. Godlaski TM, Butler L, Heron M, Debord S, Cauvin L. A qualitative exploration of engagement among rural women entering substance user treatment. *Subst Use Misuse*. 2009;44:62-83.
48. Taylor SE. *Social Support: A Review*. Oxford University Press; 2011:189-214.
49. Haslam C, Best D, A. Dingle G, et al. Social group membership before treatment for substance dependence predicts early identification and engagement with treatment communities. *Addict Res Theory*. 2019;27:363-372.
50. Neale J, Tompkins CNE, Strang J. Qualitative exploration of relationships between peers in residential addiction treatment. *Health Soc Care Community*. 2018;26:e39-e46.
51. Weston S, Honor S, Best D. A tale of two towns: a comparative study exploring the possibilities and pitfalls of social capital among people seeking recovery from substance misuse. *Subst Use Misuse*. 2018;53:490-500.
52. Greiff NV, Skogens L. Förändringsprocesser i samband med missbruksbehandling – vilka faktorer beskriver klienter som viktiga för att initiera och bibehålla positiva förändringar? [Processes of change during and after drug treatment. What factors are described by clients as important to initiate and maintain positive change?]. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2012;29:195-209.
53. Pettersen H, Landheim A, Skeie I, et al. Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A qualitative study. *Subst Abuse Res Treat*. 2018;12:1-8.
54. Borg M, Davidson L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *J Ment Health*. 2008;17:129-140.
55. Yardley L. Demonstrating validity in qualitative psychology. *Qual Psychol*. 2008;2:235-251.

Paper III

This paper is awaiting publication and is not included in NTNU Open

Vedlegg I

Region: REK midt	Saksbehandler: Linda Tømmerdal Roten	Telefon: 73597506	Vår dato: 12.11.2015	Vår referanse: 2015/1757/REK midt
			Deres dato: 22.09.2015	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Riina Kiik
NTNU

2015/1757 Helhetlige tjenester for mennesker med ruslidelser

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Riina Kiik

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 23.10.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Målet med studien er å få økt kunnskap om helhetlige helse- og omsorgstjenester for mennesker med ruslidelser. Studien fokuserer på pasientenes sine erfaringer med å være tjenestemottaker, med vekt på samhandling, brukermedvirkning og overganger mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg skal en studere tjenesteytere sine erfaringer med samhandling og brukermedvirkning for målgruppen. Dette for å få belyst ulike aspekter ved interaksjonen og i hvilket handlingsrom den utspiller seg i. Studien skal gjennomføres som følgeforskning, og vil benytte både kvalitative intervju og deltakende observasjon som metode. Pasientene intervjues i løpet av de første fire ukene av døgntilrettelagt behandling, samt ved et oppfølgingsintervju tre måneder etter planlagt utskrivelse. I tillegg skal det gjennomføres deltakende observasjon i pasientens ansvarsgruppemøter og behandlingsmøte, kombinert med intervju av pasientens aktuelle tjenesteutøvere.

Vurdering

Komiteens prosjektsammendrag

Formålet med studien er å bidra til økt kunnskap om helhetlige helse- og omsorgstjenester for mennesker med ruslidelser. Målet er å forbedre disse tjenestene ved å undersøke pasientenes erfaringer med å være tjenestemottakere med fokus på samhandling, brukermedvirkning og overganger mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. I studien skal man følge rehabiliteringsprosessen til 15 pasienter som mottar tverrfaglig spesialisert rusbehandling i døgnoophold ved Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, Helse Møre og Romsdal mens den aktivt pågår. Pasientenes hovedrusmiddel er sentralstimulerende stoffer. Det skal utføres to kvalitative semistrukturerte intervju med lydopptak, og deltakende observasjon i pasientens ansvarsgruppemøter, behandlingsmøte. Tre informanter per pasient fra tjenesteapparatet skal også forespørres. Studien er samtykkebasert.

Vurdering

Framleggingsplikt

Komiteen diskuterte først spørsmålet om framleggingsplikt. Komiteen mener at prosjektet i henhold til helseforskningsloven (hfl.) § 2 og § 4 bokstav a er framleggingspliktig for REK, da det kan betraktes som en

vitenskapelig studie med mål om å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom (hfl. § 4 første ledd bokstav a). Videre legger komiteen vekt på at forsker i dette prosjektet vil få mye kunnskap om sensitive opplysninger om forskningsdeltakerne, noe som kan innebære at maktbalansen blir veldig ujevn og er i komiteens øyne derfor tjent med et sterkere rettslig vern.

