

Nadia Johnsen Rindal

Brukermedvirkningens betydning i ROP-pasienters recoveryprosess

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Kari Bøhle

Mai 2023

Nadia Johnsen Rindal

Brukermedvirkningens betydning i ROP-pasienters recoveryprosess

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Kari Bøhle
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: *Hvilken effekt har stor grad av brukermedvirkning på ROP-pasienters recoveryprosess, og hvordan kan vernepleieren bidra til dette?*

Introduksjon/bakgrunn: Det har vært en økende erkjennelse av samtidige rus- og psykiske lidelser de siste årene, og behandlingen har til tider vært mangelfull. På bakgrunn av dette er det blitt utviklet en nasjonal retningslinje for behandling av denne pasientgruppen. Der belyses viktigheten av brukermedvirkning, som er en sentral del i recovery.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å redegjøre for hvordan vernepleieren kan bidra til økt brukermedvirkning, samt vise viktigheten av tilrettelegging av reell brukermedvirkning, samt vise hvilken effekt det kan ha på ROP-pasienters recoveryprosess.

Metode: Denne oppgaven benytter litteraturstudie som metode, hvorav det er brukt fem fagfelleverderte forskningsartikler i tillegg til annen relevant litteratur.

Resultat: Ut fra de fem inkluderte forskningsartiklene ble det identifisert to hovedfunn som omhandlet effekten av brukermedvirkning. Disse to hovedfunnene ble delt opp i samhandling og viktigheten av relasjoner.

Konklusjon: Tilrettelegging og fokus på ivaretagelse av brukermedvirkning anses som svært viktig for tjenestemottakerne og deres recoveryprosess. Dersom brukermedvirkningen blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte kan dette øke livskvaliteten og bidra til trygghet og tillit mellom både tjenestemottakere, pårørende og tjenesteytere.

Nøkkelord: brukermedvirkning, rop, recovery

Antall ord: 6473

Summary

Title: What effect does a high degree of user involvement have on patients with substance abuse disorders and mental illness and their recovery process, and how can the social worker influence this?

Introduction/background: Over the last years there have been an increase in number of people who suffer from drug and mental disorders, and the treatment has been inadequate. Because of this there has been developed a national guideline for the treatment of these patients. It shows the importance of user participation, which is a characteristic of the recovery process.

Purpose: The purpose of this assignment is to explain how social workers can contribute to increase user participation, and also highlight the importance of facilitating user involvement, as well as show the effect it can have on patients with substance abuse disorders and mental illness and their recovery process.

Method: For this assignment, there has been used literature studies as a method. There were included five research papers that have been analyzed, but also other relevant literature in a smaller scale.

Result: Based on the five included peer reviewed articles, there were identified two main results that were about the effect of user participation. These two main findings were cooperation and the importance of relationships.

Conclusion: Facilitation and focus on safeguarding user participation is considered very important for the patients and their recovery process. If user participation is taken care of in a satisfactory way, this can increase the quality of life, contribute to a feeling of security and trust between both the patients, relatives and the professionals.

Keywords: user participation, SUD, recovery

Number of words: 6473

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Summary	1
1.0 Innledning.....	4
1.1 Hensikt.....	4
1.2 Begrepsavklaring	5
1.3 Avgrensning.....	5
1.4 Oppgavens disposisjon	6
2.0 Teori.....	6
2.1 Brukermedvirkning.....	6
2.2 Recovery	7
2.3 ROP-lidelse	7
2.4 Vernepleierens rolle.....	8
3.0 Metode	9
3.1 Forforståelse.....	9
3.2 Valg av metode.....	10
3.3 Fremgangsmåte.....	10
3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	11
3.5 Søkehistorikk	12
3.6 Litteratormatrise	14
3.7 Analyse	20
4.0 Resultat.....	21
4.1 Samhandling.....	21
4.2 Viktigheten av relasjoner.....	22
5.0 Diskusjon	23
5.1 Samhandling	23
5.2 Viktigheten av relasjoner.....	25
5.3 Metodediskusjon.....	26
6.0 Konklusjon	27
7.0 Referanseliste	28

1.0 Innledning

ROP-lidelser er en betegnelse for når noen har samtidige rus- og psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2022b). De siste 25 årene har det vært en økende erkjennelse av at rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig (Helsedirektoratet, 2022b). Forekomsten av psykiske lidelser er relativt stabil, og tall viser at omtrent 50% av den norske befolkningen vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av livet (Lien & Stensrud, 2020, s. 178). Forekomsten av rusrelaterte lidelser er mer ukjente, men undersøkelser viser at så mange som omtrent 20% av befolkningen vil få rusmiddelproblemer i løpet av livet. Samtidige ruslidelser og psykiske lidelser har en mer ukjent forekomst, men ut fra en kartlegging som ble gjort i 2016 i 264 norske kommuner, viste resultatet at 23% av tjenestemottakere falt under denne betegnelsen. Videre er det mer forskning på pasienter som primært får behandling for en ruslidelse (Lien & Stensrud, 2020, s. 178). Av disse pasientene som kommer til behandling, viser tall at opptil 70% av dem har også en behandlingstrengende psykisk lidelse (Lien & Stensrud, 2020, s. 178). Pasienter med ROP-lidelser har ofte erfart å ikke få den behandlingen som de burde ha. Dette har vært fordi ruslidelsen og den psykiske lidelsen har stått i veien for hverandres behandling. På bakgrunn av disse erfaringene har det blitt opprettet en nasjonal retningslinje for behandling av ROP-lidelser av Helsedirektoratet (NHI, 2021). Retningslinjen belyser blant annet viktigheten av å tilrettelegge for brukermedvirkning ved å presisere det i et eget kapittel (Helsedirektoratet, 2022b). I de siste årene har recoverytilnærmingen i behandlingen av ROP-pasienter blitt sentral, og også her spiller brukermedvirkning en sentral rolle (Lien & Stensrud, 2020, s. 178).

Dette temaet er høyst relevant for vernepleierfaget, da vernepleiere kan arbeide med denne brukergruppen med personer med samtidige rus- og psykiske lidelser, i tillegg til at både recovery og brukermedvirkning kan relateres til flere brukergrupper enn kun pasienter med ROP-lidelser. Brukermedvirkning spesielt er jo noe man forholder seg til daglig i arbeid som vernepleier, og noe som dermed er viktig å ha et bevisst forhold til i møte med alle tjenestemottakere. Temaene i problemstillingen er også noe som jeg selv har erfart i praksisperioder, og dermed sett viktigheten av at det ivaretas og konsekvensene av mangelfull ivaretagelse. På bakgrunn av dette vil litteraturstudien forsøke å besvare problemstillingen: *Hvilken effekt har stor grad av brukermedvirkning på ROP-pasienters recoveryprosess, og hvordan kan vernepleieren bidra til dette?*

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hvilken effekt stor grad av brukermedvirkning har for recoveryprosessen hos personer med samtidige rus- og psykiske lidelser, og finne ut hvordan vernepleieren kan bidra til dette. Målet er å se

viktigheten av å tilrettelegge for reell brukermedvirkning og finne ut hvilke ringvirkninger det kan ha for recoveryprosessen. Litteraturstudien baseres på fem fagfelleverderte forskningsartikler som er innhentet ved systematisk litteratursøk, samt annen relevant litteratur.

1.2 Begrepsavklaring

Med ROP-lidelser menes det samtidige rus- og psykiske lidelser. Disse henger ofte sammen, men det varierer hvilken lidelse som kommer primært og sekundært. Noen får den psykiske lidelsen primært og ruslidelsen sekundært, noen får det motsatt, imens andre kan oppleve andre faktorer som gjør at begge lidelsene kan oppstå samtidig, slik som for eksempel ved et stort traume (Lien & Stensrud, 2020, s. 178-179).

Recovery kan oversettes direkte til bedringsprosess (Bank, Karlsson & Borg, 2020, s. 439). Det er en måte å arbeide på som setter bruker i sentrum, og er en måte å tenke på om at brukeren er den som kjenner seg selv best. Brukeren vet ofte selv best hva som fungerer for at de skal bli bedre (Bank et al., 2020, s. 439).

En sentral faktor i recoveryprosesser er brukermedvirkning (Bank et al., 2020, s. 439). Brukermedvirkning er en lovfestet rett jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023) som handler om å la brukeren være i sentrum og medvirke i sitt møte med hjelpeapparatet. Det vil bli redegjort ytterligere om samtlige begreper i det kommende teorikapittelet.

1.3 Avgrensning

Studien vil omhandle personer med samtidige rus- og psykiske lidelser, ROP-lidelser, men det vil ikke utelukkes at noen av artiklene kan være om personer med kun rusmiddelavhengighet eller psykisk lidelse. Det vil heller ikke begrense seg til bestemte psykiske lidelser eller bestemte typer rusmidler. Det vil variere om artiklene omfatter brukerperspektiv eller tjenesteyterperspektiv. Studien har heller ingen aldersbegrensning.

Vernepleieren innehar fire såkalte kjerneverkerroller, hhv. partnerrollen, brobyggerrollen, ansvarsrollen og pådriverrollen (Brask et al., 2016, s. 40). Oppgaven er avgrenset til å omhandle kun en av kjerneverkerrollene, partnerrollen. Dette er fordi det er den rollen som er vurdert til å være mest relevant for denne studien. Grunnen til dette er at partnerrollen handler om samhandling på individnivå og dette er igjen relevant for fokuset som er på brukermedvirkning i denne studien (Brask et al., 2016, s. 41). Derfor vil oppgaven begrenses til å kun utdype partnerrollen.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven har tatt utgangspunkt i oppbyggingen av en litteraturstudie som vist i Thidemann (2019). Til å begynne med vil det presenteres et teorigapittel som vil beskrive relevante tema for oppgaven. Vernepleierens rolle og kompetanse vil også inkluderes i teorigapittelet, da dette er relevant for videre diskusjon som kommer senere i oppgaven. Deretter belyser metodekapittelet hvordan litteraturstudien ble gjennomført. Dette innebærer innledende og systematisk litteratursøk, videre inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk og separate litteraturmatriser tilhørende hver av de fem utvalgte fagfelleverderte forskningsartiklene. Resultatkapittelet vil presentere de relevante funnene i hver av artiklene, som deretter drøftes i diskusjonskapittelet opp mot teori presentert i teorigapittelet. Konklusjonen består av et sammendrag av de hovedfunn studien har som svarer på den valgte problemstilling.

2.0 Teori

2.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rett jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023). Det handler om å ha bruker i sentrum for å la brukeren medvirke i sitt møte med hjelpeapparatet, slik at de er en aktiv aktør i relasjonen. Brukermedvirkningen handler om at brukerne er aktive deltakere i den planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som angår deres egen behandling. For at brukerne skal kunne ta reflekterte valg, må bruker få informasjon nok slik at de forstår hva de ulike sidene av valget innebærer (Lossius, 2021, s. 66-67). Denne retten til informasjon og krav til informasjonens form, er lovfestet jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 og §3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023). Dette viser til at helsepersonell skal strekke seg for å tilrettelegge for brukermedvirkning. Dette er spesielt viktig i recoverybasert praksis, hvor brukermedvirkningen er sentral, og reell brukermedvirkning er essensielt. (Lossius, 2021, s. 66-67).

Brukermedvirkning kan foregå på tre ulike nivåer, hhv. individnivå, tjenestenivå og systemnivå. Individnivå omhandler den enkelte brukers rettigheter og muligheter til å medvirke i sin behandlingsprosess. Brukermedvirkning på tjenestenivå handler om når brukere samhandler med fagpersoner i helsetjenesten, slik som f.eks. på sykehus. Når brukere og brukerorganisasjoner involveres i planleggingen av både tiltak og tjenester, er dette brukermedvirkning på systemnivå. Dette kan være gjennom samarbeid med regionale kompetansesentre eller Statsforvaltere (Helsedirektoratet, 2022a).

Noe av grunnen til at ivaretagelse av brukermedvirkning er så viktig, er at det innebærer å få fram brukerens perspektiv på de beslutninger som skal tas som gjelder en selv,

samt. ivareta og respektere brukers autonomi og samtykke. Fagpersoner og brukere er også i en maktubalanse, som gjør at det er enda viktigere å tilrettelegge for medvirkning for å redusere denne ubalansen (Bank, Sælør & Ness, 2020, s. 447-452). Som helsepersonell har man en plikt til å følge forsvarlighetskravet jf. helsepersonelloven §4 som omhandler at en skal utføre sitt arbeid på faglig forsvarlig vis ut fra sine kvalifikasjoner. Dette kravet innebærer også at hjelp skal ytes på en omsorgsfull måte overfor bruker/pasient, som er for deres beste (Helsepersonelloven, 2023). Dette vil da blant annet være å tilrettelegge for reell brukermedvirkning jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023) og ved å gi informasjon til den som har krav på det jf. helsepersonelloven §10 (Helsepersonelloven, 2023).

2.2 Recovery

Recovery oversettes direkte til norsk som bedringsprosesser og mestringsprosesser. Denne måten å arbeide på setter bruker/pasient i sjefsrollen. Det er brukeren som kjenner seg selv best og vet hva hen føler er viktigst i sin recoveryprosess. Fagpersonene som er rundt skal ha en samarbeidende rolle hvor man bistår for å hjelpe bruker til å nå sine mål (Bank et al., 2020, s. 439). Dette gjøres ved å stille sentrale spørsmål slik som: Hva er viktig for deg? Hva ønsker du? Har du satt deg noen mål? Hvordan tenker du at vi skal oppnå dette? Hvordan tenker du at vi kan samarbeide for at det skal være til hjelp for deg? Ved å gjøre dette settes bruker i sentrum. Dette kan også være grunnlag for å utarbeide en individuell plan (IP) for bruker som skal være et hjelpemiddel for å se hva som skal gjøres og hvem som har ansvar for at det blir gjort. Da er det viktig at fagpersoner har tillit til at brukeren vet best selv hva som fungerer for å oppnå bedring. I recovery er det viktig å huske på at fagpersoner skal være samarbeidende, og at brukeren skal få ta styringen i avgjørelser som gjelder deres behandlingsforløp. De må få prøve seg fram på sin måte, og så må fagpersoner stå på siden og hjelpe til når bruker selv ønsker og ber om det (Bank et al., 2020, s. 440-443).

2.3 ROP-lidelse

ROP-lidelse er som nevnt en forkortelse for samtidige ruslidelser og psykiske lidelser. Behandlingen av ROP-lidelser kan være utfordrende og det kan oppstå uenigheter om pasienten skal behandles i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller psykisk helsevern (PH) (Lien & Stensrud, 2020, s. 178-179). I retningslinjen Helsedirektoratet har utviklet for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser, står det at pasientene med alvorlige ROP-lidelser skal behandles i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2022b). Retningslinjen beskriver også at noen ROP-pasienter forblir uoppdaget grunnet at den ene lidelsen overskygges av den andre lidelsen, og at de

derfor ikke får den behandlingen de trenger (Helsedirektoratet, 2022b). Det finnes til sammen 93 anbefalinger i den nasjonale retningslinjen som omhandler brukermedvirkning, kartlegging, diagnostikk, behandling i kommuner og spesialisthelsetjenesten, og samhandling. Ut fra disse er det blitt valgt ut 10 anbefalinger som er vurdert som viktigst av en rekke brukerorganisasjoner. Disse er individuell plan, pårørende, psykisk helse, arbeid og utdanning, egne ressurser, oppfølging, bostedsløs, psykose, samordne inntak og samarbeid (NHI, 2021).

I de siste årene har recoverytilnærmingen i behandlingen av ROP-pasienter blitt sentral. Dette fordi den fokuserer på å la pasienten selv definere sine ressurser, verdier og mål. Denne medvirkningen er blitt et kjennetegn for recoverytilnærmingen som anerkjennes som en helsefremmende faktor (Lien & Stensrud, 2020, s. 178-179). Aktiv deltakelse gjennom valg er nedfelt i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015). Det beskrives at tjenesten må tilrettelegge for reell medvirkning og innflytelse på alle områder etter tjenestemottakers forutsetninger. Dette innebærer å kommunisere godt, være åpen, dele kunnskap og klargjøre alternativer for tjenestemottaker slik at den enkelte kan påvirke utformingen av tjenestetilbudet i alle deler, hhv. planlegging, utforming, utøving og evaluering. Dersom det ønskes en individuell plan, skal koordinatoren være ansvarlig for å ordne dette, samt tilrettelegge for brukermedvirkning i hele forløpet (Helsedirektoratet, 2015).

2.4 Vernepleierens rolle

Vernepleiere er autorisert helsepersonell som har kompetanse om miljøterapeutisk arbeid og tilrettelegging for personer med fysiske-, sosiale og kognitive utfordringer på mange ulike områder. Det kreves også en høy kompetanse innenfor relasjonelt arbeid, som baserer seg på å få kjennskap til tjenestemottakeren og samhandle for å nå målsettinger som er for tjenestemottakerens beste. Dette gjøres med utgangspunkt i personens ressurser og ønsker, og vernepleieren bidrar med å synliggjøre behovene og kompetansen tjenestemottakeren innehar (Fellesorganisasjonen, 2017). Vernepleieren har dermed god kunnskap om kommunikasjon og relasjonsbygging. Kompetansen strekker seg også til selvbestemmelse og ulike metoder som kan benyttes for å styrke brukermedvirkning (Fellesorganisasjonen, u.å.-a). Vernepleierens kunnskap om individuell tilrettelegging kan benyttes for å styrke den enkeltes muligheter for selvbestemmelse og økt livskvalitet (Fellesorganisasjonen, u.å.-b).

Vernepleieren har fire kjerne roller, hhv. partnerrollen, brobyggerrollen, ansvarsrollen og pådriverrollen (Brask et al., 2016, s. 40). Partnerrollen er den rollen som fokuserer på samhandling på individnivå. Vernepleieren må her ha en spesifikk partnerkompetanse som bidrar til ivaretagelse av selvbestemmelse, autonomi og medvirkning. Dette er

spesielt viktig da selvbestemmelse er en lovfestet rett (Grunnloven, 2023), og fordi mange av brukergruppene vernepleieren arbeider med, har utfordringer som kan gjøre at selvbestemmelsen trues. Vernepleieren vil i denne rollen ha stort fokus på tilpasninger og tilrettelegging i samhandling med den enkelte bruker. Det kreves høy kompetanse til kommunikasjon og sensitivitet for å tolke og forstå brukers kommunikasjonsmåte best mulig for å ivareta deres rett til medvirkning og selvbestemmelse (Brask et al., 2016, s. 41).

Vernepleierens rolle i møte med ROP-pasienter vil variere i stor grad, alt ut fra om samhandlingen skjer med tjenestemottakerne i hjemmet, på institusjon eller ved et behandlingsopphold. Det kan være alt fra å bistå med dagligdagse gjøremål, lage individuell plan, koordinere tjenester, være en støtteperson, forebygge overdoser eller bistå i behandlingen. Det som uansett er viktig, er å ivareta rettighetene til tjenestemottakerne, blant annet retten til medvirkning jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023). Vernepleierens miljøterapeutiske kompetanse er viktig for å tilrettelegge, planlegge og evaluere tiltak i behandlingen, samt bistå og støtte pasienter med ROP-lidelser i utfordrende situasjoner. Kombinasjonen av den brede kompetansen vernepleieren innehar bidrar til økt mestring, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse (Fellesorganisasjonen, 2017).

3.0 Metode

3.1 Forforståelse

De siste tre årene har jeg jobbet i bolig for personer med utviklingshemming, i tillegg til sykehjem. Jeg har også fått erfaring gjennom praksisperioder hvor jeg har vært på hhv. avdeling for demente på sykehjem, bolig for utviklingshemming og bolig for ungdom i aktiv rus. Gjennom erfaringene jeg har ervervet, har jeg dannet meg en forforståelse for temaet brukermedvirkning spesielt, men også recovery og personer som er avhengige av bistand fra hjelpeapparatet i varierende grad. Jeg har pratet med tjenestemottakere som har ytret frustrasjon over at de ikke får bestemme selv, at avgjørelser blir tatt om dem uten at de er til stede, i tillegg til at de har følt på en maktubalanse mellom seg selv og tjenesteyter. Ved samtaler med tjenesteytere har jeg fått inntrykk av at mange ikke er klar over at brukermedvirkning er en rett som tjenestemottakere har, og som heller ikke har kontroll på hvilke områder medvirkningen gjelder for. Mine erfaringer tilsier at det foreligger for lite kunnskap hos mange av tjenesteyterne om brukermedvirkning, i tillegg til at mange av tjenestemottakerne ikke vet hva sine rettigheter er.

3.2 Valg av metode

Denne oppgaven er utført som en litteraturstudie. Litteratursøk baserer seg på rammeverket av Thidemann (2019, s. 77-78) for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse oppgavens problemstilling. Informasjonen som er benyttet i denne litteraturstudien er sekundærdata, altså informasjon som allerede var samlet inn av andre (Thidemann, 2019, 74-75).

Gjennom et systematisk litteratursøk ble fem fagfellevurderte forskningsartikler inkludert for å belyse den valgte problemstillingen om «*Hvilken effekt har stor grad av brukermedvirkning på ROP-pasienters recoveryprosess, og hvordan kan vernepleieren bidra til dette?*». Valgprosessen til de inkluderte artiklene vil også bli beskrevet, før en analyse av artiklene vil presenteres (Thidemann, 2019, s. 82).

3.3 Fremgangsmåte

For å identifisere nyttige søkeord til det systematiske litteratursøket, ble rammeverket PICO-skjema brukt (Thidemann, 2019, s. 84). PICO står for population, intervention, comparison og outcome. Comparison ble utelatt da det ikke hadde relevans for den valgte problemstilling. Dette skjemaet ble også brukt for å presisere hvilket spørsmål som skulle stilles i problemstillingen, klargjøre hva som skulle inkluderes og ekskluderes og samtidig finne ut av hvilke ord og begreper som viste seg å være nyttige til de kommende søkene og hvordan disse skulle kobles sammen til en søkestrategi (Thidemann, 2019, s. 82-83). Det er ikke søkt etter litteratur som er knyttet til vernepleieren og dens rolle, da det heller er beskrevet vernepleierens rolle i teoridelen.

Tabell 1, PICO-skjema.

Population/patient/problem Hvem/hvilke	Intervention Hva	Outcomes Resultater
Personer med ROP-lidelser	Brukermedvirkning	Effekten på pasientenes recoveryprosess
Substance use disorder SUD Drug addict ROP-pasient ROP-lidelse Rusavhengig	User participation User involvement Brukermedvirkning	Recovery oriented practice User experience Recovery Recovery orientert praksis Brukerperspektiv

Innledende litteratursøk (Thidemann, 2019, s. 81) rundt temaet ROP-lidelser ble gjort i databasene PubMed og Idunn. Der ble det benyttet både norske og engelske søkeord for å se hva som fantes av vitenskapelige artikler. Det dukket opp relativt få artikler i PubMed da det ble søkt på norsk, derfor var det mest hensiktsmessig å søke på engelsk der. I Idunn ble det søkt på norsk da dette er en database med nordiske fagtidsskrifter, og det ga tilfredsstillende antall treff. Web of Science ble også brukt innledende, men det ble vurdert til at PubMed og Idunn var mer oversiktlige og relevante databaser å benytte for den valgte problemstilling. Etter å ha vurdert problemstillingen, ble det vurdert til at kjernebegrepene ble valgt for både norsk og engelsk, med tanke på de valgte databasene. Dermed ble kjernebegrepene «ROP-lidelse» eller «substance use disorder», «user involvement» eller «brukermedvirkning» og «recovery oriented practice» eller «recovery». Disse ble derfor vurdert til å hovedsakelig brukes for å søke etter artikler. Etter hvert ble noen flere lignende begreper inkludert for å utvide søkene.

Systematisk søk med dato for søk, søkeord og database er beskrevet i Tabell 3. For hvert søk ble noen sammendrag lest. Dette var på de artiklene som så relevante ut for problemstillingen. Relevans ble tolket ut ifra tittel på artiklene. Dersom innholdet i sammendraget også virket relevant for problemstillingen, ble artikkelen lest i sin helhet. Deretter ble artikkelen vurdert kritisk for å sikre kvalitet og gyldighet opp mot oppgaven (Thidemann, 2019, s. 90-92). Kvaliteten på artiklene ble vurdert ved hjelp av sjekklister om kvantitativ og kvalitativ metode (Helsebiblioteket, 2021). Alle artiklene ble kontrollert for å sikre at de var fagfelleverderte forskningsartikler ved at tidsskriftene som artiklene var publisert i, ble søkt opp og sjekket i kanalregisteret (Kanalregisteret, u.å.).

3.4 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for søkene var at det skulle være fagfelleverderte forskningsartikler som skulle være publisert de siste 10 år. Dette ble gjort for å finne oppdatert forskning på temaene. Det var ikke mulighet for å sette forskningsartikkel som et kriterie på PubMed, men det var likevel et kriterie for hvilke artikler som kunne bli inkludert. Det ble derfor dobbeltsjekket at de inkluderte artiklene var fagfelleverderte forskningsartikler. Artikler som var eldre enn 10 år og ikke fagfelleverderte ble ekskludert. I tillegg var review, metaanalyser og studieprotokoller eksklusjonskriterier. Det var kun en artikkel som hadde kvantitativ metode, imens de fire andre hadde kvalitative metoder.

Tabell 2, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Siste 10 år	Eldre enn 10 år

Fagfelleverderte forskningsartikler	Ikke fagfelleverderte forskningsartikler Review Metaanalyser Studieprotokoller
--	--

3.5 Søkeshistorikk

Tabell 3. Søkematrise. Tall som er satt i parentes forklarer hvilket artikkelnummer de inkluderte artiklene har fått (1=artikkel 1, 2=artikkel 2 osv.)

Søkedato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
24.04.23	1	Recovery orientert praksis	Forskningsartikkel Idunn	16	3	1	1 (1)
25.04.23	2	«substance abuse» OR «drug addict*» AND recovery OR «recovery oriented practice» AND «user participation» OR «user involvement»	Siste 10 år PubMed	5	1	1	1 (2)
25.04.2023	3	Recovery AND ROP-lidelse OR rusavhengig*	Forskningsartikkel Idunn	8	1	0	0
01.05.23	4	Recovery OR «recovery	Siste 10 år PubMed	2	0	0	0

		oriented practice» AND «user participation» OR «user involvement» AND «user experience»					
01.05.23	5	Recovery AND ROP-lidelse OR rusavhengig* AND brukermedvirkn ing	Forskningsartik kel Idunn	4	1	0	0
01.05.23	6	Brukermedvirkn ing AND Rop-lidelse	Forskningsartik kel Idunn	16	2	1	1 (3)
01.05.23	7	Brukerperspekti v AND recovery	Forskningsartik kel Idunn	14	3	0	0
01.05.23	8	ROP-pasient AND brukermedvirkn ing	Forskningsartik kel Idunn	14	1	1	1 (4)
01.05.23	9	«substance use disorder*» OR sud AND «user participation»	PubMed Siste 10 år	8	1	1	1 (5)

	OR «user involvement»					
--	-----------------------	--	--	--	--	--

Etter å ha funnet de fem fagfelleverderte forskningsartiklene som skulle inkluderes i studien, ble de systematisert i hver sine litteraturmatriser. Her ble de systematisert etter diverse relevant informasjon, slik som hensikt, metode, resultater og lignende.

3.6 Litteraturmatrise

Tabell 4: Artikkel 1

Full referanse	Biong, S. & Soggiu, A-S. (2015). «Her tar de tinga i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> , 12 (1), 50-60. https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06
Hensikt	Undersøke hvilke erfaringer personer med samtidige lidelser har med recovery-orienteringen i et lokalt psykisk helse- og rusteam.
Metode	Kvalitativ metode, da det er subjektive erfaringer som undersøkes ved bruk av individuelle intervjuer. Intervjuene var delt inn i tre temaer; erfaringer med kontakten, samarbeidet og innholdet i tjenestene. Intervjuene varte fra 20-90 minutter, og de fleste ble tatt opp på lyd og transkribert ordrett.
Utvalg	Kommunalt team som yter tjenester til personer med ROP-lidelser. 13 brukere av tjenestene til teamet deltok. Av disse fra ti menn og tre kvinner mellom ca. 40 år til 60 år.
Resultater	Studien viser at deltakerne erfarte at kontakten med teamet var preget av respekt og anerkjennelse, og at de gikk utenfor den tradisjonelle hjelperrollen. Teamet var fleksible og tilgjengelige, både på dag, kveld og helg. Deltakerne trakk fram en positiv masing, og at de selv følte seg som aktive pådrivere i samarbeidet. Teamet ble erfart som en støttespiller i møte med hverdagen og andre instanser. Deltakerne trakk fram at de fikk en tjeneste som var tilpasset etter deres egne mål.
Kvalitet	Styrker: artikkelen er fagfelleverdert og har to forfattere, noe som styrker validiteten av teksten. Begrensninger: deltakerne ble rekruttert av teamet, noe som kan bety at det er en viss seleksjon og at personer med viktige erfaringer ikke fikk deltatt. Individuelle intervjuer kan ha påvirket slik at færre

	nyanser kom frem, i tillegg til at ikke alle intervjuene ble tatt opp på diktafon. Dermed kan noe informasjon ha gått tapt, i tillegg til at intervjuene kan ha foregått på noe forskjellig vis.
Etikk	Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Deltakerne ble informert om studiens bakgrunn og hensikt på forhånd.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for studien da den belyser erfaringer brukere har hatt med recovery, hvorav noe av det omhandler brukermedvirkning og tjeneste tilpasset hver enkelt bruker.

Tabell 5: Artikkel 2

Full referanse	Matscheck, D. & Piuva, K. (2021). In the centre or caught in the middle? – Social workers' and healthcare professionals' views on user involvement in Coordinated Individual Plans in Sweden. <i>Health and Social Care in the community</i> , 30 (3), 1077-1085. https://doi.org/10.1111/hsc.13311
Hensikt	Undersøke hvordan profesjonelle opplever brukermedvirkning i arbeid med individuell plan og hvordan de ser på tjenestemottakernes rolle i samarbeidet med behandlingsplan.
Metode	Kvalitativ metode da det er intervjuer som belyser erfaringer hos ansatte og brukere.
Utvalg	Utvalget bestod av beslutningsdyktige sosialarbeidere og helsepersonell med kompetanse på utredning fra syv lokale myndigheter, to psykiatriske poliklinikker og tre poliklinikker for medisinsk avhengighetsbehandling.
Resultater	To hovedpunkter: <ol style="list-style-type: none"> 1) brukerens rolle i individuell plan-møter (IP-møter) 2) brukerens posisjon i samarbeid med etatene. Synet på brukers rolle var spredt, og noen mente bruker skulle være hovedperson, imens andre mente at dette ble utfordrende enten pga. at bruker ikke virket engasjert eller fordi familie kunne ta over. Brukerens posisjon i samarbeidet i IP-møtene ble diskutert. Studien viste at etatene prøvde å skyve ansvaret for brukers utfordringer over på noen andre enn seg selv. Bruker måtte noen ganger realitetorienteres mtp. hva som var realistiske målsettinger.

	Brukerne virket fornøyde når de fikk hjelpen de trengte, men kunne bli misfornøyde hvis det ikke kom noe konkret ut av møtene.
Kvalitet	<p>Styrker: artikkelen er fagfellevurdert og har to forfattere, noe som styrker validiteten av teksten. Videre er det relativt ny informasjon, som gjør at den er oppdatert</p> <p>Begrensninger: det kan ha vært en ujevn representasjon mellom sosial- og helsearbeidere. Utvalget av personer kan svekke studiens validitet, men til tross for dette resulterte det likevel i en god fordeling av ulike synspunkter. Fagpersonene som var med i studien meldte seg frivillige, noe som kan ha gjort at studien fikk en overvekt av hovedsakelig personer som var interesserte i IP og dermed tegnet et positivt bilde av det. Likevel var noen intervjuobjekter mindre positive og tilførte et annet syn.</p>
Etikk	Studien er blitt godkjent av Stockholm Regional Ethical Review Board (Dnr 2015/441-31/5).
Relevans	Denne artikkelen er relevant for studien fordi den gir et perspektiv på brukermedvirkning fra fagpersonenes side.

Tabell 6: Artikkel 3

Full referanse	Hansen, G.V. & Ramsdal, H. (2015). Brukermedvirkning og samarbeid – vanskelige mål å kombinere? <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i> , 12 (3), 196-205. https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-03-02
Hensikt	Evaluere prosjektet «Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike», og ut fra det undersøke om målsettingen om økt brukermedvirkning er nådd. Det gjøres ved å se om det i samhandlingsgruppen blir tatt avgjørelser som brukerne burde fått medvirket på, og om det i styringsgruppen blir tatt avgjørelser som brukerorganisasjonene har innflytelse over.
Metode	Kvalitativ metode. Ble utført 23 semistrukturerte individuelle intervjuer og seks gruppeintervjuer. Fem av gruppeintervjuene ble gjennomført med medlemmene i samhandlingsgruppene, imens det siste gruppeintervjuet ble gjennomført med brukerrepresentantene i styringsgruppen etter å ha deltatt som observatør på to av styringsgruppemøtene.

Utvalg	En styringsgruppe og fem samhandlingsgrupper fra ulike geografiske områder som prosjektet skal dekke. Styringsgruppen består av brukerorganisasjoner, og samhandlingsgruppene består av rustjenesten og psykisk helsevern og ulike kommunale tjenester slik som rusarbeid- og psykisk helse, NAV og fastlege.
Resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1) Styringsgruppen meldte om at det var variabelt om de ble hørt på eller ikke. De sa at det var større mulighet for å påvirke ansatte i individuelle saker grunnet relasjonen de fikk. 2) I samhandlingsgruppene ble det observert at arbeidsformen var nokså lik i de ulike gruppene. 3) Det ble vurdert til at det var behov for noen areanaer hvor bruker ikke deltok, spesielt ift. diagnose- og atferdsvurdering, men at de kunne være med på ansvarsgruppemøter selv om det ikke alltid var hensiktsmessig.
Kvalitet	<p>Styrker: artikkelen er fagfellevurdert og har to forfattere, noe som styrker validiteten av teksten. Det kan også være en styrke at leseren både får et brukerperspektiv og et fagpersonsperspektiv for å forstå helheten bedre.</p> <p>Begrensninger: artikkelen tok for seg mange punkter slik at artikkelen ble noe rotete da alt skulle presenteres, dette kan være en svakhet.</p>
Etikk	Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning. Alle som ble intervjuet har fått skriftlig informasjon, og hatt anledning til å trekke seg både før og etter intervjuene.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for studien fordi den viser to ulike perspektiver på brukermedvirkning, med hver sine opplevelser og tanker rundt hva som fungerer og hva som har forbedringspotensiale eller burde gjøres på andre måter.

Tabell 7: Artikkel 4

Full referanse	<p>Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L.E. & Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatrifeltet. <i>Tidsskrift for</i></p>
----------------	--

	<p>velferdsforskning, 21 (4), 296-312.</p> <p>https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02</p>
Hensikt	<p>Undersøke brukere, pårørende og tjenesteyteres opplevelse av brukermedvirkning og hvordan de opplevelsene ble formet. Finne ut hvilke følger denne dynamikken hadde for brukermedvirkningens begrensninger og muligheter og deretter se på hvordan brukermedvirkning kan styrkes i et lokalt tjenesteapparat.</p>
Metode	<p>Kvalitativ studie. Ble utført gruppediskusjoner som bygger på opplevelser og erfaringer rundt tverrsektoriell samhandling. Diskusjonen i hver gruppe ble tatt opp digitalt og transkribert</p>
Utvalg	<ul style="list-style-type: none"> - 4 deltakere fra en pårørendeorganisasjon - 5 deltakere fra en brukerorganisasjon - 4 deltakere fra Distriktpsykiatrisk senter DPS - 5 deltakere fra Sosialmedisinsk poliklinikk SMP - 5 deltakere fra kommunens tildelingskontor - 5 deltakere fra kommunens utfører enhet
Resultater	<ol style="list-style-type: none"> 1) Motstridende krav om medvirkning 2) Bruker forsvinner i motstridende opplevelser av medvirkning 3) Samarbeid og (av)makt 4) Tjenesteyternes opplevelse: bruker forsvinner og dette er pga. deres livsstil. Føler de må etterkomme krav fra brukerne, men også at de selv er med på å skape kravstore brukere 5) Brukerdeltakernes opplevelse: følte de hadde ansvaret for å få tjenesteyterne til å samarbeide og koordinere seg uavhengig av sin egen tilstand. Innrømte at de kunne forsvinne, men at det var pga. ukoordinert system og ikke pga. livsstilen deres 6) Pårørendes opplevelse: må bidra og gjøre sitt beste for å hjelpe bruker der systemet har sviktet i å hjelpe brukeren godt nok
Kvalitet	<p>Styrker: positivt at den har med både bruker-, pårørende- og tjenesteyterperspektiv. Data fra to ulike arenaer ble diskutert, noe som kan gi et bredere spekter av informasjon til artikkelen.</p>

	Begrensninger: deltakerne valgte seg selv inn i studien, noe som kan gjøre at man kan miste muligheten til å få et mangfold av ulike syn og meninger
Etikk	Studien er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle deltakere fikk skriftlig informasjon om hensikt med undersøkelse og hva deltakelsen innebar mhp. informasjonsdeling, og deretter samtykket de skriftlig.
Relevans	Artikkelen er relevant for studien fordi den gir et bredere spekter av perspektiver på brukermedvirkning.

Tabell 8: Artikkel 5

Full referanse	Makkar, N., Jain, K., Siddharth, V. & Sarkar, S. (2019). Patient Involvement in Decision-Making: An Important Parameter for Better Patient Experience – An Observational Study (STROBE Compliant). <i>Journal of Patient Experience</i> , 6(3), 231-237. https://doi.org/10.1177/2374373518790043
Hensikt	Vurdere opplevelsene til pasienter med ruslidelser som ble innlagt på en tertiær helseinstitusjon i India.
Metode	Tverrsnittstudie, kvantitativ metode
Utvalg	113 innlagte pasienter, flertallet var menn og avhengige av opioider.
Resultater	<ul style="list-style-type: none"> - Stort sett positive opplevelser hvor de ble behandlet med respekt, verdighet og fikk tilgang til informasjon på senteret de ble behandlet - Mest fornøyd når det gjaldt muligheten til å kunne bruke personalet til å diskutere angst og frukt for tilstanden eller behandlingen (91,2% positiv respons) - Minst fornøyd med ulikhetene i svarene fra leger og sykepleiere (43,4% positiv respons)
Kvalitet	Styrker: det er flere forfattere av artikkelen som styrker validiteten av teksten. Begrensninger: ble kun innhentet enkeltpersoners opplevelser, noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere informasjonen og kunnskapen til andre omgivelser. Deltakerne ble ikke fulgt opp etter studien. Mulighet for at positive svar ble favorisert.

Etikk	Studien ble godkjent av instituttets etiske komité ved Ref. nr. IECPG/318/27.04.2016, RT-35/29.06.2016. Både pasienten og dens familiemedlemmer ga informert samtykke.
Relevans	Artikkelen har relevans for studien fordi den gir et brukerperspektiv på medvirkning, noe som er viktig for å se om brukermedvirkningen som forsøkes å legge til rette for oppleves reell.

3.7 Analyse

For å analysere de valgte artiklene, ble det tatt utgangspunkt i Aveyards tematiske analysemodell (Aveyard, 2019, referert i Thidemann, 2019, s. 96). For å identifisere overordnede tema i de ulike artiklene, ble alle artiklene lest på nytt for å få oversikt og forståelse av innholdet. Deretter ble resultatdelen i hver artikkel skimlet, og hovedfunn ble streket under med penn. Deretter ble artiklene jobbet systematisk med fra artikkel 1 til artikkel 5, hvor hver artikkel ble jobbet med hver for seg i kronologisk rekkefølge. Da startet det med å lese grundig gjennom sammendraget og resultatdelen først og notere viktige momenter for problemstillingen. Deretter ble diskusjonsdelen skimlet, da det ble erfart at resultater kunne stå forklart på en mer kort og konsis måte her. Dette kunne hjelpe for å øke forståelsen av artikkelens funn der dette var nødvendig og til god hjelp. Etter å ha gått gjennom alle artiklene, ble artiklene gjennomgått en gang til for å identifisere eventuelle temaer som hadde blitt oversett tidligere. Deretter ble funnene markert med markeringstusj, hvor en farge var et tema, en annen farge representerte et annet tema og så videre. Dermed ble det tydelig og oversiktlig å se hvilke temaer som gikk igjen i hvilke artikler. Disse temaene ble deretter satt inn i en ny tabell (Tabell 9) som skulle skape struktur og overblikk og dermed vise tydelig hvilke artikler de ulike temaene ble nevnt i.

Deretter ble temaene vurdert etter hvilken relevans de hadde for oppgavens problemstilling. Da to av temaene kun ble nevnt i hhv. en eller to artikler, imens de andre ble nevnt i hhv. tre og fem av artiklene, så ble det vurdert at de to temaene som ble nevnt i flest artikler var de som ble valgt som hovedtema. Disse ble dermed tatt med videre i oppgaven for å utdype resultater som omhandlet disse temaene. Temaene og resultatene fra de fem inkluderte artiklene ble deretter diskutert opp mot teori presentert i det tidligere teorikapittelet. De valgte hovedtemaene er markert i grå i tabellen under. Disse var ansett som relevante og interessante opp mot problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 97).

Tabell 9, sammenligning av tema

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Samhandling	x	x		x	
Tilgjengelige tjenesteytere	x				
Respekt og verdighet	x				x
Viktigheten av relasjoner	x	x	x	x	x

4.0 Resultat

I dette kapitlet vil resultatene fra de fem fagfelleverderte forskningsartiklene som er relevante for problemstillingen presenteres. Problemstillingen undersøker: «*Hvilken effekt har stor grad av brukermedvirkning på ROP-pasienters recoveryprosess, og hvordan kan vernepleieren bidra til dette?*». Basert på analysen som er gjort tidligere, ble to hovedfunn gjort, hhv. samhandling og viktigheten av relasjoner.

4.1 Samhandling

Resultatene fra tre av de fem inkluderte artiklene fant at ivaretagelsen av brukermedvirkning hadde en positiv effekt på samhandlingen mellom brukere, tjenesteytere og pårørende. Dette var resultater som ble funnet i hhv både artikkel 1 (Biong & Soggiu, 2015, s. 53-55), artikkel 2 (Matscheck & Pjuva, 2021, s. 1081-1083) og artikkel 4 (Huby et al., 2018, s. 302-303).

Funn i artikkel 1 viser at et godt samarbeid med teamet har en sammenheng med brukers livskvalitet (Biong & Soggiu, 2015, s. 53-55). Dette samarbeidet måtte være basert på mål som var viktige for brukeren, slik at de følte på et eierskap ovenfor målene sine (Biong & Soggiu, 2015, s. 59). Det fungerte best når tjenesteytere var fleksible og lette å få kontakt med. Det ble presentert at denne måten å samarbeide på skapte en tillit mellom bruker og tjenesteyter (Biong & Soggiu, 2015, s. 53-55).

Funnene i artikkel 2 tyder på at fagpersonene syntes det var utfordrende å vite hvordan samhandlingen i IP-møtene skulle organiseres (Matscheck & Pjuva, 2021, s. 1081-1083). Funnene viste at det var usikkerhet i hvilken rolle brukeren skulle ha i samhandlingen, og hvor mye kontroll bruker skulle ha kontra tjenesteytere. Noen av de profesjonelle mente at brukeren skulle være hovedpersonen i møtene, imens andre mente at dette ble utfordrende enten pga. at brukeren ikke virket engasjert eller fordi familie kunne ta over. Når det var fokus på at brukermedvirkningen skulle ivaretas, resulterte dette i at

samhandlingen ble lettere mellom tjenesteyter og bruker, de ulike tjenesteyterne, men også i samhandlingen med pårørende (Matscheck & Pjuva, 2021, s. 1081-1083).

I artikkel 4 fremkommer det at samhandlingen avhenger av at brukermedvirkningen ivaretas gjennom tjenestemottakers rett til å bestemme hvem som skal være med i samhandlingen gjennom loven om taushetsplikt, men også gjennom tjenestemottakers rett til å samtykke og velge eller velge vekk (Huby et al., 2018, s. 302-303).

4.2 Viktigheten av relasjoner

En felles faktor som gikk gjennom alle artiklene, var dette med relasjoner. Gode og trygge relasjoner spilte en stor rolle i ivaretagelsen og utøvelsen av brukermedvirkning. I artikkel 1 var funnene at relasjonen mellom tjenestemottaker og teamet var viktig og at den burde bygges og vare over flere år for å skape trygghet i relasjonen (Biong & Soggiu, 2015, s.53). Dette gjorde at tjenesteyterne hadde mulighet til å kunne mase og bidra til et positivt press for tjenestemottaker ut fra tjenestemottakerens ressurser. Deltakerne opplevde også at de på bakgrunn av dette kunne bruke teamet til flere ulike forhold knyttet til bedringsprosessen (Biong & Soggiu, 2015, s. 55-56)

For å belyse dette resultatet er et sitat fra artikkelen inkludert:

«Jeg føler at teamet respekterer meg og de grensene jeg har. Teamet maser på meg, det er ok at de maser...De er nysgjerrige på ressursene mine.» (Biong & Soggiu, 2015, s. 55)

I artikkel 2 viste funn at det var viktig for brukeren å ha noen til stede i møtet som de hadde en trygg relasjon til, uansett om det var familie, slekt eller en tillitsvalgt (Matscheck & Pjuva, 2021, s. 1082-1083). Det ble vist at disse kunne bidra til å prate brukerens sak, i brukerens interesse. I tillegg kunne familien hjelpe til å motivere brukeren til å benytte seg av individuell plan, og forklare fordeler og oppklare eventuelle deler som brukeren ikke forsto ved planen og møtet (Matscheck & Pjuva, 2021, s. 1082-1083).

I artikkel 3 fremkommer det at brukerrepresentantene bare er delvis fornøyde med innflytelsen de hadde på beslutninger som skulle tas (Hansen & Ramsdal, 2015, s. 200-202). Manglende deltakelse på de arenaene hvor beslutninger ble tatt førte til at brukermedvirkningen ikke ble ivaretatt på en tilfredsstillende måte på gruppenivå.

Et sitat som belyser brukerrepresentantenes tilbakemelding angående å bli hørt er dette:

«Hørt og hørt – det skal mye til for å gjøre oss fornøyde – men det er også forskjeller. I noen sammenhenger opplever vi å bli tatt imot med åpne armer,

men i andre sammenhenger opplever vi at noen ansatte bare himler med øynene når vi sier noe» (Hansen & Ramsdal, 2015, s. 200).

Deltakelsen i prosjektet gjorde at deltakerne fikk en relasjon som gjorde at det ble større muligheter for å påvirke de ansatte i individuelle saker med tanke på medvirkning (Hansen & Ramsdal, 2015, s. 200-202).

I artikkel 4 viser resultatene at tjenesterepresentantene mente at en god relasjon var en forutsetning for en velfungerende samhandling (Huby et al., 2018, s. 305)

I artikkel 5 fremkommer det at pasientene følte seg godt behandlet av personalet (Makkar et al., 2019, s. 234-235). Den trygge relasjonen til personalet var viktig for å kunne diskutere dersom de kjente på angst eller frykt de hadde for tilstanden eller behandlingen sin. Så mye som 91,2% responderte positivt på dette. Minst fornøyd var de med ulikhetene på svarene de fikk fra leger og sykepleiere. Så lite som 43,4% responderte positivt på spørsmål om dette (Makkar et al., 2019, s. 234-235)

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke: «*Hvilken effekt har stor grad av brukermedvirkning på ROP-pasienters recoveryprosess, og hvordan kan vernepleieren bidra til dette?*». I dette kapittelet diskuteres hovedfunnene i resultatkapittelet opp mot relevant litteratur og teori presentert i teorikapittelet.

5.1 Samhandling

En av hovedfunnene fra artiklene var at samhandlingen mellom både tjenesteytere, tjenestemottakere og pårørende ble bedre når brukermedvirkningen ble ivaretatt i stor grad.

Biong & Soggiu (2015) skriver at samhandlingen ble bedre fordi brukerne følte at de ble satt i sentrum og at deres interesser og meninger ble hørt, slik at de kunne medvirke i sin egen situasjon. Som en følge av mer medvirkning resulterte det i at brukerne ble mer positive til samarbeidet (Biong & Soggiu, 2015, s. 55-56). I og med at arbeidet en vernepleier gjør i partnerrollen er å tilrettelegge for medvirkning for den enkelte bruker, kan dette føre til at brukeren blir mer positiv til prosessen, og dermed kan bli mer motivert for arbeidet i recoveryprosessen sin (Bank et al., 2020, s. 441).

Brukermedvirkningen er så viktig å ivareta fordi det handler om brukers autonomi og selvbestemmelse (Bank et al., 2020, s. 449). Brukermedvirkning er også en lovfestet rett jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023). I tillegg er viktigheten av aktiv deltakelse gjennom medvirkning nedfelt i veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015).

Vernepleieren kan bidra til ivaretagelsen av brukermedvirkningen fordi en innehar høy kompetanse i individuell tilrettelegging og anvendelse av forskjellige metoder som kan styrke brukermedvirkningen (Fellesorganisasjonen, u.å.-a). I denne sammenhengen kommer viktigheten av den samhandlende partnerrollen fram, da mye av fokuset er å ivareta selvbestemmelsen og medvirkningen (Brask et al., 2016, s. 41).

Matscheck & Pjuva (2021) derimot beskrev at det var uenighet mellom tjenesteyterne når det gjaldt hvilken rolle de mente at tjenestemottakerne skulle ha i samarbeidet og i hvor stor grad de skulle medvirke. Likevel så de at da brukermedvirkningen ble ivaretatt i IP-møtene, ble det enklere å samarbeide med alle parter (Matscheck & Pjuva, 2018, s. 1081-1083). Dette kan tyde på at tjenestemottakerne ble positivt påvirket av å få ta kontroll i sin egen situasjon, fordi de fikk medvirke i møtet som omhandlet dem selv. I og med at brukermedvirkning er en lovfestet rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023), så er det egentlig en selvfølge. Gjennom tilrettelegging og samhandling med bruker, vil vernepleieren i partnerrollen kunne legge opp til medvirkning gjennom valg og informasjon (Brask et al., 2016, s. 41).

Huby et al. (2018) refererte til en annen side av medvirkningen som også var viktig, nemlig lovverk om taushetsplikt og samtykke, og beskrev at dette lot tjenestemottaker påvirke samhandlingen (Huby et al., 2018, 302-303). Selvbestemmelsen er også en menneskerett som er lovfestet i Grunnloven §94 (Grunnloven, 2023), og en rett som vernepleieren i partnerrollen må ha fokus på å ivareta for brukergruppene man arbeider med. Det er fordi brukergruppene som vernepleieren ofte jobber med kan ha kommunikasjonsutfordringer eller andre utfordringer som gjør at selvbestemmelsen kan utfordres (Brask et al., 2016, s. 41). Dette er viktig å tenke over i og med at vernepleieren både har høy kompetanse rundt ulike metoder som kan benyttes for å styrke brukermedvirkningen (Fellesorganisasjonen, u.å.-a), samtidig som kunnskap om individuell tilrettelegging slik at det kan styrke den enkeltes muligheter for selvbestemmelse (Fellesorganisasjonen, u.å.-b). Denne samhandlingen er også et viktig moment i recoveryprosessen fordi fagpersonen skal ha en samarbeidende rolle med tjenestemottakeren om det å nå brukerens mål (Bank et al., 2020, s. 439). Disse resultatene kan tyde på at når tjenesteyteren bruker medvirkning som et målrettet tiltak i en recoveryprosess, kan effekten av dette være bedret samhandling mellom de involverte partene fordi brukeren føler seg sett og involvert i egen prosess. Dette er viktig i og med at vernepleieren i partnerrollen skal ha stort fokus på tilpasninger og tilrettelegging i samhandling direkte med den enkelte bruker ut fra deres mål og forutsetninger (Brask et al., 2016, s. 41).

5.2 Viktigheten av relasjoner

Samtlige av artiklenes funn viste at relasjoner spilte en viktig rolle for brukermedvirkningen. Biong & Soggiu (2015) belyste viktigheten av at tjenestemottaker får god tid til å bli kjent med tjenesteyteren, gjerne over flere år. Dette for å skape en trygg relasjon hvor tjenestemottaker føler de kan si fra om sine meninger, og hvor tjenesteyter føler de kan bidra til et positivt press for at tjenestemottaker skal bruke ressursene de innehar (Biong & Soggiu, 2015, s. 55-56). Vernepleieren har høy kompetanse innen relasjonelt arbeid som baserer seg på å få kjennskap til tjenestemottakeren (Fellesorganisasjonen, 2017). Vernepleieren har også god kunnskap om relasjonsbygging. Kompetansen strekker seg til selvbestemmelse og ulike metoder som benyttes for å styrke brukerens medvirkning (Fellesorganisasjonen, u.å.-a).

Matscheck & Pjuva (2021) beskrev også viktigheten av trygge relasjoner, men knyttet det mer opp til IP-møter. Det ble forklart med at brukeren kunne ha behov for emosjonell støtte eller at noen kunne prate brukerens sak, med hensikt om å bevare brukerens interesser (Matscheck & Pjuva, 2021, s. 1082-1083). Dette kan tyde på at brukeren ikke nødvendigvis trenger å styre møtet fysisk selv for å medvirke i sin egen situasjon. Brukermedvirkning er uansett viktig i recoveryprosessen, hvor tanken er at bruker skal settes i sjefsrollen og selv definere sine mål. Dette er fordi brukermedvirkningen er en sentral faktor i recoverybasert praksis (Lossius, 2021, s. 66-67). I og med at vernepleieren i partnerrollen har stort fokus på å tilrettelegge for medvirkning, vil også samhandlingen føre til at brukeren får fram hva det er de ønsker selv (Brask et al., 2016, s. 41). I recovery er det dermed viktig at fagpersoner lar bruker prøve seg fram selv, og heller bistår om bruker selv ber om det (Bank et al., 2020, s. 440-443).

Hansen & Ramsdal (2015) derimot skriver om at brukerrepresentantene kun var delvis fornøyde med innflytelsen de hadde på beslutninger som skulle tas, og at denne mangelen på deltakelse førte til at brukermedvirkningen ikke ble tilfredsstillende ivarettatt (Hansen & Ramsdal, 2015, s. 200-202). Her kunne vernepleieren brukt partnerrollen for å samarbeide direkte med hver enkelt bruker og legge til rette for at de fikk medvirke i tilfredsstillende grad. Fordi i partnerrollen stilles det også krav til sensitivitet og tolkning av kommunikasjon (Brask et al., 2016, s. 41). I og med at brukerrepresentantene var og ble tolket misfornøyde, kunne vernepleieren ut fra det tilpasset og tilrettelagt slik at man sammen kunne funnet en løsning som ivaretar deres selvbestemmelse og medvirkning, og som de kunne blitt mer fornøyde med. Ifølge veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator skal tjenesteytere tilrettelegge for aktiv deltakelse gjennom medvirkning i alle deler av tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2015). Brukerrepresentantene beskrev derimot at etter å ha fått en bedre relasjon med de

ansatte, var det større muligheter for å medvirke i saker som omhandlet dem selv (Hansen & Ramsdal, 2015, s. 200-202). Dette kan tyde på at muligheten for å medvirke ble lettere når relasjonen mellom brukerrepresentantene og de ansatte var bedre. Som en følge av dette kan partnerrollen være en god rolle å ta for å legge til rette for medvirkning, fordi partnerrollen er en rolle som skal få til en god samhandling med bruker, ha gode kommunikasjonsferdigheter og bistå i å ivareta brukers rett til selvbestemmelse og medvirkning (Brask et al., 2016, s. 41). Fordi medvirkningen er en lovfestet rett, og dermed så viktig, er det viktig å finne måter å oppfylle denne retten.

I Huby et al. (2019) poengterer tjenesterepresentantene at en god relasjon er en forutsetning for en velfungerende samhandling (Huby et al., 2018, s. 305). Dette kan tyde på at relasjonskompetanse er en viktig egenskap for tjenesteytere for å kunne ha en velfungerende samhandling. Derfor er vernepleieren en god kandidat for å bidra til samhandling. Fordi som vernepleier har man høy kompetanse innenfor relasjonelt arbeid, som brukes til å samhandle for å nå målsettinger som er basert på brukers ønsker og ressurser (Fellesorganisasjonen, 2017). Samarbeid er også sentralt innen recoverybasert arbeid, da fagpersonen skal ha en samarbeidende rolle hvor man bistår bruker med mål de har satt seg (Bank et al., 2020, s. 440-443). Dette kan tyde på at vernepleierens partnerrolle kan passe bra i målet om å øke brukermedvirkningen, fordi det er en samhandlende rolle (Brask et al., 2016, s. 41). Ivaretagelsen av medvirkningen på tjenestetilbudet er nedfelt i både veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan (Helsedirektoratet, 2015), samt en lovfestet rett jf. pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2023).

5.3 Metodediskusjon

I litteratormatrisene ble styrker og begrensninger ved artiklene vurdert. I denne delen skal styrker og begrensninger ved studien vurderes, deriblant også de inkluderte artiklene. Studien inkluderer både kvantitative og kvalitative artikler for metodetriangulering (Thidemann, 2019, s. 77). Metodetriangulering kan være positivt fordi ved å benytte både kvantitative og kvalitative tilnærminger, så veier det opp for svakheten ved å kun benytte en metode. Dette gir en mer nyansert og helhetlig forståelse, da det gir flere perspektiver. Reliabiliteten og validiteten ved artiklene øker også hvis ulike metoder viser samme resultat (Thidemann, 2019, s. 77). Søkeresultatene ga flest kvalitative studier som passet for å besvare problemstillingen, da denne metoden handler om å innhente erfaringer og personlige meninger (Thidemann, 2019, s. 76). Dermed ble det kun inkludert én kvantitativ artikkel, denne gir mer bredde i informasjon, består av mer eksakt faktakunnskap og er mer egnet til å generalisere (Thidemann,

2019, s. 75-76). Det kunne vært en styrke å ha inkludert enda en kvantitativ artikkel for å få mer variasjon i måten å innhente forskning på.

Det må tas med at min forforståelse av temaene kan ha påvirket mitt syn i valg- og søkeprosessen for de inkluderte artiklene. Forforståelsen kan ha farget min måte å jobbe på. Det kan ha gjort at valg av artikler belyste og bekreftet min forforståelse. Det kan ha påvirket studien til tross for forsøk på å være bevisst min egen forforståelse gjennom hele studien, og forsøk på å ikke la den styre arbeidet. Det kan være en begrensning ved studien da resultatene kan ha blitt påvirket av dette. Det må tas høyde for at studier med relevans for problemstillingen kan ha blitt oversett og at oversettingen av engelske artikler til norsk kan ha vært svak og/eller ført til misforståelser. Denne mulige utfordringen med oversetting kan være en begrensning ved studien. Likevel er det blitt brukt mye tid og nøye arbeid med artikkelen, noe som kan redusere begrensningen. Det kan være en styrke og noe som gir økt reliabilitet ved de inkluderte artiklene at de inkluderer flere perspektiver på brukermedvirkning, hhv. tjenestemottakers, tjenesteyters, brukerorganisasjoners og pårørendes perspektiv. Det er viktig å legge merke til at fire av fem inkluderte artikler er nordiske, noe som gir funnene overføringsverdi til norske forhold. Videre er litteraturstudien basert på nyere forskning fra de siste 10 år, noe som tilsier at forskningen er oppdatert. Dette kan være en styrke. Kvaliteten på artiklene er også kontrollert ved at de er fagfellevurderte forskningsartikler, og vurdert ut fra sjekklister (Helsebiblioteket, 2016). Videre er også fremgangsmåten for de inkluderte artiklene systematisk fremstilt. Dette styrker studien.

6.0 Konklusjon

Formålet for litteraturstudien var å se på hvilken effekt stor grad av brukermedvirkning har på ROP-pasienters recoveryprosess, og hvordan vernepleieren kunne bidra til dette. Fem utvalgte fagfellevurderte forskningsartikler viser til ulike funn som alle omhandler brukermedvirkning. Resultatene viser til at stor grad av brukermedvirkning påvirker både samhandlingen og relasjonene til både tjenestemottakere, tjenesteytere og pårørende. Det ble også tydelig at brukerne fikk mer eierskap til målene sine, og at tilliten mellom tjenesteyter og tjenestemottaker økte når medvirkningen ble ivaretatt. Gjennom drøftingen som var knyttet opp mot teorien fra teorikapitlet, ble det tydelig at vernepleieren kan benytte partnerrollen som tiltak for å ha større fokus på brukeren og dens ønsker, og dermed tilrettelegge for medvirkning gjennom samhandling. Slik vil den enkelte bruker kunne få mer eierskap til målene sine, noe som igjen påvirker recoveryprosessen i positiv forstand. Vernepleieren kan også tilpasse ut fra brukers ressurser og kontinuerlig samarbeide med bruker. Vernepleieren har høy kompetanse

rundt relasjonsbygging og kommunikasjon, noe som er viktig i partnerrollen, og spesielt viktig for brukergruppene vernepleiere kan arbeide med.

Denne studien bidrar til økt oppmerksomhet rundt viktigheten av brukermedvirkning. Det er tross alt en lovfestet rett som skal legges til rette for. Studien viser til de positive sidene ved å tilrettelegge og bidra til ivaretagelse og utøvelse av brukermedvirkning. Resultatene i denne studien kan være et bidrag som viser hva som har fungert, og hvorfor det har fungert, til klinikere som skal arbeide med denne brukergruppen eller forske videre på temaet senere. Min forforståelse kan ha påvirket mitt syn på valg av artikler, samt hvordan artiklene har blitt lest og forstått. Dermed kan videre forskning tilstrebe en mer objektiv innfallsvinkel. Det å sikre reell brukermedvirkning er presentert i denne studien som en viktig oppgave, men resultatene viste at det ikke alltid ble oppfylt. Som vernepleier kan man bidra til å forbedre dette ved å ha et bevisst forhold til det, delta og initiere til kurs for å øke kunnskap og bevissthet, ta videreutdanning og ha faglige samtaler på arbeidsplassen rundt temaet, samt kommunisere godt med brukergruppen man jobber med. Videre forskning er av stor betydning for å øke fokus og kunnskap rundt viktigheten og effektene av tilrettelegging og ivaretagelse av brukermedvirkning, og finne måter å sikre at brukermedvirkningen faktisk ivaretas.

7.0 Referanseliste

Bank, R-M, Karlsson, B.E. & Borg, M. (2020). Recovery. I Bakken T. L. (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 417-425).

Fagbokforlaget

Bank, R-M., Sælør, K.T. & Ness, O. (2020). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I Bakken T. L. (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 177-186). Fagbokforlaget

Biong, S. & Soggiu, A-S. (2015). «Her tar de tinga i henda og gjør noe med det» - Om recovery-orienteringen i en kommunal ROP-tjeneste. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(1), 50-60. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-01-06>

Brask, O.D., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller. En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget

Fellesorganisasjonen. (u.å.-a). *Vernepleiere i psykisk helse*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1311786->

[1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf](https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf)

Fellesorganisasjonen. (u.å.-b). *Vernepleiere i rusomsorg*.

<https://www.fo.no/getfile.php/1324057-1578301729/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20rusomsorg.pdf>

Grunnloven. (2023). *Kongeriket Norges Grunnlov*. (LOV-1814-05-17). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5

Hansen, G.V. & Ramsdal, H. (2015). Brukermedvirkning og samarbeid – vanskelige mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(3), 196-205.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-03-02>

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni). *4.1 Sjekklist*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsedirektoratet. (2015, 30. september). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet. (2022a, 15. desember). *Brukermedvirkning*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2022b). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*.

Sammensatte tjenester- samtidig behandling. (IS-1948). Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop->

[lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-)

[lidelser%20%20E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser%20%20E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-)

[0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser%20%20E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/0055dca9fc2c:286222117d81c9f269cddbbee85a495a47bf9df29/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20ROP-)

[lidelser%20%20E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser%20%20E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsepersonelloven. (2023). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L.E. & Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere

brukermedvirkning uten brukeren? Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i

helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatrifeltet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(4), 296-312. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02>

Kanalregisteret. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Lien, L. & Stensrud, B.(2020). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse – «ROP-lidelser». I Bakken T. L. (Red.), *Håndbok i miljøterapi: Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 177-186). Fagbokforlaget

Lossius, K. (Red.). (2021). *Håndbok i rusbehandling* (3. utg.). Gyldendal

Makkar, N., Jain, K., Siddharth, V. & Sarkar, S. (2019). Patient Involvement in Decision-Making: An Important Parameter for Better Patient Experience – An Observational Study (STROBE Compliant). *Journal of Patient Experience*, 6(3), 231-237. <https://doi.org/10.1177/2374373518790043>

Matscheck, D. & Piuva, K. (2021). In the centre or caught in the middle? – Social workers' and healthcare professionals' views on user involvement in Coordinated Individual Plans in Sweden. *Health and Social Care in the community*, 30(3), 1077-1085. <https://doi.org/10.1111/hsc.13311>

NHI. (2021, 21. april). *Rus og psykiatri (ROP-lidelse)*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/rus-og-psykiatri-rop-lidelse/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2023). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget

