



Rebekka Marøy Pedersen

Urinprøver eller relasjon – kanskje begge deler?

**En studie av ansattes opplevelser av urinprøvetaking i
rusbehandling**

**Masteroppgave i Sosialt arbeid
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Samfunnsfag**

SAMMENDRAG

De aller fleste rusmiddelavhengige som mottar behandling i dag må avlegge urinprøver. Det anses som en del av deres behandling. En kan forestille seg at det er ubehagelig å avlegge en urinprøve, men hvordan oppleves det for de som har som oppgave å ta denne prøven? Selv om det er del av jobben, oppleves dette ubehagelig for mange ansatte innen rusbehandling. Det kan være mange grunner til hvorfor og hvor dette ubehaget kommer fra. Ut i fra ansattes opplevelser av urinprøvetaking, har jeg ønsket å utforske hvordan urinprøvetaking påvirker relasjonen mellom pasient og ansatt.

Det empiriske materialet består av 6 forskningsintervjuer med 3 kvinner og 3 menn. De kommer fra ulike steder innen rusbehandlingssystemet og har enten tatt eller tar urinprøver som en del av sitt arbeid. Teorier jeg har brukt fra sosialt arbeid er hentet fra blant annet Judy Kokkin og Ulla Holm. Disse belyser hvordan begreper innen sosialt arbeid kan være med på å forklare urinprøvens påvirkningskraft på både ansatt, pasient og relasjonen dem i mellom. Pierre Bourdieu og Marianne Gullestad, slik jeg tolker dem, belyser at informantenes opplevde ubehag kan springe ut av norsk kultur. Med begreper fra Michel Foucault viser analysen hvordan urinprøven kan ses som et maktmiddel, noe som setter den ansatte i en ubehagelig posisjon som kontroll og maktutøver.

Opplevd ubehag fra informantenes side er gjennomgående for hele analysen, samt informantenes meninger om hva som er en god relasjon. Hva en legger i begrepet relasjon viser seg å være av sentral betydning, da det kan være bestemmende for hva en anser som en god og dårlig relasjon, og dermed hvordan urinprøven påvirker denne. Analysen er inndelt i syv temaer: 1) *Empati og relasjon, begrep til analyse.* 2) *Ubehag knyttet til kultur og kontekst.* 3) *Urinprøven som et maktmiddel.* 4) *Makt og kontroll versus omsorg og hjelp.* 5) *Å være profesjonell.* 6) *Tillit.* 7) *Det må være rom for at pasientene viser sine symptomer på sykdommen.* I disse temaene blir viktige opplevelser omkring urinprøven belyst av teorier og knyttet opp mot hvordan den kan påvirke relasjonen mellom pasient og ansatt. Det kan se ut som om urinprøven har en negativ innvirkning på det mine informanter anser som en god relasjon mellom ansatt og pasient.

ABSTRACT

The vast majority of addicts who receive treatment today are obligated to take urine samples. It is considered as part of their treatment. One can easily imagine that it is uncomfortable to take a urine sample, but how does it feel for those who must take this test? Although it is part of one's work for those staffing drug treatment programs, it is also experienced as unpleasant by many. There may be many reasons why and where this discomfort is coming from. Using staff members' experiences as my point of departure, I want in this thesis to explore how urine sampling affects the relationship between patient and staff member.

The empirical material consists of 6 research interviews with three women and three men. They come from different locations within the drug treatment system and have either taken or are taking urine samples as part of their work. Theories I have used from social work are taken from writers and practitioners such as Judy Kokkin and Ulla Holm. These illustrate how the concepts of social work can help to explain how urine testing influence both staff members, patients and the relationship between them. Pierre Bourdieu and Marianne Gullestad, as I interpret them, explain that the informants' experienced discomfort may be understood in relation to Norwegian culture. With concepts from Michel Foucault, the analysis shows how the urine sample may be viewed as an instrument of power, which puts the staff member in an uncomfortable position as a performer of control and power.

Perceived discomfort from the informant's is consistently throughout the entire analysis, as well as the informants' opinions about what constitutes a good relationship. What the term relationship proves to be is of central importance, as it may be decisive for what one considers good and bad relationship, and how this affects the urinary sample. The analysis is divided into seven themes: *1) Empathy and relationship, concepts for analysis. 2) Discomfort related to culture and context. 3) The urine test as an instrument of power. 4) Power and control versus care and assistance. 5) To be a professional. 6) Trust. 7) There must be room for the patients show symptoms of their disease.* In these themes, important experiences about the sample is enlightened by theories and linked to how it may affect the relationship between patient and employee. It appears that the sample has a negative impact on what my informants consider to be a good relationship between employee and patient.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Samfunnsfag

Oslo 2012

FORORD

Tusen takk til alle ansatte på NyBøle Rusbehandlingsinstitusjon, spesielt dere i 2. etg og fagansvarlig, for å ha oppmuntret meg til å begynne på dette studiet. Jeg vil også takke alle for å ha gitt meg ideer, inspirasjon og innsyn i deres prosjekt om urinprøver. Det har vært til stor hjelp og bidratt til å utforme denne oppgaven.

Jeg vil også rette en stor takk til alle de 6 informantene som delte sine tanker og opplevelser med meg. Dere gjorde det mulig for meg å gjennomføre denne studien.

Takk til min veileder, professor Michael Seltzer ved Avdeling for Samfunnsfag (SAM) Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) for gode innspill og tilbakemeldinger.

Jeg vil også rette en takk til mine foreldre som med en usedvanlig iver og nøyaktighet, har lest korrektur og rettet språket. Mamma, jeg skal aldri sette lys på noe igjen.

Takk også til Conrad, som tålmodig har hørt på min klagesang over telefon. Det har vært godt å få ut litt frustrasjon.

Andrea, takk for godt selskap både på lesesalen og ikke minst på pauserommet, gjennom hele studietiden. Masterhverdagen ville ikke vært det samme uten deg.

Helt til slutt vil jeg gi meg selv en klapp på skulderen for å ha hatt disiplin nok til å gjennomføre dette studiet. Det har til tider vært slitsom, frustrerende og stillesittende, noe som har medført stiv nakke og stive skuldre. Takket være Naprapaten min, har også dette løst seg underveis. Tiden har gått fortere enn forventet, og det har alt i alt vært en lærerik prosess.

Oslo 14.05.2012

Rebekka Marøy Pedersen

INNHOLDSLISTE

SAMMENDRAG	II
ABSTRACT	III
FORORD	IV
INNHOLDSLISTE	IV
1. EN INTRODUKSJON	1
1.1 Innledning	1
1.2 Kart og kompass for oppgaven.....	1
1.3 Plass i sosialt arbeid og egen interesse	2
1.3.1 Problematikken i dagens Norge.....	2
1.3.2 Egen interesse.....	3
1.3.3 Jeg og urinprøven	3
1.4 Problemstilling	4
1.4.1 Avgrensing og presisering av problemstillingen	4
1.5 Begrepsavklaring.....	5
1.5.1 Lavterskeltilbud	5
1.5.2 Akuttbehandling	5
1.5.3 Langtidsbehandling.....	5
1.5.4 Legemiddellassistert rehabilitering LAR.....	6
1.5.5 Ettervern	6
1.6 Begrep om den rusmiddelavhengige.....	6
1.7 Urinprøver i forhold til loven og LAR.....	7
1.7.1 Lovverk om urinprøvetaking i institusjon.....	7
1.7.2 Lovverk om LAR.....	8
1.8 Urinprøver.....	10
1.8.1 Når urinprøven tas.....	11
1.8.2 Retningslinjer for urinprøvetaking.....	11
1.9 Tidligere forskning.....	12
1.10 Formål med studien.....	12

2. TEORETISK ASPEKT	13
2.1 Bourdieus begreper og drøfting	13
2.1.1 Symbolsk kapital.....	13
2.1.2 Habitus	14
2.1.3 Drøfting av Bourdies begrep	14
2.2 Foucaults begreper og drøfting.....	15
2.2.1 Overvåkning, straff og det panoptiske fengsel.....	15
2.2.2 Biomakt.....	16
2.2.3 Drøfting av Foucaults begreper.....	16
2.3 Sentrale begreper innen sosialt arbeid.....	17
3. METODE.....	18
3.1 Å finne mening	18
3.2 Forskningsdesign.....	18
3.2.1 Intervjuguiden og innhenting av informanter	19
3.2.2 Utvalget og kriterier	19
3.2.3 Intervjusituasjon.....	20
3.3 Godkjenning.....	21
3.4 Det etiske aspektet i intervjuundersøkelsen og egen posisjon i feltet.....	21
3.4.1 Min posisjon i feltet	21
3.5 TRANSKRIBERING OG ANALYSERING.....	22
3.5.1 Fra lyd til skrift.....	22
3.5.2 Å finne frem.....	22
3.5.3 Hvordan urinprøvetaking påvirker relasjonen mellom pasient og ansatt.....	23
4. MENINGEN AV RELASJON OG EMPATI HAR BETYDNING FOR RELASJONEN.....	25
4.1 Relasjon.....	25
4.1.1 Hva er en relasjon?.....	25
4.1.2 Åpenhet for uttrykk for følelser	26
4.1.3 Kontrollert følelsesmessig involvering.....	26
4.1.4 Akseptering.....	26
4.1.5 Individualisering.....	27
4.1.6 Ikke-dømmende holdning	27

4.1.7 Klientens selvbestemmelsesrett.....	27
4.1.8 Taushetsplikt.....	28
4.1.9 Relasjon mellom ansatt og pasient	28
4.1.10 En relasjon er gjensidig.....	29
4.2 Empati.....	30
4.2.1 Hva er empati?.....	30
4.2.2 Empati – en prosess.....	32
4.2.3 Empatiske hindringer	32
5. UBEHAG KNYTTET TIL KULTUR OG KONTEKST	34
5.1 Er det ubehagelig å ha makt?	34
5.2 Ubehag og kultur	35
5.2.1 Skandinavisk kultur.....	35
5.2.2 Å være like	36
5.2.3 Kontekstuelt ubehag	38
6. URINPRØVEN SOM ET MAKTMIDDEL.....	40
6.1 Samfunnet bestemmer	40
6.2 Disiplin og overvåkning.....	40
6.2.1 Hjelp, krav og normalisering	41
6.2.2 Urinprøvens hensikt.....	44
7. MAKT OG KONTROLL VERSUS OMSORG OG HJELP	46
7.1 Makt og hjelp	46
7.1.1 Maktbalanse.....	46
7.2 Kontroll og omsorg.....	48
7.2.1 Kan en vite den andres beste?	48
7.2.2 Rollekonflikt og filosofi	50
7.2.3 Makt og kontroll, omsorg og hjelp, sammenvevde dimensjoner.....	51
7.3 Å kunne oppnå indre kontroll	52
7.3.1 Hjelper ytre kontroll?	52

8. Å VÆRE PROFESJONELL	55
8.1 Hva er profesjonalitet?.....	55
8.2 Å være profesjonell	55
8.2.1 Å ta urinprøver på en profesjonell måte	56
8.2.2 Tillit og respekt	57
8.2.3 Profesjonalitet og relasjon.....	58
8.3 Å kombinere det å være profesjonell med det private	58
8.3.1 Profesjonell og privat – en helhet.....	59
9. TILLIT	61
9.1 Hva er tillit?	61
9.1.1 Tillit er følelser	61
9.1.2 Mistillit	62
9.2 Tillit går begge veier	63
9.3 Tillit, mistillit og relasjon henger sammen	64
10. DET MÅ VÆRE ROM FOR AT PASIENTENE VISER SYMPTOMER PÅ SYKDOMMEN SIN	66
10.1 Rusmiddelavhengighet – en sykdom	66
10.1.1 Rusmiddelavhengige, en utfordrende gruppe å jobbe med	67
11. KONKLUSJON OG AVSLUTNING	69
LITTERATURLISTE	72
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv.....	77
Vedlegg 2 – Intervjuguide	78
Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring.....	79
Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) ...	80

1. EN INTRODUKSJON

1.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for temaet jeg har valgt for denne studien. Jeg ønsker å si noe om egen interesse for dette feltet, hvorfor jeg har valgt temaet, og redegjøre for temaet sin relevans for sosialt arbeid. Videre vil problemstillingen bli presentert, etterfulgt av et avsnitt der jeg beskriver og avklarer sentrale begreper. Jeg vil ta opp sentrale begreper for rusbehandling og gi en kort beskrivelse av ulike deler av rusbehandlingsapparatet. Lovverket som omhandler urinprøver og LAR, legemiddelassistert rehabilitering vil bli beskrevet og kommentert. For å gjøre det lettere for deg som leser å forstå urinprøvetaking, vil jeg beskrive selve prosedyren. Avslutningsvis vil jeg i dette kapitlet kort nevne litt om tidligere forskning, samt formålet med studien jeg har gjort. Jeg velger å starte med en gjennomgang av oppgavens oppbygging for å gi en oversikt hva den vil inneholde.

1.2 Kart og kompass for oppgaven.

Oppgaven består av 11 kapitler, og det vil være en kort innledning til hvert av dem. Første kapittel er kort beskrevet over, og en introduksjon til de øvrige. Videre vil jeg kort beskrive og drøfte teorier jeg har brukt for å se på materialet mitt. I metodekapitlet gir jeg en kort presentasjon av metodiske og teoretiske aspekter av oppgaven, hvor jeg starter med min undersøkelse blant ansatte i rusbehandling. Jeg vil kort redegjøre for den kvalitative studien og forskningsintervjuet. Videre beskriver jeg intervjuguide, hvordan jeg innhentet informanter og noe om selve intervjusituasjonen. Etske aspekter ved undersøkelsen vil også bli beskrevet. Som innledning til analysen kommer et avsnitt om transkribering og analysering. I analysen kommer jeg inn på sentrale temaer, som vil bli presentert i analysekapitlet. Disse belyses gjennom intervjuer med profesjonelle hjelpere og er av stor relevans for sosialt arbeid. Før jeg kommer inn på disse vil jeg gjøre rede for to sentrale begreper i sosialt arbeid, dette er relasjon og empati, som også har blitt en del av analysetemaene. Disse begrepene gikk igjen i materialet mitt, spiller en sentral rolle gjennom analysen, og har derfor blitt en del av den. Jeg avslutter med en konklusjon som inneholder en del refleksjoner over hva jeg har lært om hvordan urinprøven påvirker relasjonen mellom profesjonelle hjelpere og pasienter i rusbehandling.

1.3 Plass i sosialt arbeid og egen interesse

1.3.1 Problematikken i dagens Norge

Rusproblematikk er et stort sosialt problem i Norge, både med tanke på legale og illegale rusmidler. Tall fra 2009 viser at det var 12 777 innleggelser i tverrfaglig spesialiserte behandlingsinstitusjoner i regi av regionale helseforetak i følge Statens institutt for rusmiddelforskning.¹ En kan tenke seg at tallet øker betraktelig om en regner med private institusjoner. Norge er på Europatoppen når det gjelder overdosedødsfall, selv om antallet overdoser har sunket siden 2001 (Clausen 2010). Det er også tydelig at problematikk rundt rus og rusbruk er samfunnsengasjerende, og har vært på den politiske agendaen lenge. Temaet er høyst dagsaktuelt, og det forskes og skrives mye på området kontinuerlig.

Rusbehandling er ikke noe statisk, men dynamisk som forandres med tiden vi lever i. Det samme gjelder også for hvordan vi ser på ruskontroll. Rusbehandling er i stadig utvikling. Dette kan en lese ut fra undersøkelser og forskning rettet mot at sosialt arbeid skal gjøres mer kostnadseffektivt. Det pågår stadig diskusjoner om hvordan sosialt arbeid kan utføres på best og mest mulig effektiv måte. Brukes riktige arbeidsmetoder og på hvilke grunnlag brukes disse? Er de kunnskapsbasert eller evidensbasert? (Tengvald 2003). Dette viser at det fortsatt er mye å lære og mye å forske på innen rus og rusbehandling. Det gjelder både fra et økonomisk perspektiv, med tanke på kostnadseffektivitet, og et behandlingsperspektiv, med tanke på bedre behandling. Per Holth (2010) hevder at Norge ikke har klart å henge med på forskningen innen rusbehandling. Ettersom forskningen har utviklet nye og effektive metoder har ikke behandlingsfeltet klart å henge med, noe som fører til et sprik mellom forskning og praksis.²

At rus er et samfunnsengasjerende tema kan en også se ut i fra media sin oppmerksomhet, antall rusorganisasjoner, tidsskrifter, rusforskning og opptrappingsplaner innen rusfeltet. Det er tydelig at også regjeringen er opptatt av rusproblematikken i Norge. Tall fra statsbudsjettet for 2011 viste også at det satses på rusfeltet. Regjeringen foreslo en økning på hele 100 millioner kroner på rusfeltet i år. Av disse ønsket regjeringen at det skal brukes 20 millioner på tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og 70 millioner på kommunalt rusarbeid. De ønsket også å styrke rusmestring i fengslene med 5 millioner kroner. Dette for å gi et bedre tilbud til

¹ <http://statistikk.sirus.no/sirus/> lastet ned 15.03.12.

² <http://www.forskning.no/artikler/2010/april/247176> lastet ned 16.03.12

innsatte med rusproblemer.³ På en annen side opplever rusfeltet i Oslo nedskjæringer, spesielt på avgiftningsområdet. Det fryktes alvorlige konsekvenser grunnet denne nedskjæringen, men en ser at det er uenighet omkring dette. Fra juli 2010 til mars 2011 ble avgiftningsplassene redusert fra 69 til 40 plasser. Nedskjæringene skulle føre til bedre kvalitet i avrusningen, men har ført til vanskeligere inntakssystem og færre plasser. En kan oppfatte dette kuttet som noe som går i mot opptrappingsplanen for rusfeltet som beskrevet over. Det er imidlertid en diskusjon rundt disse nedskjæringene og hva de fører til.⁴ Denne debatten viser at rus som tema er høyst relevant for sosialt arbeid. Nedskjæringer i akutt rusbehandling får også konsekvenser videre i systemet. Er det lange ventelister på avgiftningsplass får dette betydning for pasienter som har fått plass på langtidsbehandling innen en bestemt dato.

1.3.2 Egen interesse

Jeg har lenge vært opptatt av rusfeltet, fra lavterskeltilbud, behandling, LAR, ettervern og oppfølging. Min interesse for dette feltet var en av grunnene til at jeg ønsket å bli sosialarbeider. Rusmiddelavhengige er mennesker en som sosialarbeider vil kunne møte, uansett hvor i systemet en jobber. En kan si at store deler av sosialt arbeid og arbeid innen helsevesenet er rusrelatert. Dette er uavhengig om en arbeider i NAV, rusbehandling, sykehus, psykiatri eller innen barnevernet. Det vil av den grunn være store sjanser for at en vil arbeide med noe som er rusrelatert, enten direkte eller indirekte. Som saksbehandler i NAV kan sosialarbeideren møte en rusmiddelavhengig som trenger penger. I barnevernet møter en mødre som ikke makter å ta seg av barnet sitt på grunn av rusbruk. En trenger nødvendigvis ikke være sosialarbeider for å møte rusmiddelavhengige. Det kan være møtet med en selger av = Oslo på gaten, eller en arbeidsgiver som må si opp en ansatt grunnet rusbruk. En venn kan være pårørende til en rusmiddelavhengig uten at en vet om det. Ut i fra dette ser en at rus og rusbruk omfatter store deler av samfunnet, både det som er synlig, og det mindre synlige.

1.3.3 Jeg og urinprøven

Etter fullført grunnutdanning startet jeg å jobbe ved en langtids rusbeholdingsinstitusjon på avdeling for voksne menn. Her fikk jeg mitt første møte med urinprøven. Jeg var klar over at urinprøvetaking var en del av arbeidet. Som nyutdannet var jeg opptatt av å gjøre en god jobb, og urinprøvetakingen var intet unntak. Allerede første gang jeg sto i situasjonen opplevde jeg hvor utfordrende dette var. Jeg var ung og nyutdannet, i tillegg skulle jeg ta urinprøve av en

³ <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2011/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Rusfeltet/> lastet ned 17.03.12

⁴ <http://www.rus.no/id/539> lastet ned 17.03.12

mannlig pasient som var en del eldre enn meg. Jeg husker at jeg var nervøs, og lot som om jeg fulgte med da han urinerte i det hvite plastglasset. Det spant mange tanker rundt i hodet mitt. Etter hvert som tiden gikk og jeg fikk mer erfaring, slapp denne nervøsiteten taket, og jeg ble mer vant til situasjonen. Jeg opplevde likevel aldri å bli helt komfortabel med disse situasjonene. Etter at jeg hadde jobbet der nærmere et år, ble dette med urinprøver et faglig anliggende på institusjonen. Det ble startet en dialog rundt dette med urinprøver, om det var nødvendig, og pasientene ble tatt med i denne diskusjonen. Frivillige urinprøver ble forsøkt for de pasientene som hadde mulighet til det, og ikke var bundet til LAR. Jeg fikk delta på fagdager institusjonen arrangerte om temaet og brukte kunnskaper jeg tilegnet meg her til å utforme prosjektet mitt, og endte til slutt opp med en problemstilling.

1.4 Problemstilling

Dette er en kvalitativ studie om ansatte sine opplevelser omkring urinprøvetaking i rusbehandling. Problemstillingen jeg har valgt lyder som følger:

Hvordan påvirker urinprøvetaking relasjonen mellom ansatt og pasient i rusbehandling?

1.4.1 Avgrensning og presisering av problemstillingen

En kan lese i litteratur og i lovverk at urinprøvetaking innen rusbehandling er et ”*inngrepende tiltak i pasientens integritetssfære*” slik det står i merknader til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering.⁵ I dette sitatet ligger det at urinprøvetaking kan være en ubehagelig opplevelse for dem det gjelder. Da det er pasienten det gjelder er det naturlig at fokus ligger på hvordan de opplever denne inngripen i integritetssfæren. En kan selv tenke seg hvordan det ville føles dersom en annen person skulle se på mens en gjorde sitt ”fornødne”. Jeg har imidlertid ønsket å belyse hvordan urinprøvetaking oppleves for den som tar prøven, den ansatte. Dette var noe som vakte særlig interesse da jeg ikke kunne finne noe forskning på dette. Jeg tenker at en ikke må glemme at det er to sider ved urinprøvetakingen. Analytisk har jeg vært opptatt av hvordan den ansattes opplevelse påvirker relasjonen mellom ansatt og pasient. Forskningsspørsmål jeg har ønsket å undersøke er:

- Hva er en god og en dårlig relasjon for informantene?
- Har informantenes opplevelse av urinprøvetaking noe å si for relasjonen til pasienten?
- Vil informantens opplevelse av dette kunne ha betydning for behandlingen?
- Hvilken tanker har informantene om urinprøvetaking som ”verktøy” i rusbehandling?

⁵ <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/LAR/Vedlegg+2+Forskrift> lastet ned 19.03.12.

1.5 Begrepsavklaring

Jeg starter oppgaven med å definere hva som menes med rusbehandling, og har valgt å definere rusbehandling som et felt. Med begrepet felt, mener jeg Bourdieus (1993 sitert fra Aamodt Granli 2005) begrep om felt. Han uttaler dette som et sosialt felt, og mener da en institusjon eller en avgrenset gruppe mennesker som strir om noe de har felles innenfor dette feltet. Innenfor hvert felt vil det være ulike posisjoner som kjemper om å ha definisjonsmakt over situasjonen.⁶ Sentralt for felt begrepet er begrepet om relasjon, da en kan si at felt, er forankret i relasjon. Alle felt har noe til felles. Et av disse omhandler underliggende spenninger og motsetninger mellom relasjonene i feltet. Aktørene i feltet vil hele tiden bruke tid og energi på å kjempe om makt og posisjoner, og det som er av høyest verdi innenfor det gitte feltet. Det er autonomi som skiller feltene fra hverandre og hvert felt har sine egen regler, normer og språkkoder (ibid, 51-52). Lavterskeltilbud/rusomsorg, akuttbehandling, langtidsbehandling, LAR og ettervern vil altså inngå i rusbehandling som felt i denne studien.

1.5.1 Lavterskeltilbud

Lavterskeltilbudene tilbyr det de kaller omsorgsrettede og skadereduserende tiltak, som er utlevering av mat, rent brukerstyr og midlertidig bopel. Det legges også vekt på viderefremføring til andre instanser, noe som medfører hjelp til eksempelvis å opprette ansvarsgruppe eller finne frem til andre tilbud som egner seg for den rusmiddelavhengige.⁷

1.5.2 Akuttbehandling

Akuttbehandling tilbyr akutt hjelp når rusmiddelinntaket fører til akutt fare for liv eller helse, når det er fare for alvorlige abstinenskomplikasjoner, for gravide, ved fare for atferdsendring og med fare for andres eller eget liv og helse. Det kan også være når rusinntaket kan føre til alvorlige relasjonsbrudd eller funksjonstap. Akuttbehandling er del av spesialisthelsetjenesten. Pasientene søkes inn via fastlege, legevakt, sosialtjeneste eller annen spesialisthelsetjeneste.⁸

1.5.3 Langtidsbehandling

Det finnes både privat og offentlig langtidsbehandling, og behandlingsopplegget/programmet kan variere fra institusjon til institusjon. Noen tilbyr eksempelvis medikamentell behandling i form av Subutex, Subuxone eller Metadon. De offentlige behandlingsstedene er i regi av

⁶ <http://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/fr/bourdieu-forms-capital.htm> lastet ned 16.03.12

⁷ <http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/tjenestetilbudet/article28759-8842.html> lastet ned 16.03.12.

⁸ <http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/avdelinger/rusakuttmottak/Documents/Rusakuttbrosjyre.pdf> lastet ned 16.03.12.

sykehusene og en del av spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer tverrfaglig spesialisert rusbehandling med fokus på rusmiddelbruk og psykiske lidelser. Behandlingsperioden kan ha varighet på opptil et år, og pasienten søkes inn via fastlege, sosialtjeneste eller annen spesialisthelsetjeneste.⁹

1.5.4 Legemiddelassistert rehabilitering LAR

LAR er substitusjonsbehandling med Metadon eller buprenorfin ved opiatavhengighet. Jeg vil komme med en nærmere beskrivelse av dette og lovverket som omhandler LAR under avsnittet om lovgivning.

1.5.5 Ettervern

Ettervern hører inn under kommunen, eller det private. Formålet er å bedre pasientens livskvalitet gjennom for eksempel ulike aktiviteter og arbeidstrening. Dette med et mål om at pasientens kan tilbakeføres til samfunn og arbeidsliv. En kan også innen ettervern være bruker av LAR.¹⁰

1.6 Begrep om den rusmiddelavhengige

Jeg har i studien valgt å bruke pasientbegrepet om den/de rusmiddelavhengige. Dette fordi det er urinprøvetaking som er i fokus. Urinprøvetaking blir utført på rusmiddelavhengige som enten er innskrevet på institusjon, eller LAR. På institusjon er en innlagt via helseforetakene, og en anses da som pasient. En anses også som pasient når en er i LAR jamfør lovgivningen. Valget om bruk av dette begrepet henger også sammen med rettighetene som er knyttet til pasientbegrepet og ens status som pasient, og ikke om en sykelligjøring. Pasientbegrepet vil forklares nærmere. Jeg har også valgt å bruke begrepet rusmiddelavhengig i stedet for rusmisbruker/rusmiddelbruker. Dette for å legge vekt på at personen er avhengig av et eller flere rusmidler, og ta fokus bort i fra misbrukerbegrepet.

