



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Hvordan kan personer som har vært rusmisbrukere medvirke i rehabiliteringsarbeidet i rusomsorgen?**

**Previous drug abusers and rehabilitation and involvement in community.**

Inger Iversen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 29.05.09



Høgskolen i Molde

# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk:**

**Hvordan kan personer som har vært misbrukere medvirke i rehabiliteringsarbeidet i rusomsorgen?**

**Tittel på engelsk:**

**Previous drug abusers and rehabilitation and involvement in community**

**Forfatter(e): Inger Iversen**

**Fagkode: VPL05**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Atle Ødegård**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 29.05.2009**

**Antall ord: 11410**

# Innhold

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av emne.....	1
1.2	Presentasjon av emne og problemstilling .....	2
1.3	Avgrensing og begrepsavklaring.....	2
<b>2.0</b>	<b>METODE .....</b>	<b>5</b>
2.1	Litteratursøk.....	5
2.2	Forforståelse.....	6
2.3	Validitet .....	6
<b>3.0</b>	<b>TEORI/EMPIRI .....</b>	<b>7</b>
3.1	Empowerment.....	7
3.2	Brukermedvirkning .....	10
3.3	Medarbeidere med brukererfaring.....	13
3.4	Vernepleieren sin rolle og kompetanse .....	17
<b>4.0</b>	<b>DRØFTING.....</b>	<b>22</b>
4.1	Brukermedvirkning på systemnivå.....	22
4.2	Brukermedvirkning på relasjonsnivå.....	26
<b>5.0</b>	<b>AVSLUTNING OG OPPSUMMERING .....</b>	<b>30</b>
5.1	Oppsummering.....	30
5.2	Konklusjon.....	30
5.3	Refleksjon.....	31
<b>6.0</b>	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>32</b>

## 1.0 INNLEDNING

Min fordypningsoppgave er en del av avsluttende eksamen ved vernepleierstudiet. Jeg har valgt å se nærmere på hvordan personer, som har vært rusmisbrukere, kan bruke sine erfaringer som en ressurs i rehabiliteringsarbeidet innen rusomsorgen. Hvordan kan blant annet kommunene bruke en slik erfaringskompetanse i tjenestetilbudet og hva kan denne kompetansen tilføre den enkelte rusmisbruker i rehabiliteringsarbeidet?

Ifølge Ot.prp. nr. 53: *Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m.*” er rusmiddelmissbruk definert som en spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenestene er regulert av blant annet pasientrettighetsloven noe som betyr at rusavhengige har like rettigheter som andre pasientgrupper (Helse og sosialdepartementet). Pasientrettighetsloven gir pasienter rett til blant annet medvirkning og informasjon når det gjelder gjennomføring av helsehjelpen. (LOV-1999-07-02 nr. 63 Lov om pasientrettigheter, § 3-1.)

Økt brukerinnflytelse og medvirkning er viktige satsningsområder i Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet som ble lansert i år 2007. Planens overordnede mål er å redusere de negative konsekvensene rusmisbruk har for enkeltpersoner, men og for samfunnet. Brukerinnflytelse er ett av fem hovedmål og begrunnes med at brukerperspektivet vil fremheve brukernes behov og muligheter og dermed sikre bedre tjenester. Som et delmål under brukerinnflytelse poengterer Helse og omsorgsdepartementet at erfaringer fra brukere og pårørende skal være en viktig del av forbedringsarbeidet (Helse og omsorgsdepartementet 2007).

### 1.1 *Bakgrunn for valg av emne*

Valg av emne er tatt på bakgrunn av at makt, medvirkning og selvbestemmelse fremstilles som viktige samfunnsspørsmål også innen rusomsorgen. Deler av den offentlige sektoren har blitt kritisert for ikke å møte og behandle sine brukere med tilstrekkelig respekt (Askheim og Starrin 2007:28). Respekt kan bety å møte andre som likeverdige mennesker og ha tillit til at deres kunnskap og erfaringer kan ha stor verdi.

I Opptrappingsplanen for rusfeltet 2007-2010, delmål 2.3 poengteres det at kvaliteten og innholdet på tjenestene i rusomsorgen skal styrkes. En slik styrking skal etableres ved å

iverksette opptrappingsplan for rusfeltet i kommunene. Her legges det spesiell vekt på kommunens arbeid med enkeltpersoner som har rusmiddelavhengighet og systematisk kartlegging av brukerens behov og rusarbeidet i kommunen. Helsedirektoratet skal hvert år gi ut en årlig statusrapport som skal følge utviklingen av Opptrappingsplanen. Dette kan vise at direktoratet ønsker å ta brukerne på alvor og følge med på hva som faktisk skjer i kommunene når det gjelder brukermedvirkning og kvaliteten på tjenester som tilbys (Helse og omsorgsdepartementet)

Mitt valg av emne er og tatt på bakgrunn av at jeg har erfaring som miljøarbeider ved et brukersenter i kommunal rusomsorg. Selv om denne erfaringen er begrenset har jeg fått kjennskap til brukernes medvirkning i valg av opplæring, aktiviteter, brukerfora og daglig drift av et værested. Min erfaring omfatter og kjennskap til tidligere rusmisbrukere som i dag arbeider som tjenesteytere.

## ***1.2 Presentasjon av emne og problemstilling***

Både Opptrappingsplanen og andre utredninger som omfatter rusomsorg kan tyde på at vi står overfor flere utfordringer når det gjelder måten vi møter, behandler og følger opp rusmisbrukere på i behandlingsapparatet. Utfordringene kan og handle om hvordan offentlig tjenesteapparat kan verdsette og nyttiggjøre seg av tidligere rusmisbrukeres erfaringskompetanse i rehabiliteringsarbeidet på rusområdet. Slik jeg oppfatter situasjonen i dag har erfaringskompetanse vært mer brukt i psykiatrien og terapeutiske samfunn som Veksthuset og mindre brukt i kommunal rusomsorg. Dette kan skyldes at behandlingsinstitusjoner som Veksthuset har en lang tradisjon innen rusbehandling og bruk av erfaringskunnskap fra brukere (Furuholmen og Andresen 2007: 213 ).

Jeg har valgt følgende problemstilling: *"Hvordan kan personer som har vært rusmisbrukere medvirke i rehabiliteringsarbeidet innenfor rusomsorgen?"*

## ***1.3 Avgrensning og begrepsavklaring***

På grunn av oppgavens rammer, har jeg ikke anledning til å trekke inn eller gå i dybden på årsaksforklaringer til rusmisbruk. Jeg konsentrer meg om verdien og betydningen av erfaringer tidligere rusmisbrukere kan ha og hvordan de kan bruke disse i samarbeid med andre i rehabiliteringsarbeidet. I teoridelen avgrensner jeg bruken av begrepene empowerment

og brukermedvirkning til først og fremst å gjelde for individnivå. I drøftingsdelen fokuserer jeg både på individ, gruppe og systemnivå. Jeg forsøker å framheve forskjellige utfordringer og muligheter som kan ligge i makt og maktbalansen og hvordan holdninger, menneskesyn, troverdighet og tillit kan påvirke både empowermentstenkningen og brukermedvirkning.

For å få en felles forståelse for begrepene jeg bruker i oppgaven vil jeg klargjøre betydningen ved hjelp av disse definisjonene:

### *Bruker*

Når jeg anvender begrepet bruker i oppgaven har begrepet en todelt betydning:

- Bruker i betydning bruker av hjelpeapparatet.
- Bruker i betydning rusmisbruker av illegale narkotiske stoffer (Askheim 2008).

### *Makt*

Makt kan defineres som strukturell makt som betyr den makten som ligger i organisasjonen, både i form av organisasjonskart og rutiner. I rutiner kan det ligge en makt som er vanskelig å angripe. Strukturmakten kan virke ydmykende på brukere som skal samhandle med tjenesteapparatet. Makt kan og defineres som det å få andre til å gjøre noe som de ikke ønsker å gjøre, eller ikke ville gjort. En slik måte å definere makt på handler om den muligheten noen har til å legge føringer som både har intensjon og effekt på andre. En slik maktutøvelse er orientert mot personer og atferd (Askheim og Starring 2007:35)

### *Empowerment*

Begrepet er oversatt med myndiggjøring og overføring av makt. Brukerne gis kontroll og styring over egne tjenestetilbud og egen livssituasjon. Begrepet rommer en individuell tilnærming ved at fokus rettes mot å øke individets kontroll over eget liv og synliggjøre barrierer som bidrar til å begrense egenkontroll (Askheim 2005). I Nou 1998:18: "Det er bruk for alle" vises det til den engelske betydningen av begrepet: "*å gi makt eller autoritet til, å gjøre i stand til, å tillate*". Her fokuseres det på at personen skal gjøres i stand til å finne ut hva som er ens egne problemer og løsninger på disse. Myndiggjøring er etter denne oppfatningen ikke noe som profesjonelle tilfører eller gir deg. Det handler mer om myndiggjøring av seg selv som person eller gruppe (Nou 1998:18:271).

### *Brukermedvirkning*

Handler om deltakelse fra brukeren. Formålet med medvirkning er å øke mulighetene og evnene til å påvirke og ta bestemmelser som omhandler eget liv. Gjennom myndiggjøring skal brukeren sikres muligheten til å kunne leve et mest mulig selvstendig og meningsfullt liv selv om en er syk, har nedsatt funksjon på enkelte områder og/eller trenger bistand (Stortingsmelding nr. 25, 2005-2006).

### *Selvbestemmelse*

Er nært knyttet til brukermedvirkning og handler om frihet og selvstendighet til å ta egne valg som kan ha innvirkning på eget liv. Selvbestemmelse kan og handle om retten til ikke å medvirke (Linde og Nordlund 2006:40).

### *Rehabilitering*

Rehabilitering er en tidsavgrenset og planlagt prosess som skal gi bistand til brukerens egen innsats. Målet kan være å øke brukerens evne til å leve et rusfritt liv, delta i sosial aktivitet og ha en jobb en trives med og mestrer (Forskrift om habilitering og rehabilitering 2001).

### *Medarbeidere med brukererfaring*

Når behandlingskollektiver innen rusområdet som for eksempel Veksthuset ansetter tidligere rusmisbrukere ønsker de å nyttiggjøre seg erfaringer fra en person som selv har vært gjennom en dyptgripende rehabiliteringsprosess. De er mer opptatt av personlig egnethet og interesse enn av utdanning. Medarbeiderens egenerfaring med rus, smerte og kunnskap/erfaring med mange taktikker fra livet med rus kan sette dem i god stand til å forstå hva som skjer med klientene (Furuholmen og Andresen 2007: 213).



## **2.0 METODE**

For at leseren skal kunne vurdere verdien av den kunnskapen jeg presenterer i min oppgave er det viktig at jeg viser til hvor jeg har hentet faglitteraturen (Dalland 2005:61). Anerkjente metoder kan gjøre det lettere for meg å systematisere mine tanker, forslag og å avgrense temaet og drøfte problemstillingen (Linde og Nordlund 2006:99).

I drøftingsdelen bruker jeg case for å illustrere hvordan erfaringsmedarbeideren kan bruke sin erfaringskompetanse i relasjon med bruker. Situasjonen jeg beskriver i caset er konstruert og ikke en virkelig opplevd historie.

### **2.1 Litteratursøk**

Denne oppgaven er basert på faglig litteraturstudie. Jeg har brukt pensumlitteratur fra vernepleiestudiet ved Høgskolen i Molde, men og søkebasen som Bibsys (norsk system og driftsleverandør for fag og forskningsbibliotek), Idunn.no. (Norges nasjonale base for fagtidsskrifter) og Forebygging.no (kunnskapsbase for rusforebyggende og helsefremmende arbeid). Gjennom disse kunnskapsportalene har jeg funnet fram til stortingsmeldinger, offentlige utredninger, aktuelle fagtidsskrifter, prosjekter, uttalelser og henvisninger til aktuell faglitteratur. En fordel med litteraturstudie er at jeg kan finne god tilgang på publikasjoner som er aktuelle for temaet. Det har gitt meg mulighet til å sammenligne ulik litteratur og lettere finne akkurat det jeg var på utkikk etter.

En ulempe jeg oppdaget i mine søk etter litteratur var at litteratur som omhandler medarbeidere med brukererfaring eller brukeransettelser fokuserer mest omkring erfaringer gjort i psykiatrien. Dette kan skyldes mine begrensede funn, men kan og ha en sammenheng med at psykiatrien ser ut til å være et foregangsområde når det gjelder utprøving av brukeransettelser. Jeg har forsøkt å overføre kunnskapen til rusområdet uten å ta hensyn til diagnoser. Mitt hovedfokus har vært verdien av å anvende brukerkunnskap i tjenesteapparatet samt samarbeid og verdsetting av erfaringskompetansen til personer som har vært rusmisbrukere.

## **2.2 Forforståelse**

Linde og Nordlund (2006) viser til Malterud (1996) og skriver at forforståelse er å betrakte som den ryggsekken vi har med oss. Erfaringene som ligger i min egen sekk er med på å påvirke måten jeg samler inn og leser informasjon på (Linde og Nordlund 2006:111). Min tenkemåte kan være med å skape min oppfattelse av virkeligheten og påvirke mitt syn på mennesker. Forforståelsen kan være de brillene jeg har på og som kan "*farge alt jeg ser*" (Røkenes og Hanssen 2006:137).

Henriksen og Vetlesen (2006) skriver at menneskesyn og etikk henger nært sammen. Det betyr at de etiske vurderingene jeg gjør henger sammen med hvordan jeg ser og forstår mennesker på. I min oppgave legger jeg vekt på at alle personer er født med en verdi som er ukrenkelig. Vi er likeverdige og har de samme rettighetene. For meg handler det om å vise respekt og behandle andre med verdighet. Vår verdi kan ikke bare anerkjennes under spesielle forutsetninger eller være avhengig av sosial status og hvilken sykdom en har (Henriksen og Vetlesen 2006:64).

## **2.3 Validitet**

Dersom data sier noe treffsikkert, eller noe som tydelig handler om problemstillingen betraktes dataene som meget gyldige (Aadland 2007:280).

Det er viktig å framheve at jeg kan ha begrensede litteraturfunn, men ved å bruke offentlig godkjente søkebaser er dokumentasjonen kvalitetssikret og har større troverdighet. Dette kan gi færre feilkilder. Når jeg har tilgang til flere publikasjoner har jeg større mulighet til å sammenligne og vurdere validiteten på litteraturen. Dalland (2005) skriver at pensum og annen faglitteratur betraktes som sekundærlitteratur. Det betyr at innholdet kan være bearbeidet og skrevet eller omtalt av andre enn den opprinnelige forfatteren. En slik bearbeiding kan føre til at presentasjonen og perspektivene kan ha endret seg noe (Dalland 2005:261).

## **3.0 TEORI/EMPIRI**

### ***3.1 Empowerment***

Empowerment begrepet ble i sin spede begynnelse brukt allerede på 1920 tallet i forbindelse med artikler i amerikanske tidsskrifter som omhandlet psykologi. I forbindelse med diskusjoner om lokalt selvstyre, aktivering av sosiale protestbevegelser på slutten av 1970 tallet ble begrepet empowerment sentralt. Det er en sterk forbindelse mellom empowerment som begrep, som ideologi og de sosiale protestbevegelsene i USA. Protestbevegelsene gikk i stor grad ut på å synliggjøre slagord som "power to the people". (makt til folket). Målet var å styrke rettighetene til personer som levde i undertrykkelse og fattigdom (Askheim og Starrin 2007:14).

Begrepet empowerment har vist seg å bli et populært begrep også i sosialvitenskapen. I praksis brukes begrepet i forskjellige sammenhenger og det er derfor lett å tillegge begrepet ulike oppfatninger og meninger. Oversettes ordet power til norsk kan betydningen bli både kraft, styrke og makt. I en individuell tilnærming av begrepet fokuseres det på økt personlig kontroll og styring i eget liv. Empowerment skal samle kreftene og stryken slik at enkeltmennesket kan ta mer makt. Slik fungerer begrepet som en målsetting. Virkemidlene blir selve kraften, styrken og makten. I dag brukes empowerment begrepet i forhold til grupper som rusmisbrukere, funksjonshemmede og personer med psykiske vansker (Askheim og Starrin 2007:15).

Dersom tidligere rusmisbrukere har som mål å få styring og kontroll over egne tjenestetilbud og livssituasjon kan det være viktig å skape en bevissthet som aktiviserer kraften og styrken hos den enkelte. En slik bevissthet kan handle om å bli oppmerksom på sammenhenger mellom egen livssituasjon og ytre samfunnsmessig forhold. Det er og viktig å synliggjøre sammenhengen for andre i lignende situasjoner slik at en kan stå sammen i kampen om økt kontroll og makt. Da kan bevisstgjøringen føre til handling som bidrar til en snuoperasjon av fokuset – fra undertrykking av enkeltmennesket til forhold i samfunnet som skaper undertrykking (Askheim og Starrin 2007:23).

Helse og omsorgsdepartementet skriver i NOU 1998:18: "Det er bruk for alle" om den engelske definisjonen på empowerment som har en tredelt betydning: "å gi makt eller autoritet til, å gjøre i stand til, å tillate" (NOU 1998:18:271). Slik jeg forstår det handler det ikke bare om å gi makt til noen som ikke har så stor makt, men om gi andre mulighet til å myndiggjøre seg selv. Denne måten å tenke på går utover oppfatningen om at myndiggjøring er noe en blir tilført, eller noe en gjør alene for så å kunne overføre det til andre. Empowerment er altså ikke noe profesjonelle skal "gjøre" med folk. Da kan vi stå i fare for å innvadere folks personlige soner og begrense deres muligheter til å myndiggjøre seg selv (NOU1998:18).

Askheim og Starrin (2007) presenterer oss for "empowermentparadokset" og viser til Gruber og Trickett (1987) som stiller spørsmålet: "*Can we empower others?*"(kan vi myndiggjøre andre?) (Askheim og Starrin 2007:197). Forfatterne viser og til Parsloe (1996) som påstår at det er umulig for ett menneske å myndiggjøre et annet, men at vi kan legge til rette ved å skape rammer og vilkår som kan bidra til at personer selv kan ta makt over eget liv. Profesjonelles ansvar og plikt kan være å skape prosesser, sammen med brukeren, som kan gi de riktige betingelsene for at brukeren tar og bruker makten (Askheim og Starrin 2007:197).

Departementet viser til Adams (1990) og skriver at det å gi fra seg makt, eller å gjøre andre i stand til å ta makt krever kompetanse. Ikke nødvendigvis profesjonell kompetanse i form av fagutdanning, men kunnskap og ferdigheter fra frivillige organisasjoner, eller det de kaller "*naturlige hjelpere*"(NOU 1998:18:272). Det offentlige tjenesteapparatet kan bidra på sin måte ved å gi rammebetingelser som oppfordrer til bruk av andre enn profesjonelle for å styrke enkeltbrukernes ressurser. Det vises og til Sundsvall Statement on Supportive Environment (1991) (første verdenskonferanse om helsefremmende arbeid) som la vekt på at empowerment er en metode som kan brukes av både profesjonelle og ikke-profesjonelle. Målet med myndiggjøring er at enkeltpersoner får mulighet til å styre sitt liv mot egne mål og behov. Slik kan frigjøring og empowerment henge nært sammen (NOU 1998:18)

Adams (1996) ser og på empowerment som et fenomen både på individ, gruppe og samfunnsnivå. Ved å myndiggjøre enkeltpersoner kan en utvikle bevisstgjøring, frigjøring og prosesser som over tid kan øke sannsynligheten for at personen også deltar på gruppe- og samfunnsnivå. Empowerment kan slik være en psykologisk prosess (NOU:18:275).

Forfatterne Ekeland og Heggen (2008) skriver at stortingsmelding nr. 21 (1998-99) ”Ansvar og mestring” viser en satsning som går i en mer pedagogisk retning. Den tidligere dominerende medisinske tankegangen, der spesialistene viste best, må vike for en mer deltakerorientert tankegang og praksis. Brukerne skal sees på som aktører som aktivt skal bidra til å sette mål for rehabiliteringen (Ekeland og Heggen 2008). Deltakerorientering sier noe viktig om rehabiliteringsprosessen. Nemlig at den finnes i brukeren, hos behandleren og i samfunnet. Dette betyr at den enkelte bruker har noe viktig å bidra med i prosessen. Det er ikke nok å tilby rehabilitering etter tradisjonell sykdomsbehandling. Den enkelte må selv være med i formulering av mål og virkemiddel, ta ansvar og kontroll over egen utvikling (Ekeland og Heggen 2008:19).

Forfatterne viser til Braye (2000) og skriver at å begrense empowerment til å gjelde en prosess som har som mål å igangsette en individuell psykologisk bevisstgjøringsprosess hos brukeren, kan innebære en form for reduksjonisme. Det betyr at vi kan bli for opptatt av styrke- og kraft dimensjonen i begrepet og legge for lite vekt på makt. Vi konsentrerer oss mer om individet og mindre om de politiske og kollektive dimensjonene. De forholdene i samfunnet som bidrar til å undertrykke er ikke tilstrekkelig i fokus og empowerment begrepet står i fare for å få for lite politisk betydning (Askheim og Starrin 2007:28).

Kritikken omhandler også at en individuell tilnærming ikke trenger å endre maktbalansen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Det kan være slik at makten gis til brukeren fra andre (fagfolk) og ikke tas av brukeren som et resultat av stryket posisjon på grunn av egen innsats. I en slik maktoverdragelse kan fagfolk sette premissene og grensene for hvor mye makt de ønsker å gi fra seg (Askheim og Starrin 2007:28).

Liv Thorsen, leder for lærings- og mestringssenteret ved Sykehuset Innlandet HF sier til Helsedialog at fordeling av makt og ansvar mellom behandlingsapparatet og brukerkompetansen kan være en vanskelig balansegang. Derfor er det også viktig å fokusere på ulike former for kunnskap og hvordan denne kan brukes slik at tjenestene kan bli best mulig helhetlige og tilpasset brukerne (Helsedialog 2009).

Begrepet paternalisme knyttes ofte til en bestemt tolking av manssrollen og forbindes gjerne med negative uttrykk som maktbruk, dominans og formynderi. Begrep som ofte står i et motsetningsforhold til vår hjelperolle. Men det er ikke naturlig at begrepet bare knyttes til

mannsrollen. Vi har dets mer kvinnelige motstykke i maternalisme. Det kan legges ulike tolkninger til grunn for begrepene, men jeg velger å bruke Greta Marie Skau (2005) sin forståelse. Hun skriver at begrepene kan sees på som væremåter som fører til at vi umyndiggjør andre. Vi kan sette andre i posisjoner som oppfattes som underlegne. Ved å vise paternalistiske- eller maternalistiske holdninger viser vi at vi setter oss selv i en overordnet posisjon. Slike holdninger kan være både bevisste og ubevisste fra hjelperens side og trenger heller ikke være kjønnsbestemte (Skau 2005:39).

Å gi fra oss, eller gjøre andre i stand til å ta økt myndighet krever at vi som profesjonelle må endre våre paternalistiske holdninger. Sentralt i denne diskusjonen er føyelighetsperspektivet. Forfatterne viser til Svensson og Schermann (1998) og skriver at dette perspektivet har lang tradisjon blant annet innen medisinen. Føyelighetsperspektivet vektlegger hvorvidt brukeren følger anvisninger og råd som profesjonelle mener er viktige for behandlingen. Dersom de ikke følger rådene kan brukerne bli sett på som vanskelig og lite samarbeidsvillige og vi kan sette inn sanksjoner for igjen å oppnå kontroll. Bør vi her være oppmerksomme på en form for skjult sosial kontroll? (Brodtkorb og Rugkåsa 2009:117).

Kan fremstillingen av rusmisbrukeren, for eksempel i media, påvirke våre holdninger til og verdsettingen av erfaringskompetansen til personer som har vært rusmisbrukere? Askheim (2008) viser til Hanne Thommesen som påpeker at mediabildet er påvirket av en grunnleggende avstand og motsetning mellom ”rusmisbrukeren” og det ”normale” mennesket. Hun understreker og at et slikt media bilde bidrar til å undertrykke folk som særlig bruker narkotika (Askheim 2008).

### **3.2 Brukermedvirkning**

Vatne (2003) skriver at brukermedvirkning handler om at brukeren selv skal få medvirke i utforming av eget behandlingsopplegg. Det kan handle om å få gi uttrykk for sine behov, gi tilbakemeldinger om hva en selv kjenner virker eller fungerer dårlig i behandlingen (Vatne 2003:34).

Medvirkning kan og handle om en relasjon mellom brukeren og forvaltningen. Medvirkning på gruppenivå kan skje i en relasjon mellom en gruppe brukere, eksempelvis en interesseorganisasjon, og helse og sosialarbeidere. Medvirkning på samfunnsnivå kan skje i

relasjonen mellom brukerne og den offentlige forvaltningen. Brukeren kan tale sin sak ved å være talerør for grupper som har lite makt i samfunnet og bidra til at gruppens muligheter for å bli hørt og tatt på alvor blir ivaretatt. Brukermedvirkning, på alle nivåer, hviler på viktige demokratiske verdier i vårt velferdssamfunn (Willumsen 2005:17).

Som perspektiv er brukermedvirkning knyttet til den enkeltes persons rettigheter. I Norge, men og i andre vestlige samfunn er medvirkning lagt stor vekt på innenfor det offentlige tjenestetilbudet. Medvirkning blir sett på som en egen verdi og tar utgangspunkt i FN's menneskerettighetserklæring fra 1948. Erklæringen gir rettsvern for grupper som kan ha en svak posisjon i samfunnet og skal fungere regulerende på forholdet mellom enkeltpersoner og staten. Rettighetene fokuserer på at hvert menneske har rett til å leve et verdig liv uansett hvilket samfunn det tilhører eller hvilken tilstand og situasjon det befinner seg i. Menneskeverdet er også ifølge menneskerettserklæringen ukrenkelig og hvert enkelt menneske har en spesiell egenverdi (Vatne 2003:21)

Retten til medbestemmelse er og nedfelt i Pasientrettighetsloven (LOV-1999-07.02 nr. 63 Lov om Pasientrettigheter). Vatne (2003) viser til Høringsutkastet til lov om pasientrettigheter (1997) og skriver at rettighetsfastsettelsen er et virkemiddel for rettssikkerhet og styring. Her fremheves det spesielt at rettigheter kan øke pasientens makt og myndighet i helsevesenet. (Vatne 2003:24).

Brukermedvirkning og rett til medvirkning kan og ha noen utfordringer som vi må være bevisste på. Dersom vi betrakter selvbestemmelse hos brukeren som en absolutthet kan vi stå i fare for å overlate både konsekvensene og ansvaret helt og holdent til brukeren. Kanskje vi da har bidratt til det Vatne (2003) kaller for "misforstått selvbestemmelse"? Dersom en person som misbruker rusmidler er i psykisk ubalanse og kan være til fare for seg selv eller andre, trenger det ikke være riktig å la selvbestemmelsen og samtykke være overordnet i hjelperelasjonen. Som profesjonelle kan vi ikke la brukerperspektivet i slike situasjoner redusere vårt ansvar og la ansvaret tillegges brukeren eller pårørende. Som hjelpere har vi et overordnet ansvar for å vurdere balansen mellom brukerens frihet og sikkerhet. Denne vurderingen skal tas på et godt faglig grunnlag (Vatne 2003:25).

Askheim (2008) retter i sitt foredrag: "Te ka slags nøtte" søkelyset på utfordringer begrepet brukermedvirkning kan ha når det gjelder forankring i ledelsen og hos ansatte i rusomsorgen. Han tar for seg begrep som verdige og ikke verdige brukere og stiller spørsmål om

betydningen av disse begrepene kan ha noen påvirkning på vår måte å se rusmisbrukere på? Forfatteren viser til tradisjonell tenkning innen velferdspolitikken og sier at de som kalles for verdige ikke selv kan for at de kan ha det vanskelig. For eksempel personer som er blinde eller lamme. Når det gjelder ikke verdige kan det være personer som selv har skyld i de problemene de har. Forfatteren viser til Robert Fuller som har et begrep som han kaller ”rankism” (rangordninger). Det handler om ulike former for diskriminering. Det er rangforskjeller mellom folk fordi noen har makt og noen ikke har makt. Det kan handle om at enkelte har større makt og framstår dermed med større verdighet enn andre (Askheim 2008).

Det kan være mange årsaker til at mennesket handler forskjellig. Vatne (2003) skriver at mennesket er født med ulike muligheter og det kan dermed ikke forventes at vi får de samme resultatene. Det ligger ingen automatikk i at alle har like ressurser til å klare seg selv. I samfunnet er det klare tendenser til å kategorisere mennesker i forhold til hvilke ressurser de har. Det kan bety at visse rettigheter gis til de som vi tror kan ta hånd om dem på en ansvarlig måte (Vatne 2003:23).

Willumsen (2005) bruker modellen til Christoffersen (1992) og beskriver fem ulike nivåer som viser hvilken grad av påvirkning brukerne kan inneha i prosessen i utforming av tjenester og fatte beslutninger. Grad en er informasjon. Her får brukeren informasjon om blant annet rettigheter, beslutninger som er truffet. De har ingen innflytelse i forhold til saksbehandlingen eller vedtakene. Grad to kalles konsultasjon. Her blir brukerne tatt med på råd, men har fremdeles ingen reell påvirkning på beslutningene. Det tredje nivået er partnerskap. Her har brukerne og vernepleieren like mye kontroll på både prosess og beslutninger. Brukerne kan blant annet være representert i styrende organer.

Det fjerde nivået kalles delegasjon hvor brukerne har delegert myndighet til å treffe beslutninger. Siste og femte nivå heter kontroll. Det er den høyeste graden av medvirkning og gir brukeren full kontroll over både medvirkning og beslutninger. Det er dette som kalles brukerstyring (Willumsen 2005:32).

Askheim (2008) forklarer at nyttigorienterte (instrumentelle) begrunnelser for brukermedvirkning handler om at medvirkning fra brukere er bra og nyttige. Her ligger fokuset på å lytte til brukerens meninger og få brukerne til å delta og bruke sine påvirkningsmuligheter. En slik orientering kan gjøre tjenestene mer effektive og billigere. Kritikken til denne orienteringen er at målene ofte ikke er gjenstand for diskusjon. Brukerne



kan oppleve at de kan påvirke sin egen behandling, men får ikke reell kontroll og makt over målsetningene for behandlingen. Det sentrale her er ikke at brukerne selv vet hva som er riktig og viktig for en selv. Brukermedvirkningen handler mer om at fagfolk skal få brukerne med på det som allerede er bestemt at er viktig og bra for brukerne. Slik kan brukermedvirkning sees på som en slags styringsstrategi. Tjenesteyterne styrer gjennom å få brukeren til å tro at de styrer seg selv. Til grunn for en slik strategi kan det ligge bestemte oppfatninger om hva som er en kompetent samfunnsborger. Det kan og ligge noen grunnleggende normer og etablerte sannheter under som ikke trenger være med i diskusjonen? Forfatteren sier at brukermedvirkning på denne måten kan oppfattes som en ”finslipt manipulering”. Fagfolk kan ha en bestemt oppfatning om hva medvirkningen skal resultere i. Havner vi ikke der vi vil så får vi fortsette til vi kommer dit (Askheim 2008).

### **3.3 Medarbeidere med brukererfaring**

Rådet for Psykisk Helse sier i sitt hefte: ”Med livet som kompetanse” at personer med brukererfaring har en spesiell og egen kompetanse som kan handle om hjelpen de fikk eller ikke fikk i hjelpeapparatet. Erfaring fra egen opplevelse som bruker i tjenesteapparatet kan gi god kompetanse som kan ha overføringsverdi til andre. Erfaring fra hjelpeapparatet er en annen kunnskap enn den faglige kunnskapen. Det fokuseres på erfaringskompetansen som en egen verdi som kan tilegnes og nyttiggjøres av mennesker som sliter med lignende vansker (Rådet for Psykisk helse)

Front Kompetansesenter bruker begrepet erfaringsmedarbeider. En erfaringsmedarbeider er en person som er ansatt med bakgrunn i sin egen erfaring med psykisk helsevesen. Personen har brukt, eller er bruker av tjenester innen psykiatrien.

Fokuset her ligger og på at personen har kjennskap til hvordan det er å være psykisk syk og kan tilføre erfaringskompetanse til tjenesteapparatet (Front Kompetansesenter). Forklaringene som Rådet for Psykisk Helse og Front Kompetansesenter presenterer fokuserer på personer med psykisk sykdom, men jeg legger til grunn at betydningen av begrepene kan overføres til rusomsorgen.

Rapporten fra Rådet for Psykisk Helse ”Med livet som kompetanse” omhandler erfaringer med brukersettelse i Norge og andre land. Det vises til at brukere i psykiatrien representerer en ressurs som samfunnet trenger og i større grad bør benytte seg av. Rådet begrunner dette

med at gjennom erfaringer og levd liv kan en tilegne seg kvalifikasjoner og kompetanse som andre brukere igjen kan gjøre nytte av i sin rehabiliteringsprosess. Det legges og vekt på at fagfolk vil kunne dra nytte av brukeransatte. Fagfolk kan få lærdom fra personer som har god kjennskap til tjenesteapparatet og få et lite innblikk i blant annet hvordan møte med profesjonelle og behandling kan oppleves. Rapporten viser til at erfaringene med å ha tilsatt brukere er overveiende gode og at det foreligger tilbakemeldinger som forteller at brukeransatte representerer forbedringer både i bruker- og ansattegrupper. En av begrunnelsene som understrekes er at brukeransatte kan være en synlig rollemodell og slik representere håp om et bedre liv (Rådet for Psykisk Helse – Med livet som kompetanse).

Ordene håp og tro vektlegges og stor betydning i det frivillige nettverket av tidligere rusavhengige som heter ”Det nytter”. I egen introduksjon skriver de at det er to små ord som har stor betydning for personer som er rusavhengige eller er på vei ut av avhengigheten. Det er håp. Og det er tro. Håpet symboliserer et liv uten avhengighet. Troen symboliserer tro på seg selv og andre mennesker og på at en selv kan klare å bryte avhengigheten (Det nytter – nettverk av tidligere rusavhengige). Personer med brukererfaring, som er ansatt i offentlig tjenesteapparat, kan og bidra til å endre holdninger til rusavhengige og kanskje synliggjøre at forskjellen mellom mennesker ikke trenger være så stor. Kanskje kan terskelen for åpenhet om tema som er vanskelig å prate om bli større og slik skape bedre forhold for akseptering av andre (Rådet for Psykisk Helse – Med livet som kompetanse).

Rådet for Psykisk Helse viser til NOU (2005:3) og skriver at når det gjelder å forstå og utbedre det som svikter i det helhetlige hjelpetilbudet vil kompetansen brukerne har være like mye verdt som fagkompetansen (Rådet for Psykisk Helse). Det viktigste for pasienten er at han får god hjelp, ikke hvem som yter hjelpen, hvor personen er ansatt og hvilket nivå som er ansvarlig. Pasienten skal betraktes som en betydelig kunnskapsressurs for tjenesteyterne i vurderingen av hvilken hjelp som skal gis, særlig til pasienter med langvarige behov for tjenester. Denne vurderingen kan omfatte hva som er det beste tilbudet, men kan og gjelde vurdering av tiltak som ikke gjennomføres (Rådet for Psykisk Helse).

Furuholmen og Andresen (2007) skriver i sin bok: ”Felleskapet som metode – om miljøterapi og rus” at å velge gode medarbeidere er en av de vanskeligste oppgavene vi må utføre i behandlingsmiljøet for rusmisbrukere. Dette med tanke på at sammensetningen av ansatte er

av veldig stor betydning for om miljøet kan produsere noe positivt og varig. Forfatterne sier at det er viktig å ha klart for seg hvilken kompetanse den enkelte behandlingsinstitusjon trenger. Det kan påvirkes av hvem som er klienter og hvilken metode som brukes i behandlingen. Når det gjelder de kollektive behandlingsmiljøene, der beboerne bor sammen under behandlingen, er det viktigere å fokusere på hvilken erfaring medarbeideren har enn utdanning. Det begrunnes med at det kan være spesielt og krevende å arbeide i kollektive samfunn hvor terapi har et hovedfokus og klientene bor under samme tak. Mange forskjellige personligheter med ofte sterke historier og sammensatte vansker kan påvirke miljøet i stor grad. Når en skal arbeide sammen med klienter krever dette gode evner til samspill, evner til samarbeid, kontakt og konflikthåndtering. Slike egenskaper trenger ikke komme fram gjennom lang utdanning og gode karakterer til personalet (Furuholmen og Andresen 2007:213).

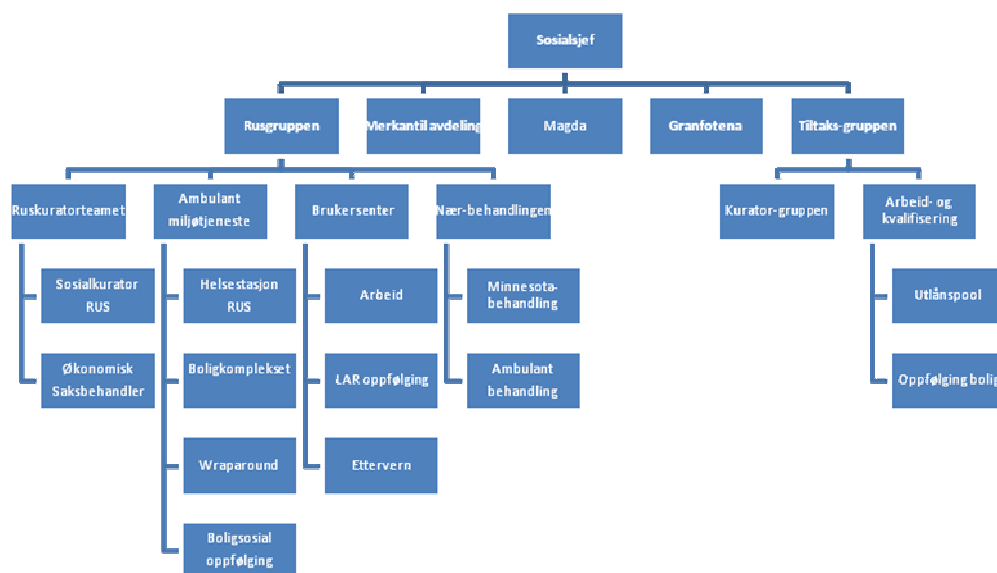
Forfatterne er også kritiske til bruk av tidligere rusmisbrukere som behandlere. Flere behandlingssteder har ansatt tidligere rusmisbrukere uten å ta hensyn til om vedkommende virkelig er klar for en slik utfordring. De sier en må være spesielt oppmerksomme på at personer som nylig har avsluttet egen behandling kan være sårbare. De kan trenge tid til å etablere sin egen tilværelse og å ta vare på seg selv utenfor behandlingsinstitusjonen før de involverer seg i andres rehabiliteringsprosess. Forfatterne påpeker at de absolutt ser verdien av tidligere rusmisbrukere sin erfaringskompetanse, men at det også er viktig å ansette fagpersonell som psykologer og psykiatere.

Dette begrunnes de med at behandlingen i dag er sterkt orientert mot en psykologisk forståelse av problemene. Det er derfor større behov for å vurdere dobbeltdiagnoser som rus og psykiatri og bruke profesjonelt metodearbeid i behandlingen (Furuholmen og Andresen 2007:214).

Andre utfordringer med brukeransettelser i rusomsorgen kan være overføringsverdien av kunnskapen. Det trenger ikke være en absolutt sannhet at det som er bra for meg er bra for deg. Kunnskap som erverves gjennom egenerfaring eller praksis trenger ikke uten videre å la seg overføre til andre lignende situasjoner eller personer. Det betyr ikke at den ikke er like verdifull som fagkunnskapen. Det er heller en annerledes form for kunnskap som kan styrke andre sider på kompetanseområdet enn den faglige. Det kan bety at vernepleieren og brukeren besitter og kan bidra med unik og ulik kompetanse. (Røkenes og Hanssen 2006:75).

Mølla Kompetansesenter arbeider med et prosjekt som de kaller Medarbeider med brukererfaring (MB – prosjektet). Prosjektet skal bistå personer med opplæring i å bruke sine egne erfaringer som syk, eller tidligere syk slik at andre med lignende sykdom kan dra nytte av kunnskapen. Opplæringen er sammensatt av både teori, arbeid i nettverksgrupper i tillegg til praksis på aktuelle tjenestesteder innen psykiatrien. Utdanning går over 1 år og omfatter omtrent 50 % av ett ordinært årsverk (Mølla Kompetansesenter.no).

Nedenfor presenterer jeg et organisasjonskart (anonymisert) over hvordan en kommune kan organisere sine sosiale tjenester innen rusområdet. Etter min oppfatning så har denne kommunen fulgt godt med på mulighetene, søkt og fått tilskudd til å drive aktivt rusarbeid og kan, slik jeg oppfatter det, framstå som en foregangskommune og et godt eksempel i sitt distrikt.



I ambulant miljøtjeneste har kommunen ansatte som har vært tidligere rusmisbrukere. Ansatte har og profesjonell utdanning innen helse og sosialfag og framstår som personer med bred ekspertise innen sitt område. Kommunen bruker modeller innen rusarbeid som er utviklet og utprøvd i andre land slik som Minnesotamodellen og Wraparound. Også her har de ansatt personer som har brukererfaring og spesiell utdanning innen metodene.

### **3.4 Vernepleieren sin rolle og kompetanse**

Som vernepleier kan jeg bistå brukeren i rehabiliteringsprosessen ved å bruke helhetlig arbeidsmodell (AHA) som et redskap i det systematiske miljøarbeidet. Modellen har en systematisk framgangsmåte, kan brukes på individ, gruppe og organisasjon/samfunnsnivå og består av 5 faser: Kartlegging/ datainnsamling, analyse, målvalg, tiltak og evaluering. Ved å bruke modellen kan jeg arbeide profesjonelt og få kunnskap om hva det skal arbeides med og hvorfor. Jeg kan vise arbeidsmåten og begrunne valgene. Vurdere hvor lenge det skal arbeides med et bestemt område og dokumentere om arbeidet lykkes eller ikke. Modellen er også sirkulær noe som betyr at vi kan gå fram og tilbake mellom fasene etter behov. Oppdager vi at vi har for lite data til å kunne sette mål kan vi gå tilbake til kartleggingen og innhente mer informasjon. Ved å skriftliggjøre det faglige innholdet i miljøarbeidet bidrar vi til at erfaringer ikke går tapt. Vi gir tjenestemottaker, pårørende og andre fagfolk mulighet både til å kvalitetssikre og evaluere arbeidet. (Linde og Nordlund 2003:35).

Vernepleieren skal ha god kunnskap om tjenestetilbudet som tilbys og være i stand til å delta i faglige diskusjoner. Ved at vi har kjennskap til organisering av eget arbeidssted og har kunnskap om rettigheter og plikter kan vi lettere kommunisere med både administrasjon og politikere og slik lettere få gjennomslagskraft for våre de argumenter. Det er viktig at vi bruker riktig tjenestevei slik at vi har en mulighet til å bli hørt på riktig nivå. Vi skal kunne være brukerens talerør inn mot politikerne og på den måten øke brukerens påvirkning på tjenestetilbudet. Det kan være viktig som vernepleier å kunne se en sak fra flere sider, men likevel kunne vite hvor vår primærlojalitet ligger (Haug og Paulsen 2007: 36).

Vernepleieren kan gjennom sitt arbeid få kjennskap til forhold som kan skape vansker for enkeltpersoner. Det kan handle om sosiale problemer, sosial utstøting og uverdige livsvilkår. Som offentlig ansatt yrkesutøvere har vi en plikt til å varsle når vi blir kjent med at brukerne utsettes for uverdige forhold. Varlingen bør skje gjennom å gå alminnelig tjenestevei, men noen ganger kan det også være nødvendig å henvende seg direkte til politikere eller media (FO 2007).

Som vernepleier skal jeg vise respekt for brukerens kunnskap om eget liv og personlige valg. Det kan bety at mine meninger må vike for brukerens meninger og oppfatninger. Jeg skal ha et bevisst forhold til at det å gi omsorg og kan handle om å finne en balanse mellom å gi hjelp, gi fra meg makt og kontroll (FO 2007). Selv om jeg som vernepleier har et bevisst forhold til

maktbalansen kan jeg oppleve at behov og forventninger fra ulike retninger kan stå i et motsetningsforhold til hverandre. Det kan handle om motsetninger mellom ressurser som tid/økonomi, vilje til å gi fra meg makt, men og om hvilke arbeidsområder som er mest verdsatt på min arbeidsplass (Askheim og Starrin 2007:189).

Utfordringen kan bli å medvirke til at brukeren får makt. Samtidig skal dette skje innenfor et forhold der vernepleieren står i en slags maktposisjon i forhold til den som skal ha overført makt. Det skal altså skje innenfor en situasjon der tjenesteyter både skal tjene forvaltningen og brukeren. Her kan interessene krysse hverandre. Det handler om min relasjon med den enkelte bruker, men og om rammene jeg arbeider innenfor (Askheim 2008).

Vi forstår andre på bakgrunn av vår kultur, egne erfaringer, følelser og tanker Dette kaller vi for for-forståelse. Du ser aldri en person slik hun er, men slik du opplever at hun er, på bakgrunn av din forforståelse. Når vi kommuniserer med andre så får vi del i andres forståelse. Gjennom denne deltakelsen kan vi og endre vår egen forståelse. Dette kjennertegner den hermeneutiske sirkel (Røkenes og Hanssen 2006:12).

Når vi arbeider med samspill og ofte i nære relasjoner med brukerne og andre fagfolk er det naturlig å forvente at det kan oppstå konflikter. Vi har gjerne ulike oppfatninger, meninger, verdier og interesser som kan gjenspeile seg i våre handlinger. Likevel er vi kanskje redde for konflikter og forsøker å unngå dem? Det kan være lettere å glatte over uenigheter for å unngå det ubehaget som kan følge en konflikt. Som profesjonell kan vi oppleve rollekonflikter. Lingås (2005) skriver at rollekonflikter kan oppstå når jeg selv, mine kolleger eller brukerne har ulike forventninger til det som skal foregå (Lingås 2005:71).

Som vernepleiere må vi og være bevisste om at det å få makt forplikter og kan oppleves som krevende av enkelte brukere. Vi kan komme i situasjoner der vi ikke ser behovet fordi vi har for stort fokus på ressurser og evner hos brukeren (Brodtkorb og Rugkåsa 2009).

Samtidig skal vi være oppmerksomme på det Skau (2005) kaller for ”hjelpesyndromet”. Forfatteren viser til Schmidbauer (1986) og skriver at enkelte av oss trenger at andre er avhengig av oss. Kanskje fordi det kan få oss til å føle oss betydningsfulle? Da kan det være lett å tolke det brukerne sier og gjør ut fra en tankegang som bekrefter vår unnværlighet. Brukerne trenger ikke være tjent med en slik form for hjelp. I stedet for å bli selvhjulpne bidrar vi til at de blir avhengige av oss som profesjonelle og dermed også av hjelpeapparatet.

Forfatteren skriver at det er en plikt som profesjonell å skille mellom konstruktiv omsorg og ansvarsovertakelse (Skau 2005:38).

Greta Marie Skau (2005) skriver at det å være profesjonell er en sammensatt helhet av det personlige og det profesjonelle. Det trenger ikke være motsetninger mellom å være personlig å være profesjonell. For å bygge relasjoner og etablere gode samspill med brukerne er det å kunne by på seg selv en viktig kompetanse. Det handler om vår evne til å være tilstede i relasjonen. Uten en slik tilstedeværelse står vi i fare for å bli metodiske og teoretiske og kan lett oppfattes som kalde og fjerne. Vi må våge å la oss berøre av det vi opplever i møte med andre og vi må tørre å være medmennesker slik at andre og kan bli berørt av oss. Det er en forskjell på det å være personlig og privat i møte med brukeren. I private sammenhenger kan vi forvente en større grad av gjensidighet mellom å gi og å ta. Som yrkesutøvere bør våre handlinger være mer rettet mot å gi og å tjene brukerne. Vi må være i stand til å skille mellom oss selv og andre og hva som er mine og dine behov. Brukeren er ikke tjent med at tjenesteyterens private problemer skal stå i sentrum for samhandlingen. Å være profesjonell kan bety at en setter andres behov i fokus og skaper et skille mellom seg selv og den andre, men likevel klare å oppnå god kontakt (Greta Marie Skau 2005:42)

Henriksen og Vetlesen (2006) skriver i boka: "Nærhet og Distanse" at diskursetikken legger vekt på at alle har rett til å delta i diskusjoner og drøftinger omkring saker som angår dem selv og til å bli hørt. Diskursetikken bygger på at alle mennesker er likeverdige og er og knyttet til selvbestemmelse. Dersom jeg bestemmer over brukeren og han ikke er enig utsetter jeg brukeren for maktutøvelse. Det er derfor viktig å bekjentgjøre hvilke grunner vi som vernepleiere har for ta det ene eller det andre valget. Det kan vi gjøre ved å kommunisere med den andre parten og gjennom dialog begrunne og drøftet valgene. På den måten får vi en gjensidig mulighet til å bedre forstå både valgene og hverandre (Henriksen og Vetlesen 2006:180).

Kommunikasjonskompetanse er en viktig ressurs for vernepleiere. Vi skal arbeide med mennesker og må kunne etablere kontakt. En kontakt oppstår ikke av seg selv. Når vi kommuniserer med hverandre så deler vi både meninger og opplevelse. Vi samarbeider for å etablere et opplevelsesfellesskap. I dette fellesskapet er det viktig å kjenne seg møtt og forstått. For å kunne skape et slikt fellesskap må vi kunne kjenne oss møtt av andre og gjøre oss tilgjengelige for andre. Gjennom å kommunisere med andre kan vi utvide vår egen

horisont og forstå mer av hvordan den andre opplever ting, hvordan han tenker og føler. ”Når vi kommuniserer så med-deler vi oss slik at vår opplevelse blir tilgjengelig for andre” (Røkenes og Hanssen 2006:38).

Yrkeskonteksten bidrar til at det stilles andre krav til den som kommuniserer. Fagpersoner er i en yrkesrolle der de skal samhandle med brukere og andre. Det betyr at de må forholde seg til overordna mål for arbeidet og kan ha andre forventninger til hverandre enn de ville ha hatt i et privat møte. Dette blir samhandlingen preget av (Røkenes og Hanssen 2007:7).

Relasjonskompetanse handler om å forstå og kunne samhandle med mennesker vi møter i yrkessammenheng på en hensiktsmessig og god måte. Kommunikasjonen skal gi mening og ivareta den overordnede hensikten med samhandlingen. Når vi kommuniserer med andre er det viktig at vi ikke krenker den andre parten og ivaretar den andres interesser. En fagperson skal først og fremst ivareta den andres interesser og ikke være opptatt av å dekke egne behov på den andres bekostning. Som fagpersoner må vi være i stand til å skape kontakt og etablerer en relasjon til brukeren. Vi må kunne stå i og vedlikeholde relasjonen over tid og avslutte relasjonen på en god måte for brukeren. Situasjonsforståelse, selvinnsett og empati er og viktig for å ha en god relasjonell kompetanse (Røkenes og Hanssen 2006:8).

Røkenes og Hanssen (2006) viser til Ranger (1993) og skriver at når vernepleieren opptrer kontrollerende, forsvarspregget og ikke legger særlig vekt på kontaktforholdet kalles det for regelfokusering. En klientorientert vernepleier legger mer vekt på å være støttende, lyttende og skape en rolig og avslappet stemning for å få en bedre forståelse for klientens situasjon. Forfatterne viser og til Blasi mfl. (2001) og beskriver to ulike måter å møte brukere på som kan ha betydning for resultatet av samhandlingen. Dersom vi bruker en kognitiv (tankemessig) stil vil vi forsøke å påvirke og overbevise brukeren når det gjelder behandlingen. En emosjonell (følelsesmessig) stil er mer preget av empati og nærhet og kan gi brukerne større anledning til å uttrykke sin frykt (Røkenes og Hanssen 2006:21).

Samarbeid er en viktig forutsetning for å kunne utøve profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. Når vi som vernepleiere skal utarbeide planer og gjennomføre tiltak har vi behov for å kunne samarbeide både med brukere, andre vernepleiere, andre fagfolk, nettverk og etater. Det er derfor viktig at vi har respekt for andres kunnskap, kompetanse, roller og arbeidssituasjon (FO 2007). Det kan ligge mange utfordringer i samarbeid. Fagfolk kan



representere ulike forvaltningskontorer, ha ulike oppgaver og må forholde seg til ulikt lovverk. Dette kan føre til vansker med når det gjelder å sammenholde felles interesser i felles som er til det beste for den enkelte bruker (Haug og Paulsen 2007:64).

## 4.0 DRØFTING

Under dette punktet ønsker jeg å drøfte noen av teoriene jeg har synliggjort i teorikapitlet opp mot problemstillingen jeg presenterte i innledningen. I drøftingen fokuserer jeg på brukermedvirkning både på system- og individnivå. På systemnivå ser jeg på brukerens medvirkning i relasjonen mellom brukere og offentlig forvaltning. På individnivå drøfter jeg hvordan tidligere rusmisbrukere kan bidra med sin erfaringskompetanse direkte ved å delta i utøvende relasjoner og indirekte ved å undervise/informere andre fagfolk om tema som kan omhandle rusmisbruk.

I punkt 4.2 bruker jeg case for å illustrere hvordan erfaringsmedarbeideren kan bruke sin erfaringskompetanse i relasjon med bruker og ansatte. Situasjonen jeg beskriver i caset er konstruert og ikke en virkelig opplevd historie.

### **Problemstilling:**

Hvordan kan personer som har vært rusmisbrukere medvirke i rehabiliteringsarbeidet i rusomsorgen?

### **4.1 Brukermedvirkning på systemnivå.**

Medvirkning på systemnivå foregår i relasjonen mellom brukeren og den offentlige forvaltningen. Brukeren kan fungere som et talerør for grupper som ikke er så privilegerte i samfunnet. Hensikten er å ivareta gruppens muligheter til medvirkning (Willumsen 2005:17).

Myndighetene oppfordrer både profesjonelle og hjelpeapparatet til å legge til rette for at brukerne skal kunne bli i stand til å representere på systemnivå. Gjennom NOU 1998:18 sier de at å gi fra seg makt, eller å gjøre andre i stand til å ta makt krever kompetanse. Det trenger ikke være profesjonell kompetanse, men kunnskap og ferdigheter som frivillige organisasjoner og såkalte "*frivillige hjelpere*" kan ha. Det offentlige hjelpeapparatet kan på sin måte bidra ved å tilrettelegge rammebetingelser som kan oppfordre til bruk av andre enn profesjonelle når det gjelder å styrke enkeltbrukernes ressurser (NOU 1998:18:272).

I ruspolitisk handlingsplan (2003) laget av Molde kommune leser jeg at brukerne representeres i referansegruppen av pårørende organisasjoner for rusavhengige (Molde kommune). De hadde ingen representanter for brukerorganisasjoner. Det kan handle om

hvorvidt slike organisasjoner eksisterer i kommunen og om de har representanter som ønsker å medvirke i slike referansegrupper. Men det kan og handle om hvem kommunen har forespurt om å representere og hvem de ønsker å ha som deltakere.

Det kan være viktig å tenke over at brukeren kan ønske å fokusere på andre områder innen rusomsorgen, ha andre meninger om saker og andre synspunkter på tjenesteapparatet enn det pårørende kan ha. Vi må være oppmerksomme på at pårørendes interesser når det gjelder medvirkning kan være like, men og forskjellige i forhold til de reelle brukernes interesser. Pårørende betraktes først og fremst som ressurspersoner. Det betyr at de er viktige støttepartnere og skal betegnes som sekundærbrukere. Pårørende betegnes som primærbrukere når de selv får behov for helsetjenester, eller i situasjoner der brukerne selv ikke er i stand til å ta ivareta sine brukerrettigheter. At synet til sekundærbrukere oppfattes som det samme som synet til de reelle brukerne kan oppfattes som et problem for brukerne. En bruker uttaler seg slik : *"I dag tror pressen og især TV-en, at de har representanter for brukerne med, bare de inviterer de pårørende. Tidligere var det fagfolkene som snakket på våre vegne og beskrev våre behov. Nå har vi både fagfolkene og pårørende som tror de vet best"* (Vatne 2003:35).

Som vernepleiere i kommunal rusomsorg kan vi i samhandling med personer som har vært rusmisbrukere legge til rette betingelser som kunne bidra til at de føler de mestrer å medvirke og påvirke i for eksempel en referansegruppe. Slike betingelser kan blant annet være å arrangere diskusjonskvelder eller kurs/seminarer med tema møtedeltakelse, brukerrepresentasjon, sosialtjenestens oppgaver og organisering. Slike tiltak kunne arrangeres i trygge omgivelser hvor brukerne kanskje både kjente til hverandre og personalet. Ett eksempel kan være Brukersenter for personer i rusomsorgen dersom kommunen hadde etablert et slikt. Viser til organisasjonskartet under punkt 3.3 i kapitlet om teori/empiri.

For å styrke brukerens egen følelse av å mestre rollen som representant i blant annet en kommunal referansegruppe bør vi legge vekt på forutsigbarhet, veiledning og opplæring. Det kan være viktig å vite noe om hvilke krav som settes til en brukerepresentant, hvilke rettigheter og plikter de har, hva kan påvirkes og hvilken betydning kan representantens stemme ha for hvem. I samhandling med brukeren kan vi øve opp ferdigheter i å representere i et rollespill. Vi kan legge fram synspunkter og øve på argumentasjon. For at en sak skal kunne belyses og presenteres på en god måte kan det og være hensiktsmessig å øve på å diskutere flere sider ved saken. Willumsen (2005) skriver at når vi skal ivareta brukerne er

forutsigbarhet en viktig faktor. Brukerne skal ha mulighet til selv å vurdere sin egen belastning ved å medvirke (Willumsen 2005:89).

I Ruspolitisk handlingsplan skriver kommunen og at planen bør evalueres av den enkelte avdeling hvert år i forbindelse med kommunens årsmelding (Molde Kommune). Gjennom en slik evaluering har brukere en flott mulighet til å uttale seg om hvordan de opplever at tiltakene fungerer. De kan komme med begrunnelser for sine meninger og foreslå tiltak de mener er mer formålstjenlig for gruppen. Gjennom erfaringer og levd liv kan en tilegne seg kvalifikasjoner og kompetanse som kan komme andre brukere til nytte i deres rehabiliteringsprosess. Når det gjelder å forstå og utbedre det som svikter i det helhetlige hjelpetilbudet vil kompetansen brukerne har være like mye verdt som fagkompetansen (Rådet for Psykisk Helse).

Som ansatte i rusomsorgen kan vi legge til rette for at en evalueringsgruppe etableres. Vi kan for eksempel forespørre personer som har vært rusmisbrukere og som nå deltar i kommunens ettervernsomsorg. I samhandling med brukerne kan vi som vernepleiere bidra til å etablere en evalueringsgruppe som kan ta opp saker i planen som har spesiell interesse for rusområdet. Som vernepleiere skal vi vite noe om kommunens organisering, økonomi/budsjetter og regelverk. Slik kompetanse kan og være hensiktsmessig å tilføre i en evalueringsgruppe.

Den tradisjonelle medisinske tankegangen der profesjonelle visste best må vike for et større fokus på brukernes deltakelse. Deltakerorientering sier noe viktig om rehabiliteringsprosessen, nemlig at den finnes i brukeren, hos vernepleieren og i samfunnet. Det betyr blant annet at den enkelte bruker har noe å bidra med i formulering av mål og virkemiddel (Ekeland og Heggen 2008: 19). Individuell tilnærming trenger ikke nødvendigvis å endre maktbalansen mellom vernepleieren og brukeren. Dersom brukeren ikke får mulighet til å styrke sin egen maktposisjon gjennom egen innsats kan det føre til at makten gis til brukerne og ikke tas av brukeren selv. I en slik overføring av makt kan vi stå i fare for at det er vernepleieren som setter grenser for hvor mye makt de ønsker å gi til brukerne og ikke brukeren som sier noe om hvor mye makt han ønsker eller mestrer å ta (Askeheim og Starrin 2007:15)

Det å klare å stå fram som tidligere rusmisbruker i det offentlige rom kan også oppleves som en belastning for den enkelte person. Personer som har vært rusmisbrukere kan både gjennom

egen rehabilitering og ved å skape seg et liv uten rus legge stor vekt på å bygge seg en status som en mer verdsatt person. Det å stå fram i det offentlige rom kan oppfattes som å blottlegge seg selv. En står fram i kraft av å være en tidligere rusmisbruker og da kan det handle om hvilke holdninger som preger ditt nærmiljø. Flere vil kanskje ha erfaring med at slik blottlegging kan slå begge veier og at ved negative reaksjoner kan kostnaden bli for stor? Det kan handle om at mennesker skaper sin status gjennom de relasjonene man hadde tidligere, de man har nå og de relasjonene en tror en kan få i framtida (Willumsen 2005:85).

For å skape trygghet i en opplærings situasjon må vi som vernepleiere inneha god kommunikasjon og relasjonskompetanse. Når vi kommuniserer så deler vi både meninger og opplevelse. Vi bidrar til å skape et opplevelsesfellesskap hvor det er viktig å kjenne seg møtt og forstått. Gjennom kommunikasjon med brukeren kan vi forstå mer av hvordan den andre opplever verden, tenker og føler (Røkenes og Hanssen 2006:38). Relasjonskompetansen handler om at vi må være i stand til å etablere en kontakt med brukeren og kunne samhandle på en god måte. Kommunikasjonen skal gi mening for alle parter og ta vare på den overordna hensikten med samhandlingen (Røkenes og Hanssen 2006:8).

Som vernepleiere vil vi og kunne dra nytte av kunnskapen og kompetansen til blant annet personer som har vært tidligere rusmisbrukere. De har kjennskap til tjenesteapparatet og kan ha god erfaring og innsikt i hvordan møtet mellom oss som profesjonelle og brukere kan oppleves (Rådet for Psykisk Helse).

Vi kan ikke gi makt til brukerne, men vi kan bidra til at de blir i stand til å myndiggjøre seg selv. Ved å legge til rette og skape betingelser som kan gi dem erfaring og trening slik at de kan få mot, tro og trygghet til å bruke sin erfaringskompetanse som tidligere rusmisbrukere i det offentlige rom. Deres erfaringskompetanse kan bidra til å utvikle, forbedre, avslutte eller endre tiltak for rusmisbrukere og personer som er i rehabilitering. Askheim og Starrin (2007) viser til Parsloe (1996) og skriver at det er umulig for en person å myndiggjøre en annen, men at vi kan legge til rette slik at personer selv kan ta makt over eget liv. Empowerment kan handle om at personer som har vært rusmisbrukere bruker den styrken de har opparbeidet til å bidra til å endre forhold utenfor seg selv. Som vernepleiere kan vi samhandle med brukere for å styrke deres evner, kunnskap, bevisstgjøring, mot og tro. Hensikten er å øke styrken som kan gi kraft til å ta mer kontroll og makt og bruke makten for å nå bestemte mål (Askheim og Starrin 2007:144).

Vi må som profesjonelle forsikre oss om at brukermedvirkning baseres på frivillighet fra brukernes side og selvbestemmelsen må være avgjørende (Willumsen 2005:88). Dette betyr at vi ikke skal overstyre, eller overtale personer som har vært misbrukere til å delta eller representere i fora de ikke ønsker eller føler de mestrer. Vi skal ha stor respekt for at makt og aktiv medvirkning og kan oppleves som forpliktende og krevende (Brodtkorb og Rugkåsa 2009: 117). Samtidig må vi ta hensyn til at personer som nylig har avsluttet egen rehabilitering kan være sårbare. De kan trenge tid og rom til å ta vare på seg selv og sin egen situasjon før de involverer seg i andre (Furuholmen og Andresen 2007:214)

#### **4.2 Brukermedvirkning på relasjonsnivå**

Jeg vil nedenfor ved hjelp av et case drøfte hvordan erfaringskompetansen til tidligere rusmisbrukere kan anvendes i kommunal rusomsorg med utgangspunkt i organisasjonsmodellen (anonymisert) under punkt 3.3. i teori/empiri kapitlet. Området er rusgruppen og tiltaket er Brukersenteret.

##### Direkte medvirkning.

##### Case:

*Stein er 45 år og i behandling for sine rusvansker. Stein sier han er ensom og sitter mye alene. Han uttrykker sterkt ønske om å være sammen med andre. Han forteller at de eneste han treffer er butikkdama og legen sin. Han gruer seg for å oppsøke kommunens brukersenter selv om han vet at der kan han treffe andre mennesker og få kontakt. Stein forteller at: ”Jeg kjenner ingen der og det blir veldig vanskelig for meg. Jeg tør ikke gå dit alene og være der uten å kjenne noen”.*

I samhandlingen med Stein samarbeider vernepleieren med Kari som er brukeransatt ved Brukersenteret. Kari har brukererfaring som tidligere rusmisbruker. Gjennom levd liv har Kari tilegnet seg kvalifikasjoner og kompetanse som andre brukere i rusomsorgen kan gjøre nytte av i sin rehabiliteringsprosess. Kari kan og være en synlig rollemodell og slik en representant for et håp om et bedre liv. Rådet for Psykisk Helse viser til NOU (2005) og skriver at erfaringskompetanse skal betraktes som en betydelig kunnskapsressurs for tjenesteyterne når de vurderer hvilken hjelp som skal gis. Vurderingen kan gjelde hva som er det beste tilbudet, men kan og gjelde tiltak som ikke gjennomføres (Rådet for Psykisk Helse).

I samtalen med Stein er Kari opptatt av å etablere kontakt på en måte som kan føles naturlig for alle parter i situasjonen. Kari har selv erfart i sine møter med tjenesteapparatet at kontakt ikke trenger oppstå av seg selv. Hun legger derfor stor vekt på å kommunisere med Stein slik at han kan føle seg møtt og forstått. Gjennom å lytte og prate med Stein kan Kari forstå mer av hvordan han opplever ting og bli mer kjent med hvordan han føler og tenker. Kari byr på seg selv og sin erfaringskompetanse og forteller litt om sine erfaringer når det gjelder å bygge opp en ny vennekrets etter at hun ble rusfri. Kari er i samtalen med Stein opptatt av at det ikke er hennes behov eller problemer som skal stå i sentrum for samhandlingen. Hun vil fortelle om sine erfaringer, men setter Stein i fokus (Skau 2005:42).

Kari myndiggjør Stein ved tydelig å legge vekt på, både i ord og handlinger, at hans stemme betyr noe når det gjelder om han vil ha hjelp, hvilken hjelp han ønsker, hvordan hjelpen skal gis og når den skal gis. Hun er opptatt av at Stein ikke skal settes i noen underlegen posisjon. Kari er bevisst på holdninger som kan gå i retning av paternalisme. Skau (2005) forklarer paternalisme som væremåter som fører til at vi umyndiggjør andre ved at å vise holdninger som setter oss selv i en overordna posisjon (Skau 2005:38)

Vernepleieren kan arbeide sammen med Kari og Stein for å lage en tiltaksplan som skal vise hvordan vi kan ivareta Stein sine hjelpebehov og er viktig i det faglige og systematiske metodearbeidet som vernepleieren har ansvaret for. Stein er en viktig samarbeidspart i utarbeidelsen av planen. Tjenester skal tilrettelegges med utgangspunkt i Stein sine ressurser, behov og gi han trygghet og forutsigbarhet. Vernepleieren tar utgangspunkt i helhetlig arbeidsmodell (AHA) som har fem faser: Kartlegging, analyse, mål, tiltak og evaluering. Kari kan være en viktig bidragsyter i prosessen ved at hun kan innhente data i form av observasjoner i samværet med Stein. Det er viktig å være klar over at som miljøarbeider er man en del av konteksten og kan dermed påvirke data som innhentes. Data skal ikke tolkes, men beskrive det som faktisk skjer og vi må være oppmerksom på at vår forståelse av situasjonen og kan påvirke våre observasjoner (Linde og Nordlund 2006:111).

I samhandlingen mellom vernepleieren, Kari og brukeren har vernepleieren et overordna ansvar når det gjelder å vurdere brukerens selvbestemmelse. Dersom vi betrakter selvbestemmelse som noe absolutt kan vi stå i fare for å overlate for store konsekvenser og ansvar til andre. Det kan føre til det Vatne (2003) kaller for misforstått selvbestemmelse. Dersom en person som misbruker rusmidler er i psykisk ubalanse og kan være til fare for seg

selv eller andre trenger det ikke være riktig av oss å la selvbestemmelsen og samtykket være det overordnede i relasjonen. Vi kan ikke la brukerperspektivet i slike situasjoner redusere vårt ansvar og legge ansvaret på brukeren eller brukeransatte. Som vernepleiere har vi ansvar for å vurdere balansen mellom brukerens frihet og sikkerhet og denne vurderingen skal vi ta på et godt faglig grunnlag (Vatne 2003:25).

Indirekte medvirkning – informasjon/undervisning:

Vernepleieren er og opptatt av å informere om, diskutere og drøfte forskjellige problemstillinger og forslag til løsninger både med Kari og andre ansatte i rusomsorgen. Ansatte kan være uenige om valg og tilnærminger, men drøfting av valgene kan bidra til at de får en gjensidig mulighet til å forstå både valgene og hverandre. (Henriksen og Vetlesen 2006:180).

Vernepleieren og Kari har avtalt at Kari skal holde et innlegg på personalmøte med tittel: *”Man trenger ingen spesielle evner for å komme inn i narkotikamiljøet. Men det kreves enormt mye for å komme ut”* (Sosial og Helsedirektoratet). Vernepleieren og Kari er opptatt av å belyse tema som kan handle om fordeling av makt og ansvar mellom behandlingsapparatet og brukerkompetansen. De ønsker og å legge til rette for at ansatte får fokus og kunnskap på ulike former for kompetanse. Vernepleieren begrunner dette med at det kan være viktig for personalet å vite noe om hvordan erfaringskunnskapen kan anvendes for å gi brukerne helhetlige og tilpassede tjenester (Helsedialog 2009).

Etter at Kari var ferdig med sitt innlegg åpnet hun for spørsmål. Hun opplevde først kollegaene som litt forsiktige. Kanskje de var redde for å spørre henne om spørsmål de opplevde som for private? Etersom spørsmålene var få fortsatte Kari med å fortelle litt om sin utdanning som erfaringsmedarbeider fra Mølla Kompetansesenter. Hun forteller om nettverket ”Det nytter” som hun er medlem i og hvordan de arbeider for å endre holdninger til rusavhengige. Deres mål er å synliggjøre at forskjellen mellom mennesker ikke trenger være så stor og at åpenhet om vanskelige tema kan bidra til å skape bedre forhold for akseptering (Rådet for Psykisk Helse). Kanskje kollegaene ble litt stille fordi de ikke var vant med at ansatte var så åpne i forhold til sine egne erfaringer? Kanskje de hadde mye å tenke på etter innlegget til Kari og trengte tid til å fordøye og reflektere over det hun hadde fortalt? Karis historie kan ha gjort noe med for-forståelsen til tilhørerne og gjennom kommunikasjon gitt dem del i hennes forståelse. (Røkenes og Hanssen 2006:12).



Vernepleieren ved Brukersenteret er opptatt av at personer som har vært rusmisbrukere og nå arbeider som brukeransatte skal kunne ha en høy grad av medvirkning både i samhandling med ansatte og brukere som er i behandling eller mottar tjenester fra hjelpeapparatet. Dersom vi bruker gradsmodellen til Christoffersen (1992) så kan vi kanskje tenke oss at graden av medvirkning fra Kari kan ligge på nivå to-tre (konsultasjon – partnerskap? (Willumsen 2005:32). Kari kan påvirkning både på prosesser og beslutninger, men har hun like mye kontroll på prosessene og beslutningene? For å svare mest mulig korrekt på det spørsmålet tror jeg vi må kjenne bedre til den reelle medvirkningen og påvirkningsmulighetene Kari har i forskjellige saker og på forskjellige områder.

Utfordringen til vernepleieren kan være å medvirke til at Kari får makt. Det kan handle om behov og forventinger fra ulike retninger som vernepleieren må ta hensyn til. Disse behovene kan stå i motsetningsforhold til hverandre. Det kan handle om motsetninger mellom ressurser som økonomi og tid, viljen til å gi fra seg makt, men det kan og handle om hvilke arbeidsområder som er mest prioriterte ved Brukersenteret (Askheim 2008). Dersom oppgaver knyttet til saksbehandling eller profesjonelt planarbeid er høgt prioritert kan verdsetting og bruk av Karis erfaringskompetanse på relasjon og kommunikasjon bli lavere prioritert. Slike forhold påvirkes ikke av vernepleieren alene, men kan være et resultat av føringer fra ledelsen, tid som må brukes til samarbeid med andre forvaltningskontorer, fagfolk og etater (Haug og Paulsen 2007:64).

## **5.0 AVSLUTNING OG OPPSUMMERING**

### **5.1 *Oppsummering***

I denne oppgaven har jeg fokusert på hvilken verdi erfaringskompetansen til personer som har vært rusmisbrukere kan ha for brukerne, men og for rusomsorgen som forvaltning og fagfolk. Medvirkning framstilles og som viktige samfunnsspørsmål også innen rusomsorgen. Fokus på medvirkning viser seg i offentlige utredninger og prosjekter hvor de understreker viktigheten og verdien i brukerkunnskap og innflytelse fra brukerne. Myndighetenes begrunnelse for økt brukermedvirkning er at de tror og forventer at tjenestene blir bedre dersom brukerens behov og muligheter ivaretas på en best mulig måte.

Personer som selv har vært rusmisbrukere kan bruke sin erfaringskompetanse fra egen rehabilitering som en ressurs for andre personer som er i en rehabiliteringsprosess. Å kunne oppleve at andre har klart det samme som du nå er gjennom kan gi både stryke, håp og tro på at du kan klare det samme. Det kan være lettere å få tiltro til andre som har lignende erfaringer og som forstår hva rehabiliteringen virkelig innebærer både på godt og vondt.

Personer som selv har brukt hjelpeapparatet og samhandlet med forskjellige tjenesteytere kan ha verdifull kunnskap om hvordan slike møter kan oppleves for andre.

### **5.2 *Konklusjon***

Det viktig at brukerne gis mulighet, rom og anledning til å bruke sin kunnskap og erfaring. Slike rom kan skapes i tjenesteapparatet, samfunnet, i forvaltningen og blant andre mennesker. Det kan og handle om å gi brukere i rusomsorgen mer styrke og verdighet slik at de er bedre utrustet til å ta makt og kontroll i eget liv. Gjennom slik styrke kan de bidra til å påvirke og forbedre tjenestetilbudet og sin egen tilværelse. Gjennom brukerdeltakelse kan de snu fokuset fra undertrykking av enkeltpersonen i forhold til forhold i det samfunnet de lever i og som skaper undertrykkelse.

Rehabilitering innebærer ikke at fagfolk skal gjøre en frisk. Rehabiliteringsprosessen finnes i brukeren, hos fagfolk og hos samfunnet. Det kan bety at det må være et samspill og samarbeid mellom disse nivåene for at en rehabilitering skal bli vellykket. Fagfolk og forvaltningen bør legge til rette for at det åpnes for flere brukeransettelser i rusomsorgen. Erfaringskompetansen

til personer som har vært rusmisbrukere må verdsettes og sees på som en unik, men annerledes kompetanse enn den fagfolk har.

### **5.3 Refleksjon**

Empowerment og brukermedvirkning kan være diffuse begreper å forholde seg til. De rommer på mange og store områder at det kan være vanskelig å foreta avgrensninger i forhold til det en ønsker å fokusere på. Emner jeg nå ser jeg kunne drøftet mer er menneskesyn og holdninger i forhold til personer som har levd en del av livet sitt utenfor normer som betraktes som godkjent i samfunnet. Jeg opplever at vi har mange oppfatninger om rusmisbrukere som kanskje ikke stemmer helt overens med virkeligheten? Det kan være mange årsaker til at en person havner i rusmisbruk og vi skal være oppmerksomme på at vi ikke kjenner alle om vi kjenner noen.

## 6.0 LITTERATURLISTE

Dalland, Olav (2005). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (2009). *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Haug, Erna og Kirsti Meum Paulsen (2007). *Mellom fag, forvaltning og politikk i helse- og sosialtjenesten. En problembasert introduksjon for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Henriksen, Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etisk teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Helse og Omsorgsdepartementet. *NOU 1998:18. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*.

Helse og Omsorgsdepartementet. *Storingsmelding nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Departementets Servicekontor.

Helse og Omsorgsdepartementet. *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Lov-1999-07-02-63*. Oslo: Departementets Servicekontor

Grønningssæter, Arne (2007). *Rett eller galt – eller noe midt imellom? Et studiehefte om yrkesetikk fra Fellesorganisasjonen (FO)*. Oslo: Fellesorganisasjonen (FO).

Lingås, Lars Gunnar (2005). *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Linde, Sølvi og Inger Nordlund (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen (2006). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget

Skau, Greta Marie (2005). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag as

Vatne, Solfrid (2003). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget

Aadland, Einar (2007). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget AS

#### Selvvalgt litteratur:

Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapitler: 1, 2, 11, 15

Askheim, Ole Petter (2008). "Brukermedvirkning på rusområdet – realiteter, muligheter og dilemmaer. "Te ka slags nøtte". <http://www.forebygging.no> (Muntlig foredrag hørt 10.10.09)

Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (2008). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapittel: 1

Furuholmen, Dag og Arne Schanche Andresen (2007). *Fellesskapet som metode. Om miljø og rus*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS. Kapittel: 9

Helse og Omsorgsdepartementet (2007). *Regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Departementets Servicekontor

Molde kommune (2003). *Ruspolitisk handlingsplan for Molde Kommune*. Kapitler: 1, 3, 4, 6, 7

Willumsen, Elisabeth (2005). *Brukerens medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Kapitler: 1, 4

#### Internettadresser:

Helsedialog – Program for samhandling i helsetjenester. På internett: <http://www.helsedialog.no/> (lest 05.05.2009).

Rådet for psykisk helse. Med livet som kompetanse. Brukeransettelser i psykiske helsetjenester. På internett: <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27793>. (lest 05.05.09).

Front Kompetansesenter. På internett: <http://www.arbeidtilspenning.net/23137140> (lest 08.05.09).

Mølla Kompetansesenter. På internett: <http://moella.no/> (lest 08.05.09).

Forskrift om habilitering og rehabilitering. På internett: <http://www.lovdata.no> (lest 08.05.09)