Informasjonsskriv

Komiteen finner at det vedlagte informasjonsskrivet er noe mangelfullt og ber om at det revideres i henhold til bemerkningene nedenfor. I tillegg gjør komiteen oppmerksom på at det er utarbeidet nye maler for informasjonsskriv som kan finnes på våre hjemmesider.

Komiteen ber om at følgende setning bør revideres i begge skriv: «I den anledning vil vi gjerne intervju deg...», da den oppfattes som noe appellerende. Informasjonen skal gis i et objektivt språk og man kan bruke uttrykk som for eksempel «dette er et spørsmål til deg om å delta...».

I skrevet til samarbeidspartnere må følgende endres:

1. «Studien går ut på at du samtykker til at stipendiat deltar som observatør i pasientens ansvarsgruppemøter og behandlingsmøter, samt et intervju i etterkant av et samarbeidsmøte (tidsramme ca. en time)». Komiteen ber om at setningen omformuleres til for eksempel «Studien innebærer at stipendiaten deltar...».
2. Videre ber komiteen om at det kommer klart frem at samarbeidspartner kan reservere seg fra at stipendiat/forsker skal delta i møter han/hun deltar i.
3. «Data vil bli bevart i tre år etter prosjektslutt». Av kontrollhensyn krever komiteen at prosjektdata skal oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Det bes derfor om at dette oppdateres i skrevet.
4. «Din deltakelse vil være et viktig innspill i utforming av tjenestetilbudet for mennesker med ruslidelser.» oppfattes av komiteen som noe appellerende. Det bes derfor om at setningen endres til for eksempel «Din deltakelse kan bidra i utformingen av...».

I skrevet til pasienter har komiteen følgende bemerkninger:

1. Det må komme klart frem i skrevet hva stipendiaten skal delta i og hva dette innebærer. For eksempel bør det klargjøres at stipendiaten vil få kunnskap om sensitive pasientopplysninger.
2. Komiteen er usikre på om det er riktig at pasientene skal samtykke til at stipendiaten kan kontakte dem igjen om fire år. I skrevet står det: «du vil også bli forespurt om å gi et eget samtykke for at stipendiat får lov til å kontakte deg igjen om fire år for et oppfølgingsintervju». Dersom det ikke er riktig med fire år ber komiteen om at dette korrigeres i informasjonsskrivet.
3. Av kontrollhensyn krever komiteen at prosjektdata skal oppbevares i fem år etter prosjektslutt. Komiteen ber derfor om at følgende setning revideres i tråd med dette: «Lydfiler og transkripsjoner beholdes frem til 01.06.2020. Etter den dato slettes lydfiler og transkripsjoner.»
4. Komiteen ber om at det i tillegg til telefonnummer til stipendiat også oppgis epostadresse.
5. Komiteen oppfatter at det er uoverensstemmelse mellom overskriften «Personvern» og den tilhørende teksten, og ber derfor om at dette korrigeres.

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Vilkår for godkjenning

1. Komiteen forutsetter at alle samarbeidspartnere (ansatte i NAV, behandlere etc.) får informasjon om prosjektet og mulighet til å reservere seg fra å delta i forskningen.
2. Komiteen forutsetter at ingen som deltar i møter der forsker skal delta som observatør har reservert seg. Dersom én eller flere av møtedeltakerne ikke ønsker at forsker skal observere møtet forutsetter komiteen at forsker går ut av møtet.

3. Revidert informasjonsskriv skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikk.no og "REK midt 2015/1757" i emnefeltet. Prosjektet kan ikke igangsettes før det bekreftes at informasjonsskrivet er endret i henhold til komiteens merknader.
4. Komiteen viser til interne retningslinjer ved NTNU og at dekan skal oppgis som kontaktperson for forskningsansvarlig institusjon. Komiteen forutsetter derfor at dekan Marit Reitan er kontaktperson for forskningsansvarlig institusjon. Vennligst bekreft dette ved å benytte vår e-postadresse post@helseforskning.etikk.no og "REK Midt 2015/1757" i emnefeltet.
5. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
6. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
7. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
8. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteen var enstemmig i sin beslutning.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 01.12.2019, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Linda Tømmerdal Roten
Rådgiver

Kopi til: postmottak@svt.ntnu.no

Vedlegg II

INTERVJUGUIDE FOR PASIENTER

Oppstartintervju nr. 1 (ca. 4-6 uker etter oppstart i døgntilbud)

- Presentasjon av doktorgradskandidat og mål/hensikt med studien.
- Tidsbruk og oppfølging videre i behandlingsforløpet.
- Samtykke, taushetsplikt og frivillighet.
- Bruk av opptaker og oppbevaring av data.
- Avklare spørsmål bruker/pasient har.

Litt om pasientens bakgrunn

- Alder,
- sivilstatus,
- boforhold,
- familietilknytning/nettverk,
- skolegang,
- arbeidserfaring,
- økonomi,
- rusprofil,

Tema: brukermedvirkning:

1. Fortell om hvordan du fikk kjennskap til dette konkrete tilbudet?
 - Hvordan ble det etablert en kontakt med spesialisthelsetjenesten?
2. Hvordan har du fått medvirke i forhold til valg av behandlingstilbud?
 - Fikk du vurdere mellom flere behandlingstilbud?
 - Hva er viktigst for deg i valg av behandlingstilbud?
3. Hvor lenge ventet du på å få plass?
 - Mottok du noen hjelpetiltak i påvente av plass? Hvilke?
4. Hvilke informasjon fikk du i forkant av tilbudet?
 - For lite/passe?
5. Fortell om dine forventninger til dette tilbudet?
 - Mål og ønsker?
 - Hvordan vil du beskrive din motivasjon for å nå dine mål?
6. Hvilke erfaringer har du fra hjelpeapparatet i de siste fem år?
 - Gode og mindre gode
7. Hvor lett er det å ta kontakt med dine samarbeidspartnere når du har behov for dem?

8. Hvordan opplevde du ditt første møte med pasientansvarligbehandler (PAB)?
9. Hva er viktigst for deg for å kjenne trygghet i din endringsprosess? Hva legger du i trygghet?
10. Hvordan vil du bli involvert i beslutninger om behandlingssinnhold?

Tema: samhandling:

11. Hvilket inntrykk har du frem til i dag om *samarbeidet* mellom dine hjelpere (ruskonsulent og behandler i spesialisthelsetjenesten, fastlege, NAV ansatte m.m.) som er involvert i din sak? (beskriv/utdype)
 12. Hvilke forventninger har du til dine kontaktpersoner i fra kommunen, NAV, fastlege og behandlere?
 13. Hvilke behov har du av oppfølging fra alle dine samarbeidspartnere? Hvordan blir disse innfridd i dag? Hvis hindringer, hva kan årsaken være?
 14. Kjenner du innholdet i samarbeidsavtalen som er underskrevet av deg, kommune og behandlingssted? Evt. ja- hva?
 15. Har du en Individuell plan?- Evt. ja; hvordan var prosessen for å få den laget?
-

Oppfølgingsintervju nr. 2 (ca. 3 mnd. etter utskrivelse i døgn)

1. Hvordan har du hatt det siden sist vi møtes?
2. Hvordan vil du beskrive tiden fra utskrivelse og frem til i dag? (utfordringer og måloppnåelse)
3. Hvordan vil du beskrive ditt forhold til dine rusvaner og rus i dag, sett i forhold til behandlingsstart?
4. Hvem tar du kontakt med når du trenger støtte i det daglige?
5. Hvilken kontakt har du med dine samarbeidspartnere i dag som før hjalp deg inn i rusbehandling? Hvilke helsetjenester og oppfølgingstilbud mottar du i dag?
 - Fortsatt ansvarsgruppe? Hvem er med?
 - Aktiv individuell plan?
6. Hvilke pasientdrevne selvhjelpstilbud finnes i din kommune? Benytter du deg av dette tilbudet?
7. Samsvarer dine forventninger med livssituasjonen i dag, og med det som ble skissert i samarbeidsmøter mens du var i døgnbehandling?

8. I hvilken grad er du fornøyd med livssituasjonen slik du har det i dag? Hva trives du med i livet ditt nå?
9. Hvordan har det vært å finne «en ny rolle» i samfunnet etter utskrivelsen? Hvem er du nå, sett med dine øyne?
10. Hvilke drømmer har du om fremtiden?

(Dersom rusfri;)

11. Kan du peke på noe spesielt, en hendelse, eller situasjon som har vært et vendepunkt i livet ditt som har ført til endring og gjort at du har lykket med å bli rusfri?
 12. Hva mener du har vært den viktigste årsaken til at du har klart å bli rusfri?
-

Samtale *etter* observasjon av ansvarsgruppemøte

1. Hvordan hadde du det under møtet i dag?
 2. Hva var formålet og hvilke forventinger hadde du? Ble disse innfridd?
 3. Opplevde du å bli forstått? Fikk du sagt og ment det du ønsket? Følte du deg i varetatt?
 4. Opplever du at du fikk bidra med dine erfaringer og kunnskap under møtet?
 5. Opplevde du at du fikk innvirke på avgjørelse/beslutninger i møtet?
 6. Hadde du en plan for møtet - og i hvilken grad ble planen gjennomført?
 7. Hvordan hadde dine samarbeidspartnere forberedt seg til møtet?
 8. Hvordan vil du beskrive din forståelse av agm-deltakernes roller og ansvar?
 - Vet du hva disse personene kan gjøre for deg?
 9. Hva blir det viktigste for deg å ta opp i neste møte?
-

Samtale *etter* observasjon av behandlingsmøte

1. Hvordan hadde du det under møtet i dag?
2. Hva var formålet og hvilke forventinger hadde du? Ble disse innfridd?
3. Opplevde du å bli forstått? Fikk du sagt og ment det du ønsket? Følte du deg i varetatt?
4. Opplever du at du fikk bidra med dine erfaringer og kunnskap under møtet?
5. Opplevde du at du fikk innvirke på avgjørelse/beslutninger i møtet?
6. Hadde du en plan for møtet - og i hvilken grad ble planen gjennomført?
7. Det er laget en behandlingsplan for deg – var du vært aktiv med å utforme den? Hvordan?
8. Hva betyr planen for deg og din oppfølging videre?
9. Var dine behandlere godt nok forberedte? På hvilken måte?

10. Hvordan blir dine behandlingsbehov i dag varetatt? Var det noe/noen du savnet under møtet i dag?
11. Samsvarer det som fremkom i behandlingsmøtet og dine tidligere erfaringer?
 - Ny innblikk og/eller bekreftelser på tidligere tilbakemeldinger om din helse
12. Hva er det viktigste fokuset for deg i dette behandlingsoppholdet?

Vedlegg III

INTERVJUGUIDE II

Intervju av tjenesteytere i forbindelse med deltakende observasjon i ansvarsgruppemøte og behandlingsmøte

Kort om samarbeidspartners bakgrunn

1. Type utdanning/profesjon?
2. Hvor lang praksiserfaring har du med den type jobb du har nå?
3. Hvor lenge har du fulgt opp vedkommende?
4. Hvordan vil du beskrive behandlingsmålet og prosessen for denne pasienten?

Refleksjon etter avholdt samarbeidsmøte:

5. Beskriv hvilket inntrykk/refleksjoner du sitter igjen med etter samarbeidsmøte?
6. Hvilke forventninger hadde du til møtet?
7. Hvilke forberedelser gjorde du til møtet? (forarbeid)
8. Hvor godt forberedt opplevde du at brukeren var? (- og hva er godt nok forberedt for deg?)
9. Hvilke forventninger hadde du til brukerens engasjement i møtet?
 - På hvilken måte ble brukers innspill og behov ivare tatt?
10. Hvordan opplevde du dine samarbeidspartnere sitt engasjement i møtet?
11. Opplevde du at dine samarbeidspartnere var godt nok forberedt?
12. Ble dine innspill hørt og tatt på alvor? (beskriv)
13. Hvor stort handlingsrom/ansvar har du for å påvirke samarbeidet?
14. Hva blir viktig sak å følge opp til neste møtet?

Om brukermedvirkning

15. Hva legger du i begrepet brukermedvirkning? (din forståelse og mening)
16. På hvilken måte tilrettelegger du for brukermedvirkning i ditt arbeid med brukeren? (gi eks.)
17. Er det mulig å tilrettelegge *for mer* brukermedvirkning i det praktiske arbeidet i dag? (hvordan og hvilke områder)
18. Hvilke ressurser ser du brukerne har iboende som kan være nyttig i en rehabiliteringsprosess?
19. Hvordan kan brukers kunnskap/erfaringer nyttiggjøres i hjelperelasjonen? (brukers egne preferanser)
20. Har pasienten/brukeren oversikt over sine rettigheter og plikter? På hvilken måte?
21. Ser du noen utfordringer med brukermedvirkning, evt. ja hvilke?
22. Opplever du at alle har same forståelse av brukermedvirkning? (forklare nærmere)

Om samhandling

23. Hva legger du i begrepet samhandlingskompetanse?
24. I hvor stor grad tror du pasient kjenner til samarbeidspartners roller og ansvar?
25. Hvilke primær ansvarsområde og oppgaver *tror du dine* samarbeidspartnere tillegger deg i dette konkrete samarbeidet?
26. Hvilke primær ansvarsområde og oppgaver oppfatter du dine samarbeidspartnere har i dette konkrete samarbeidet?
27. Hva hemmer og fremmer fungerende samhandling i arbeid med i denne konkrete brukersaken?
28. Hva mener du er viktigst å jobbe med i et samhandlingsperspektiv?
29. Opplever du at alle har same forståelse av samhandling? (forklare nærmere)

30. Kan du fortelle hvordan du generelt opplever samhandlingen med spesialisthelsetjenesten (/eller) kommunale helse- og omsorgstjenester i forhold til rutineene i oppfølgingen av målgruppen - henvisning, innleggelse og utskrivning?
31. Fortelle om en samhandlingsituasjon med eksterne samarbeidspartnere der du syntes at du lykkes i forhold til målsetting?

Vedlegg IV

«Helhetlige tjenester for mennesker med ruslidelser»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å studere hvordan pasienter innlagt i rusbehandling opplever det å være tjenestemottakere, med fokus på samhandling, brukermedvirkning og overganger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Studien ønsker dine erfaringer som pasient, samt dine tjenesteyters beskrivelser av samarbeid med andre tjenesteytere. Din deltakelse kan bidra til å identifisere hva som fremmer og hemmer for å få til gode overganger mellom de ulike tiltakene og din vei til en meningsfull hverdag på hjemstedet. Resultatene fra studien vil kunne gi viktige innspill i utforming av tjenestetilbudet for mennesker med ruslidelser.

Instituttet for helsevitenskap og sosialt arbeid ved NTNU gjennomfører doktorgradsprosjektet og ledet av professor Riina Kiik. Prosjektet vil bli oppfulgt og gjennomført av stipendiat Merethe Wenaas. Forskningsansvarlig er dekan Marit Reitan ved Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse NTNU. I tillegg er 1. Amanuensis Anne Juberg ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sør-Trøndelag og forskningsrådgiver Helle Wessel Andersson ved Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, St. Olavs Hospital HF engasjert i studien som biveiledere. Prosjektet er finansiert av Helse Møre og Romsdal HF.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Undersøkelsen går ut på at du samtykker til å gi to hovedintervju som tar rundt en time. Intervjuene vil være med stipendiat Merethe Wenaas. Første intervju i løpet av din første måned i behandling og det andre ca. tre måneder etter utskrivelse. I det første intervjuet vil det spørres om din motivasjon/bakgrunn for behandlingen, tidligere pasienterfaringer, om selve innleggelsesprosessen og brukermedvirkning, samt om hvordan du vurderer ditt behov for bistand og om disse innfrir. I det andre intervjuet som skal besvares tre måneder etter utskrivelse av døgnoppholdet, vil ha fokus på selve utskrivelsesprosessen og overgangen til eget hjem. Her blir det spurt om type oppfølgingsbehov, hvordan du vurderer din livskvalitet samt hvor tilfreds du er med ditt pasientforløp. I tiden mellom intervjuene vil stipendiat delta som observatør i dine avholdte ansvarsgruppemøter og behandlingsmøter. I etterkant av møtene oppfordres du til å gi noen refleksjoner om hvordan du opplevde møtene. Tidsperiode for kontakt med stipendiat vil være ca. ni måneder.

I tillegg til ditt bidrag er det ønskelig at du samtykker til at stipendiat kontakter dine sentrale samarbeidspartnere (eks. primærbehandler, ruskonsulent i kommunen, fastlege, representanter fra NAV) for å innhente samtykke til intervju og deltakende observasjon i dine møter. Dine sentrale samarbeidspartnere intervjues om brukermedvirkning og samhandling (møtestruktur, rollefordeling, kommunikasjon og brukerinvolvering).

Prosjektet vil innhente og registrere opplysninger om deg. Datamaterialet vil gi kunnskap om sensitive pasientopplysninger og vil bli behandlet uten navn og andre direkte gjenkjenkende opplysninger. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun stipendiat Merethe Wenaas som har tilgang til personidentifiserbare opplysninger. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd og i etterkant transkribert.

«Helhetlige tjenester for mennesker med ruslidelser»

Opptakene vil bli oppbevart på en datamaskin som er beskyttet gjennom eget smartkort og passord. Datamaterialet vil bli anonymisert, noe som gjør at du som deltaker ikke trenger å være redd for å bli gjenkjent i de ferdigstilte artiklene. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2019. Datamaterialet vil bli oppbevart fem år etter at prosjektet er avsluttet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i studien vil ikke medføre spesielle ubehag. For noen kan det imidlertid oppleves som en belastning å svare på spørsmål om livssituasjon. Selve deltakelsen gir ikke noen fortrinn til tjenestetilbudet, men din deltakelse vil være et viktig innspill i utforming av tjenestetilbudet for mennesker med ruslidelser. Dersom du har behov for å snakke med noen i forbindelse med din deltakelse i intervjuet, kan du ringe stipendiat Merethe Wenaas, mob. 91 87 54 26 eller e-post; merethe.wenaas@helse-mr.no.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte stipendiat Merethe Wenaas, mob. 91 87 54 26 eller e-post; merethe.wenaas@helse-mr.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Hvis du sier ja til å delta, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, til å få korrigert eventuelle feil i disse opplysningene, og til å kreve at opplysningene slettes. Dersom du trekker deg fra studien kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli slettet fem år etter prosjektslutt, ca. første halvår i 2024.

FORSIKRING

Ingen.

ØKONOMI

Reisekostnader i forbindelse med intervju vil dekkes av prosjektet.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk saksnr. 2015/1757 hos REK midt, den 4.2.2016.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Kontaktinformasjon.

Stipendiat ønsker din tillatelse til å ta kontakt med dine samarbeidspartnere som sitter i din ansvarsgruppe. Oppgi dine viktigste samarbeidspartnere i kommunen og din primærbehandler ved institusjonen:

Navn:.....Telefon.....

Tilsatt:.....

Navn:.....Telefon.....

Tilsatt:.....

Navn:.....Telefon.....

Tilsatt:.....

I denne studien vil Merethe Wenaas gjerne vil høre hvordan det går med deg, også etter at døgnbehandlingen er avsluttet. For at hun skal kunne komme i kontakt med deg igjen, trenges oppdatert kontaktinformasjon om deg. Stipendiat vil ringe deg eller kontakte deg på SMS ca. tre måneder etter at du har avsluttet døgnbehandlingen.

Navn:

Adresse:

Telefonnr. 1:

Telefonnr. 2:

E-mail:

Fint om du kan oppgi de kontaktpersonene som vil kunne bidra til å lette tilgjengeligheten til deg. Oppgi navn og telefonnummer til to personer som oftest vet hvor du er å nå.

Kontaktperson 1 (relasjon?)

Navn:

Telefonnr.:

Kontaktperson 2 (relasjon?)

Navn:

Telefonnr.:

Vedlegg V

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

“HELHETLIGE TJENESTER FOR MENNESKER MED RUSLIDELSER»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å studere hvordan pasienter innlagt i rusbehandling opplever det å være tjenestemottakere, med fokus på samhandling, brukermedvirkning og overganger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Studien ønsker dine erfaringer som tjenesteyter for pasienter med ruslidelser. Hovedtema vil være om samhandling med andre tjenester. Din deltakelse kan bidra til å identifisere hva som fremmer og hemmer for å få til gode overganger mellom de ulike tiltakene for pasienter/brukere. Resultatene fra studien vil kunne gi viktige innspill i utforming av tjenestetilbudet for mennesker med ruslidelser. Flere studier understøtter at mennesker med ruslidelser har ofte sammensatt problematikk, og derfor ofte behov for langvarige og koordinerte tjenester. Rusavhengighet for mange er en kronisk tilstand som krever langtidsoppfølging og behandling. Brutte behandlingsforløp, tilbakefall og nye behandlingsepisoder kjennetegner pasientgruppen.

Instituttet for helsevitenskap og sosialt arbeid ved NTNU gjennomfører doktorgradsprosjektet og ledet av professor Riina Kiik. Prosjektet vil bli oppfulgt og gjennomført av stipendiat Merethe Wenaas. Forskningsansvarlig er dekan Marit Reitan ved Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse NTNU. I tillegg er 1. Amanuensis Anne Juberg ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap Høgskolen i Sør-Trøndelag og forskningsrådgiver Helle Wessel Andersson ved Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, St. Olavs Hospital HF engasjert i studien som biveiledere. Prosjektet er finansiert av Helse Møre og Romsdal HF.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Din pasient/bruker har gitt sitt samtykke til at du, som er en sentral samarbeidspartner for pasient, deler dine erfaringer *generelt* om brukermedvirkning og samhandling, samt noen refleksjoner i denne konkrete pasientsaken.

Studien innebærer at stipendiat deltar som observatør i pasientens ansvarsgruppemøter og behandlingsemøter, samt et intervju med deg i etterkant av samarbeidsmøtet (tidsramme ca. en time). Tidspunkt for intervjumøtet kan settes når det passer for deg, men primært innenfor en uke i etterkant av pasientens samarbeidsmøte.

Stipendiat vil delta under pasientens avholdte ansvarsgruppemøter og behandlingsemøter som observatør. Prosjektet vil innhente og registrere data om møtestruktur, rollefordeling, kommunikasjon og brukerinvolvering. I etterkant av samarbeidsmøtet vil du som tjenesteyter bli spurt kort om hva du sitter igjen med etter møtet, samt i forhold til brukermedvirkning og samhandling med interne og eksterne samarbeidspartnere. I tillegg spørres du om faglige bakgrunn, tidsramme for etablert relasjon med den konkrete pasient og pasientens behandlingsmål. Parallelt til dette vil stipendiat innhente informasjon fra pasient med to intervju; innen den første måneden pasienten er i behandling og tre måneder etter utskrivelse fra døgntilrettelagt behandling. Tidsperioden for kontakt med stipendiaten vil være ca. ni måneder for pasient.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Stipendiat har en klar intensjon om å unngå at deltakelse blir en belastning. Enkelte ansatte vil muligens kjenne på en lojalitetskonflikt når etatens rammer setter begrensninger på faglige perspektiv og ønsker. Deltagelse i undersøkelsen er ikke forbundet med fare eller ulemper. Din deltakelse kan bidra til viktige innspill i utforming av tjenestetilbudet for mennesker med ruslidelser.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan reservere deg fra at stipendiat skal delta som observatør i møter som du deltar i. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte stipendiat Merethe Wenaas, mob. 91 87 54 26 eller e-post; merethe.wenaas@helse-mr.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Prosjektet vil innhente og registrere opplysninger om deg. Informasjonen skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun stipendiat Merethe Wenaas som har tilgang til personidentifiserbare opplysninger. Intervjuet blir tatt opp på lydbånd og i etterkant transkribert. Opptakene vil bli oppbevart på en datamaskin som er beskyttet gjennom eget smartkort og passord. Alt datamaterialet blir anonymisert, noe som gjør at du som deltaker ikke trenger å være redd for å bli gjenkjent i de ferdigstilte artiklene. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2019, men data vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk krever av kontrollhensyn oppbevaring av data fem år etter prosjektslutt.

FORSIKRING

Ingen.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, saksnr. 2015/1757 hos REK midt den 04.02.2016.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet;

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

ISBN 978-82-326-6990-5 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-6465-8 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181 (trykt utg.)
ISSN 2703-8084 (online ver.)