⁹ [http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/behandlinger/Sider/rusmiddelmisbruk%20-%20tverrfaglig%20spesialisert%20behandling%20\(tsb\)%20.aspx](http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/behandlinger/Sider/rusmiddelmisbruk%20-%20tverrfaglig%20spesialisert%20behandling%20(tsb)%20.aspx) lastet ned 17.03.12.

¹⁰ <http://www.albatrossen.no/om-oss/index.html#2> lastet ned 17.03.12.

1.7 Urinprøver i forhold til loven og LAR

1.7.1 Lovverk om urinprøvetaking i institusjon

Lover og forskrifter gir føringer for hvordan ruskontroll kan opprettholdes i institusjoner. I følge forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester¹¹ m.v. kapittel 5 kan institusjoner blant annet foreta kroppsvisitasjon, kontroll av post, ransakelse og beslaglegning og kroppsundersøkelser. I § 5-8 står det at rusmiddelbrukeren kan gi samtykke til at det skal kunne tas urinprøver under oppholdet for å kunne avdekke bruk av rusmidler. Videre skal institusjonen ha ”regler for når urinprøve kan kreves avlagt, prosedyrer rundt avleggelsen og hvilke følger det kan få at det avlegges positiv prøve eller at prøve nektes avlagt”.¹² Denne forskrift gir rom for tolkning, noe som medfører at ulike institusjoner har ulik praksis. Noen institusjoner legger i stor grad vekt på kontroll, og begrunner dette ut fra deres synspunkt og ideologi, mens andre utøver mindre grad av kontroll av samme grunn. I praksis betyr dette at reine og ureine urinprøver ikke betyr det samme fra institusjon til institusjon. På en institusjon kan en urein urinprøve bety avsluttet behandling, mens det et annet sted ikke gjør det. Det betyr også at det er valgfritt for institusjoner å ha urinprøvetaking. Videre står det at pasienten skal være informert om dette før han eller hun eventuelt samtykker skriftlig, og at det skal være klart for rusmiddelbrukeren hvilke sanksjoner positive urinprøver kan medføre. I rundskriv til endelig forskrift om beboerens rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for rusmiddelbrukere (Rundskriv I-7/2000) under merknader, er urinprøver ytterligere beskrevet. Under merknad § 5-8 urinprøver, står det at institusjonene skal bestemme i hvilke tilfeller urinprøve kan kreves. Videre står det at rusmiddelbrukerens integritet skal ivaretas, og at institusjonen derfor må gjennomføre bruk av urinprøver så hensynsfullt som mulig.¹³

I de aller fleste behandlingsinstitusjoner i Norge er det vanlig å bruke urinprøver som kontrolltiltak selv om dette ikke er lovpålagt. Dette kan bekreftes av informantene som hevder at pasienter med lang erfaring innen behandlingssystemet er vant til urinprøver. Institusjonens ideologi rundt ruskontroll legger føringer for hvordan det skal arbeides, og hvordan miljøet på institusjonen skal være. Det vil si at de ulike institusjonene i stor grad selv bestemmer hvordan de ønsker å ha det. De kan altså sette som vilkår at pasientene skal avlegge urinprøver. I lovverket leser en at urinprøver i og for seg er frivillig, og at pasientene må

¹¹ Lov om sosiale tjenester ble erstattet med helse og omsorgstjenesteloven 01.01.12. Forskrift til sosialtjenesteloven er fortsatt gjeldende.

¹² <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-19921204-0915-005.html> lastet ned 18.04.12.

¹³ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2000/i-72000.html?id=108639> lastet 18.03.12.

samtykke til det. Med samtykke menes informert og frivillig samtykke. Den som samtykker må være innforstått med hva samtykket innebærer. I retningslinjene for urinprøvetaking, som vil bli nærmere beskrevet senere, står det: ”...samtykke til rusmiddeltesting ved prøvetaking i seg selv ikke gir hjemmel for sanksjoner overfor den som avgir prøven. Slik hjemmel må søkes i lov eller avtale.”¹⁴ I avtalen skal det komme tydelig frem at kravene til gyldig samtykke er ivaretatt, formålet med urinprøvetakingen og i hvor lang tid avtalen gjelder. Det skal også komme frem hva den eventuelle konsekvensen av positive prøver, manipulering av prøver og uteblivelse fra prøvetaking blir.¹⁵ Dette gjelder ikke for rusmiddelbrukere som er plassert på institusjon for behandling og omsorg etter tvang jamfør helse og omsorgstjenesteloven §§10-1, 10-4, lov om barneverntjenester §§ 4-24, 4,26, eller fengselsloven §12.

Urinprøvetaking kan ses på som en form for frivillig tvang jamfør sosialtjenesteloven §6-3.¹⁶ Om en ønsker behandling, må en akseptere at urinprøver tas, og innrette seg etter institusjonens regler på dette. På en annen side kan pasientene nekte å skrive under på å godta urinprøvetaking og likevel motta behandling dersom institusjonens prosedyrer ikke er godt nok utarbeidet. Dette kan ses på som en form for kunnskapsmakt, da ikke alle pasientene har kunnskaper om lovverket og de ulike institusjonene sine prosedyrer (Damsgaard Larsen 2010, 63). Ansatte må også innrette seg etter institusjonens regler og behandlingsideologi. Det kan tenkes at dette ikke er like greit for alle, og noen søker systematisk jobber der institusjonen praktiserer en ideologi som samsvarer mer med deres personlige måte å tenke og arbeide på.

1.7.2 Lovverk om LAR

Som nevnt er LAR behandling for opiatavhengige. Det er en tverrfaglig spesialisert behandling som gir vanedannende medikament i en bestemt dose og inngår i et helhetlig og delaktig rehabiliteringsforløp. I følge § 2 i forskrift om legemiddelassistert rehabilitering er formålet at den opiatavhengige skal oppnå økt livskvalitet og få hjelp til å endre egen livssituasjon gjennom bedring av mestrings og funksjonsnivå. Det er også et formål å redusere skade og forebygge overdosedødsfall. Når det gjelder § 4 om vilkår for innskriving, skal annen behandling helst ha vært prøvd først, og det skal gjøres en konkret vurdering av andre alternativer. Dette er med mindre en faglig vurdering ikke tilsier annet, og LAR anses som det beste behandlingsoalternativet. Lengde på avhengighet og pasientens alder skal særskilt

¹⁴ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitetskrav-til-rutiner-for-rusmiddeltesting/Publikasjoner/kvalitetskrav-til-rutiner-for-rusmiddeltesting.pdf> lastet ned 20.03.12.

¹⁵ <http://tidsskriftet.no/article/1139433> lastet ned 21.03.12

¹⁶ Lov om sosiale tjenester ble erstattet med helse og omsorgstjenesteloven 01.01.12.

vektlegges i bestemmelsen om søknaden skal innvilges. Det er lege innen spesialisthelsetjenesten som beslutter innskriving eller utskrivning i LAR. Gjennomføringen av behandlingen kan overføres til primærhelsetjenesten ved allmennlege. Dette krever tett samarbeid mellom primær og spesialisthelsetjeneste.

Videre tar § 7 for seg utlevering og inntak av det utskrevne legemiddelet. Det er også lege i spesialisthelsetjenesten som bestemmer utleveringsordninger. Her kan behovet for å sikre forsvarlig behandling vektlegges. Det vil si forhindring av at pasienten inntar legemiddelet i strid med legens rekvirering, og om legemidlene er tilgjengelig for andre enn pasienten. Dersom legen mener det er nødvendig kan han/henne bestemme at legemiddelet skal inntas i påsyn av helsepersonell. I § 8 står det at legen også kan beslutte at pasienten skal avlegge urinprøve, blodprøver eller prøver av annet biologisk materiale. Formålet med dette er å få oversikt over pasientens rusmiddelbruk og legemiddelinntak. Det kan for eksempel besluttes at urinprøver skal tas i påsyn av andre. Hvor ofte disse prøvene tas skal begrenses til det som er faglig forsvarlig. Under merknader til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering § 8 står det også det må vurderes om behandlingen er faglig forsvarlig dersom pasienten avlegger positive prøver.¹⁷ En ser at det er rom for relativt strenge restriksjoner både for utdeling av medikamenter og urinprøvetaking. Selv om det står i retningslinjene for LAR punkt 9.5.1 at hyppigheten av urinprøvene begrenses ut i fra det som er faglig forsvarlig, vil det kunne medføre restriksjoner i livsutfoldelse for pasienten. Under punkt 9.5.1.2 står det også at helsepersonell skal være tilstede når urinprøven avlegges, for å sikre at prøven virkelig kommer fra pasienten.

Urinprøvetaking i LAR er heller ikke pålagt, men noen en kan gjøre, og dette er opp til legen i spesialisthelsetjenesten å avgjøre. I nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering 9.2 står det at de fleste land som tilbyr LAR har strenge utleveringsordninger med daglig overvåket inntak. Dette for, som nevnt i § 8, å forhindre lekkasje av legemiddelet og risiko for overdosedødsfall. Den skal gjennomføres av hensyn til pasientens sikkerhet. Urinprøven er den sikreste måten å kontrollere inntak av rusmidler, og kan i følge de nasjonale retningslinjene brukes som:

- *”objektiv mål på rusmiddelbruk”*
- *”objektiv mål på at forskrevne legemidler tas som avtalt”*
- *”bekreftelse på selvrappportert rusbruk fra pasienten”*

¹⁷ <http://www.lovddata.no/ltavd1/filer/sf-20091218-1641.html> lastet ned 19.03.12.

- *”et verktøy for pasienten til å se utvikling av rusmestring over tid”*
- *”et mål på framgang i rehabilitering”*
- *”et verktøy for behandleren som ledd i kognitiv behandling av pasientens rusmestring som kan legge til grunn i vurdering av endring i planarbeidet”*
- *”dokumentasjon for pasienten ved søknad om førerkort”*

Urinprøvetaking kan forsvares i forhold til medisinske hensyn og med hensyn til pasientens behandling.¹⁸ LAR sine retningslinjer for urinprøver legger også føringer på andre rusbehandlingsinstitusjoner som har pasienter som også er i LAR. Institusjonen må da følge LAR sine retningslinjer i tillegg til egen prosedyrer rundt dette med urinprøver.

1.8 Urinprøver

Tidsskrift for Den norske legeforening skriver om økt behov for rusmiddeltesting i urin, og hevder at det med dette oppstår nye problemstillinger. En av disse dreier seg om hvor nyttig denne typen diagnostikk er i forhold til kostnaden. Dersom en ønsker god oversikt over rusinntaket, anbefales det å ta 1-2 urinprøver i uken. Urinprøvetakingen blir da et spørsmål om nytteverdi da prøvetaking og analysering er både tid og kostnadskrevende.¹⁹ I 2007 ble det anslått at mellom 200-250 millioner kroner ble brukt på urinprøver, og det bare innen LAR.²⁰ Det kan tenkes at dette tallet er betydelig høyere med tanke på avlagte urinprøver ved andre behandlingsinstitusjoner, samt økning i antall urinprøver fra 2007 til i dag.

Urinprøver blir brukt i rusbehandling primært for å avdekke rusinntak jmfør § 5-8 som beskrevet overfor. Måten den blir tatt på, kan som nevnt, variere fra sted til sted og kommer an på hvilke prosedyrer behandlingsstedet har. Den ansattes personlighet og eventuelt holdning vil også kunne påvirke hvordan urinprøven tas, eksempelvis hvor nøye en velger å følge med. Det finnes ulike typer urinprøver, som også vil bli beskrevet av informantene i et senere kapittel. Planlagte urinprøver, er urinprøver som tas på en fast dag innen et fastlagt tidspunkt, for eksempel hver torsdag innen klokken 12. Pasientene er altså informert om dag og tidspunkt. Stikkprøver, er urinprøver som tas utenom de som er planlagt. Grunnen til denne kan variere. Dette kan være fordi det er grunn til mistanke om rusinntak hos en pasient. Det er også vanlig å ta urinprøver på institusjoner når pasientene har vært på permisjon.

¹⁸ <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/LAR/9+Kontroll+av+behandlingen/9.5+Urinprøve/9.5.1+Bruk+av+urinprøver+i+LAR> lastet ned 19.03.12.

¹⁹ <http://tidsskriftet.no/article/1139433> lastet ned 19.03.12.

²⁰ <http://www.rus.no/id/456.0> lastet ned 21.03.12

Urinprøvene kan bli fremkalt på to ulike måter. Dette kan gjøres med hurtigtest, eller at en sender prøven inn til laboratorium. Med hurtigtesten finnes både fordeler og ulemper. Fordelene er at en får resultatet umiddelbart. Ulempen er spørsmålet om svarets pålitelighet. Det er også en rekke rusmidler det ikke er mulig å sjekke for, og det er vanskelig å oppdage manipulering av prøven. En bør i enhver situasjon vurdere om hurtigtesten er forsvarlig å bruke.²¹ Urinprøver som blir sendt til laboratorium tar ca en uke å få svar på. Urinen oppbevares kaldt og sendes i posten. Ved analysering på laboratorium kan en få kvantifisert prøven. Det vil si at dersom en vet sikkert hvor lang tid det har gått siden siste rusinntak og siste urinprøve, kan en estimere hvor mye av et middel som er inntatt, og om det har vært nytt inntak siden forrige prøve.²²

1.8.1 Når urinprøven tas

Jeg vil skissere et eksempel på hvordan en urinprøve kan tas. En ansatt og pasient går for å ta urinprøven. Dette foregår som oftest på et eget rom, spesielt laget for urinprøvetaking, men dette kommer an på oppbyggingen av institusjonen. Det er to rom vegg i vegg hvor det ene rommet er utstyrt som et toalett. Rommene skilles av en vegg med et vindu, gjerne med en tynn gardin. Dette gjør det mulig for den ansatt å observere pasienten når urinprøven blir tatt. Den ansatte har mulighet for selv å velge hvor nøye en vil følge med. Hvor nært en står vinduet, om en trekker for gardinen eller ikke. Før pasienten går inn på toalettet får han/hun et glass til å urinere i. Når pasienten så er ferdig settes glasset på vasken, og pasienten går ut. Urinen trekkes opp i et rør som låses, og prøven settes kaldt før den sendes til laboratoriet. Med prøven sendes også et skjema med dato og klokkeslett for tatt prøve, og en krysser ut hva en ønsker at prøven skal testes for og om en ønsker kvantifisering. Både pasient og ansatt signerer på skjemaet. Sosial-og helsedirektoratet har også gitt ut retningslinjer for rutiner med tanke på urintesting.²³

1.8.2 Retningslinjer for urinprøvetaking

Det er et sentralt krav om at rusmiddeltesting skal skje på en måte som ivaretar rettsikkerheten til pasienten som avlegger prøven, den ansattes interesse og rekvirenten på tilfredsstillende måte. Retningslinjene er laget med den hensikt å sikre at urinprøven utføres i overensstemmelse med rettstoksikologiske prinsipper. Laboratoriene har et særlig ansvar når

²¹ <http://tidsskriftet.no/article/1421298> lastet ned 17.03.12.

²² <http://tidsskriftet.no/article/1139433> lastet ned 19.03.12.

²³ <http://tidsskriftet.no/article/1139433> lastet ned 19.03.12.

det gjelder rusmiddeltesting hvor positive svar kan føre til sanksjoner. De må av den grunn jobbe i overenstemmelse med godkjente prinsipper for god laboratoriepraksis.²⁴ Prøvesvaret skal være så tydelig at analysen ikke kan gi grunnlag for alvorlige sanksjoner. Med det menes for eksempel tap av rett til arbeids- eller skoleplass. Prøvesvarene som er tatt etter retningslinjene bør ikke bli brukt til å presse fram tilståelser, som videre brukes til å straffe prøvetakeren alvorlig. Dette er juridisk betenkelig. Ut i fra retningslinjene skal ikke urinprøvetaking blir brukt som en metode for straff. Det skal skilles klart mellom prøver tatt til medisinske hensyn, og prøver som kan føre til negative sanksjoner. Urinprøver brukt i rusbehandling bør ha en langsiktig plan og det bør være klare avtaler mellom ansatt og pasient. Det bør også være et velbegrunnet valg av analysemetode.²⁵

1.9 Tidligere forskning

Til tross for litteratursøk på bibliotek, ”google scholar” og andre litteratursøk, har jeg ikke klart å finne tidligere forskning om sosiale, psykologiske og relasjonelle aspekter ved urinprøvetaking sett fra den ansattes side. Dette med unntak av en del forskningsrapporter om oppbevaring av urin, teknikk og oppdagelse av fusk ved urinprøvetaking. Det er imidlertid forsket på urinprøven som en teknologi for mistanke av Nancy D. Campbell (2004)

1.10 Formål med studien

Formålet med studien er at jeg ønsker å bidra til økte kunnskaper, kompetanse og bevisst refleksjon rundt bruk av urinprøven i rusbehandling, og hvordan det oppleves for den som har som oppgave å ta prøven. Alt er relasjonelt, ville Bourdieu ha sagt. Det vil derfor være naturlig at urinprøvetaking også påvirker relasjonen mellom ansatt og pasient. Målet har ikke vært å belyse riktige og mindre riktige måter for ansatte og tenke på, heller at en som profesjonelle også er individer som tenker og reagerer på forskjellige måter. Mer kunnskaper om dette kan føre til økt bevissthet rundt den ansattes rolle i urinprøvetakingen, noe som også er viktig å ta med.

²⁴ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitetskrav-til-rutiner-for-rusmiddeltesting/Publikasjoner/kvalitetskrav-til-rutiner-for-rusmiddeltesting.pdf> lastet ned 20.03.12

²⁵ <http://tidsskriftet.no/article/1139433> lastet ned 21.03.12.

2. TEORETISK ASPEKT

Fokuset i oppgaven er tredelt og dreier seg om det sosiale, psykologiske og det relasjonelle. For å analysere materialet har jeg valgt å bruke relevante tanker fra litteratur i sosialt arbeid, som relasjon, samt relevante begreper fra Pierre Bourdieu med hans begrep om symbolsk kapital og habitus, og Michel Foucault med hans tanker om overvåkning, straff, det panoptiske fengsel og biomakt. For å gi deg som leser innblikk i denne teorien vil jeg her gi en kort beskrivelse og drøfting av disse begrepene. Videre drøfting og tolkning av begrepene har jeg valgt å trekke inn i analysekapittelet, dette for å gi mer helhet. Teoriene jeg har valgt, blir brukt for å synliggjøre sentrale aspekter ved de analytiske temaene for oppgaven. Disse har bidratt til å gi meg forklaring på hvordan og hvorfor ansatte på ulike måter kan oppleve dette med urinprøvetaking.

2.1 Bourdieus begreper og drøfting

2.1.1 Symbolsk kapital

Bourdieu var en kjent teoretiker/praktiker som har utformet en rekke begreper som kan anvendes innenfor sosialt arbeid. For å beskrive begrepet symbolsk kapital, vil jeg også kort nevne felt-begrepet som Bourdieu opererer med. Felt er altså en sosial arena hvor en praksis utspiller seg innenfor. For at noe skal utgjøre et felt, må det stå noe på spill innen dette feltet som er verdt for aktører å kjemp for. Det er et sted hvor det foregår sosiale kamper og det er om å gjøre å ha ulike kapitalformer (Bourdieu og Wacquant 1993, 82-84). Under nevner jeg ulike kapitalformer. Det er disse kapitalformene feltet defineres ut i fra, og som gjør at dette spillet aktørene kjemper for ikke ses som tilfeldig (Bourdieu 1986, 241).

Det finnes flere former for kapital, og symbolsk kapital omhandler det sosiale grupper vil se på som verdifullt. Den symbolske kapitalen blir bare virkelig i det vi forstår at den økonomiske, sosiale og kulturelle kapital ikke er historisk, tilfeldig eller kan eies (Aamodt Granli 2005, 49-50). Symbolsk kapital handler om hvilken evne en har til å utnytte de andre formene for kapital (Bourdieu 1986 sitert fra Wilken 2008, 39). Det handler også om hva som gjenkjennes som verdifullt, og tilkjennes verdi av ulike sosiale grupper. Bourdieu bruker dette begrepet for å forklare at bestemte mennesker, institusjoner, titler eller vitenskaper, erkjennes og gjenkjennes som spesielt verdige, verdifulle eller overlegne. En kan si at det dreier seg om å ha tilgang til ulike goder, og når en ikke har tilgang til disse, fører dette til utestengelse fra sosiale nettverk. Det vil kunne si at høy sosial kapital fører til en posisjon som dominerende,

og lav sosial kapital fører til at en blir dominert. På denne måten vil det alltid være noen som er underpriviligert, og som følge av lav sosial kapital, alltid vil være underlegne. For å klatre på den sosiale rangstigen må en inneha en viss type evne, ressurser eller interesser. Om en klarer å skaffe seg dette, vil det ikke si at en umiddelbart vil bli godtatt av de dominerende. Det vil bestandig være noe som mangler, og dette vil skinne igjennom fordi en ikke er født med rett symbolsk kapital (Bourdieu sitert fra Aamodt Granli 2005, 45, 49).

2.1.2 Habitus

Det er vanskelig å omtale symbolsk kapital uten å se på habitus begrepet. Med habitus mener Bourdieu at mennesket ikke handler uavhengig og selvstendig, men ut i fra nedfelta erfaringer som ligger til disposisjon i kroppen. Habitus er et system av varige disposisjoner og disse disposisjonene er et resultat av minner og erfaringer som setter seg i kroppen. Det er dette systemet som gjør at det mulig å handle å tenke for mennesket. Habitus kan ses på som den kunnskapen mennesker har til å kunne handle meningsfylt, og hvordan mennesker omsetter denne kunnskapen til praktisk handling (Bourdieu og Wacquant 1993, 107-112). En kan si at habitus følger med en i generasjoner ved bruk av for eksempel klassifikasjonssystemer, som er med på å opprettholde klasseskiller. Bourdieu mener at klassifikasjonssystemer lager objektive inndelinger som omdanner sosiale egenskaper til biologiske (Bourdieu sitert fra Aamodt Granli 2005 50-53). Selv om disposisjonene i habitus er varige, vil det ikke si at de er livsvarige eller uforanderlige. Bourdieu selv refererer til habitusbegrepet som *"tregt, men foranderlig"* (Bourdieu og Wacquant 1993, 119).

2.1.3 Drøfting av Bourdies begrep

Jeg tenker at Bourdieus begreper kan forstås som del av ens kultur, noe som videre forklarer hvordan symbolsk kapital og habitus kan ha innvirkning på hvordan en oppfatter og forstår situasjoner. Symbolsk kapital og habitus kan være med på å utforme ulike sosiale grupper, som ofte vil interagere med hverandre. Disse forskjellene kan ses på som kulturforskjeller en er født inn i med habitus, og som videre påvirker hvor mye kapital en vil være i besittelse av i samfunnet. Forskjellen mellom en ansatt og pasient vil da komme til syne. Det vil være stor sannsynlighet for at en ansatt har høyere symbolsk kapital, og være fra en annen kultur enn en pasient. Denne forskjellen vil også kunne oppstå ansatte i mellom, og kan være med på å forklare hvorfor en opplever ting forskjellig. Habitus er også med på å forme en som person, og har dermed innvirkning på hvordan en opplever det som er rundt en. Den kan illustrere

hvorfor det er naturlig for ansatt og pasient å oppføre seg og tenke på ulike måter. Bourdieus begreper kan dermed være med å vise hvorfor en reagerer ulikt i ulike situasjoner.

Slik jeg forstår det tar ikke Bourdieus begreper i særlig grad høyde for egne valg.

Disposisjoner i kroppen og tilgang til ulike kapitalformer er i stort sett forutbestemt. En velger altså ikke selv i hvilken klasse eller sosial gruppe en havner i. Jeg tenker imidlertid at det ikke alltid vil være slik, da egne valg, og personlighet også vil kunne ha innvirkning. Et eksempel på dette kan være resiliensteori, eller "løvetannbarnet". Selv om et barn vokser opp under svært vanskelige forhold, vil det ikke si at det må handle ut i fra disposisjoner. Barnet kan likevel klare seg bra ved hjelp av miljømessige- og individuelle egenskaper (Shulman 2003, 119-120). Det vil altså være mulig å ta egne valg, skape noe nytt og bedre for seg selv, og bryte med disse disposisjonene, positive som negative.

2.2 Foucaults begreper og drøfting

2.2.1 Overvåkning, straff og det panoptiske fengsel

Foucault beskriver i sine bøker om *Galskapens Historie* (1991) og *Overvåkning og Straff* (1994), om innesperring og fengselets historie. Han beskriver hvordan fengselssystemets straff har utviklet seg fra fysisk avstraffelse og innesperring til disiplinering. Foucault hevder at fengsling og straff ved fysisk avstraffelse og innesperring har vært et forsøk på å kontrollere menneskets kropp. Den nye formen for straff, nemlig disiplin er en måte å forsøke å kontrollere mennesket på. I disiplin legger han systematikk, oppdelthet, oversikt og konsekvens, og forklarer det videre med det Panoptiske fengsel som er med på å vise et nytt type samfunn. Det hele handler om å få mest mulig nytteverdi ut av mennesket. Med økonomiens og vitenskapens fremvekst er disiplinering av mennesker på denne måten mulig. Dette skjer ikke bare i fengslene, men også i andre deler av samfunnet som skolene, hæren og i fabrikkene. I denne oppgaven er det ikke selve fengselshistorien det skal være fokus på. Det jeg vil se på er måten Foucault viser til hvordan ikke bare fengslene som en institusjon, men også samfunnet er fengselsaktig. Han sammenligner samfunnet med det Panoptiske fengsel. Det panoptiske fengsel var bygget som en sirkel med et tårn i midten og på en slik måte at en hadde innsyn i alle cellene fra tårnet. Fra cellene var det ikke mulig å se inn i tårnet. På denne måten kunne fangevokteren overvåke fangene til en hver tid. Fangene derimot, visste ikke når de ble overvåket. Samfunnet har blitt fengselsaktig ved å ta opp teknikker fengselet bruker, og

fengselet blir da bare en av mange disiplinerende institusjoner i samfunnet (Mathiesen sitert fra Foucault 1994, forord).

2.2.2 Biomakt

Med begrepet biomakt mener Foucault en form for disiplinær makt som er rettet mot kroppens anatomi. Biomakten retter seg mot hele befolkningsgruppers fødsels og dødsrater, sykdommer og reproduksjonsbetingelser. Med dette begrepet beskriver han hvordan medisinsk kunnskap i det nittende århundre har rettet sitt blikk mot kroppen. Hvordan en bruker kroppen til å se etter tegn og symptomer, diagnostisering og prognoser (Lart 2010). Han trekker i dette begrepet også inn begrepet om biopolitikk, og drar oppmerksomhet mot en makt som opererer gjennom forvaltningen av selve livet, altså kroppen. Både individuelt og kollektivt (Mckee 2009, 466). Dette omhandler hvordan en regjering kan styre befolkningen i en stat gjennom kontroll av blant annet hvordan folk bosetter seg, kontroll av arbeid, skolegang og rett til helsehjelp. Det dreier seg altså om en maktstrategi som retter seg mot menneskers livsbetingelser. Nazi Tyskland kan være et eksempel på en synlig form for denne biopolitikken, men den finnes også i moderne samfunn, lik vårt eget, som ses på som opplyst og fritt (Foucault, 1999b, 129-131).

2.2.3 Drøfting av Foucaults begreper

Foucaults begreper oppfatter jeg som forklarende for hvordan urinprøven fungerer i forhold til samfunnets behov for kontroll og disiplinering. Disse begrepene er med på å belyse hvordan samfunnet har behov for å kontrollere individet, ved å overvåke det. En kan ikke gjøre som en vil fordi samfunnet ønsker at en som individ skal utgjøre nytteverdi. Det normale blir det samfunnet ønsker at en skal være, og avvikere blir straffet. Begrepet om biomakt belyser dette med urinprøven som overvåkningsmiddel for å kunne ha makt over kroppen. Det handler om at samfunnet kan bruke vitenskap til det negative, og hvordan de som bestemmer over denne vitenskapen sitter med makt til å definere hva som er bra og hva som er mindre bra. Med Foucaults tanker ønsker jeg å belyse disiplineringen av samfunnet og disiplineringsteknikker som ligger skjult i det vi anser som det normale, og som vi kanskje er en del av, uten helt å være oss bevisst det. Når det normale er definert, blir det også legitimt å overvåke og straffe det anormale. Det er som Foucault skriver i *Overvåkning og straff*, om det han kaller "the gaze", eller blikket, som er en makt som ligger i institusjonene i samfunnet. "The gaze" er integrert i maktsystemer og er ideer om kunnskap. Både biomakt, biopolitikk og panoptikon er en del av dette blikket, og er konsepter som tilnærmer seg et selvregulerende system for

overvåkning. Dette overvåkende blikket, enten om det er ekte eller ikke, har en selvregulerende effekt (Foucault 1994). Dette viser hvordan, ikke bare pasienter som avlegger urinprøver, men alle i samfunnet på en måte blir overvåket. Enten av institusjoner i samfunnet eller av seg selv. Foucaults begreper er med på å vise hvordan urinprøven kan ses på som et dressurmiddel som brukes i et forsøk på å holde orden i samfunnet vi lever i.

Det kan tenkes at Foucault heller ikke tar høyde for menneskets mulighet til å ta egne valg, ettersom han mener at en er underlagt en makt som gjør at en blir disiplinert. Dette kan være av samfunnet eller seg selv. Denne disiplinære makten, tolker jeg som totalitær, og noe som gjennomsyrrer alt. Ut i fra Foucault kan det virke som om det er umulig for mennesket å handle fritt ut fra egen vilje, fordi kroppen blir dressert gjennom hierarki og normaliserende sanksjoner (Foucault 1999a, 152, 153). Jeg kan si meg enig i at det ”normale” vektlegges i dagens samfunn, og at det skjer en form for normalisering gjennom ulike institusjoner. Men jeg har likevel tro på mennesket som fritt og tenkende. Foucaults begreper kan derfor tenkes å ta fokus bort fra individet. Dette fordi han muligens ville ansett urinprøven som en forsterkning av individets egen overvåkning av seg selv.

2.3 Sentrale begreper innen sosialt arbeid

Sentrale begreper jeg har valgt å bruke fra sosialt arbeid er empati, relasjon, profesjonalitet, tillit, makt og avmakt. Jeg har tatt utgangspunkt i beskrivelser fra blant annet Judy Kokkin, Ulla Holm og Harald Grimen. Da disse begrepene også anses som funn i materialet mitt, har jeg valgt å redegjøre for dem, og integrere disse begrepene i analysedelen. Det er flere sentrale begreper i bøker og artikler skrevet innen sosialt arbeid og av Bourdieu og Foucault som jeg kunne beskrevet her, og videre brukt i oppgaven, men jeg må holde meg innenfor en masteroppgaves begrensninger. Jeg har valgt de begrepene som er mest relevant for min problemstilling.

3. METODE

Dette kapittelet handler om metode og valg av metode. Jeg vil forsøke å redegjøre for valg av metode og forskningsdesign, samt reflektere over egen posisjon som forsker i feltet. Videre redegjør jeg for hvordan jeg gikk frem for å rekruttere informantene, og gir en kort beskrivelse av dem. Avslutningsvis kommer jeg med noen refleksjoner omkring det etiske med studien.

3.1 Å finne mening

Temaet for mitt masterprosjektet gjorde det naturlig for meg å velge kvalitativ forskningsmetode, dette fordi jeg ønsket å gå i dybden. Det ble av den grunn naturlig å velge det kvalitative forskningsintervju som metode, da jeg ønsket å forstå verden ut i fra de intervjuedes ståsted. Kvalitativ metode dreier seg om mening. Det dreier seg om kvalitetene ved et fenomen og fokuserer på meninger, betydninger og tekst. Kvantitativ forskning tar mer for seg tall, og fenomener en kan måle eller telle. Om en kan måle det en studerer med stor nøyaktighet, vil påstanden om det en studerer være sikrere (Landrigdge 2006, 25-26). Formålet med det kvalitative forskningsintervju er å forstå verden fra den intervjuedes posisjon, og avdekke meninger av deres opplevelser for så å kunne forklare dette på en vitenskapelig måte. Jeg vil kalle meg selv, som Kvale og Brinkmann (2009) beskriver, en gruvearbeider, som har forsøkt å grave meg frem til verdifull kunnskap hos informantene. Intervjuet var også preget av å være beskrivende, da jeg ønsket å få frem sentrale aspekter ved informantenes livsverden (ibid, 1, 67, 122).

3.2 Forskningsdesign

Fokuset har vært fenomenorientert, da hensikten min har vært å belyse urinprøven som fenomen for å se på relasjon (Kruuse 2005, 23). Det har da blitt naturlig at mitt fokus ikke nødvendigvis har vært spesielt på enkeltindividene, men på de relasjonene informantene har inngått i (Fossåskåret 1997, 18). I og med at jeg tidligere har arbeidet i det undersøkte feltet kan en si jeg har vært deltakende, og en tidligere deltakende observatør. Det vil være naturlig at egen forståelse er preget av dette. Reliabiliteten av denne studien kan stilles spørsmål ved, slik kvalitative studier i forhold til kvantitative ofte blir, fordi resultatet ikke kan måles i tall. Det vil ikke si at studien ikke er valid og ikke gir en gyldig vitenskapelig kunnskap, da det snarere handler om at studien undersøker det den er ment til å undersøke. Nettopp opplevelser, mening og dybde (Kvale og Brinkmann 2009, 250-251).

3.2.1 Intervjuguiden og innhenting av informanter

Utarbeidelsen av intervjuguiden ble gjort i flere omganger. Først valgte jeg å gjøre et semistrukturert intervju, og laget derfor intervjuguiden deretter. Et semistrukturert intervju fordrer ingen endelig oppsett. Jeg utarbeidet en liste med spørsmål og emner jeg ønsker at informantene skulle komme innom i løpet av intervjuet. På denne måten fikk jeg mulighet til å gå utenom oppsettet, og stille oppfølgende spørsmål der det var naturlig og nødvendig. I noen av intervjuene var det ikke naturlig å spørre alle de oppsatte spørsmålene. (Langdridge 2006, 60). Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av egne kunnskaper, samt at jeg fagdager som omhandlet urinprøvetaking, på min tidligere arbeidsplass. Dette gav meg et godt materiale da intervjuguiden skulle utformes. En bør forsøke å holde spørsmålene lette og forståelige og fri fra akademisk språk. I og med at jeg intervjuet andre fagpersoner var ikke dette noe jeg la særlig stor vekt på. Jeg vektla mer å utforme åpne spørsmål som begynte med ”hva” og ”hvordan” for å få frem spontane beskrivelser. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at en bør være forsiktig med å stille ”hvorfor” spørsmål, da det kan frembringe overreflekterte og intellektualiserte svar (ibid, 144-146). Som vedlegg ligger intervjuguiden.

Innhenting av informanter ble gjort på litt ulike måter. En ble rekruttert ved at jeg kontaktet et rusbehandlingssted direkte, og en rekrutterte jeg fra min tidligere arbeidsplass. De øvrige informantene ble kontaktet via telefon, hvor jeg fikk telefonnummer fra personer i eget nettverk. Alle informantene ble altså kontaktet via telefon hvor jeg informerte om mitt masterprosjektet og spurte om de var villige til å la seg intervju. Jeg tilbød meg å sende informasjonsskriv, samtykkeskjema og intervjuguide på forhånd, noe alle takket nei til. På telefon informerte jeg også om at intervjuet ville bli tatt opp på bånd. Jeg gjorde informantene oppmerksom på at det var en anonym studie og at intervjuene ville bli slettet så snart studien var ferdig. Dersom informanten ble intervjuet på arbeidsplassen eller i arbeidstiden, ble dette klargjort med nærmeste leder.

3.2.2 Utvalget og kriterier

Utvalget mitt består av 3 kvinner og 3 menn, med en gjennomsnittsalder på 45 år, som hadde hatt sitt arbeid innen rus i snitt 7 år. Jeg valgte bevisst informanter av ulikt kjønn og alder for å gjøre studien mer representativ. Det var ingen som sa nei til å la seg intervju, og alle gav uttrykk for at de synes det var et interessant tema. Dette opplevde jeg som svært positivt da nettopp dette kan være med på å understreke viktigheten og skape interesse for temaet mitt. Jeg tror ikke det ville vært problematisk å skaffe flere informanter, men valgte å ikke

intervjue flere grunnet tidspress. Alle informantene arbeider innenfor ulike deler av rusbehandling, og de representerer langtidsbehandling, LAR, ettervern og lavterskeltilbud. Det var et krav fra min side om at alle informantene hadde erfaring med urinprøvetaking i rusbehandling, enten fra nåværende eller tidligere arbeidssituasjon. Den ene arbeidet ikke lenger innen rusbehandling. Jeg hadde ingen preferanser i forhold til yrke og utdanning. Yrkene som var representert var:

- Bachelor i psykologi med sosiologi som tilleggs-fag
- Samfunnsviter med hovedvekt på sosialantropologi
- Sosialantropolog og sykepleier med spesialutdanning i rus
- Hjelpepleier med videreutdanning i psykiatri.
- Psykiatrisk sykepleier
- Sosionom

3.2.3 Intervjusituasjon

Intervjuene ble gjennomført både på Østlandet og Vestlandet. Alle intervjuene utenom ett, ble gjennomført på informantens arbeidsplass av tilfeldige grunner. Jeg tilbød meg å møte informanten på tid og sted som passet denne best. Før det første intervjuet øvde jeg på en venn. Jeg forsøkte også før hvert intervju å forberede meg (Landridge 2006, 57). Dette gjorde jeg på to måter. Den ene delen besto av det praktiske, hvor jeg gjennomgikk intervjuguiden og forberedte meg på selve intervjuet. Etter hvert intervju gikk jeg gjennom hva som kunne fungert bedre, og gjorde justeringer før neste intervju. Den andre delen av forberedelsen besto av å innstille meg på det mellommenneskelige. Mellommenneskelige variabler kan ha innvirkning på intervjusituasjonen og innhenting av data. Jeg var forberedt på at noen av informantene kunne reagere på min unge alder og lite arbeidserfaring. I og med at det var fagfolk jeg intervjuet prøvde jeg også å bruke fagspråk. Jeg forsøkte å være bevisst på at egen opplevelse av urinprøvetaking ikke skulle få innvirkning på dataen, og at jeg ville fremstille dataene fra et nøytralt ståsted.

Både før og under intervjuet anså jeg det som viktig å ikke ta ordet for mye, gi informantene tid til å tenke og la stillhet være stillhet. Dette for å få frem mest mulig av det informantene hadde å si, og ikke avbryte midt i en tanke rekke. Før intervjuet startet la jeg vekt på å formidle at det var deres tanker, følelser og opplevelser jeg var interessert i (Landridge 2006, 58-59). Informasjon gitt over telefon ble gjentatt, og jeg introduserte formål, forklarte lydopptak og spurte om de hadde spørsmål før selve intervjuet startet. Dette for å avklare

situasjonen, gi en oppfatning av meg og hva jeg ønsket å vite. Jeg sa også noe om hvor lang tid jeg antok intervjuet ville komme til å ta (Kvale og Brinkmann 2009, 126,141).

3.3 Godkjenning

Studien er godkjent av NSD, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Vedlagt ligger en kopi av denne. Informantene fikk informasjonsskriv om studien og samtykkeskjema da vi møttes for å utføre intervjuet. Dette skjemaet ligger også vedlagt. De fikk også, som nevnt mulighet til å trekke seg, eller si nei til lydbåndopptak. En av informantene uttrykte noe usikkerhet rundt lydopptak, og lurte på om noen andre kom til å ha tilgang til dette. Jeg forsikret denne om at intervjuet ville bli anonymisert, og at ingen foruten meg kom til å ha tilgang til dataene.

3.4 Det etiske aspektet i intervjuundersøkelsen og egen posisjon i feltet

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at det er syv stadier i intervjuundersøkelsen. Det etiske skal være med under hele undersøkelsen, og en må være bevisst at mulige etiske dilemma kan oppstå helt fra begynnelsen og til studien er ferdig, og oppgaven er levert. Jeg vil her nevne noe av det jeg vektla i prosessen. I tematisering av studien, tenkte jeg over hva som var hensikten med den, og om den ville kunne tilføre ny kunnskap til ansatte i rusbehandling. Etsiske hensyn i planlegging av studien innebar å utforme et samtykkeskjema og kunne sikre informantene immunitet. Under prosessen med transkribering oppbevarte jeg innhentet data så sikkert at ingen hadde tilgang til det. Jeg transkriberte på en slik måte at informantene ville kjenne seg igjen i det, dersom han/hun fikk lese det. Den største utfordringen opplevde jeg i analyseringsprosessen hvor det ble et spørsmål om hvor dypt og kritisk jeg skulle analysere. Jeg vurderte også om jeg skulle sende analysedelen til informantene. Dette for å få tilbakemelding på om de opplevde seg mistolket. (ibid, 80-81).

3.4.1 Min posisjon i feltet

Feltet jeg har valgt å studere har jeg som tidligere ansatt i langtidsrusbehandling selv vært en del av. Jeg er fortsatt en del av det i mitt nåværende arbeid med akutt rusbehandling. Dette betyr at jeg har kjennskap til fenomenet jeg undersøker. Min rolle som person har betydning og er avgjørende for kvaliteten på det vitenskapelige og det etiske ved det jeg studerer. Egen tilknytning til feltet kan bevisst eller ubevisst være med på å påvirke resultatet ved at jeg ignorerer noe, eller vektlegger noe mer enn noe annet. Kvalitativ forskning er en interaktiv forskning, og hvordan informantene oppfatter en som forsker og person vil kunne ha

innvirkning på resultatet. I og med min tidligere bakgrunn, ville det være lett for meg å identifisere meg med informantene, og dermed gjøre det vanskelig å holde en profesjonell avstand. Jeg ville da rapportert ut i fra egen deltakelse, forforståelse og perspektiver. Under intervjuene fikk informantene vite at jeg selv hadde jobbet innen rusbehandling. Det kan tenkes at dette påvirket intervjuet i den grad at de så på meg som en ”kollega”. Jeg var bekymret for at jeg ville være for farget av egne erfaringer med urinprøvetaking, særlig da jeg observerte at flere av informantene opplevde urinprøvetaking på lik linje med meg selv. Det ble viktig å ha et bevisst forhold til egne tanker og holdninger og forsøke å distansere meg. Før hvert intervju forsøkte jeg å se på meg selv som en utenforstående, og gikk inn for å ikke la meg påvirke. Det kan tenkes at jeg likevel ubevisst var påvirket av egen tanker og erfaringer. Flere av informantene hadde sitt arbeide innen langtidsrusbehandling, noe jeg mener jeg har bra kjennskap til. En informant var også en tidligere kollega, og jeg kjenner godt til denne arbeidsplassen og deres rutiner rundt urinprøver. Under dette intervjuet og i analysen la jeg ekstra vekt på å bevisst distansere meg. I og med at jeg hadde informantens tanker og opplevelser for øyet, opplevde jeg at jeg i stor grad klarte å beholde denne distansen, selv om det i noen situasjoner var utfordrende. Om jeg har klart det eller ikke, vil ha innvirkning på studiens troverdighet (Kvale og Brinkmann 2009, 92-93).

3.5 TRANSKRIBERING OG ANALYSERING

3.5.1 Fra lyd til skrift

Arbeidet med transkribering, det å omforme lyd til skrift, var et omfattende og tidkrevende arbeid. Etter råd fra min veileder valgte jeg å utelate en del småord som ”hmmm” og eeh...ja”, og skrev heller inn ”kodeord” for meg selv som for eksempel *tenkepasue*. Jeg valgte også bort å skrive på informantenes dialekt. For å få med mest mulig av intervjusituasjonen og stemningen, skrev jeg notater om egne opplevelser like etter intervjuet. Transkripsjonen ble gjennomført kort tid etter intervjuet for å bevare så mye informasjon som mulig. Jeg valgte også å skrive inn egne tanker som umiddelbart dukket opp mens jeg transkriberte. Når dette arbeidet var gjennomført satt jeg igjen med ca 150 dataskrevne sider. Det er dette som er mitt materiale, og som jeg har analysert noe frem fra.

3.5.2 Å finne frem

For å få frem noe i analysen brukte jeg en kombinasjon av meningskoding, som er et moment i grounded theory, og mer antropologisk pregede teknikker. Dette var anbefalt av min veileder. Målet med meningskoding er å utvikle kategorier som gir en helhetlig beskrivelse av

handlingene og opplevelsene en undersøker. En leter etter mønster. Jeg trakk ut det som umiddelbart definerte opplevelsen informanten beskrev. Dette gjorde jeg tre ganger med hvert intervju, til jeg ikke fant at kodene førte til nyere innsikt. Kodingen var begrepsstyrt. Det vil si at jeg hadde fokus på begrepene jeg på forhånd hadde bestemt meg for, nemlig relasjon og makt (Kvale og Brinkmann 2009, 209). Rent praktisk laget jeg tre kolonner hvor jeg i kolonne nummer en plasserte utsagn fra informantene. I kolonne nummer to skrev jeg ned opplevelsen informantene beskrev, og i den tredje plasserte jeg kodene som handlet om relasjon og makt i informantens utsagn.

I analysen brukte jeg, som nevnt, også en antropologisk teknikk kalt tykke beskrivelser som ble brukt av Geertz. Geertz var inspirert av filosofen Gilbert Ryle, som gav han denne ideen. Tykke beskrivelser handler om å ta med beskrivelser av kontekst og atferd når en skal forklare noe. På denne måten kan atferden en studerer bli mer meningsfull for andre. Urinprøven i seg selv gir ikke mye mening bortsett fra det rent medisinske. Sett på denne måten gir urinprøven en ”tynn beskrivelse”. Ser en imidlertid urinprøven i sammenheng med rus og rusbehandling, og at det er en ansatt som tar urinprøven av den som prøver å bli rusfri, får urinprøven en ny mening. For å forstå hvordan en ansatt opplever det å ta urinprøver, må en sette urinprøven i sammenheng med minner, relasjoner, begreper og forventninger den ansatte har med seg. Vi må altså se atferd og fenomener i en sammenheng (Geertz 1973). Jeg vil nå komme med en innledning til hoveddelen.

3.5.3 Hvordan urinprøvetaking påvirker relasjonen mellom pasient og ansatt

De neste kapitlene vil ta for seg analysen av studien, hvor jeg forsøker å knytte funn opp mot problemstilling, samt gjøre en fortolkning av dette. Det pekte seg ut syv analytiske temaer som var gjennomgående i materialet mitt. De ulike temaene vil kunne overlappes hverandre på enkelte områder, da de inneholder elementer som vil være like, og sentrale for hvert tema. For å gjøre det litt mer oversiktlig for deg som leser, kommer jeg med en liten innledning til hvert tema. Denne analysen inneholde følgende tema:

- Meningen av relasjon og empati har betydning for relasjonen
- Ubehag knyttet til kultur og kontekst
- Urinprøven som maktmiddel
- Makt og kontroll versus omsorg og hjelp
- Å være profesjonell
- Tillit

- Det må være rom for at pasientene viser symptomer på sykdommen sin.

Temaene blir knyttet opp mot relevant teori, utsagn fra informantene og videre drøfting.

I arbeidet med analysen av intervjuene, observerte jeg at informantene ikke svarte direkte på spørsmålet om sine opplevelse av sider ved urinprøvetaking som jeg spurte dem om. Da jeg analyserte intervjuene så jeg at informantene heller svarte og forklarte hvordan de som ansatt skulle gjøre det som var til det beste for pasientene. Svarene inneholdt også mye om forholdet mellom han/henne og pasienten, altså relasjon og alle informantene, spesielt en, reflekterte mye rundt dette med relasjon

4. MENINGEN AV RELASJON OG EMPATI HAR BETYDNING FOR RELASJONEN.

Jeg starter med to begreper, relasjon og empati, som tema i analysen. Disse utmerket seg i materialet mitt ved at de ofte, direkte ble beskrevet av informantene. De ble også analysert fram fra intervjumaterialet og går igjen gjennom hele analysen.

4.1 Relasjon.

4.1.1 Hva er en relasjon?

Hva er egentlig en relasjon? Det er vanskelig å finne en god definisjon på dette begrepet. Begrepet er mye brukt i hverdagslivet og svært vesentlig både i grunnutdanning og innen sosialt arbeids praksis. Vi har alle relasjoner til noen, og det kan være forholdet mellom to individ som på en eller annen måte samhandler med hverandre (Aamodt Granli 1998, 137). Det kom også frem av informantene at det finnes flere typer relasjoner, og denne relasjonen går to veier da den er relatert til hverandre. De nevner for eksempel at det finnes sunne og usunne relasjoner, gode og dårlige, nære og fjerne relasjoner. Relasjon dreier seg om en viss form for nærhet mellom mennesker, et slags usynlig bånd. Ut i fra det som er beskrevet over om tillit, kan det se ut som at tillit er noe som må være til stede for at en relasjon i det hele tatt skal kunne forekomme. For at den ansatte skal kunne ha en relasjon til pasienten, må han/hun kunne evne å sette seg inn i hvordan pasienten opplever og forestiller seg situasjonen pasienten er i. Det kan tre frem som helt naturlig at empati vil være viktig for å kunne få en god relasjon til andre. Evner en dette vil det kunne være mulig for alle å oppnå en god relasjon.

Biestek (1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin 1998), omtaler relasjon som et kontaktforhold, og hevder at dette er sosialt arbeid sin sjel. Han hevder at relasjonen er en substans som består av en dynamisk interaksjon av følelser, verdier og holdninger. Relasjon inneholder flere elementer og kan ikke utelukkende bygges av ord, da relasjonens substans er en dynamisk interaksjon av følelser, verdier og holdninger. Substansen blir da hvordan disse følelsene, verdiene og holdningene kommer til uttrykk i blant annet samtale, stemmeleie, blikk og kroppsholdning. En kan si at relasjonen er en holdnings- og følelsesmessig ramme for samtalen, en substans. Denne substansen hevder Biestek består av syv elementer, eller bærebjelker, jeg kort vil nevne. Flere av disse elementene er basert på

menneskerettighetstenkning. De syv elementene står for holdningsmessige forutsetninger for å kunne etablere en virksom og meningsfull relasjon mellom ansatt og pasient. Dette kan være vanskelige å gripe om, og det er en utfordring å praktisere dem fult ut, noe som kan føre til at en utvikler relasjoner som ikke er hensiktsmessig og ikke fører til gode samarbeids og kontaktforhold (ibid 159, 169).

4.1.2 Åpenhet for uttrykk for følelser

Pasienten har behov for å få utløp for følelser, positive som negative, og at den ansatte anerkjenner disse. Dette gjør en ved å lytte aktivt, ikke dømme pasientens uttrykk for følelser eller uttalelser. Den ansatte kan også stimulere til at pasienten får komme frem med følelser, dersom det blir vurdert at dette er med på å fremme en nyskapende og frigjørende prosess. (Biestek1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin 1998, 160). En kan se at informantene nevner dette med aktiv lytting, og å evne til å formidle til pasienten at en forstår, som viktig i en relasjon. Et annet element som også nevnes av informantene er det å gi rom for pasientene.

4.1.3 Kontrollert følelsesmessig involvering

Samtidig som en bør oppfordre til at pasienten gir uttrykk for følelser, må den ansatte kunne vise tilbakeholdenhet. Dette medfører fintfølelse, og ikke minst respekt overfor pasientens følelser. En må kunne tilpasse seg pasientens følelsesregister. Her kommer dette med profesjonalitet inn, og hvordan en skal finne en balansegang i det å gi uttrykk for personlige følelser og reaksjoner (Biestek 1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin 1998, 161-163). En av informantene nevner dette med nærhet og distanse, og at en må finne en balansegang mellom det private og profesjonelle. Mer om dette i kapittelet om profesjonalitet.

4.1.4 Akseptering

Dette elementet handler ikke om å anerkjenne avvikende holdninger og atferd, men om å anerkjenne iboende og medfødt verdighet, pasientens menneskerettigheter og behov. Dette uten å ta hensyn til individuelle kvaliteter. Det handler om å møte pasienten der han/hun er, og være bevisst styrker og svakheter. Ikke bare se det hensiktsmessige og det gode (Biestek 1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin, 1998, 163). Dette elementet bekreftes også av informantene som viktig i en og relasjon. En informant sier om en dårlig relasjon:

”... Når forståelsen i forhold til den andre ikke er god. Når den andre ikke blir respektert med sin iboende verdighet som menneske... En god relasjon er når hjelperen møter pasienten der hvor pasienten er”.

4.1.5 Individualisering

Med dette mener Biestek at pasientens unike situasjon og person skal prege arbeidet. Alle har rett til å bli behandlet individuelt, og ikke som gruppe. Det handler om å se og anerkjenne den enkelte, selv om han/hun er kategorisert som pasient. Pasienter ønsker å bli sett som en person med en identitet og sosial sammenheng, ikke bare som pasient (Biestek 1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin 1998, 163-164). En informant nevner også dette med å kunne se forbi pasienten eller rusmiddelmissbrukeren, og ser personen bak, som viktig. *"En må møte pasienten, men også mennesket"*.

4.1.6 Ikke-dømmende holdning

Dette elementet kan være utfordrende å praktisere da det krever at den ansatte arbeider på en måte som utelukker fordeling av skyld og uskyld, og tenker på sosialt arbeid som profesjon på denne måten. Mangel på en slik holdning kan føre til uheldige former for moralisering og krav fra den ansatte som går på bekostning av omsorgsytning. En må ikke glemme at pasienten har autonomi og integritet. I arbeid med rusmiddelavhengige tenker jeg at dette elementet kan være spesielt utfordrende (Biestek 1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin 1998, 164-165). Det handler om rusmiddelavhengige som pasientgruppe, og spesielle utfordringer som er knyttet til deres sykdom. Utfordringer som også kan gjøre det vanskelig å oppnå en god relasjon eksempelvis som en informant uttalte: *"Når en er rusavhengig er det kjempe vanskelig med det med åpenhet..."* Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel ti.

4.1.7 Klientens selvbestemmelsesrett

Selvbestemmelsesrett er elementet som ofte kan være vanskelig å håndheve, fordi mange arbeidsplasser har egne formålsparagrafer som forlanger visse former for atferd. Elementet om klientens selvbestemmelsesrett handler for øvrig om at den ansatte skal bidra til og har et ansvar for at pasienten utøver denne retten uten å gripe inn i den. I dette ligger at den ansatte skal hjelpe pasienten til aktivt å kunne utøve denne retten ved for eksempel å bistå med informasjon (Biestek 1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin 1998, 165-166). Det finnes hjemmel i lovverket for flere eksempler hvor en kan utøve visse former for tvang.

Urinprøvetaking kan nettopp være med å belyse dette elementet, som også er beskrevet under kapitlet om lovverk. I utgangspunktet kan en pasient nekte å avlegge urinprøver. Dersom det ikke er beskrevet i behandlingsstedets prosedyrer, kan pasienten fortsatt ha rett på behandling, selv om det ikke avlegges urinprøver. Ut i fra dette burde ansatte informere pasienter om denne rettigheten.

4.1.8 Taushetsplikt

I dette ligger at den ansatte ikke skal gi informasjon og opplysninger om pasienten videre. Taushetsplikten er imidlertid ikke absolutt, da en kan komme i situasjoner hvor en har opplysnings eller meldeplikt. Slik informasjon bør gis til pasienten så tidlig som mulig. Det kan også tenkes at informasjon om pasienten bør være tilgjengelig for andre i hjelpeapparatet eller med-kollegaer. Slike faktorer i taushetsplikten kan hindre pasienten i å snakke fritt og åpent med den ansatte, og dele følelser og tabubelagte områder (Biestek 1952, 1972 og 1994, sitert fra Kokkin 1998, 168). Dette elementet kan ses sammen med tillit, som jeg kommer tilbake til senere. Det handler om at pasienten kan kunne stole på at personlig informasjon blir ivaretatt hos den ansatte. At en informerer og spør om tillatelse fra pasienten om å dele informasjon med andre. Taushetsplikten kan også føre til at den ansatte havner i vanskelige situasjoner slik en informant opplevde det.

”Når jeg er i den situasjonen hvor jeg skal spørre etter en urinprøve, kommer jeg noen ganger i et etisk dilemma. For så skal du si det uten at noen andre hører på. Jeg tenker at det på en måte er taushetsbelagt, men det er liksom så vanlig og innarbeidet”.

4.1.9 Relasjon mellom ansatt og pasient

Det spesielle med relasjoner innen sosialt arbeid og innenfor denne studien er at de ansatte hele tiden står i et flertydig forhold med sine pasienter, og de står i en relasjon som ikke kan sammenlignes med det som ses på som ”vanlige relasjoner” (Skau 2003, 68). Denne relasjonen er midlertidig, det følelsesmessige er ikke like dypt som i en vennsrelasjon og det er ikke like stor grad av likhet og gjensidighet (Kokkin 1998, 144). Dette fordi det er en arbeidsrelasjon det i denne forbindelse er snakk om. Ikke av typen forretningsrelasjon, men det er et kontaktforhold hvor den viktigste aktøren er pasienten og den andre er den ansatte. I et kontaktforhold er det følelser involvert på en annen måte enn i et forretningsforhold. En investerer med andre typer følelser og det er en annen forbindelse og intensitet. En kan ikke forholde seg til pasientene på samme måte som en ville gjort med en venn. Informantene hevder at en som ansatt fungerer mer som en myndig person som pasientene kan stole på, og som er den stabile i relasjonen. Kontaktforholdet, eller relasjonen blir en forutsetning for arbeidet en skal gjøre sammen, mens den potensielle opplevelsen av å bli respektert, kontakt og velvære kan bli et biprodukt i samarbeidsforholdet (ibid 40, 144). Det blir i denne sammenheng viktig å skille mellom samarbeidsforhold og kontaktforhold. Ut fra informantene kan det se ut for at de har ønske om et kontaktforhold. Urinprøven kan være med på å gjøre dette vanskelig da situasjonen i stor grad vil være preget av et arbeid som skal

utføres. Dette kan føre til at en havner i konflikt mellom det å ta vare på kontaktforholdet, og det å sette fokus på det viktige i et samarbeidsforhold.

Når det videre snakkes om relasjon, er det relasjon i betydning arbeidsrelasjon mellom ansatt og pasient. Shulman skriver at sosialarbeideren kan påvirke resultatet av et samarbeid gjennom relasjon. Han skriver også om ferdigheter hos den ansatte som kan bidra til å skape en god arbeidsrelasjon. Dette er ferdigheter som å kunne sette ord på pasientens følelser, utforske taushet og vise at en forstår pasientens følelser (Shulman 2005, 54). Innen sosialt arbeid kan relasjon ses på som tolkingsredskap og handlingsredskap, en arbeider med og gjennom relasjoner. Som tolkningsredskap er relasjon det en bruker når en arbeider med pasientens relasjoner til andre i samfunnet. Relasjon som handlingsredskap er når den ansatte arbeider gjennom sin relasjon til pasienten for å skape forandring. Levin hevder at relasjon blir et arbeidsredskap en kan bruke i rusbehandling (Levin 2004, 16). Informantene sier at relasjonen kan brukes som et redskap til å endre uheldige etablerte mønstre hos pasientene. Da blir relasjonen sentral, og stiller krav til en som ansatt. Informantene påpeker en rekke egenskaper som er sentrale for å få en slik relasjon, og de understreker at tillit er svært viktig. Dette med tillit kommer jeg tilbake til. Det som går igjen er at informantene ønsker å være en pasientene kan stole på, at de kan være en støtte, og en pasienten kan spille på for å nå sine mål i behandlingen. De nevner da at en må møte pasientene der de er med respekt, og se på dem som menneske, ikke bare pasient. En bør forsøke å være på bølgelengde med pasienten, så en kan gi en følelse av at en forstår det pasienten sier, møte pasienten der han er og ha en tydelig dialog. Ut i fra det informantene beskriver her, tenker jeg de beskriver det Kokkin skriver om kontaktforholdet, og understreker deres ønske om en slik relasjon da de nettopp hevder at respekt og god kontakt er viktig i en arbeidsrelasjon.

4.1.10 En relasjon er gjensidig

Det er ikke bare opp til den ansatte hvordan relasjonen blir mellom han/henne og pasienten. Relasjonens kvalitet avhenger av begge parter. Dette ligger også ansvar på pasienten, som må være delaktig og da også ansvarlig for ønskelige endringer i eget liv (Aamodt Granli 1998, 72). Det legges ofte stor vekt på den ansattes kunnskaper og ferdigheter i relasjonsbygging til pasienten, og det kan være lett å tenke at relasjonen står og faller på den ansatte. Dette kan også knyttes til evnen til empati, det å ikke la seg påvirke av andres følelser, som beskrevet tidligere. Informantene vektlegger også høy grad av egne ferdigheter i relasjonen, eller som en av informantene mine uttrykte

”Jeg gjør mye fra mitt ståsted for å være stabil, ikke la meg på en måte brette eller knuse av deres utagering eller usikkerhet og at de ikke får ting til for eksempel... Ikke endre væremåte, altså en blir ikke sint, sjalu eller lei meg”.

De viser også hvordan pasienter kan gjøre det vanskelig å oppnå en god relasjon ved for eksempel å benekte rusinntak. En informant sa *”Det som gjenstår da er jo, klarer pasienten å være ærlig rundt dette? og klarer han det, så er det jo greit, men lyver han fortsatt og nekter. Da har vi faktisk ikke et samarbeid.”*

Relasjon er også på det emosjonelle plan som Perlman (1957 sitert fra Aamodt Granli 1998) fremhever i sin beskrivelse av relasjon. Hun sier at relasjon dannes mellom ansatt og pasient i det øyeblikket en eller annen følelse strømmer mellom dem. Både ansatt og pasient vil kunne utrykke samme følelsen, forskjellige følelser eller motstridende følelser. Det kan også være at en utrykker følelser den andre parten vil kunne ta i mot og svare på. Relasjon handler altså om en strøm av følelser som utveksles eller erfares mellom ansatt og pasient (ibid, 25). Den engasjerer både intellektuelt og følelsesmessig (Kokkin, 1998, 12). Selv om samhandlingen de har skaper en opplevelse av samhold eller ikke, så er ansatt og pasient knyttet til hverandre for en periode (Perlman 1957 sitert fra Aamodt Granli 1998, 25). Jeg tenker det er viktig å få frem at relasjon også er emosjonelt og inneholder følelser. I følge det informantene beskriver som en god relasjon vil det være vanskelig å oppnå dette uten at det er følelser med.

Hva er så en dårlig relasjon? Det er enighet blant informantene om at en dårlig relasjon er en relasjon hvor det er mangel på gjensidig tillit, usikkerhet, utydelighet, uforutsigbarhet, dårlig kommunikasjon og mangel på respekt. Det er når den ene parten ikke føler seg lyttet til, og når relasjonen er maktfylt.

4.2 Empati

4.2.1 Hva er empati?

Empati er et sentralt begrep innen sosialt arbeid, og den empatiske evnen baserer seg på selvinnsikt og erfaring med andre. Empati blir definert i norsk ordbok som *”(evnen) til innlevelse i et annet menneskes situasjon eller tankeliv.*²⁶ Det kan forstås som medfølelse

²⁶ <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=empati&bokmaal=+&ordbok=bokmaal> lastet ned 19.03.12.

(Gilbert 2011). Men begrepet kan også virke forvirrende da det i tillegg til det som er beskrevet over, kan forstås som det samme som imøtekommenhet, hjelpsomhet, og medfølelse. Empati innen sosialt arbeid anses som et viktig instrument for den ansatte, for å kunne skape en relasjon til pasienten som oppfattes som trygg og støttende (Holm 2005, 59-60). Det handler om evnen til å sette seg inn i og forstå andres følelser og psykiske situasjon. Empatisk evne kan bidra til å kunne oppfatte hva som ligger bak utspill fra pasienter, avhengighet eller provokasjoner. En vil ha større mulighet for å kunne takle slike reaksjoner på en måte som imøtekommer pasientens behov uten å være styrt av egne følelser (ibid, 42). Det sistnevnte bekreftes av en informant: *"Jeg forsøker å ikke endre væremåte, altså ikke bli sint, sjalu eller lei meg"*. Flere gav også uttrykk for viktigheten av å møte pasienten der den er. Å bli vist empati og medfølelse er også viktig for pasienten, da det kan være med på å gjøre en i stand til å takle utfordringer bedre, og ha en lindrende effekt (Gilbert, 2011, 201).

Empati kan også ses på som en slags kunnskap som er preget av det følelsesmessige, og hvor en når fram til et annet menneske sine følelser (Holm 2005, 89). Ulla Holm, hevder at objektkonstansen spiller en viktig rolle i utviklingen av en relasjon til en annen. Hun beskriver objektkonstansen som at en oppfatter en annen person likt, uansett hvilken situasjon en er i, og at en selv er uavhengig av egne følelser og behov. Empati fordrer en oppfatning om at den andre har et sjelsliv. Den ansatte må ha en oppfatning om at pasienten har ønsker, følelser, oppfatninger, motiver, tanker og minner. Det handler om ens evne til å tolke informasjon fra den andres ansiktsuttrykk, kroppsspråk, holdning, gester og stemmekvalitet. Empati er noe affektivt og kan ses på som det høyeste nivået av utviklingen av affektiv kommunikasjon. En må då også kunne utvikle en affekttoleranse som er evnen til ikke å la seg påvirke av egen følelser som vekkes i en selv, men uten å fortrenge dem. Dette vil kunne være viktig for en ansatt i mange situasjoner (ibid, 94, 96-110). Ut i fra dette kan en se at empati kan knyttes opp i mot relasjonselementene som beskrevet i relasjonskapittelet. Faktorer som informantene beskriver som viktig i en god relasjon, er også til stede når en snakker om empati. En kan si at den formen for empati informantene snakker om er en altruistisk empati. Det vil si at den ansatte er opptatt av pasientens beste og handler i forhold til dette. En føler ubehag ved andres ubehag og ønsker å handle ut i fra hva som er best for pasienten uten at dette gir en selv noen fordeler. Denne formen for empati og opplevelsen av den, vektlegges i nettopp terapeutiske situasjoner (Wheie Wallin 2008 41-42). Dette viser også hvordan urinprøven kan sette en som ansatt i en vanskelig situasjon. Dersom pasienten syns urinprøvetaking er ubehagelig, sanser den ansatte det. En kan havne i et dilemma mellom

det å handle ut fra pasientens ubehag, og det som anses som det beste for pasienten, eller følge de regler som er satt for arbeidsplassen.

4.2.2 Empati – en prosess

For å tilegne seg empati kan en si at en gjennomgår en empatiprosess (Barret-Lennard 1981 sitert fra Holm, 2005). Målet med empati som ansatt innen rusbehandling, og som profesjonell, vil være å gi råd og veiledning. Fase en i denne prosessen handler om empatisk forståelse og består av to stadier. Den affektive delen består av overføringen og oppfangning av følelser, og den kognitive delen som gjelder mottakers bearbeiding av følelser og perspektivtaking. Empatisk evne betyr at den ansatte har utviklet jeg-funksjoner som fører til at en kan lese egne og andre følelser og veksle mellom en intellektuell og affektiv posisjon. Den andre fasen gjelder uttrykk for empatisk forståelse. For en ansatt styrer denne forståelsen måten en møter, og behandler pasienten på. Dette kan sies å være empatisk atferd, og omhandler all kommunikasjon, handlinger, valg og beslutninger som foretas i situasjonen. Den tredje fasen i denne modellen er validering eller evaluering av den empatiske atferden og forståelsen. Det handler om pasientens reaksjoner på den ansattes atferd, og gjelder bevisste vurderinger som kan fanges opp via eksempelvis spørreskjema, og informasjon pasienten selv gir. Slik informasjon kan være hvordan pasienten gir uttrykk for hvordan han best tar i mot informasjon og følge instruksjoner (ibid, 112-114). Ut fra informantenes refleksjoner, vil jeg si at alle har utviklet empatisk forståelse. Gjennom intervjuene og svarene de gir om urinprøvetaking, viser de hvordan de opplever og gir uttrykk for ubehag i situasjoner, og viser forståelse overfor pasientene. Flere viser skjønn i situasjoner hvor det er snakk om urinprøver, og de legger vekt på at det er ønskelig og viktig å ha en åpen dialog med pasienten.

4.2.3 Empatiske hindringer

Det finnes også hindringer i denne empatiske prosessen. Holm skriver at det kan være fire slike hindringer. Det kan være manglende utvikling av egen identitet, kontakt med andre og affektutvikling. Denne hindringen ses på som mest ødeleggende for den empatiske evnen, og kan føre til at den ansatte blir følelsesmessig overengasjert, eller bare engasjerer seg intellektuelt. Videre kan det også føre til at en ikke klarer å skille mellom følelser hos seg selv og pasienten.

Den andre type hindring er ubevisste konflikter som aktiverer rigide psykiske forsvar, og kommer ofte til uttrykk som blinde flekker hvor en ikke reagerer på visse sider ved situasjonen. En kan også reagere sterkere på visse følelser og problemer enn andre. Denne typen hindring kan komme av ubevisste konflikter på noen områder som fører til at en går i et ubevisst psykisk forsvar fordi en føler seg truet.

Hindringer av den tredje typen handler om manglende bevissthet om følelsesmessige signaler. Dette grunnet at en er uvant med introspeksjon og har manglende kunnskap om følelser som kunnskapsformidlere. Denne typen hindring kan en se hos personer som ikke tar hensyn til følelsessignaler, verken hos seg selv eller hos andre. En vil da kunne oppføre seg uvitende i situasjoner hvor en bare legger merke til intellektuelle elementer. Dette medfører at en ikke vil kunne forutsi eller forstå konsekvenser av ulike beslutninger på riktig måte, verken for seg selv eller andre.

Den fjerde hindringen handler om manglende motivasjon, altså viljen til å bruke den empatiske evnen. Hindringen kan komme til uttrykk ved at den ansatte ikke mener det er ens sak å være empatisk, kommer med unnskyldninger eller mener pasienten ikke oppnår noen ved å være empatisk. Det kan også handle om at den ansatte er redd for å bli ansett som bløthjertet eller mindre effektiv (Holm 2005, 114-116). Da kan empati forveksles med begrepet sympati, som handler om evnen til å la seg følelsesmessig påvirke av andres smerte (Gilbert 2011, 200). I følge Pedersen (2001 sitert fra Weihe Wallin 2008, 44) er empati et mer objektivt begrep enn sympati, som er mer forbundet med følelser og sentimentalitet. Duus og Stig (1987 sitert fra Kokkin 1998, 59) hevder at empati, det å sette seg inn i pasienten subjektive opplevelse på egen situasjon kan være med på å bedra samfunnets ansvar. Dette vil imidlertid føre til utvikling av en materialistisk holdning.

De overnevnte hindringene kan knyttes opp mot profesjonalitet, som jeg vil komme tilbake til i et senere kapittel, og elementer som er viktig i en relasjon. Hindringene kan også forsterkes eller reduseres under utdanning og på arbeidsplassen gjennom metoder, arbeidsmåter og innhold. Det vil si at utdanningsinstitusjoner og arbeidsplasser har et ansvar for å skape et miljø hvor en kan tilegne seg empati (Holm 2005, 116-117).

5. UBEHAG KNYTTET TIL KULTUR OG KONTEKST

Et av temaene som pekte seg ut i materialet mitt, og som av den grunn har tatt med som tema, var at alle informantene, med unntak av en, hadde fokus på et ubehag knyttet til det å ta urinprøver. For å se nærmere på dette ubehaget vil jeg bruke sentrale begreper fra Bourdieu, som nevnt i teorikapittelet, og Marianne Gullestads teori om likhetskultur i det norske samfunn.

5.1 Er det ubehagelig å ha makt?

Ut i fra informantenes beskrivelser var dette ubehaget knyttet til maktaspektet i relasjonen mellom han/hun og pasienten. En informant uttrykte det slik ”*Situasjonen jeg er i når jeg tar en urinprøve, vil jeg beskrive som ubehagelig og krenkende. Det er egentlig ingen god relasjon, og det er faktisk det kjipeste delen av jobben....*” En annen sa

”Personlig så syns jeg det var veldig ubehagelig, det var en veldig ubehagelig situasjon. Jeg følte meg som en inntrenger på noe så veldig privat... jeg følte jeg gikk langt over noen grenser som jeg fant ubehagelig overfor andre mennesker.”

Informantene beskriver også en rekke elementer som kan være med på å gjøre urinprøvetakingen lettere, og som kan knytte ubehaget de beskriver opp mot makt i relasjonen. Noen av elementene som nevnes er:

- Urinprøvetaking blir en vane, en får et profesjonelt forhold til det.
- Når urinprøven er avtalt på forhånd og en får en følelse av at den er gjensidig.
- Når urinprøven blir sett på som et verktøy i behandlingen.
- Når det er et formål eller en filosofi bak urinprøven som gjør at den har en konstruktiv mening.

Dette tyder på at ubehaget informantene beskriver springer ut av det å måtte være en tydelig maktutøver gjennom å ta urinprøver. I møte med andre mennesker vil det alltid ligge makt, der noen former er mer synlig enn andre. Urinprøvetaking kan ses på som sanksjons og kontrollmakt, og er en mer synlig form for makt enn eksempelvis kompetanse og kunnskapsmakt (Damsgaard Larsen 2010, 58-63). Foucault hevder at det ikke finnes noen maktfrie relasjoner. Dette fordi samfunnet består av utelukkelsesprosedyrer. En kjemper hele tiden om å gjøre seg selv mer mektig ved hjelp av makt (Foucault 1999a, 10). Dette vil jeg komme tilbake til senere. Men hvordan kan dette ubehaget forklares?

Før jeg kommer nærmere inn på dette vil jeg trekke frem begreper fra Bourdieu, som nevnt i det teoretiske kapittelet.

5.2 Ubehag og kultur

Etter å ha sett på Bourdieus begrep om symbolsk kapital og habitus kan det tenkes at informantenes nevnte ubehag kan forklares ut i fra kultur. I følge Lisanne Wilken, kan habitus begrepet henvise til kultur, da Bourdieu beskriver habitus som en slags maskin som reproducerer sosiale forhold en selv har skapt (Wilken 2008, 36). Kultur kan defineres som de verdier, normer og regler som går fra generasjon til generasjon, og som endres før de videreføres. Den gir en fortolkningsramme for hvordan verden er, og hvordan den bør være. Det dreier seg om alt som innen en gitt kultur anses som fint og stygt, rett og galt og meningen med livet. Kultur er ikke uforanderlig, men kan endres gjennom menneskelig handling, det er produkt av kommunikasjon og samhandling mellom mennesker. Samtidig definerer den konteksten hvor kommunikasjon og samhandling skjer (Frønes og Kjølrsrød 2010, 448). Symbolsk kapital knytter jeg også opp mot kultur i den forstand at det handler om tilgang til ulike goder, som videre er bestemmende for hvilken sosiale kontakter og nettverk en får innpass i (Aamodt Granli, 2005, 45). Det handler om fortolkningsrammer, og innpass. En kan forsøke å sette seg inn i andres kulturer på flere mulige måter, og forsøke å tilegne seg andres kultur, men egen kultur vil alltid kunne skinne igjennom. Slik er det også med den symbolske kapitalen. En kan forsøke å avansere på den sosiale rangstigen ved å kle seg og oppføre seg annerledes, men fortiden vil likevel skinne gjennom i nåtiden. Det vil ikke si at symbolsk kapital er uforanderlig på samme måte som kultur. Symbolsk kapital og habitus kan også ses på som noe som er med på å utgjøre en kultur som et handlingsskjema, slik Ward Goodenough forklarer kultur. Han hevder at kultur ikke består av ting, mennesker, atferd eller følelser. Kultur er formen av det mennesket har i tankene og sine modeller for å oppfatte, relatere og tolke dem (Goodenough 1961 sitert fra Gullestad 1989, 34). Dette beskriver hvorfor jeg velger å knytte begrepet om symbolsk kapital og habitus opp mot kultur.

5.2.1 Skandinavisk kultur

Når jeg snakker om kultur, mener jeg norsk eller skandinavisk kultur. Norge anses som en del av Vesten, som del av en moderne vestlig sivilisasjon. Denne kjennetegnes av at individet står foran den sosiale helheten, og det tilstrebes en likhetstankegang og likeverdighet. Dette står som sterke og viktige ideal i Norge (Gullestad 1989, 109-110). I vårt individualistiske samfunn, er denne individualismen på lik linje med en likhetstankegang. Likeverd er nærmest det samme som likhet, noe som kan gjøre det vanskelig å håndtere forskjeller. Dette fører til at det to individer har til felles fremheves, mens ulikhetene holdes utenfor. Det vil ikke si at de to egentlig er så like, men interaksjonen mellom individene fremhever likhetene. Når disse

ulikhetene likevel dukker opp og blir for store, fungerer ikke lenger samhandlingen. I stedet for å samhandle med personer som er ulik oss selv, unngår vi dem. Ulikheter og forskjeller anses som uheldig. En ser derfor at mennesker fra like sosiale lag samhandler seg i mellom, og unngår mennesker en anser seg selv som forskjellig fra. (ibid, 116-119).

Symbolsk kapital og habitus kan knyttes opp i mot det Gullestad beskriver om skandinavisk likhetskultur og hvordan ulikheter blir oversett. Hvordan mennesker fra like sosiale lag, som har lik symbolsk kapital samhandler med hverandre. Ofte er disse klasseskillene, som en ikke liker å snakke om, en del av habitus, bestemt ut i fra hvor og hvordan en vokser opp. For mange er det utenkelig at mennesker i Norge er fattig, at mennesker i Norge sliter med å betale regninger, eller går til sengs sulten. Og dersom de finnes, tenker nok mange at det er deres egen skyld, da er de late, eller de sløser med penger. Det er kanskje ikke så vanskelig å forstå at noen tenker slik når referansen er tv-programmer som ”Luksusfellen”. Ut i fra dette knytter jeg begrepet om symbolsk kapital opp mot kultur. Fordi ulikheter også kan ses på som kultur, og at symbolsk kapital for meg, ikke vil være det samme som symbolsk kapital for en rusmiddelavhengig. For en rusmiddelavhengig vil rusmidler ha en høy verdi, mens det for meg ikke har det. Og når kultur, som Goodenough beskriver over, også handler om hvordan mennesker tolker og oppfatter tenker jeg at dette påvirkes av både symbolsk kapital og habitus.

5.2.2 *Å være like*

Som i alt annet sosialt arbeid må en som ansatt i rusbehandling samhandle, forholde seg til og kommunisere med andre mennesker. Rusbehandling kan ses på som et forsøk på å gjøre pasienten lik den ansatte, slik som Gullestad hevder gjennom det hun skriver om likhetstankegang. Det arbeides med at pasienten skal få et bedre, kanskje rusfritt liv, og da kan den ansatte sammenligne pasienten med seg selv. En har et ønske om at pasienten en gang skal kunne bli lik en selv. Det kan være snakk om forsøk på å endre pasientens habitus. Habitus er ikke uforanderlig, og kan endres på under visse forutsetninger. Dersom det skal skje en endring i habitus, må dette skje på grunnlag av endringer som skjer utenfor pasienten, altså i pasientens ytre omgivelser. Det er på arenaer hvor det foregår sosiale kamper at habitus blir formet (Wilken, 2008, 38). Rusbehandling kan ses på som en slik arena, eller felt, hvor det foregår sosiale kamper, og hvor den ansatte forsøker å forandre pasientens habitus. Arild Thomassen skriver om hvordan filosofien i de fleste rusbehandlingsopplegg handler om å endre den rusmiddelavhengiges habitus til en rusfri habitus (Thomassen 2001). En forsøker å

endre på uheldige handlingsmønstre gjennom å endre på kroppsliggjort kunnskap. Dette systemet av disposisjoner som habitus består av, kan altså endres utenfra (Aamodt Granli 2005, 50). Et ubehag kan da også ligge i at en gjennom rusbehandling og urinprøver, ytre forutsetninger forsøker å forandre pasientens erfaringer så han/hun kan bli mer lik en selv. Endring av habitus kan også ses på som hjelp, så pasienten kan endre på uønskede handlingsmønstre så han/hun kan få et opplevd bedre liv.

Ut i fra det som er beskrevet over og det Gullestad beskriver om norsk og skandinavisk kultur kan en få bedre forståelse for hvorfor informantene synes urinprøvetaking er ubehagelig, både på et mikronivå og et makronivå. Likhetskulturen i Norge er det overordnede makronivået, som også fører til ubehag på mikronivå, i interaksjonen mellom ansatt og pasient. Vi er, som Gullestad påpeker, svært opptatt av å være like. Til forskjell fra for eksempel amerikanere, er nordmenn mer anonyme. Vi liker ikke stikke oss for mye frem på noen som helst måte, og er heller ikke kjent for å skryte for mye av oss selv. Er en på restaurant kan kelneren komme med maten, men vannet klarer en å helle i glasset selv. Jeg har selv kjent ubehag i forbindelse med ferie da taxisjåføren løftet all bagasjen min og åpnet dørene for meg. Det gir en følelse av at han på en måte tjener meg, og dette er en ubehagelig følelse. Det å ta urinprøve av en annen representerer en slik forskjell. Likheten og likeverdet mangler. En omgås ikke rusmisbrukere på fritiden, og unngår dem på vei hjem fra jobb utenfor Oslo S. Vel hjemme omgås en mennesker som er lik en selv, og tenker at alle i Norge er like og at det ikke finnes klasseskiller. Man vasker huset før vaskehjelpen kommer, så det ikke skal bli så mye arbeid, og huset ser pent ut. Satt litt på spissen kan dette forklare det ubehaget informantene beskriver. Selve urinprøvetakingssituasjonen er en situasjon hvor ulikheter mellom individene kommer klart til syne, og det i en situasjon som ikke kan unngås. En må møte det klasseskillet en helst vil unngå å ha et forhold til, fordi det gjennom de ulike kapitalformene, og i noen tilfeller habitus, vil være et klasseskille mellom pasient og ansatt. Den overordnede likhetskulturen, som ligger i oss som norske, kan føre til at relasjonen mellom den ansatte og pasienten blir preget av dette. Urinprøven er med på å forsterke ulikhetene mellom pasient og ansatt. De står på en måte på to sider av samfunnet.

I land med andre kulturer er det ikke sikkert dette ubehaget ville vært like fremtredende. Et eksempel kan være Brasil, der forskjeller mellom fattige og rike er mye mer godtatt. Det finnes eksempelvis et todelt fengselssystem, et for fattige, og et for mer velstående fanger. Ute i samfunnet lever velstående og de aller fattigste side om side. Ulikhetene er mye mer

synlig og de blir akseptert på en helt annen måte enn i Norge. Det kan også tenkes at empati har betydning i den forbindelse. Evner en å sette seg inn i en annens situasjon og klarer å kjenne på den andres følelser, kan det være at også dette er med på å forsterke ubehaget en kjenner på i forhold til ulikheter.

5.2.3 Kontekstuell ubehag

Selve konteksten kan også være en faktor i dette ubehaget og være med på å tydeliggjøre forskjeller enda bedre. Det handler om måten urinprøven blir utført på, det å se på at et annet menneske kler av seg og urinerer foran en. Mange rusbehandlingsinstitusjoner har som nevnt egne rom som er bygget med den hensikt at urinprøven skal kunne tas på en måte som gjør at situasjonen kan overvåkes. En av informantene beskriver da denne overvåkingen ble etablert: *”Det ble bygd et avlukke med kikkehull i. Jeg husker det å skulle stå å se på, se fysisk når noen avla en urinprøve”*. Hele denne urinprøvetakingssituasjonen er et brudd på likhetsideologi og kan forklare hvorfor det er så ubehagelig. En utøver makt i kraft av ens posisjon og gjennom de praktiske rammene for utførelsen. Dette har selvfølgelig ikke bare med denne likhetskulturen å gjøre. Å gå på toalettet, er som en av informantene beskrev det, en av de mest private tingene en gjør, og da er det ikke rart at det føles ubehagelig å se på at andre gjør dette. Dersom en går tilbake til det som er skrevet om relasjon ser det ut til at likhetsideologi og ubehag kan gjøre det vanskelig å oppnå en god arbeidsrelasjon hvor det legges vekt på tillit og det å kunne sette seg inn i den andres situasjon. Når urinprøven forsterker disse ulikhetene mellom ansatt og pasient ser en at elementer informantene beskriver som viktig for en god relasjon blir vanskelig å overholde. Det kan tenkes at dette går i mot det relasjonelle elementet som handler om akseptering. Ut i fra ubehaget som er beskrevet kan det se ut for at ansatte synes det er vanskelig å akseptere forskjeller, og heller vektlegger det gode, det som er felles for dem.

To informanter beskriver noe som kan vise at dette likhetsidealet ikke gjelder alle. En av dem hevder at det også kan ligge ubehag i en god relasjon da den kan gi rom for å være mer direkte, ærlig og åpen enn i en dårlig relasjon. Det kan tenkes at det vil komme an på hvor god relasjonen er, om denne likhetstankegangen gir utslag for det beskrevne ubehaget. Jo tettere relasjon en har, desto lettere kan det være å akseptere ulikheter. Ut fra dette kan det se ut som om dette gjør det vanskeligere å oppnå en god relasjon. Med utgangspunkt i likhetstankegangen vil det være unaturlig å få en god relasjon til en person som ikke er lik en selv.

Det kan tenkes at informantene som ikke kjente på dette ubehaget i forhold til urinprøvetaking ikke var like påvirket av likhetsidealet som beskrevet over. En annen informant sier *”Urinprøver er en del av jobben min, og det visste jeg om da jeg begynte å jobbe her. Jeg tenker ikke så mye på det. Det gjør meg ingenting å ta urinprøver, og ikke for dem heller, de er jo klar over det.”* Det kan være denne her beskriver et forhold hvor disse ulikhetene de øvrige informantene opplevde som ubehagelig ikke er til stede. Informantens arbeidssted kan ha en arbeidskultur som i større grad åpent aksepterer forskjellen mellom ansatt og pasient. Et arbeidssted hvor likhetsidealet ikke er like dominerende. For igjen å se tilbake på Bourdieus begreper kan det også være at denne informanten sto mer på lik linje med pasientene i forhold til habitus og symbolsk kapital. At det faktisk var en likhet mellom informantene og pasientene. Det kan tenkes at det ikke handler om aksept, likhet og forskjeller, men at de faktisk deler samme holdninger, verdier og kultur på en annen måte enn de øvrige informantene. Informanten kan selv ha vært rusmiddelavhengig, eller kjenner seg igjen i pasientene på ulike måter, og av den grunn kjenner ikke dette ubehaget.

Det kan se ut som om urinprøven har en negativ innvirkning på relasjonen mellom pasient og ansatt, nettopp grunnet dette ubehaget som kan forklares av Bourdieu og Gullestad. Det vil si at også kultur kan ha betydning for relasjonen mellom pasient og ansatt. Sett ut i fra dette perspektivet vil det være grunn til å tro at urinprøver ikke passer inn i norsk kultur da det er med på å forsterke det ubehaget informantene kjente på. Slik jeg tolker det, kan ubehaget de ansatte opplever, skape hindringer og vise seg som problematiske i noen av de syv elementene Biestek hevder kjennetegner en god relasjon. Relasjonen mellom pasienten og ansatte vil da, som beskrevet, kunne utvikle seg til samarbeidsforhold som ikke er gode. Ubegaget kan gå ut over elementet om ”ikke dømmende holdning”, hvor jeg tolker det som at den ansatte kan måtte vise en holdning som ikke stemmer overens med dens egentlige holdning fordi en er underlagt et arbeidssteds regler. Videre kan det gå ut over ”klientens selvbestemmelsesrett”, da pasienten ofte ikke har mulighet til å unngå urinprøvetaking i sin behandling, og den ansatte må tilse at urinprøvetakingen faktisk finner sted. Ubegaget kan også finnes igjen i elementet om ”taushetsplikt”, som beskrevet tidligere. På en annen side vil en kunne tro at det går an å bruke Biesteks relasjonselementer til å oppheve dette ubehaget. Det kan se ut for at urinprøven er med på å gjøre den ansatte til en maktutøver, noe de fleste informantene hevdet de ikke ønsket å være.

6. URINPRØVEN SOM ET MAKTMIDDEL

Et annet analysetema som skilte seg ut handler om urinprøven som maktmiddel. Spørsmålet er, hva brukes prøven egentlig til? Flere av informantene stilte spørsmål til og reflekterte rundt hvordan og hvorfor urinprøven ble brukt. For å belyse dette, vil jeg bruke min forståelse av Foucaults begreper om biomakt, overvåkning, straff og panopticon, som beskrevet i teorikapittelet.

6.1 Samfunnet bestemmer

Urinprøvetaking som et middel for å opprettholde ruskontroll i rusbehandling er svært vanlig i Norge. Flere av informantene uttrykte frustrasjon over at urinprøvesvarene kom tilbake så sent, at det virket uhensiktsmessig å ta opp rusepisoden på nytt en uke etter den egentlige hendelsen. Flere gav også uttrykk for at urinprøvesvaret ikke var så viktig i seg selv, og at urinprøven kunne skape flere uheldige situasjoner for pasienten, noe som ikke var hensiktsmessig for behandling på lengre sikt. En sa at urinprøver er uheldig i etterkant av behandling, da pasienten ikke lenger har denne kontrollen over seg, og ikke har fått erfare det å skulle leve rusfritt uten noen form for kontroll. En annen faktor som ble nevnt var at urinprøvesituasjonen skaper en situasjon som opprettholder pasientens mønster med å lyve og manipulere. Informantene beskrev også urinprøvetaking som en oppgave de utførte for andre. Dette kunne være institusjonen de arbeidet ved eller samfunnet. En av informantene beskrev

”...vi oppfordrer pasienten til å ta urinprøver og informerer om hvordan det er å være i rehabilitering. Vi informerer om de mulighetene de kan oppnå ved å avlegge urinprøver. Så er det opp til en annen avdeling å avgjøre.”

En annen informant sa ”de som ikke har samfunnskrav på seg kan du si, blir det annerledes for.”²⁷ Det er nettopp dette siste sitatet jeg ønsker å se nærmere på.

6.2 Disiplin og overvåkning

Det er ikke bare institusjoner i samfunnet som har en disiplinerende funksjon. Setter en det litt på spissen kan en si at tårnet i det panoptiske fengsel også er ute blant oss i samfunnet. Det panoptiske fengsel, er som beskrevet i teorikapittelet, et rundt fengsel med et tårn i midten. Dette gjør det mulig for fangevokteren i tårnet og overvåke alle cellene i fengselet uten at

²⁷ Med samfunnskrav menes pasienter som er i LAR, legemiddellassistert rehabilitering.

fangene vet når de blir overvåket. I dagens samfunn blir det mer og mer vanlig med overvåkningskamera i det offentlige rom. Vi legger fra oss informasjon på internett som andre kan få tilgang til. Til og med andre rundt oss kan fungere som tårnet i panoptikon. Vi følger med på andre, andre følger med på oss, og ved å se oss selv i speilet før vi går ut, kan vi til og med følge med egen atferd. Det handler også om hvordan vi ønsker å oppnå det vi tror andre forventer av oss, når forventningen egentlig ligger hos oss selv. "Blikket" som Foucault beskriver kan sies å være det som styrer denne egen disiplineringen. Samfunnet i dag, og vi som lever i det har behov for å ha kontroll (Foucault 1994, 179-187).

Foucault mener disiplinerende institusjoner, som fengselet har seks vesentlige funksjoner. For det første skaper det en kontinuerlig målestokk av disiplineringsteknikker, som overvåkning, kontroll og korrigerende av individet. Likeså en lignende målestokk for former av avvik. Dette fører til dannelse av en norm. Denne målestokken skaper videre avvik, det utvikles avviksroller og det dannes disiplinære karrierer gjennom utelukkelse. Som en forlengelse av dette blir "straffemyndigheten legitim". Straff anses som noe legitimt, og det som blir sett på som grusomt med straff forsvinner. Det blir vanskeligere å dømme fordi graderingen av disiplineringen blir nyansert. På en annen side blir det lettere fordi alle andre myndigheter også dømmer. Det er normaliteten som bestemmer. Kroppen gjøres til fange, den er hele tiden overvåket. Dette skjer ved at mennesker blir like og formbare gjennom kroppskontroll og gjennom en total kroppspolitik. Alle disse fem funksjonene forklarer hvorfor fengselet er så solid. Dette er vanskelig å endre på, fordi det henger sammen med andre maktmidler og strategier. Samfunnet tar mennesker med rusproblemer og plasserer dem i institusjoner som Foucault mener har en normaliserende myndighet. (Mathiesen i Foucault 1994 forord).

6.2.1 Hjelp, krav og normalisering

En kan si at rusbehandling er en forlengt institusjon av fengselet. Rusmiddelavhengige passer ikke inn i det "likestilte" og normaliserende samfunnet vårt. Som nevnt tidligere følger de ikke normene samfunnet har satt, noe som fører til at de blir sett på som avvikere. Avvikere som blir satt sammen og som skaper sitt eget avvikersamfunn. En kan finne flere eksempler på rusmiddelavhengige som har vært i behandling, og som begynner med sterkere stoffer etter behandlingen. Mange får også nye kunnskaper om ulike rusmidler, og kunnskaper om hvordan en kan ruse seg uten å bli oppdaget osv. Dette er også noe som gjør at de blir enda lenger fra "normalsamfunnet" som gruppe og de lager et eget samfunn med egne regler. Straff av rusmiddelavhengige blir dermed legitimt. Som en av informantene uttrykte

”Rusmisbrukere i behandling og i ettervern får hjelp fra samfunnet, og det er viktig å stille krav til dem. Og det kravet er jo viktig i seg selv. De skal jo ut i samfunnet igjen, og alle mennesker blir jo stilt krav til og det forventes jo noe av oss alle.” Dette utsagnet kan vise hvordan urinprøven legitimeres. Det som for informantene oppleves som et krav, kan for den som blir utsatt for det oppleves som straff. Kroppen blir kontrollert gjennom politikken. Det er en norm i Norge at enkelte rusmidler ikke skal brukes, og det er nedfelt i lovverket, som er vanskelig å endre. Rusmiddelavhengige bryter loven, normen i samfunnet og blir dermed kriminelle. Når denne disiplineringen også blir inkorporert i politikken kan den være vanskelig å oppdage. Fra politikken blir den videre inkorporert i et fagfelt, kanskje dannet som del av denne disiplineringen av samfunnet. Slik kan rusbehandling ses på som en normaliseringsfabrikk. Fabrikken kan knyttes opp mot Bourdieus endring av habitus, hvor formålet er å bli kvitt rusmiddelavhengighets habitus, og erstatte den med en ”normal”, eller stofffri habitus. Samfunnet tåler ikke kriminelle avvikere, og rusbehandlingssystemet er til for å få avvikerne til å følge normen. På en annen side kan en se grunner til at noen rusmidler er ulovlig å bruke, grunnet de skadevirkningene disse medfører.

Jeg ønsker å trekke frem en artikkel skrevet av Anlov P Mathiesen, ansvarlig redaktør i =Oslo, som kan være forklarende for det som er beskrevet over. I artikkelen, *politiaggresjon mot syke mennesker*, skriver han om hvordan politiet ikke behandler rusmiddelavhengige på en verdig måte. Politiet utfører aksjoner mot rusmiddelavhengige som gruppe, med politikerne i ryggen. Aksjonene er rettet mot rusmiljøet, i et forsøk på å fjerne dem fra offentlige steder. Dette medfører utrygghet, uoversiktlig og en uverdigg tilværelse for dem det gjelder, hevder Mathiesen. Han understreker at det ikke er ment for å kritisere politiet.²⁸ Artikkelen kan være et eksempel på hvordan denne makten som Foucault skriver om, knyttes opp mot politikk og blir legitim. Politiet, som kan sies å være lovens lange arm, utøver det Foucault kaller biopolitikk eller kroppspolitikk. Dette er et eksempel som viser hvorfor denne type makt er vanskelig å gjøre noe med. En kan si at urinprøven er et maktkunnskapsobjekt, eller en biopolitisk strategi, slik Foucault beskriver i seksualitetens historie. Det brukes for å kontrollere befolkningen og kan samtidig være en identitetsskapende teknikk som mennesker bruker for å forstå og konstituere seg selv.²⁹ Blir urinprøven brukt på en slik måte vil dette kunne ha betydning for hvordan den rusmiddelavhengige oppfatter seg selv. Ut i fra blant

²⁸ <http://www.vg.no/nyheter/meninger/artikkel.php?artid=10072550> lastet ned 30.03.12

²⁹ www.filosofiskvillnis.no lastet ned 27.03.12

annet lovverk, som nevnt over, vil den rusmiddelavhengige kunne se seg selv om kriminell og som en person som ikke klarer seg i samfunnet uten urinprøver.

Urinprøven kan også lett sammenlignes med Panoptikon. Det er et middel for overvåkning av kroppen. Informantene beskriver, som jeg også har skrevet i innledningskapittelet, flere typer urinprøver. Mest vanlige er planlagte prøver og stikkprøver. De planlagte prøvene vet pasienten om. Stikkprøvene blir tatt av tilfeldige pasienter på tilfeldige dager. Ansatte kan også sette opp en liste over pasientene, slik at de får tatt en stikkprøve i mnd. Pasienten vil da ikke vite når denne urinprøven kan bli tatt. Urinprøven er som tårnet, en vet at en blir overvåket, men ikke når. Dette systemet er til for å forhindre at pasientene ruser seg. Foucault skriver i seksualitetens historie, som nevnt tidligere, om biomakt. Han beskriver en makt som har kontroll over kroppen og ønsker å dressere den som en maskin, for å gjøre den mest mulig effektiv (Lart 2010). Er urinprøven til for å hjelpe pasienten til å bli rusfri, eller handler det mest om trygghet, et verktøy for å få ”avvikere” til å bli ”normale” så de kan fungere som ønskelig i samfunnet? Dette for at de skal kunne arbeide, produsere og være en ressurs? Urinprøven kan ses på som et verktøy for disiplinering, som på en side kan brukes som hjelp til å ikke ruse seg, og på en annen side brukes til å endre en uønsket atferd. Rusmiddelavhengige har nettopp en atferd som for mange ikke er ønskelig. Atferden knyttes opp mot lyving, stjeling og manipulering for å nevne noen. Et relevant spørsmål, som en av informantene stilte seg, blir da: Hvem tas egentlig urinprøven for?

Denne bio-overvåkingen en får gjennom u-prøver kan være med på å skape mistenksomhet og mistillit. Urinprøven som et middel for narkotika testing er laget for å overvåke, bekrefte og regulere andre. Det er en slags mistenksomhets teknologi, et utstyr laget for å blokkere, fryse ut og fastlåse maktrelasjonene hvor det blir brukt. Det er også med på, som allerede nevnt, å skape sosiale konstruksjoner av målgrupper som karakteriserer en politikk som utøver differensierende effekter på den mente målgruppen (Scheinder og Ingram, 1997 sitert fra Campbell 2004). Rusmiddelavhengige som sosial gruppe, er produsert ved å anta den påståtte forutsigbare verdien av urinprøven. Ikke på grunnlag av hva en gjør, men av hva en kan komme til å gjøre. En kan si at urinprøven er med på å danne en ny gruppe avvikere. En gruppe som blir overvåket og disiplinert, ikke på grunn av at de ruser seg eller har ruset seg, men fordi de kan komme til å ruse seg. Urinprøven er et instrument som vitenskapelig tester individuelle forbrukspraksiser slik som rusbehandling, og dens hensikt er å disiplinere (Campbell 2004, 83, 86-87).

6.2.2 Urinprøvens hensikt

Etter dette blir det naturlig å stille spørsmål til urinprøven, hva som er hensikten med den og som nevnt, hvem den tas for. Tas den for pasientene eller de ansattes og samfunnets del? Ut i fra det som er beskrevet over, kan det se ut som den utelukkende er til for samfunnets behov for kontroll og disiplinering. Det har dannet seg en oppfatning i samfunnet og i fagfeltet om at urinprøven er et nødvendig verktøy for å hjelpe rusmiddelavhengige til å bli rusfri. Dette fordi rusmiddelavhengige ofte mangler det noen av informantene kaller indre kontroll.

Informantene beskriver urinprøven som et verktøy for å oppnå denne indre kontrollen. Det blir noe motstridende med denne prøven. På den ene siden er den et overvåkningsverktøy som kontrollerer, ikke bare det pasientene har gjort, men også det de kan komme til å gjøre. Et verktøy for å forhindre at noe som anses som uheldig i samfunnet skal skje, da det å være rusmiddelavhengig anses som avvik fra det normale. På den andre siden kan den faktisk fungere som et hjelpemiddel for den rusmiddelavhengige, et overvåkningsverktøy for rusmiddelbrukeren selv. Det kontrollerende og disiplinierende ved den forsvinner nødvendigvis ikke, det handler mer om et ønske om å bli kontrollert og disiplinert. Flere av informantene hevdet at det var mange pasienter som ba om at det ble tatt urinprøve. Hvem har så skapt dette behovet for kontroll? Er det pasientene selv, eller er også dette et produkt av det kontrollerende og disiplinierende samfunnet? En informant mener det ville blitt så mye rusing, at ting ikke ville fungert, dersom urinprøvetaking ble tatt bort. Tyder dette på at de ”normale” i samfunnet ikke tåler ”avvikere”, og at en ikke kan tillate andre å leve slik som rusmiddelavhengige gjør? Poenget med rusbehandling ville i følge informanten blitt borte uten urinprøver. Jeg tenker det vil være relevant å stille spørsmål om det er mulig å oppnå en god relasjon slik informantene beskriver det, dersom urinprøven er til for å ”normalisere” avvikere i samfunnet, eller for samfunnets trygghet. Relasjonen vil da kun bestå av en part som krever noe for egen vinning. Elementet av tillit forsvinner tydelig gjennom denne formen for overvåkning som en av informantene uttrykte ”*Jeg opplever at her skal vi nå sjekke om du snakker sant*”. En vil som ansatt heller ikke være på bølgelengde med pasientene, noe informantene la vekt på i en god relasjon, og som en finner i Biesteks syv elementer.

På en annen side beskriver en av de siterte informantene at han informerer og oppfordrer pasienten til å ta urinprøver. Kan det tenkes at dette er med på å skape en god relasjon mellom den ansatte og pasienten? Den ansatte kan muligens bruke denne situasjonen, hvor han informerer om fordeler og ulemper med å avlegge urinprøver, til å komme i dialog med pasienten, og dermed etablere en god relasjon. Det ser også ut til at urinprøvetaking ikke vil

ha samme innvirkning på relasjonen i de tilfellene hvor pasienten selv ønsker det. Elementet av kontroll og makt, vil da forsvinne slik en informant uttrykte det: *”Det er klart det blir mye mindre ubehagelig. Da uttaler de jo på en måte at det er nyttig for dem.”*

Denne kontrollfunksjonen kan føre til at de ansatte føler seg mer som kontrollører enn som behandlere. Dette var noe flere av informantene fortalte. En sa: *”For det første opplever jeg meg selv som i en slags politiroлле. Og det liker jeg ikke som behandler.”* Ut i fra dette kan det tenkes at urinprøven som kontrollfunksjon gjør det vanskelig å skape en god relasjon. Rollen kan oppleves ubehagelig og påvirke relasjonen på en negativ måte, fordi en som ansatt ikke liker å være kontrollerende men det trenger nødvendigvis ikke å være slik. Informanten sier videre *”Men så kan jo måten du formulerer deg på, tanken bak urinprøven kan eventuelt ta bort den følelsen av å være politi”*. Vil det si at en som kontrollør kan finne mekanismer som opphever kontrollen for å gjøre situasjonen mer behagelig? Kontrollen vil uansett være der, det er bare følelsen av den som forsvinner, noe som kan tolkes som at det å være en utøver av kontroll ikke fører til en god relasjon. Dette fordi den som utøver kontrollen ikke er komfortabel med den, eller fordi kontrollaspektet blir for dominerende. Det vil være naturlig å stille spørsmål om hvorvidt urinprøvens hensikt ene og alene er å kontrollere kroppen, da den som informantene hevdet, er til god hjelp for mange rusmiddelavhengige.

7. MAKT OG KONTROLL VERSUS OMSORG OG HJELP

Dette analytiske temaet tar for seg det velkjente spenningsfeltet i sosialt arbeid, nemlig forholdet mellom makt og kontroll, omsorg og hjelp. Begrepet relasjon er i denne forbindelse relasjonen mellom pasient og ansatt, og det er viktig å ikke glemme maktperspektivet. Ansatte vil alltid være i besittelse av makt i relasjonen til sine pasienter (Aamodt Granli, 1998, 127). Det er nettopp dette informantene sier mye om når de blir spurt om deres opplevelser omkring urinprøvetaking. Ut i fra Foucault kan en si at profesjonelle hjelpere og rusbehandling er del av disiplineringsinstitusjoner, som ene og alene skal tjene til å disiplinere pasienten, med de verktøy og metoder som trengs. Min hensikt med denne oppgaven er imidlertid ikke å vise hvordan en som ansatt er del av et samfunn som er opptatt av kontroll og disiplinering. Poenget her er å vise hvordan det kan være vanskelig og ubehagelig for en ansatt å stå i dette spenningsfeltet, noe jeg ikke finner igjen hos Foucault. Jeg vil også se på noe jeg kort har nevnt tidligere, og som flere av informantene omtaler som indre og ytre kontroll. Ingun Stang (2009) skriver også noe om dette. Grunnen til at jeg tar dette opp er for å vise at mennesker har ulikt behov for kontroll, og at kontroll ikke er utelukkende negativt.

7.1 Makt og hjelp

7.1.1 Maktbalanse

Jay Haley (1963 sitert fra Kokkin 1998, 144) kaller relasjonen mellom pasient og ansatt en asymmetrisk relasjon fordi det er mangel på likevekt, partene har ulike posisjoner og maktfordelingen er skjev. Ohnstad (1994 sitert fra Kokkin 1998, 145) sier det er en relasjon som er kunstig sammensatt, og mener det er viktig å skille denne fra en vennsrelasjon. Det er det som er med på å skape arbeidsrelasjonen hvor den ansatte skal opptre profesjonelt. Profesjonalitet vil jeg komme tilbake til i kapittel 8. Maktbalansen blir også skjev fordi den ansatte har mer ansvar for å styre arbeidsprosessen og besitter myndighet og makt (Kokkin 1998, 144, 224). Charles Horton Cooley (1909 sitert fra Levin og Trost 2005), en teoretiker innen sosialt arbeid, hevder at det å kunne bruke empati og medfølelse er en forutsetning for makt. En kan bare ved å sette seg inn i andres forestillingsverden utøve makt effektivt (ibid, 69). Går en tilbake til det jeg tidligere skrev om relasjon og empati, kan dette tolkes som at bruk av empatiske evner og ferdigheter kan oppheve maktperspektivet, i alle fall for den ene parten. Forsøker en å sette seg inn i en annens situasjon og tror at en deler samme forestillingsverden, vil en også kunne tro at en er på samme linje i situasjonen. Kan en da si at en god relasjon er kjennetegnet av at den ansatte har makt over pasienten, og at dette er

med på å gjøre relasjonen god? Kan det være at det er nødvendig med et maktforhold i gode relasjoner? Makt i en relasjon trenger ikke nødvendigvis være negativ, da det noen ganger i noen situasjoner kan være godt at andre tar kontrollen og styringen.

Pasienten er avhengig av den ansattes hjelp, den ansatte har noe som pasienten trenger noe som skaper et maktforhold. Det vil også være av betydning om den ansatte erkjenner eller er bevisst denne makten eller ikke (Stang 2001, 48, 50, 52). Informantene understreker at en ikke bør bruke egen posisjon som ansatt til å utøve makt fordi dette vil kunne føre til en dårlig relasjon. Det kan være vanskelig å se å være bevisst egen makt, dette grunnet at en selv føler seg avmektig i systemet en er ansatt i. Når en har følelse av avmakt, kan det også være vanskelig å se at en selv har makt. Humanitære og egalitære ideologier er også med på å dysse ned kontroll og makt aspektet på en annen måte en tidligere. I dag skal dette aspektet usynliggjøres, noe som kommer frem av dagens begrepsbruk. En skal ikke lenger si rusmisbrukere, men mennesker med et rusproblem. Maktforholdene har blitt mer tilslørt og usynliggjort gjennom velferdsstatens begreper og forbedrete ordninger. Makten ligger der for å kontrollere, og for å lede pasientens verdier og normer i den retningen den ansatte mener er riktig (Levin 2003, 117-118).

En informant understreker at hjelpeapparat bruker maktbegreper som gjør pasientens behov om til egenskaper. Dette vil jeg skrive mer om i kapittel 10. Det jeg vil fremheve i denne forbindelse er at en som ansatt i en urinprøvesituasjon, må bruke posisjonen sin til å utøve makt. Makten som foreligger er en åpen form for makt. Det kan tenkes at urinprøven står igjen som et unikt virkemiddel innen rusbehandling fordi maktbruken er så åpen, samtidig som det har et tvangselement i seg. En informant snakker om nettopp dette spesielle ubehaget ved urinprøven. *"Jeg tenker at det ubehaget, det er nok spesielt. Kommer ikke på noen andre ting jeg må tvinge til i samme grad. Så det er vel det tvangselementet som er annerledes, det knyttet til å måtte blottstille en av de mest private handlingene man gjør"*.

Makt i denne sammenhengen kan sammenlignes med kontroll, noe som leder meg inn på et annet motsetningsfylt forhold innen sosialt arbeid, nemlig spenningsfeltet mellom omsorg/hjelp og kontroll.

7.2 Kontroll og omsorg

Kontroll kan bety både kontroll og styring, disse trenger nødvendigvis ikke henge sammen. En kan kontrollere uten å styre, men kontroll kan være styrende for ens handlinger. Ansatte i rusbehandling skal yte hjelp samtidig som en må ha kontroll. Som nevnt kan hjelp og kontroll være motsetningsfylt, og som ansatt må en godta at en innehar en slik dobbeltrolle, grunnet en strukturell makt som ligger innebygget i relasjonene. En ansatt er en forvalter av en offentlig kontroll, samtidig som en skal hjelpe pasienter som ønsker hjelp til sitt rusproblem. Dette handler om at en som ansatt hele tiden står i et spenningsfelt mellom omsorg og forvaltning, eller hjelp og kontroll. En kan kalle det omsorgsrasjonalitet og forvaltningsrasjonalitet. Omsorgsrasjonalitet har fokus på pasienten og dreier seg blant annet om medfølelse, engasjement, aktiv lytting og ekthet. Det handler også, som nevnt, om å kunne takle vanskelige og uventede situasjoner uten å legge skyld på andre eller å gå i forsvar. (Wærness 1984 og Oltedal 1988 sitert fra Kokkin 1998, 111). Omsorgsrasjonalitet dreier seg om ferdigheter som informantene anså som viktige elementer i en god relasjon. Forvaltningsrasjonalitet dreier seg om lover og regler, og har et juridisk preg. Målet er å ivareta pasientens rettigheter, og gi dem den hjelpen de trenger for å oppnå disse rettighetene. Begge disse formene for rasjonalitet henger sammen, og som profesjonell må en kunne håndtere begge. En må finne en balanse, så en ikke arbeider på en måte som blir for mye preget av enten omsorg eller forvaltning (ibid, 111-112).

7.2.1 Kan en vite den andres beste?

Omsorg er relasjonelt, og det er noe som utveksles mellom mennesker, og ligger i relasjonen mellom pasient og ansatt. Alle mennesker har behov for omsorg, og de fleste får dekket den gjennom venner eller familie. For en pasient i rusbehandling kan relasjonen på noen måter sammenlignes med barn – foreldre relasjon, hvor forholdet er preget av å være asymmetrisk, hvor den ene parten ”vet hva som er til den andres beste” ut i fra posisjon og definisjon (Aamodt Granli 1998, 65-66). Det vil imidlertid ikke være helt slik da en ofte innen fagfeltet, og som en informant understrekte, sier at det er pasienten som er ekspert på og har mest kunnskap om eget liv. Dette er noe som ikke alltid er like lett å arbeide etter. Flere av informantene gav uttrykk for at urinprøver, spesielt i begynnelsen av et behandlingsopplegg var viktig, så kunne det bli færre etter hvert. En sa også:

”Jeg synes det er veldig viktig at vi følger med de, altså det skal jo være rusfritt her. Så da må vi jo vite om at de ikke ruser seg... Jeg synes den biten med urinprøver er utrolig viktig. Hvis den urinprøvetakingen var borte, da kunne de jo styrt, da er det ingen som har kontroll på dem da.”

Informanten uttrykker her at kontroll er viktig, ikke bare for pasienten, men for fellesskapet. Når det vektlegges et rusfritt miljø, vil det være ødeleggende dersom en eller flere av pasientene ruser seg. Kontroll i form av urinprøver kan da være med på å ivareta miljøet. For mye omsorg kan også tenkes å være ødeleggende for relasjonen. Den ansatte kan gå inn i et uheldig mønster som bare yter hjelp og ikke stiller noen krav. En kan da havne i en klagerrelasjon hvor pasienten gir uttrykk for å vite hva som må gjøres for å endre situasjonen, men ikke er villig til å gjøre noe. Løsningen for pasienten i en slik relasjon vil være å se bort fra seg selv, og over på andre som vil ha mulighet til å gjøre noe med situasjonen. En klarer da ikke å finne konkrete tiltak for å nå en løsning (Berg og Miller 2004, 46-48).

Det finnes flere typer omsorg. I sosialt arbeid knyttes ofte begrepet empati opp mot omsorg. Det å sette seg inn i den andre situasjon ved å bruke skjønn og dømmekraft, og prøve å behandle pasienten slik en selv kunne ønske å bli behandlet i samme situasjon (Aamodt Granli 1998, 68-70). Det kan tenkes at en i urinprøvesituasjonen ikke handler på en måte som fremmer en god relasjon slik som en av informantene uttalte *”..Jeg kan kjenne at det blir en avstand i relasjonen, at det blir sånn nå skal vi sjekke hva du har drevet med”*. Det blir da mer kontroll, enn hjelp. På den andre siden må den ansatte forholde seg til de lover og regler som gjelder for arbeidsplassen. Det kan se ut for at for mye kontroll kan oppleves som ødeleggende for relasjonen. *”En dårlig relasjon vil være hvis en skulle fortelle pasienten hvordan de skal oppføre seg og hva de skal gjøre uten at de selv får muligheten til å kunne gå i dialog med meg som ansatt.”*

Det kan det være naturlig å spørre seg hva omsorg er, da det ser ut som om det er vanlig å legge de samme faktorene i omsorgsbegrepet som i relasjonsbegrepet. I en undersøkelse gjort av Aamodt Granli beskriver hun hva hennes informanter la i begrepet omsorg. Det var blant annet respekt, forståelse, aktiv lytting og tilstedeværelse (Aamodt Granli 1998, 100) Disse faktorene går igjen hos mine informanter når det gjelder hva de legger i en god relasjon. Kan en da se på omsorg og relasjon som tilnærmet lik? Handler det om at omsorg må være til stede i en god relasjon? Eller er omsorg et produkt av en god relasjon? Blir urinprøven tatt ut i

fra omsorg? Altså ser omsorg ut for å være et sentralt begrep når det gjelder urinprøvetaking og relasjonen mellom ansatt og pasient.

7.2.2 Rollekonflikt og filosofi

Urinprøven kan være et godt eksempel på hvorfor det kan være vanskelig forholde seg til disse rasjonalitetene. Under forvaltningsrasjonaliteten kan det også ligge en makt i forhold til de ansatte, som er pålagt å følge lover og regler. Har arbeidsplassen urinprøver, er en pålagt å følge prosedyren omkring dette, selv om en personlig ikke er komfortabel med disse. En informant fortalte om et valg om å slutte å arbeide innen rusbehandling grunnet nettopp ubehaget ved å ta urinprøver. Makt og kontroll kan gå flere veier. Det dreier seg ikke bare om ansattes makt og kontroll i forhold til pasientene, men også at ansatte er underlagt makt og kontroll fra samfunnet og systemet noe som kan oppleves ubehagelig. Dette kan kalles makt på systemnivå, og omfatter hjelpeapparatet som helhet. Systemnivået lager rammene for det som skjer på individnivå mellom ansatt og pasient (Skau 2003, 89). Som nevnt, er det samfunnet og systemet som legger føringene angående urinprøver, som igjen får konsekvenser i samspeilet mellom ansatt og pasient. En kan se at omsorg og forvaltning kan være en vanskelig balansegang. Ubegaget informantene beskriver overfor urinprøvetaking, kan springe ut fra at omsorgen for pasienten står i motsetning til det en som ansatt er pålagt å gjøre. En informant sier det slik ”...hvis en tror på at tillit er viktig i en relasjon, så blir det vanskelig å være med på å ta urinprøver. Jeg føler jeg kommer i en slags rollekonflikt med meg selv.” Rollekonflikt i form av at en i et øyeblikk er utøver av kontroll og makt, mens i neste skal være omsorgsfull. Slik kan det tenkes at det å kunne kjenne på et ubehag er en positiv egenskap hos den ansatte, da det kan være med å vise en reflektert holdning rundt egen posisjon.

Prosedyrer rundt urinprøven kan også være med på å påvirke relasjonen mellom ansatt og pasient. En informant understreker at viktigheten med urinprøver kommer an på hvordan den brukes og hva som legges som rasjonale bak urinprøven. ”Det har på en måte mye med filosofien på institusjonen. Hvordan det formidles og hvordan det snakkes om blant kollegaer og i behandlingsmiljøet, men også selvfølgelig hvordan det kommuniseres med pasientene.” Dersom prosedyrene for urinprøvetakingen er godt gjennomarbeidet, og noe de ansatte følger på lik linje, kan det tenkes at dette er med på å skape trygghet blant pasienten, som videre kan føre til en god relasjon. På en annen side kan dette ses på som organisert maktbruk.

7.2.3 Makt og kontroll, omsorg og hjelp, sammenvevde dimensjoner.

Ut i fra materialet mitt, tenker jeg at alle mine informantene har omsorg for sine pasienter. De er der for å hjelpe pasientene med å nå sine mål, enten det er total rusfrihet, eller mål om et redusert, mer kontrollert rusinntak. Flere beskriver at noe av ubehaget ved å spørre etter urinprøver handler om hvorvidt urinprøven kommer til å være positiv eller ikke. Der hvor ubehaget nok er størst er der de vet at urinprøven kommer til å være positiv. Det kommer tydelig frem at de ønsker det beste for sine pasienter. Selv om det medfører at de må gjøre noe de ikke er komfortabel med, bli urinprøver tatt med tanke på at det skal være til det beste for pasienten. Levin (2003) skriver at i betydning makt, er hjelp og kontroll sammenvevde dimensjoner i ethvert forhold mellom hjelpeapparat og pasient. Makt trenger ikke å utøves for å skade noen, men også når en skal hjelpe. Det kan være vanskelig å vite om det en gjør oppleves som et maktovergrep eller ikke. (ibid, 119-120). Dette kan en også se gjennom det informantene beskriver. Det vil være naturlig at dette er individuelt og oppleves forskjellig fra pasient til pasient. Informantene beskriver at noen har store vanskeligheter med å avlegge urinprøve. Dette kan det være ulike grunner til, og overgrep kan være et eksempler i denne forbindelsen. En urinprøve kan da føles som et nytt overgrep. Noen pasienter ønsker hyppige urinprøver, da de opplever at det hjelper dem til å holde seg på ”matten”. Andre har blitt så ”institusjonalisert” at det har blitt en vane å avlegge urinprøver. Det er imidlertid enighet blant informantene om at urinprøven er til for å kunne hjelpe pasientene, selv om resultatet av denne er varierende.

Noen informanter mente imidlertid at dersom kontroll i form av urinprøver ble fjernet, ville dette stille andre og kanskje høyere krav til en som ansatt. En informant hevdet:

”Jeg antar at det ville stilt høyere krav til de som skulle bestemme over folk i forhold til behandlingen de var i, var nødt til å jobbe tettere på.. Da ville det være vi som jobbet tett på pasientene som måtte være den hovedkilden til informasjon...”

Informanten ser for seg at en hadde måttet irettesette pasienter kun basert på deres atferd, noe som kunne skapt problemer. Ansatte hadde fått et høyere krav om å stå i vanskelige situasjoner. Jeg tolker det som at dersom urinprøven ble fjernet, ville en som ansatt miste en makt og kontroll som vil kunne være vanskelig å håndtere. Det hadde blitt pasientens ord mot den ansattes ord, og den ansatte ville ikke hatt urinprøven til å ”bevise” løgn om eventuelle rusinntak.

7.3 Å kunne oppnå indre kontroll

Urinprøvetaking kan ses på som et verktøy for å oppnå kontroll. Dette gjelder både for den ansatte og pasienten. Fokus på indre, eller intern kontroll handler om at resultater eller det en gjør for å oppnå noe, er basert på egen atferd og personlighetstrekk, og ikke på ytre faktorer. Det vil si at pasienten forklarer årsaken til eksempelvis rusfri permisjon, ut i fra det en selv har gjort for å oppnå det. Ytre faktorer blir ikke lagt særlig vekt på. Dersom en er styrt av indre kontroll vil en ha stor tro og forventinger til egen innsats og egne valg, og at dette har stor betydning for utfallet av hendelser. Mennesker som legger vekt på kontroll over eget liv er mer bevisst hvordan de kan styre egen atferd ved å skaffe seg informasjon fra omgivelsene. Dette fører til at de vil ta mer initiativ overfor omgivelsene for å kunne forbedre egen tilværelse. Videre er de opptatt av å styrke egne ferdigheter og evner, og lære av egen feil. Stang hevder også at en slik person vil gjøre motstand dersom andre forsøker å kontrollere dem (Stang 2009, 130).

Ytre eller ekstern kontroll handler om at pasienten ikke har tro på kontroll over eget liv. En pasient som er styrt av ytre kontroll vil da tenke at en rusfri permisjon ikke skyldes en selv men ytre faktorer som tilfældigheter, flaks eller hjelp fra andre mennesker i omgivelsene. Pasienten opplever at han har liten kontroll, og liten innflytelse på det som skjer rundt han. Det han selv mener og tror har også liten betydning. Pasienter som styres av ytre kontroll føler seg ofte som offer for omstendigheter, og har lett for å fraskrive seg ansvar for det som skjer i eget liv. Han fraskriver seg også muligheten til å styre og skape sitt eget liv (Skau 2009, 130-131). En pasient som eksempelvis ruser seg på permisjon, vil kunne forklare ruseepisoden ut fra ytre faktorer og tenker ikke at en selv hadde innflytelse over det som skjedde. Det er viktig å huske at gjentatte erfaringer fra situasjoner kan føre til generaliserte forventninger, noe som kan forklare hvorfor en opplever livet på en slik måte. For å forandre på dette, må pasienten få erfaringer og opplevelser som gir økt tro på at en selv har innflytelse på eget liv (Ibid, 131).

7.3.1 Hjelper ytre kontroll?

Urinprøven kan ses på som et verktøy for å hjelpe pasienten til å få indre kontroll. Alle informantene hevder at de stadig opplever pasienter som ønsker urinprøver. Pasientene ønsket seg en form for kontroll som hjelp til ikke å ruse seg, noe de kan få gjennom urinprøven. Dette kan imidlertid være negativt for pasienten på lengre sikt. En informant sier ”...*det er jo den ytre kontrollen de ikke har selvinnsett i.*” Det kommer også an på hvordan denne ytre

kontrollen brukes. Dersom positive urinprøver fører til utskrivelse fra behandlingsopplegget hevder informanten at de ikke har noen ytre kontroll.

”Gitt at de ikke har noen nedtrappingsplan av urinprøver, i alle fall disse faste, så har vi jo gjort oss selv en bjørnetjeneste. Mange pasienter sier det ikke er noe problem å holde seg rusfri på institusjon. Så hvis de da bare er vant til å la vær å ruse seg fordi de vet at det vil bli merket og de risikerer å bli skrevet ut. Så ja, da har vi jo kanskje ikke behandlet pasienten så veldig mye.”

I følge denne informanten kan urinprøvetaking gjøre det vanskeligere for pasienten på lengre sikt. Når denne ytre kontrollen forsvinner, og indre kontroll ikke er oppnådd, har kanskje pasienten ikke fått til den ønskelige endringen.

Flere av informantene sier at urinprøven som ytre kontroll er nyttig, dersom pasientene gir uttrykk for at de ønsker det. Ikke for at urinprøven skal være en form for straff, men at den brukes så pasienten kan oppnå indre kontroll, og da må pasienten ønske det. En annen informant sier *” Målet må jo være at pasienten ikke vil ruse seg mer og trenger ytre hjelp for å få dette til. Det kan være en del av hjelpen.”* Det er ikke sikkert at urinprøver som ytre kontroll vil være en hjelp for å oppnå indre kontroll. En sier at urinprøven skaper en situasjon hvor pasientene kan fortsette å lure og lyve. I rusbehandling motiveres pasientene til å skape endring, og urinprøvesituasjonen kan ses på som en situasjon som er det motsatte. Dette kommer muligens an på hvordan pasienten ønsker og klarer å bruke urinprøven som hjelp til å oppnå indre kontroll.

Relasjon i form av arbeidsrelasjon er kanskje slik som Kokkin (1998) beskriver et samarbeidsforhold. At arbeidet kommer først, deretter det informantene beskriver skal være i en god arbeidsrelasjon. Går en ut fra det samarbeidsforholdet, vil urinprøven være et hjelpemiddel til en relasjon hvor arbeidet er i fokus. Kanskje det er nødvendig å bruke makt, være en som kontrollerer fordi pasienten ikke klarer dette selv. Ut i fra likhetskultur og det informantene beskriver, vil opplevelse av ubehag kunne være naturlig. Som informantene sier, er det mange pasienter som ønsker urinprøver, nettopp fordi de ikke har, eller stoler på sin indre kontroll. De ønsker å bli kontrollert, et signal på at det blir viktig å hjelpe pasienten til å oppnå denne indre kontrollen. Når en så trekker inn element av tillit, hvor informantene i relasjonen etterstreber, ærlighet og åpenhet, for å slippe denne kontrollen gjennom urinprøven, kan målet med prøven virke motsetningsfull. Målet for mange i behandling er endring og høyere grad av indre kontroll. Informantene ønsker å oppfordre pasientene til å være ærlig og fortelle om eventuelle rusinntak. Ofte kan rusinntak oppdages uavhengig av

urinprøver ved bruk av kliniske tegn. Nesten alle informantene ønsket mindre kontroll og færre urinprøver, men ser at denne kontrollen også er viktig og kan være nyttig for pasientene. Situasjonen med urinprøvetaking ser da ut til å være mer preget av å være et samarbeidsforhold, og dermed en ren arbeidsrelasjon. Det ser ut som at kontroll gjennom urinprøven kan skape en god relasjon når pasientene selv ønsker denne kontrollen. Jeg tenker, i motsetning til Foucault, at elementet av makt og tvang i slike tilfeller til en viss grad vil kunne opphøre. Dersom urinprøven også fører til at pasienten oppnår større grad av indre kontroll, vil det kunne føre til en god relasjon i et lengre perspektiv. Relasjon slik informantene beskriver, vil da kunne oppnås etter hvert.

8. Å VÆRE PROFESJONELL

En informant uttrykte at det var viktig å være profesjonell. Hva betyr egentlig dette? Samtidig som dette er et analytisk tema i oppgaven, er det også et mye brukt begrep innen sosialt arbeid. Dette kom også tydelig frem som viktig i informantenes opplevelse av urinprøvetaking. Jeg vil nå beskrive dette begrepet ut fra teori, og knytte det opp mot mitt empiriske materiale.

8.1 Hva er profesjonalitet?

Kokkin beskriver profesjonalitet som en prosess der en sosialt konstruert aktivitet eller virksomhet, blir regulert slik at den bare er åpen for de som er kvalifisert gjennom godkjent utdanning. Det kan også innebære at en har andre evner ut over det rent akademiske, som ”talent” eller ”intuisjon”. Det forventes gjerne at en som profesjonell er engasjert, vennlig og solidarisk. Hun hevder at en som profesjonell må kunne kombinere hodet, brystet og kroppen. Det kreves også disiplin. Med hodet, brystet og kroppen mener hun at en må kunne lagre kunnskap, vurdere beslutte og reflektere. En må ha følelsesmessig balanse, mot og ekte engasjement, samt handlingskompetanse og en psykomotorisk væremåte (Kokkin 1998, 108).

8.2 Å være profesjonell

I rusbehandling og i annet sosialt arbeid er måten en møter andre mennesker på svært viktig. Hensynet til individet går foran alt annet og menneskeverd er sentralt. Væremåte og personlig kompetanse blir av den grunn vesentlige kvalifikasjoner for en sosialarbeider, altså evnen til å være i god samhandling med andre. Gode verdier og holdninger er imidlertid ikke nok. Faglig teoretisk bakgrunn er også viktig. Sosialarbeidere, i en undersøkelse gjort av Damsgaard Larsen, sier at profesjonalitet handler om kunnskap, verdier, ferdigheter, holdninger og væremåte (Damsgaard Larsen 2010, 50). Røkenes og Hanssen (2002) hevder at profesjonell fagkompetanse innebærer handlingskompetanse og relasjonskompetanse.

Relasjonskompetanse, som også er en viktig del av faglig kompetanse, innebærer å samhandle med og forstå de en møter i jobben på en hensiktsmessig og god måte. En kommuniserer på en måte som ikke krenker, som ivaretar hensikten med samhandlingen og på en måte som gir mening. Det er viktig å ivareta den andre sine interesser og behov, og det er snakk om en kompetanse som endres underveis i samhandlingen med den andre. En må først kunne etablere en relasjon til vedkommende. Videre må en være i stand til å stå i denne relasjonen over tid, altså vedlikeholde relasjonen. For det tredje må en kunne avslutte arbeidsrelasjonen på en god måte. For å oppnå relasjonskompetanse er det nødvendig å kjenne seg selv, en må

kunne forstå det som skjer i samspillet med den andre og en må kunne forstå den andres opplevelse. En må møte den andre med respekt og dens rett til selvbestemmelse, og som et selvstendig og handlende individ. Handlingskompetanse er den kunnskapen og de ferdighetene som gjør en i stand til å gjøre noe med, eller for den andre. Å ta urinprøver vil eksempelvis være handlingskompetanse. Men en kan ikke ta en urinprøve uten å forholde seg til pasienten. Handling kan ikke skilles fra samhandling, og handlingskompetansen og relasjonskompetansen bør stå sammen som en helhet (ibid, 7-9).

8.2.1 Å ta urinprøver på en profesjonell måte

Hvordan bør en så ta en urinprøve på en profesjonell måte? Som nevnt opplevde alle informantene med unntak av én ubehag knyttet til urinprøvetakingen, og nevner en rekke elementer som kan være med å oppheve dette ubehaget. Noen legger vekt på å ikke vise ubehaget de opplever, mens andre var åpen med pasientene om dette. Disse elementene kan også knyttes opp mot det å handle profesjonelt i situasjonen. Informantene nevner at det er svært viktig å møte pasienten med respekt når en skal ta urinprøver. De anstrenger seg for å gjøre situasjonen så behagelig som mulig, forsøker å skape ro, ikke stresse og ikke minst vise trygghet. De velger å opptre avslappet for at pasienten ikke skal føle at de nistirrer, selv om en følger med på om urinprøven blir tatt på riktig måte. Samtidig forsøker de å tone ned overvåkningsbiten. En av informantene presiserer viktigheten av å ikke gi uttrykk for mistenksomhet, noe som kan oppfattes som et forsøk på å oppheve kontrollfunksjonen som preger situasjonen. Informanten vektlegger å ikke gi uttrykk for å ha problemer med å se kjønnsorganet til pasienten, og det å vise at dette er noe en har et avslappet forhold til.

Profesjonalitet knyttet til urinprøvetaking slik Kokkin beskriver det med hode, bryst og kropp, kan se slik ut. Den ansatte må vurdere om det er nødvendig å be om en urinprøve, og beslutter så at dette er nødvendig.

”Hvis det er mistanke prøve dreier det seg først om observasjoner enten fra meg, kollegaer eller med-pasienter som har sagt i mer eller mindre tydelig form at de tror den har ruset seg. Og så vil jeg gjøre meg opp min egen mening. Snakke litt med pasienten først. Se på pupiller, prate og se på atferd, og særlig om det er none avvik fra sånn jeg kjenner han fra før... så vil jeg si at nå er det sånn og sånn, og noe om forskjellen om sånn han er nå i forhold til før.”

Noen ganger kan det å spørre om en urinprøve oppleves ubehagelig for den ansatte.

”Det er jo ikke noe vanskelig å be om urinprøven å ta feil for eksempel. Det er jo en utrolig god anledning til å si da tok jeg feil, du hadde rett. Beklager. Og så kan vi snakke om det i stedet. Men det er spesielt hvis vi har pasienter som er utagerende i ruset tilstand. Da er det ekkelt på be om urinprøve.”

Handle når det for eksempel er noe en opplever ikke stemmer.

”Vi prøvde nå rett etter jul, for i julen var det veldig mye rusing og da gjorde vi det sånn på et morgenmøte. Da tilbød vi alle pasientene å ta en urinprøve... og da var det noen som sa ja og ville gjøre det, for vi la det frem sånn som at nå kan dere få begynne på nytt. Og det var noen som ville, og noen som ikke ville ta, og det fortalte en god del til oss om hvorfor de ikke tok.”

Det er enighet om at kontroll er en vesentlig del av urinprøvetaking, og preger situasjonen.

Uansett hvor ”profesjonelt” en tar urinprøven, vil det kunne være et element av mistillit i situasjonen, noe som også kan være med på å gjøre situasjonen ubehagelig for den ansatte.

8.2.2 Tillit og respekt

For informantene var det viktig med tillit og respekt. Det kom frem i analysen at respekt og tillit var viktige elementer i en god relasjon. Ut i fra det som er beskrevet over, ser en at respekt i møte med andre er vesentlig i sosialt arbeid, dette for i det hele tatt å kunne oppnå en relasjon. Informantene hevder at relasjon handler om tanker og følelser, noe som kan være uvanlig å knytte sammen med begrepet profesjonell. Det kan se ut for at hvilken relasjon en får avhenger av hvordan en er som menneske og hvilke relasjonelle og sosiale evner en har. En informant sier at en i arbeid med rusmiddelavhengige må bruke seg selv. *”Jeg tenker at det eneste redskapet jeg har for å utføre en jobb i å hjelpe en annen til å nå et mål, så har jeg relasjonen og det er bare meg selv. Så jeg har bare meg selv som redskap i det.”* Dette kan en tolkes som at relasjon er viktigere enn både arbeidsmåter og metoder. Uansett hvilken faglig kompetanse en opparbeider seg og hvor mange bøker en leser kan det til syvende og sist se ut som at relasjonen er noe av det viktigste en kan bruke. Irene Levin understreker at relasjon er det redskapet en skal bruke for å få pasienten til å nå målet sitt (Levin 2004, 89). Urinprøven i seg selv er ikke nok for å hjelpe pasienten til å bli rusfri. Kunnskaper og handlinger må som nevnt henge sammen. Den som arbeider innen rusbehandling bør ha kunnskaper om den spesifikke pasientgruppen, for så å bruke disse til å skape, opprettholde og avslutte en arbeidsrelasjon. Dette kan i seg selv være krevende arbeid.

8.2.3 Profesjonalitet og relasjon

Måten ansatte møter pasienter på er viktig, men måten den ansatte blir møtt på vil også ha betydning for relasjonen. Å oppnå relasjonskompetanse kan muligens se enkelt ut. Det handler som nevnt om å møte pasienten som et selvstendig og handlende individ. Videre handler det om å kjenne seg selv godt nok til å vite hvordan en reagerer i ulike situasjoner, hvordan en tolker ulike situasjoner, oppfatter og forstår hvordan den andre opplever og oppfatter situasjonen. Relasjon og ikke minst kommunikasjon kan være svært utfordrende slik informantene mine opplever situasjonen. Spesielt grunnet dette ubehaget som jeg tidligere har vist, kan gjøre det vanskelig å oppnå en god relasjon. Det skjer mye i hver og en av oss i samhandling. Selv i samhandling med gode venner eller familie, er det ikke alltid like lett å forstå hvordan den andre har det. I arbeid med rusmiddelavhengige kan nettopp deres symptomer gjøre dette enda vanskeligere. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 10.

8.3 Å kombinere det å være profesjonell med det private

Når en som sosialarbeider skal opptre profesjonelt er det nødvendig å tenke igjennom hvor privat en skal være i samhandling med pasienten. En informantene nevner at *”en dårlig relasjon er også hvis ansatte blir for private og vi ikke klarer å holde oss til et faglig, men greit nok personlig nivå, men hvis de også deler av våre private sider”*. Denne hevder altså at det ikke er bra for arbeidsrelasjonen å dele for mye av private ting. En annen informant sier at noe av det som er viktig i denne behandlingen er å være sosial sammen. Spørsmålet blir hvor går egentlig denne grensen? Ved å bruke seg selv i relasjonen må en være noe personlig, og dele noe av ens private liv. En annen var opptatt av å ikke bruke faglige begreper, og nevner at en kan bruke begrepet profesjonell, som unnskyldning når en gjør en dårlig jobb. Jeg vil kort nevne dette da jeg tenker det er relevant i forhold til relasjonen som skapes mellom pasient og ansatt.

Damsgaard Larsen (2010, 70) skriver at det er ikke noe mål i seg selv å opptre så ”profesjonelt” at en helt og holdent løsriver seg fra det private. Jeg er usikker på om det i det hele tatt er mulig da jeg tenker at det private er innlemmet i ens personlighet. Når en som ansatt fremtrer som upersonlig og perfekt er ikke dette en tjenelig måte å framstille seg for andre på. Dette står i motsetning til det som er grunnlaget for en god profesjonalitet, nemlig ekte og bevisst medmenneskelig engasjement (Skau 2003, 77). Det vil kunne være å forsøke å skjule det opplevde ubehaget ved urinprøvetaking, i stedet for å være åpen med pasienten om dette. På en annen side er det også viktig å ikke la seg påvirke i for stor grad av det private.

En kan ikke legitimere dårlig oppførsel på jobb med at en er slik som person hjemme, eller tenke at reaksjonsmønster en selv har er satt i ens personlighet. Dette kan føre til at en ikke utvikler seg som ansatt, og får et fastlåst bilde av seg selv. En må skille mellom private reaksjoner og reaksjoner en har i arbeidssituasjoner. Det kreves noe av en som yrkesutøver for å kunne opptre og reagere på en profesjonell måte. Dette gjelder ikke bare faglig, men også personlig. En må, gjennom å være bevisst egen væremåte, forsøke å skille mellom det private og profesjonelle. Dette for å tilegne seg en mer bevisst og reflektert yrkesrolle (Damsgaard Larsen 2010, 70-71).

8.3.1 Profesjonell og privat – en helhet

Shulman hevder at dette klare skille mellom privat og jobb er en falsk dikotomi. Dette er når en klarer å integrere det private i det profesjonelle. En skaper en helhet av disse og på den måten klarer en å yte best i jobben. En vil uansett være preget av egen væremåte, bakgrunn, følelser, verdier, meninger og stil. Som ansatt må en lære mer om seg selv som profesjonelle og finne frem til hvordan en kan bruke seg selv i arbeidet, i stedet for å undertrykke det. Pasientene trenger også å se at ansatte kan gjøre feil, at de også er mennesker med følelser, som er sårbare og kan være spontane (Shulman, 2003, 55-57). Det er viktig å understreke viktigheten av å bearbeide private livshendelser. Det private kan da være med på å gi visdom og erfaring i motsetning til ubearbejdede hendelser som ikke er særlig hensiktsmessig i møte med pasienten. Både den upersonlige fasaden og det ubearbejdede private er styrt av den ansattes behov (Skau 2003, 77).

Grunnen til at jeg kort nevner dette er fordi det knyttes opp mot de opplevde negative symptomene til rusmiddelavhengige. Reaksjoner er også knyttet til følelser. En kan trene på, eller velge å reagere på ”profesjonelle” måter, og ikke la det private komme til syne. Det kan tenkes at dette for noen kan oppleves kaldt og følelsesløst. Reagerer en derimot med for mye følelser kan dette oppfattes ”uprofesjonelt”. Uansett vil en på en eller annen måte bli påvirket av den en samhandler med. Dette fordi en påvirkes følelsesmessig når en føler at andre misbruker ens tillit, lyver og forsøker å manipulere deg. Det er muligens noe av dette som er grunnen til at slike symptomer, som også kan forveksles med personlige egenskaper kan være vanskelige å godta? Dette kan imidlertid også gå motsatt vei. En møter mange med tøffe og vanskelige historier, noe en kan bli berørt av, og det kan være lett for at en syns for mye synd på.

Som ansatt innen arbeid med rusmiddelavhengige kan en si at det er en del av jobben å måtte stå i vanskelige situasjoner. Som mennesker er både ansatte og pasienter like mye verdt, men den ansatte har likevel et ansvar som pasienten ikke har. Selv om det kan være utfordrende er det den ansatte som må opptre på en ansvarlig måte nå pasienten oppfører seg på en måte som oppleves urimelig. En kan ikke bruke pasientens væremåte eller symptomer som unnskyldning for å ikke handle profesjonelt uansett hvor vanskelig eller ubehagelig situasjonen er. Som en informant nevnte, er det viktig å tåle i en god relasjon. Det å ikke la seg affektere av utbrudd som oppleves som vanskelige eller negative. Selv om det er viktig å la pasientene vise sine symptomer på sykdommen, må en ikke la dette bli en unnskyldning i det profesjonelle ansvaret en har som ansatt. Det kan da bli lett for å lete etter faktorer som er med på å forsterke de allerede opplevede negative egenskapene, og et kritisk blikk på en selv kan komme i skyggen. I en uheldig situasjon kan en komme til å skylde på pasientens oppførsel, og glemme å se på egne feil og mangler. Dette kan komme til uttrykk ved eksempelvis å reagere med skuffelse etter en rusepisode, hvor en kanskje føler på misbruk av tillit. Eller at en ikke yter like godt i jobben fordi en tenker at pasienten kommer til å bryte behandlingsopplegget uansett. Som ansatt og profesjonell har en et ansvar for å ha kunnskaper om vanskelige samspillsituasjoner. En bør ha kunnskaper om utløsende faktorer, hva disse kan handle om, og faktorer som kan være forsterkende og opprettholdende for den vanskelige situasjonen. En må også være bevisst at slik skyldplassering kan forekomme (Damsgaard Larsen 2010, 111-112).

Når det gjelder profesjonalitet og urinprøver, ser en at det viktig for informantene å forholde seg profesjonelt til dette. Dette er viktig for både egen- og pasientens del, da de begge er i en ubehagelig situasjon. Å være profesjonell innebærer å måtte gjøre noe ubehagelig, som å ta urinprøver, og ha kunnskaper om hva denne situasjonen innebærer for seg selv og pasienten. Ut i fra dette kan det se ut som at den ansattes forhold til profesjonalitet og urinprøver, også kan ha betydning for opplevelse av ubehag, som videre vil kunne påvirke relasjonen. Jeg tolker det som at profesjonalitet i urinprøvetaking vil kunne være med på å påvirke relasjonen begge veier på gode og mindre gode måter.

9. TILLIT

Dette kapitlet omhandler tillit mellom den ansatte og pasienten. Alle informantene nevner at tillit er viktig for relasjonen, og det vil være sannsynlig å tro at urinprøvetaking har innvirkning på nettopp tillit. I det følgende vil jeg utdype dette i lys av Harald Grimen.

9.1 Hva er tillit?

Tillit er viktig for alle mennesker, og dette er viktig for at et samfunn skal kunne fungere. Uten tillitt mellom en selv og de rundt, ville en blitt rammet av angst og det ville være vanskelig å ha et sosialt liv. To som stoler på hverandre er mer fornøyd enn andre. De er mer kreative, risikovillige og samarbeider bedre. En samhandler også med andre en ikke stoler på. Dette er noe samfunnet er avhengig av. Institusjoner, eksempelvis familien bygger utelukkende på tillit, noe som kan føre til maktkamper og interessekonflikter (Grimen, 2009, 11-12). Tillit er viktig, enten det er for det gode eller det mindre gode. Jeg skal komme nærmere inn på dette som handler om tillit mellom to individ, det mine informanter sier er viktig for en relasjon. Først vil jeg se på, hva er egentlig tillit? Videre kan en spørre, hva er tillit i en relasjon?

Å stole på, er å handle uten forhåndsregler. Dette handler om forventinger. Virkningen av den tillitsfulle handlingen gir ikke alltid den tillitsfulle virkningen en forventer, og noe av det som kjennetegner tillit er nettopp at den ikke har noen forholdsregler. En forventer at den en viser tillit er pålitelig. En kan også forvente at den en viser tillit gir noe tilbake. En informant sier ” *pasienten kan forvente å få hjelp å støtte fra meg, og jeg kan forvente at de tar urinprøver. Det er jo også viktig for tilliten. Det er gjensidig.* ” Det kan se ut som om informanten har tanker om at tillit mellom seg og pasienten handler om å gi, og å kunne få noe tilbake. Selv om en som ansatt har et overordnet ansvar, vil det ikke være urimelig å forvente noe tilbake. Begge parter har forventinger til hverandre, noe som kan sies å være med på å utgjøre tillit mellom de to.

9.1.1 Tillit er følelser

Der det er tillit er det også mistillit, og i forventinger ligger det følelser. Dette kan være noe av grunnen til at det er vanskelig å komme med en konkret definisjon på tillit. Når en føler at noen har brutt tilliten kommer også følelsesmessige reaksjoner som ofte er forbundet med moral. Moral og følelser er betydningsfulle for mennesket, og en kan forstå hvorfor tillit er så

viktig for oss mennesker. Jeg kommer nærmere innpå dette senere. Når to personer, ansatt og pasient, skal gjøre en jobb sammen hvor den ene skal hjelpe den andre, er det naturlig å tro at de har tillit til hverandre. Det som er beskrevet over viser at en også kan forstå hvorfor en blir skuffet når en føler at den andre bryter, eller misbruker tillit (Grimen 2009 19-26). Som nevnt sier informantene at tillit er en forutsetning for en god arbeidsrelasjon. En presiserer at det må være tillit begge veier. Men hvordan oppnår denne tilliten? Hvordan kan en forvente at den andre er pålitelig? Det er flere oppfatninger angående dette.

Mellom ansatt og pasient innen rusbehandling kan en si at det er den ansatte som gir tillit, og denne tilliten gis ut i fra den ansattes skjønnsbaserte makt. Pasienten får gjennom dette ansvar også makt. Denne makten kan ikke fullt reguleres av institusjonens eventuelle normer, regler eller straffemetoder. Det er ikke den ansatte, den som gir tillit, sine hensikter som er avgjørende, men det pasienten faktisk gjør med tilliten og virkningen av det (Grimen 2009, 28). I praksis kan de utspilles på denne måten. En pasient ved en rusbehandlingsinstitusjon ber fint om lov til å forlate institusjonen for å dra på restaurant besøk i byen. Den ansatte sier først nei, men pasienten spør flere ganger og gir uttrykk for at en slik tur er svært viktig for han, og lover på tro og ære at det bare handler om å få seg et godt måltid. Den ansatte tar i betraktning hvordan den siste tiden har vært, og ser at pasienten har hatt fremgang, og vært på flere permisjoner som har vært rusfrie. Slike spontane byturer alene, gis det sjelden lov til, men den ansatte bestemmer seg for å vise pasienten tillit og gir lov til å dra til byen. På byturen treffer pasienten på en tidligere kompis som tilbyr han billig amfetamin. Pasienten bestemmer seg for å ta mot, for så å selge videre når han returnerer til institusjonen.

9.1.2 Mistillit

Som nevnt, er det mistillit der det er tillit, og det vil være naturlig å forvente seg mistillit mellom ansatt og pasient. Dette fordi faktorer som er med på å skape mistillit vil kunne være tilstede i relasjonen mellom ansatt og pasient. Slike faktorer kan være brutte løfter interessekonflikter, ubalanse i makt, manglende åpenhet om beslutninger og stereotypier om andre. Ut i fra dette kan en se at urinprøve kan skape mistillit i relasjonen mellom ansatt og pasient, fra begges sider. Ikke-avlagte urinprøver kan for den ansatte oppleves som et brutt løfte. For pasienten kan urinprøven oppleves som ubalanse i makt, og det å ikke bli stolt på. Grimen sier imidlertid at det i mistillit også ligger muligheter. Det kan gi muligheter fordi noen andre mangler tillit til en. Rusmiddelavhengige har mistillit fra samfunnet, og får

dermed en mulighet til behandling nettopp på grunn av dette. Med andre ord kan en oppnå noe fordi andre ikke stoler på en, og gjør det som er til ens eget beste (Grimen 2009, 91- 92).

9.2 Tillit går begge veier

Mark E. Warren (1999 sitert fra Grimen 2009, 28) sier at tillit bygger på en vurdering. Når en viser tillit overfor andre gjør en seg sårbar og setter seg selv i fare. Vurderingen kan være vanemessig eller taus. Ved å gi andre skjønnsbasert makt over et gode, godtar en sårbarhet overfor andres mulige onde vilje. I eksempelet over er det den ansatte som viser pasienten tillit. Men pasienten viser også den ansatte tillit. Han har forventninger til hva den ansatte kan hjelpe han med, og disse kan være ulike. Forventningene til den som gir tillit, og den som mottar tilliten er ofte upresise. Den som gir tillit blir sårbar overfor slurv, dårlige hjelpemidler, inkompetanse og ond vilje. Begge parter blir tillitsgivere og forventningene til den som tar i mot tilliten er ofte uklare og avgrenset. Når en rusmiddelavhengig ønsker behandling og hjelp overlater han noe i profesjonsutøverens varetekt. Altså, han viser en tillit som reelt kan misbrukes av den han viser tilliten til (Grimen 2009, 28). Det kan tenkes at disse forventningene om tillit til hverandre er med på å skape stress mellom ansatt og pasient. I en situasjon hvor en pasient skal avlegge urinprøve vedkommende vet er positiv, kan det skape stress og redsel for å ødelegge noe i relasjonen til den ansatte. Den ansatte vil også kunne kjenne på stress i usikkerheten om hva urinprøven kan komme til å vise. Flere av informantene gav uttrykk for ønske om en tillit mellom dem og pasientene som førte til at pasientene fortalte om rusinntak i stedet for at det ble oppdaget på urinprøvene. *”Hvis pasientene klarer å si det først, så synes jeg jo i hovedsak hvert fall at da trenger vi i alle fall ikke å ta urinprøver.”*

Som denne informanten beskriver kan en se at tillit går begge veier. I arbeid med rusmiddelavhengige kan en lett glemme at det ikke bare er den ansatte som må ha tillit til pasienten, men pasienten må også ha tillit til den ansatte. Den ansatte er avhengig av pasientens tillit for å kunne utføre sitt arbeid (Grimen, 2009, 69). Begge parter overlater noe til den andre og setter seg selv i fare for å bli offer for en makt tillitsmottakeren får. En utsetter seg selv for fare ved å stole på andre. Rusmiddelavhengige kan også ha vanskelig for vise tillit. Dette fordi de er vant til å leve i et miljø hvor en verken kan eller bør stole på noen. Kaos, mistillit og mistenksomhet er sentrale aspekter ved deres liv, de lever i en tilværelse hvor det er alle mot alle (Seltzer og Kelemen 2008, 327). Tillit mellom mennesker er avhengig av at samfunnet fungerer rundt dem (Grimen 2009, 122). En tillitsfull relasjon er

ikke noe rusmiddelavhengige er vant med. Samfunnet rundt dem har ikke fungert på en måte som gjør at det er naturlig for dem å vise andre tillit. Derfor kan det være vanskelig for pasienten å oppfylle de forventningene den ansatte, som har vokst opp i et godt fungerende samfunn, har til tillit i relasjonen. I den forstand kan tillit ses på som noe som kan læres og erfares. Pasienten må lære og erfare at den ansatte er en som en kan stole på, noe som kan være vanskelig da urinprøven kan være med å symbolisere mistillit fra den ansattes siden. Det kan også være vanskelig for den ansatte å forstå at han/hun ikke blir sett på som en tillitsfull person. På en annen side kan det være lurt av pasienten å følge de ansattes råd for å få en vellykket behandling. Når ansatte er avhengig av pasientens tillit og har relasjonen i fokus, bør dette motivere til å være en pasienten kan stole på (ibid, 69). En informant sier også *”Jeg tenker at for at jeg i jobben skal kunne klare å hjelpe andre... så tenker jeg at jeg er til for å få en god relasjon. En relasjon som er bygd på tillit.”*

9.3 Tillit, mistillit og relasjon henger sammen

Å gi en annen person tillit å handle uten forhåndsregler. En gir fra seg, eller blir fratatt helt eller delvis muligheten av innflytelse over beslutninger som tas. En gir fra seg muligheten til kontroll og gir den andre mulighet til maktutøvelse. Når en handler med forhåndsregler er det for å beskytte seg mot noe. Forhåndsregler og beskyttelse koster, og blir det oppdaget kan det signalisere mistillit mot dem det gjelder. Et betydningsfullt trekk ved tillit er at det handler om noe som er viktig for den som gir tilliten. Jeg har tidligere beskrevet at tillit og følelser er knyttet sammen. Viktighet og tillit kan forklare hvorfor følelsesmessige reaksjoner ofte er vanlige ved tillitsbrudd. Relasjonen til den som sviker tilliten spiller også en viktig rolle. Dette forklarer også hvorfor noen tar forhåndsregler. I situasjoner hvor to personer må interagere med hverandre henger altså tillit, mistillit og relasjon sammen. Ut i fra dette kan en forstå at tillit mellom ansatt og pasient kan være vanskelig å oppnå. To personer som ikke kjenner hverandre spesielt godt får et forhold til hverandre, en relasjon. Begge parter gir fra seg mulighet for kontroll, noe som kan være skremmende i seg selv. Når en forsøker å beskytte seg mot eventuelle maktmisbruk oppfattes dette som mistillit, og det blir kluss i relasjonen. Følelser spiller også en stor rolle. Ikke fordi at tillit er en følelse, men fordi det finnes ulike forbindelser mellom tillit og følelser, en reagerer med følelser. På en annen side legger institusjoner til rette for at tillitsfulle relasjoner skal kunne utvikle seg og vedvare (Grimen 2009, 31-34, 47-50, 51, 128).

I en behandlingssituasjon kommer en ikke utenom å interagere med en annen. Informantene har allerede nevnt at tillit, begge veier, er viktig i en arbeidsrelasjon. Det som er beskrevet viser at tillit er noe komplisert. Når noen av pasientenes symptomer i tillegg gjør tillit enda vanskeligere, kan en tvile på om den gode arbeidsrelasjon informantene beskriver i det hele tatt er mulig. Kanskje rusmiddelavhengige er spesielt utfordrende å inngå en god relasjon med på grunn av deres symptomer. Som mennesker blir en påvirket av andres handlinger og væremåte. Rusmiddelavhengige kan ha en væremåte som påvirker hjelperen og som gjør det spesielt vanskelig å forholde seg til dem. Symptomene deres kan være vanskelig å godta. Ut i fra det informantene beskriver som en god og en dårlig relasjon, vil det ut fra pasientens sykdom være tilnærmet umulig å få til en god relasjon.

I utgangspunktet ser det ikke ut til at urinprøvetaking er med på å fremme tillit mellom pasienten og den ansatte, og føre til en god relasjon. Dette fordi den kan kommunisere at pasienten trenger å bli kontrollert, at en ikke stoler på det pasienten sier. På en annen side kan urinprøven, i en behandlingssituasjon, være med på å skape tillit som fører til en god relasjon. Jeg tenker da på de tilfeller hvor en som ansatt velger å stole på det pasienten sier og ikke tar urinprøven. Det vil imidlertid være grunn til å tro at urinprøven er et element i relasjonen som skaper mer mistillit enn tillit. Dette grunnet hvordan behandlingssystemet er lagt opp. Informantene gir tydelig uttrykk for at tillit er viktig i en god relasjon. Jeg ser for meg at urinprøven kan være med på å gjøre dette vanskelig, da en kan se urinprøven som en forhåndsregel. En beskyttelse mot eventuelle rusinntak.

10. DET MÅ VÆRE ROM FOR AT PASIENTENE VISER SYMPTOMER PÅ SYKDOMMEN SIN

Det kom frem under analysen at informantene svært ofte beskrev egenskaper ved pasientene. Dette var egenskaper som førte til behov for kontroll, da dette er noe pasienten selv ofte mangler. De fremhevet ærlighet, tydelighet, samarbeid og tillit var en forutsetning for en god arbeidsrelasjon. På en annen side var dette egenskaper informantene beskrev at pasientene manglet, og som var en del av deres sykdom. Da informantene, som tidligere nevnt, beskrev hva som var en dårlig relasjon var nettopp mangel på ærlighet, tydelighet, samarbeid og tillit noe som var beskrivende for en dårlig relasjon mellom dem og pasientene. Det blir naturlig for meg å spørre om rusmiddelavhengiges sykdom og symptomer gjør det vanskelig å få til en god arbeidsrelasjon?

10.1 Rusmiddelavhengighet – en sykdom

Med rusreformen i 2004 fikk rusmiddelavhengige pasientrettigheter noe som medførte blant annet rett til behandling, rett til fritt sykehusvalg og rett til å få sin helsetilstand vurdert etter 30 dager etter mottatt henvisning.³⁰ Rusmiddelavhengighet er altså en sykdom, og sykdommer medfører symptomer. I somatikk kan det være lettere å både oppdage og akseptere symptomer. Symptomer på somatisk sykdom handler ofte om fysiske smerter og andre faktorer som påvirker kroppens funksjon. Symptomer ved rusmiddelavhengighet er ikke like lett å verken oppdage eller akseptere. Rusmiddelbruk har også fysiske symptomer en kan observere ved å sjekke pupillstørrelse, hvordan pupillen reagerer på lys, evnen til å se i kryss og puls (Tegn og Symptomer)³¹. Symptomer som ikke er så synlig fysisk er avhengigheten. Rusmiddelavhengighet kan beskrives i ICD-10 som avhengighetssyndrom og karakteriseres av blant annet:

1) Sterk lyst eller følelse av tvang til å innta substansen. 2) Problemer med å kontrollere inntaket av substansen (i forhold til å starte og avslutte) og mengden... 5) Økende likegyldighet i forhold til andre gleder og interesser, mer og mer tid brukes på å skaffe seg substansen, på å bruke den og på å komme seg i form etter å ha brukt den. 6) Substansbruken opprettholdes til tross for åpenbare tegn på skadelige konsekvenser. Det må fastslås om brukeren var, eller kunne forventes å være, klar over disse konsekvensene.³²

Det nevnes også fysiologisk abstinensstilstand og toleranseutvikling.

³⁰ <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdfv/205998-runds067.pdf> lastet ned 01.03.12.

³¹ http://www.rustelefonen.no/images/stories/PDF/tegn_symptomer_fhi.pdf lastet ned 01.03.12

³² <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2010/NOU-2010-3/8/2/3.html?id=602323> lastet ned 13.03.12.

Denne avhengigheten medfører symptomer som ofte kan forveksles med egenskaper ved pasientene, som for eksempel lyving og manipulering. Seltzer og Kelemen (2008) skriver at rusmiddelavhengige har et oppførselsrepertoar som består av fornektning, lyving, manipulering, juksing og svik. Dette er oppførsel som kreves som medlem i en gruppe bestående av rusmiddelavhengige (ibid, 322). Ut i fra Bourdieu kan en si at dette er en beskrivelse av rusmiddelavhengiges habitus. En informant beskrev, som tidligere beskrevet, urinprøvetaking som en situasjon som nettopp var med på å opprettholde pasientens rusmønster

”Jeg tenker, når vi skal ta en u-prøve, så lager vi en situasjon hvor pasienten kan opprettholde et mønster som går på å lure å manipulere og lyge. Vi lager den situasjonen fordi at da er det mulig å få brukt en sånn setting på å ”fake” en u-prøve.”

En kan si avhengighet innebærer lyving og manipulering, altså uærlighet. Andre informanter beskriver også at vanskeligheter med ærlighet og åpenhet er typisk for rusmiddelavhengige. *”Det skjer jo masse rusing på institusjoner uten at personalet vet om det, men de lurer jo bare seg selv.”* Denne uærligheten anses som ødeleggende for behandlingen.

Rusmiddelavhengiges sykdom kan gjøre det vanskelig for dem å ha relasjoner til andre som ikke er rusmiddelavhengige. Verdier som ærlighet, åpenhet og solidaritet er integrert som tradisjoner, både i det norske samfunn og i selvhjelpsgrupper som AA og NA (ibid, 322).

10.1.1 Rusmiddelavhengige, en utfordrende gruppe å jobbe med

Rusbehandling kan sees på som et omdiskutert og vanskelig tema, spesielt etter at rusmiddelbrukere fikk pasientrettigheter. For denne pasientgruppen er tilbakefall svært vanlig, og en av de gruppene som har høyest antall behandlingsavbrudd. I 2007 var det 30 % som valgte å avslutte sin behandling (Klientkartleggingsdata 2007). Behandlingsavbrudd, tilbakefall eller ”drop out” kan også sees på som en vanlig prosess i en rusbehandling, eller som en del av en endringsprosess (Barth, Børtveit og Prescott 2007, 97). Det er tydelig at rusmiddelavhengige kan være en utfordrende gruppe å arbeide med. At så mange avslutter behandling, enten det er frivillig eller ufrivillig, kan være på å gjøre det vanskelig for de ansatte, da det kan påvirke motivasjonen når en ikke klarer å se en klar og målbar framgang. Dette er noe jeg kan bekrefte fra egen praksis, og det blir viktig å trene på å se små positive ting for å holde motivasjonen oppe. Noen ganger kan behandlere sette for høye mål, og håpe på for mye på pasientens vegne. Det informantene beskriver som ødeleggende for relasjonen og behandlingen kan nettopp ses som symptomene på det å være rusmiddelavhengig. Dette er kanskje det som gjør arbeidet med rusmiddelavhengige så utfordrende. Jeg strekker meg så

langt som å si at alt sosialt arbeid er personlig på ett eller annet plan. En interagerer med andre mennesker, som ofte er i en vanskelig situasjon og har opplevd mye vondt. Slik er det også med rusmiddelavhengige. Ut fra pasienthistorier kan en kanskje "forstå" hvorfor pasienten begynte å ruse seg. I arbeidet med å hjelpe dem til et bedre liv er det lett å bli engasjert, og i noen tilfeller overengasjert, og da kan det være vanskelig å la symptomer være symptomer. Selv om en vet at grunnen til at pasienten lyver, stjeler eller manipulerer ikke er personlig rettet, kan en likevel bli såret. Er det nettopp disse nevnte symptomene som fører til at denne gruppen ofte blir mislikt og mindre prioritert? Det at disse symptomene gjør det vanskelig å oppnå en god relasjon.

Jeg har tidligere skrevet om at makten blir mer og mer skjult og hvordan begreper har forandret seg gjennom tidene. Det kan også tenkes at dette også kan knyttes opp mot pasientens symptomer. Rusmiddelavhengige har mange utfordringer knyttet til sin sykdom. Det kan være utfordringer knyttet til å holde avtaler eller det å bo. En informant beskriver denne bruken av begreper. Ofte omgjøres pasienters/klienters behov for noe, til å bli egenskaper ved dem.

"Altså innen sosialtjenesten har de et yndlingsbegrep som er at av mine verste, og det er bo-evne. Og så har man mangel på motivasjon, og alle de begrepene som man hefter til individet som en egenskap heller enn å snu det til behov for noe... Det er jo et utall av disse begrepene vi bruker for å frigjøre oss selv fra å gjøre en bedre innsats, altså makt."

Sykdom og symptomer kan da også handle om makt. Makt til å definere hva som er sykt, eller hva som er symptomer. Når rusmiddelavhengige har fått pasientstatus må en også godta det som er symptomer på deres sykdom heller enn å gjøre dem om til egenskaper ved deres person.

11. KONKLUSJON OG AVSLUTNING

Problemstillingen for denne oppgaven har vært: *Hvordan påvirker urinprøvetaking relasjonen mellom ansatt og pasient i rusbehandling?* Jeg vil i denne siste delen gi en kort oppsummering, samt diskutere og peke på det jeg anser som hovedresultatene av studien. Aspekter ved studiens overføringsverdi til sosialt arbeid vil også bli nevnt.

For å svare på problemstillingen min har jeg tatt sentrale aspekter i materialet mitt og sett dem i lys av begreper fra Bourdieu, Foucault og andre viktige begreper i sosialt arbeid. Ved å høre stemmene fra profesjonelle hjelpere som forteller om en ubehagelig situasjon de deltar i, har jeg lært mye om hva som må til for å utøve sosialt arbeid på en forsvarlig og god måte. Det å utøve sosialt arbeid i samsvar med menneskeverd. En kan si at urinprøvesituasjonen er en ekstrem situasjon, og krever refleksjon fra den profesjonelle hjelper i forhold til egen atferd. Opplevelsen informantene hadde omkring urinprøvetaking viser viktigheten av å ha et reflektert forhold til sentrale begreper i sosialt arbeid. Dette er begreper som empati, relasjon, profesjonalitet og tillit. Det kan se ut til at refleksjon omkring dette, også har betydning for hvordan urinprøvetaking påvirker relasjonen mellom pasient og ansatt.

Slik jeg ser det, har det i denne studien kommet frem to typer relasjoner. En, beskrevet av informantene, som vektlegger blant annet tillit, respekt, god kontakt og være en å stole på. Det har også kommet frem en annen type relasjon som har mer fokus på arbeidet som skal utføres i relasjonen. De nevnte elementene fra informantene vil da komme i andre rekke. Hvilket syn en har på relasjon vil videre kunne ha betydning for hvordan urinprøven påvirker relasjonen. Da jeg har tatt utgangspunkt informantenes oppfatning av hva en god relasjon er, og Biesteks syv elementer i en god relasjon, tolker jeg det som at urinprøven kan påvirke relasjonen på en negativ måte. Urinprøven i seg selv gir uttrykk for flere ting, og kan oppfattes på ulike måter. Den har grunnleggende egenskaper som gjør det vanskelig å oppnå det informantene beskriver som en god relasjon. Dette kommer frem i lys av ubehaget informantene beskriver.

Studien viser at norsk kultur kan være med å bidra til det ubehaget informantene kjenner på, og dette kan påvirke relasjonen på en negativ måte. Gullestad (1989) hevder at dette ubehaget kommer fra det å være ulik andre, og det å måtte ha makt over andre, noe som kommer tydelig frem i urinprøvesituasjonen. Etersom Bourdieu (1993) hevder dette kan være noe som

er iboende hos en som mennesker, kan en si at urinprøven er noe unaturlig, nettopp fordi det strider i mot det som er innebygget i en som mennesker, og som ligger i norsk kultur.

Alt urinprøven innebærer strider mot det normale og naturlige for mennesket. Skandinavisk likhetskultur og holdningen om at alle mennesker er like mye verdt, kobles sammen. Ut fra dette ser en at menneskeverdet kommer i andre rekke, noe som skaper ubehag, og kan lage vanskeligheter i relasjonen mellom pasient og ansatt. En kan ha ønske om å skjule dette ubehaget og denne ulikheten, men i følge Bourdieu vil dette være vanskelig. Med dette utgangspunktet ser det ut til at urinprøvetaking vil kunne ha en annen innvirkning på relasjonen i land med andre kulturer, hvor dette mye omtalte ubehaget kanskje ikke er så sterkt til stede.

Ut i fra Foucault er urinprøven brukt for å disiplinere rusmiddelavhengige.

Kontrollfunksjonen er i fokus, og en ser at urinprøvetaking kan påvirke relasjonen negativt ved at elementet med å være en god behandler reduseres. Det kommer frem at informantene i mange tilfeller opplevde urinprøven på en slik måte. Slik jeg ser det, setter et slikt syn på urinprøven fokus på sykelliggjøring og normalisering, noe som strider i mot menneskeverd og det informantene mine anser som viktig i en god relasjon. Ettersom det kommer fram at noen pasienter ønsker en form for kontroll, kan dette være med på å vise at urinprøven ikke utelukkende påvirker relasjonen negativt. Foucault (1999a) ville nok vært uenig i dette, og ment at pasientene tror de har bruk for denne kontrollen, noe de egentlig ikke har, og at dette behovet er skapt av samfunnet. Det vil være grunn til å tro at dersom urinprøvetaking er noe pasienten selv ønsker, vil denne ikke ha like stor grad av negativ innvirkning på relasjonen, som for de som ikke ønsker denne kontrollen. Selv om det ble stilt spørsmål til hvem urinprøven ble tatt for, vil jeg ut i fra denne studien tro at den i stor grad blir tatt for den ansattes del. Dette grunnet egenskaper ved pasientene informantene gjorde rede for, og som tilsa behov for kontroll. I denne sammenheng blir det viktig å se på pasientbegrepet i forhold til rusmiddelavhengige, og se nærmere på hva denne sykdommen innebærer. Det vil være nærliggende å tro at det stiller høye krav til ansatte, da rusmiddelavhengiges symptomer kan påvirke relasjonelle aspekter.

Urinprøven representerer et sentralt spenningsfelt innen sosialt arbeid som dreier seg om makt og kontroll versus omsorg og hjelp. Da disse kan sies å være sammenvevde dimensjoner, kan en se at urinprøven ikke entydig påvirker enhver relasjon mellom pasient og ansatt på en negativ måte. Det kan også tenkes at dimensjonene ikke bare er sammenvevde, men at de på

en måte utfyller hverandre i urinprøvetakingssituasjonen. Dette fordi en kan bruke omsorg og hjelp til å dysse ned, eller skjule makt- og kontrollaspektet. En ser også at urinprøven kan brukes til å hjelpe pasienten å oppnå indre kontroll. Urinprøven vil da ha fokus på arbeidet, og ikke relasjonen slik informantene beskriver. Slik jeg ser det vil en god relasjon i slike tilfeller kunne komme etterhvert i behandlingsprosessen. En ser også at hvordan en forholder seg profesjonelt til urinprøven, vil kunne ha innvirkning på relasjon. Dette kan tolkes som at det ikke bare er urinprøven i seg selv som har påvirkningskraft på relasjonen, men også hvordan ansatte forholder seg profesjonelt til dette.

Ved å høre på mine informanters opplevelse av urinprøvetaking, og se på hvordan dette påvirker relasjon mellom pasient og ansatt, kan jeg ikke komme med noe entydig svar på problemstillingen min. Vi er alle individuelle og opplever situasjoner ulikt. Det er tydelig at makt og ubehag preger hele denne situasjonen og at det ikke har en positiv innvirkning på relasjonen mellom pasient og ansatt. Ubegaghet informantene opplever kan også si noe positivt om deres egenskaper som ansatte. En ser imidlertid at andre faktorer kan ha innvirkning på hvordan utfallet av en relasjon blir, selv underlagt denne makten. På den annen side viser det seg at makt gjennom urinprøvetaking også kan bidra til hjelp for noen. Relasjon, i rusbehandling og i private forhold, handler om tillit og omsorg, gi av seg selv, og få noe tilbake. Sett fra et rusbehandlingsperspektiv, vil pasienten være den mest sårbare, og ha minst forutsetninger for å innfri forventningene ansatte har om en god relasjon. Denne studien indikerer derfor, blant de deltagende informantene, at relasjon mellom pasient og ansatt påvirkes på en negativ måte gjennom urinprøvetaking.

Det kan videre diskuteres hvilken type relasjon som bør vektlegges i en rusbehandlingssituasjon, og om en bør ha fokus på arbeidet, eller Biesteks elementer. Relasjonens betydning for både ansatte og pasienter blir sentral, og er noe som bør forskes ytterligere på.

LITTERATURLISTE

- Aamodt Granli, Lailia. 1998. *Den gode relasjonen – støtte omsorg eller anerkjennelse?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Aamodt Granli, Lailia. 2005. *Familien mellom mange hjelpere. Refleksjoner i sosialfaglig arbeid.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Barth, Tom, Tore Børtveit og Peter Prescott. 2007. *Endringsfokusert rådgivning.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barrett-Lennard GT. 1981. The empathy cycle. Refinement of a nuclearconcept. *Journal of Counseling Psychology.* 28, 91-100.
- Berg, Kim Insoo og Scott D, Miller. 2004. *Rusbehandling. En løsningsfokusert tilnærming.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Biestek P Felix. 1957. *The casework relationship.* Chicago: Loyola University Press
- Biestek P Felix. 1972. *Klient sosialarbeider.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Biestek P Felix. 1994. Revisiting our heritage: an Analasys of the Casework relationship. *Families in Society.* Vol. 75, No. 10.
- Bourdieu, Pierre. 1986. *The forms og Capital.*
<http://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/fr/bourdieu-forms-capital.htm> lastet ned 16.03.12
- Bourdieu, Pierre og Wacquant, Loïc. 1993. *Den kritiske ettertanke. Grunnlag for samfunnsanalyse.* Oslo: Samlaget. Oversatt av Bjørn Kvalsvik Noicolaysen. Opprinnelig publisert som *Rèponses.*
- Bourdieu, Pierre. 1995. *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften.* Oversatt av Annick Prieur. Oslo: Pax Forlag AS. Oslo: Det Norske Samlaget. Opprinnelig publisert som *La Distinction. Critique sociale du jugement.* (Paris: Editions de Minuit 1979).
- Campbell, D Nancy. 2004. Technologies of Suspicion: Coercion and Compassion in Post-disciplinary Surveillance Regimes. *Surveillance & Society* 2 (1): 78-92.
- Casteberg, I og P Sandvik. 2005. *Prøvetak ved rusmiddeltesting i urin.*
<http://tidsskriftet.no/article/1139433> lastet ned 21.03.12.
- Clausen, Thomas. 2010. *Norge på Europatoppen med overdosedødsfall.* www.uio.no/nyheter lastet ned 16.03.12
- Cooley, Charles Horton. 1909. *Social Organization.* New york: Scribner's.

- Damsgaard Larsen, Hilde. 2010. *Den profesjonelle sosialarbeider*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Duus P og Stig, B. 1980. Det social arbejde – dets betingelser og mulighede. I Herskin, B (red): *Socialarbejderens arbeidssituation*. København: Gyldendal.
- Espnes, K A, O Spigset, GJM Delaveris, J Mørland og A Smith-Kielland. 2006. *Bruk av hurtigtester for påvisning av rusmidler i urin*. <http://tidsskriftet.no/> lastet ned 17.03.12.
- Forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 5 <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/to-19921204-0915-005.html#5-8> lastet ned 18.04.11
- Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften) 2009. <http://www.lovdatab.no/ltavd1/filer/sf-20091218-1641.html> lastet ned 19.03.12.
- Fossåskaret, Erik. Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse. I Fossåskaret, Erik, Fuglestad, Otto Laurits og Aase, Tor Halfdan. 1997. *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foucault, Michel. 1991. *Galskapens historie i opplysningstidens tidsalder*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Oversatt av Fredrik Engelstad og Erik Falkum. Opprinnelig publisert som: *Foile et dèraison*.
- Foucault, Michel. 1994. *Overvåkning og straff: det moderne fengselets historie*. 2. utgave. Forord av Thomas Mathiesen; oversettelse ved Dag Østreberg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Opprinnelig publisert som: *Surveiller et punir*
- Foucault, Michel. 1999a. *Diskursens orden. Tiltredelses forelesning holdt ved Collège de France 2. Desember 1790*. Oversatt av og etterord ved Espen Schaanning Oslo: Spartacus forlag. Opprinnelig publisert som *L'ordre du discours*.
- Foucault, Michel. 1999b. *Seksualitetens historie. Viljen til viten*. Oversettelse, forord og etterord av Espen Schanning. Oslo: EXIL. Opprinnelig publisert som: *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*
- Frønes, Ivar og Lise Kjølørød (red.). 2010. *Det norske samfunn*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Geertz, Clifford. 1973. Thick Description: toward an Interpretive Theory of Culture. *The interpretation of cultures: selectes essays*. NY: Basic Books.
- Gilbert, Paul. 2011. *Kunsten å vise medfølelse*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. Opprinnelig publisert som: *The compassionate mind* (UK: Constable & Robinson Ltd 2009).
- Grimen, Harald. 2009. *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Goodenough, Ward 1961. Comment on Cultural Evolution. *Daedalus* 90:152-528.
- Gullestad, Marianne. 1989. *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Haley, Jay. 1963. *Strategies of Family Therapy*. New York: Grune and Stratton.
- Holm, Ulla, 2005. *Empati. Og forstå menneskers følelser*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (Stockholm: Natur och Kultur, 2001).
- Holth, Per 2010. *Rusbehandling til moralsk forargelse*. www.forskning.no lastet ned 16.03.12
- Klientkartleggingsdata 2007. *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere: Klientkartleggingsdata. Rapport for 2007*. Oslo: Stiftelsen Bergensklinikkene og Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Kokkin, Judy. 1998. *Profesjonelt sosialt arbeid*. Otta: AiT Enger AS.
- Kruuse, Emil. 2005. *Kvalitative forskningsmetoder – i psykologi og beslektede fag*. 5. utgave. Danmark: Narayana Press.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oversatt av Tone M. Anderssen og Johan Rygge. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS. Opprinnelig utgitt som *Interviews: learning the craft of qualitative research interviewing*. (Oslo: Ad Notam Gyldendal 1997).
- Langdridge, Darren. 2006. *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Oversatt av Petter Røen og Sturle Danielsen Tvedt. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag. Opprinnelig publisert som: *Introduction to reserach methods an data analysis in psychology*.
- Lart, Rachel. 2010. Changing images of the addict and addiction. *Social Science and Medicine* 13a, 2
- Levin, Irene. 2004. *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, Irene og Jan Trost. 2005. *Hverdagsliv og samhandling. Med et symbolsk interaksjonistisk perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lyngeng, Morten, kommentar Espen Schanning. 2009. *Michel Foucault* www.filosofiskvillnis.no lastet ned 27.03.12.
- Mathiesen, P, Anlov. 2012. *Politiaggresjon mot syke mennesker*. <http://www.vg.no/nyheter/meninger/artikkel.php?artid=10072550> lastet ned 30.03.12
- Mckee, Kim. 2009. Post – Foucauldian governmentality: What does it offer critical policy analysis? *Critical social policy*. SAGE. <http://www.sagepublications.com> lastet ned 14.04.12

- Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. www.helsebiblioteket.no lastet ned 19.03.12.
- Ohnstad, A. 1993. *Den gode samtalen*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Oltedal, S. 1988. *Haldning og handling*. Oslo: TANO.
- Pedersen, Reidar 2001. *Gadamers filosofiske hermeneutikk og empatibegrepet i medisinen. Hovedfagsoppgave i filosofi*. Oslo: Universitet i Oslo.
- Perlman Helen. 1957. *Social Casework: A problem-solving process*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Renland, Astrid. 2010. *Rus og samfunn. Fra justis til helsesektor?* <http://www.rus.no/id/456.0> lastet ned 21.03.12.
- Rundskriv I-7/2000. *Rundskriv til endring av forskrift om beboerens rettigheter og bruk av tvang i institusjoner for rusmiddelbrukere*. www.regjeringen.no lastet ned 18.03.12
- Rundskriv IS-14/2002. *Kvalitetskrav til rutiner for rusmiddeltesting, hvor positivt analysesvar kan danne grunnlag for iverksetting av alvorlige sanksjoner*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitetskrav-til-rutiner-for-rusmiddeltesting/Publikasjoner/kvalitetskrav-til-rutiner-for-rusmiddeltesting.pdf> lastet ned 20.03.12
- Rundskriv 2004. *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. www.regjeringen.no lastet ned 01.03.12.
- Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2002. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schneider, A,L og H.M Ingram. 1997. *Policy Design for Democracy*. Lawrence, KS: University of Kansas Press.
- Seltzer, Michael og Gabor Kelemen. 2007-2008. *Self help and self care vol.5 (4). Rituals of trust to counteract duoble legacies og deceit and denial among recovering drug addicts in post-soviet Hungary: An experience report*. Baywood Publishing Co., Inc.
- Shulman, Lawrence. 2005. *Kunsten å hjelpe individer og familier*. Oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Opprinnelig publisert som: *The skills og helping individuals, families, groups and communities*. (Itasca Ill: Peacock, 1999)
- Skau, M Greta. 2003. *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skotland, Sidsel. 2011. *Rus og samfunn. Kan ikke godta nedskjæringer*. www.rus.no <http://rus.no/id/539.0> lastet ned 16.03.12
- Stang, Ingun. 2009. *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Statens rettsstoksikologiske institutt. 2000. *Teng og symptomer på rusmiddelbruk*.
http://www.rustelefonen.no/images/stories/PDF/tegn_symptomer_fhi.pdf lastet ned 01.03.12
- Statsbudsjettet. 2011. <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2011/Statsbudsjettet-fra-A-til-A/Rusfeltet/> lastet ned 12.04.11
- Tengvald, Karin. 2003. *Evidensbasert praktik – om stråvan att öka kunskaperna om verkningsfulla instanser*. Stocholm: Social Styrelsen.
- Thomassen, Arild. 2001. *Endring gjennom ritualer: Om produksjon av tro på individuell endring i et terapeutisk samfunn for stoffmisbrukere: en kultursosiologisk fortolkning av betingelser for radikalt individuelt endringsarbeid og sosial mobilitet gjennom behandlingsapparatet*. Oslo: Sosiologisk årbok.
- Warren, Mark E. 1999. Conclusion, i Warren. *Democracy Theory an Trust*. Washington DC: Gerogetown University
- Wheie Wallin, Hans-Jørgen. 2008. *Empati og etikk*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Wilken, Lisanne. 2008. *Pierre Bourdieu*. Oversatt av Vebjørn F Andreassen. Trondheim: Tapir akademisk forlag. Opprinnelig publisert som *Pierre Bourdieu*. (Fredriksberg: Roskilde Universitetsforalg 2006).
- Wærnes, K. 1984. The rationality og Caring. *Economic and Industrial Democracy, an International Journal*, No.2.

Lovverk

- Lov om fengselsvesenet (fengselsloven) av 12. desember 1958 nr 0007.
- Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1992 nr 07.
- Lov om helse og omsorgstjenester (helse og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2011 nr 30.

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv

Informasjon til deg som informant.

Dette er en undersøkelse i forbindelse med et mastergradsprosjekt av Rebekka Marøy Pedersen. Temaet for undersøkelsen er: *En kvalitativ studie av ansattes opplevelser av urinprøvetaking i rusbehandling.*

Urinprøvetaking er et tiltak de aller fleste rusbeholdingsinstitusjoner bruker for å få oversikt over om pasienter ruser seg, og hva de ruser seg på. En kan se på det som et redskap ansatte bruker for å opprettholde kontroll. Dette tiltaket kan sette den ansatte i en vanskelig posisjon. Denne vanskelige posisjonen er noe som kjennetegner alt sosialt arbeid og omhandler konflikten mellom makt/kontroll og relasjon. Jeg er derfor opptatt av å få tak i dine opplevelser, erfaringer og tanker rundt urinprøver. Med det menes ikke bare selve urinprøvetakingen, men også det som foregår før og etter selve urinprøvetakingen, samt urinprøvetaking i seg selv som et arbeidsredskap i behandlingen.

Formålet jeg har med denne undersøkelsen er å finne ut av hvordan du som ansatt opplever det å bruke urinprøver som et arbeidsredskap. Videre vil jeg se på hva urinprøven gjør med relasjonen mellom ansatt og pasient/bruker, og hvordan dette påvirker arbeidet og behandlingen av pasienten.

For å få fanget opp mest mulig av dine opplevelser, erfaringer og tanker vil intervjuet bli tatt opp på lydbånd. Opptaket vil bli slettet når masterprosjektet er ferdig. Dine svar på undersøkelsen vil bli anonymisert i selve oppgaven så verken du eller ditt arbeidssted vil kunne bli gjenkjent. Informasjonen som kommer frem i intervjuet vil ikke bli brukt i noen andre sammenhenger, og vil bli slettet innen 20.05.2012

Har du øvrige spørsmål kan du kontakte min veileder Michael Seltzer.

Mail: Michael.Seltzer@hioa.no

Prosjektet er meldt til Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Mvh Rebekka Marøy Pedersen.

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Kjønn, alder, utdanning, antall år arbeidet innenfor rusbehandling.

- 1) Hva legger du i begrepet relasjon/hva er en relasjon for deg? Og hva er en god relasjon mellom ansatt og pasient?
- 2) Hva er dine tanker rundt selve oppgaven å skulle ta urinprøve?
 - Rammene, konteksten, det praktiske rundt utførelsen?
- 3) Hvordan vil du beskrive situasjonen du er i når du spør om en urinprøve? Hvilke tanker og følelser har du?
 - Hvordan opplever du situasjonen?
 - Svekker situasjonen tilliten? Føler du det ukomfortabel?
 - Tanker før og etter.
 - Kan du forklare hvordan du tenker når du tar en urinprøve. Fra du begynner å tenke på å utføre oppgaven, til den er ferdig.
- 4) Hvor viktig synes du urinprøvetaking er i behandlingen?
 - Hvilken betydning har den for selve behandlingsopplegget?
 - Hva utgjør urinprøven for behandlingen?
- 5) Kan du si noe om hva som er formålet med urinprøven? Hva er prøvens oppgave? Hva er din oppgave?
 - Hva er målet?
 - Har du noen tanker om hva en urinprøve er? Betydningen av den som kroppsvæske?
- 6) Hvordan tror du det ville utartet seg om pasientene tok urinprøver av hverandre?
- 7) Sammenligner du urinprøvetakingen med de andre arbeidsoppgavene dine? Er noe annerledes?
- 8) Hvordan tror du det ville vært dersom urinprøvetaking ble erstattet med noe annet – spyttprøver? Urinprøvetaking ble fjernet fra behandlingsopplegget. Eller om det ble tatt helt bort?
 - Beskrive en arbeidsdag uten urinprøver.

Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring.

Jeg har mottatt informasjon om studien, som er: *En studie om ansattes opplevelser av urinprøvetaking i rusbehandling* og, samtykker til å delta i denne studien.

Studien er frivillig, og jeg kan trekke meg når som helst. Innsamlet data om meg og fra meg vil da bli slettet.

Signatur

Vedlegg 4 – Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Michael Seltzer
Fakultet for samfunnsfag
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4, St. Olavs Plass
0130 OSLO

Vår dato: 28.11.2011

Vår ref: 28595 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 31.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28595
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

*En studie av ansattes opplevelser av urinprovetakning i rusbehandling
Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Michael Seltzer
Rebekka Marøy Pedersen*

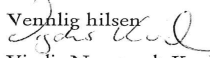
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Rebekka Marøy Pedersen, Falsens gate 27 C, 0556 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 28595

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrevet tilfredsstillende, men forutsetter at følgende blir tilføyd:

- navn og kontaktinformasjon til veileder professor Michael Seltzer
- informasjon om at innsamlede opplysninger vil bli anonymisert og lydbåndopptak makulert senest 20.05.2012
- det kan med fordel opplyses om at prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes før det tas kontakt med utvalget.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Høgskolen i Oslo og Akershus sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbåndopptak makuleres ved prosjektslutt, senest 20.05.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes