

Åsa Kjerstine Kjølberg Moen

# En undersøkelse av hva som begrenser brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser i Norge i dag.

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Kristin Espeland

Mai 2021



Åsa Kjerstine Kjølberg Moen

# **En undersøkelse av hva som begrenser brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser i Norge i dag.**

Bacheloroppgave i Vernepleie  
Veileder: Kristin Espeland  
Mai 2021

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



Kunnskap for en bedre verden



**«Det fortøner seg komplett besynderlig at ingen –  
ingen! – etter 30 år med så mislykket  
narkotikapolitikk på alle plan, har tenkt på å spørre  
menneskene det gjelder selv. Spørre de egentlige  
ekspertene, de virkelige fagfolka på seg selv og sitt  
eget liv»**

**- Ninni Stoltenberg, 2006**

# Innholdsfortegnelse:

<u>Sammendrag</u> .....	3
<u>Abstract</u> .....	4
<u>1. Innledning</u> .....	5
<u>1.1 Begrunnelse og bakgrunn for tema</u> .....	5
<u>1.2 Fra forforståelse til problemstilling</u> .....	6
<u>1.3 Avgrensninger og begrepsforklaring</u> .....	6
<u>1.4 Oppgavens hensikt</u> .....	7
<u>1.5 Vernepleierens rolle</u> .....	7
<u>1.6 Disposisjon av oppgaven</u> .....	7
<u>2. Teori</u> .....	8
<u>2.1 ROP-lidelser</u> .....	8
<u>2.2 Brukermedvirkning</u> .....	9
<u>2.3 Gode relasjoner</u> .....	11
<u>3. Metode</u> .....	12
<u>3.1 Fremgangsmåte</u> .....	12
<u>Artikkel 1</u> .....	16
<u>Artikkel 2</u> .....	17
<u>Artikkel 3</u> .....	18
<u>Artikkel 4</u> .....	19
<u>Artikkel 5</u> .....	20
<u>3.2 Analyse og drøftning</u> .....	21
<u>3.2.1 Tematabell</u> .....	22
<u>4. Resultater</u> .....	22
<u>4.1 Relasjoner og forforståelse</u> .....	22
<u>4.2 Manglende kunnskap og definisjon av brukermedvirkning</u> .....	23
<u>4.3 Et vanskelig system med lite samarbeid mellom tjenestene</u> .....	25
<u>5. Drøftning</u> .....	26
<u>5.1 Den farligste fordømmen er å tro at vi ikke har noen</u> .....	26
<u>5.2 Kunnskap er makt</u> .....	27
<u>5.3 Organisasjon og ledelse</u> .....	28
<u>5.4 Metodiske overveielser</u> .....	30
<u>6. Konklusjon</u> .....	30
<u>Litteraturliste</u> .....	32

# Sammendrag

**Tittel:** En undersøkelse av hva som begrenser brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser i Norge i dag.

**Bakgrunn:** I Norge har vi hatt politisk føringer om brukermedvirkning lenge. Likevel ser vi fremdeles at implementeringen ikke har vært smertefri og veldig varierende mellom alt fra velferdsområder til kommuner. Dette gjelder på ingen måte bare innen enheter som behandler ROP-lidelser, men mye tyder på at variasjonen er mer påfallende der enn innenfor andre velferdsområder

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å få en dypere innsikt i hva som begrenser brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser og dermed identifisere mulige satsningsområder for å bedre dagens situasjon.

**Metode:** Denne oppgaven er en litteraturstudie, og tar for seg fem ulike forskningsartikler, samt annen relevant litteratur for å drøfte resultatet i artiklene.

**Resultat:** De fem artiklene oppgaven tar alle for seg brukermedvirkning på forskjellige måter. Funnene i artiklene ble grunnlaget for drøftingen av tre tema: viktigheten av gode relasjoner, kunnskapsgap og samhandling mellom tjenestene.

**Konklusjon:** Dagens lovverk tar langt på vei høyde for problemene og skal kunne løse utfordringene tilknyttet kunnskap og samhandling; gjennom informasjonskrav og brukerrettigheter, som for eksempel IP og koordinator. Fordommer i møte med mennesker med ROP-lidelser vil kunne minske når fokuset nå ser ut til å flyttes vekk fra straff og over til hjelp, og således bedre utgangspunktet for gode relasjoner mellom hjelper og bruker. At brukers primære utfordring av samfunnet sees på som en kriminell handling vil i dag kunne være ødeleggende for tilliten bruker har til hjelper, samt forme hjelpers verdier i møte med bruker.

**Nøkkelord:** Brukermedvirkning, ROP-lidelser, psykiske lidelser, ruslidelser, relasjoner, kunnskapsheving, samhandling.

**Antall ord:** 7687

# Abstract

**Title:** A study of what limits user participation for people with substance abuse disorders in Norway today

**Background:** In Norway, we have had political guidelines on user participation for a long time. Nevertheless, we still see that the implementation has not been painless and is very variable between welfare areas and municipalities. This in no way applies only within units that treat substance abuse disorders, but there are many indications that the variation is more striking there than within other welfare areas.

**Aim:** The purpose of this thesis is to gain a deeper insight into what limits user participation for people with substance abuse disorders and thus identify possible focus areas to improve our welfare.

**Method:** This thesis is a literature study, and deals with five different research articles, as well as other relevant literature to discuss the results in the articles.

**Result:** The five articles in the thesis all deal with user participation in different ways. The findings in the articles became the basis for the discussion of three topics: the importance of good relations, knowledge gaps and interaction between the services.

**Conclusion:** Current legislation largely takes into account the problems and should be able to solve the challenges associated with knowledge and interaction between welfare areas; through information requirements and user rights, such as individual plan and coordinator. Decriminalization of user doses will be able to reduce prejudice in dealing with people with substance abuse disorders and shift the focus away from what is currently seen as crime, and thus improve the starting point for good relations between helper and client. The fact that the client's primary challenge is seen as a criminal act could today be detrimental to the client's trust in the helper, as well as shape the helper's values in the face of the user.

**Keywords:** User participation, involvement, SUD, dual diagnosis, substance abuse disorders, mental disorders, substance abuse disorders, professional-patient-relations, knowledge development, interaction.

**Number of words:** 7687



# 1. Innledning

## 1.1 Begrunnelse og bakgrunn for tema

Begge mine foreldre har jobbet innen rus og psykisk helsevern i mange år. Bakgrunnen for at jeg valgte å gå vernepleie var et ønske om videre arbeid innen rus og psykisk helsevern. I dag jobber jeg i en heldøgns bolig, på avdeling for mennesker med ulik problematikk innen rus, psykiske lidelser og ROP-lidelser. I løpet av studietiden har retten til brukermedvirkning og hvordan tjenestene legger til rette for dette interessert meg.

Vi har hatt politisk føringer om brukermedvirkning lenge, men vi vet at implementeringen ikke har vært smertefri og veldig varierende mellom velferdsområder og kommuner. Dette gjelder på ingen måte bare innen enheter som behandler ROP-lidelser, men mye tyder på at variasjonen er mer påfallende der enn innenfor andre velferdsområder (Askheim, 2009).

Da jeg leste Ninni Stoltenbergs sitat om behovet for økt brukermedvirkning i rusomsorg fikk jeg lyst til å lære mer om hvordan dette kan ha endret seg siden 2006. Når vi i dag står overfor et mulig paradigmeskifte i møte med rusreformen - fra straff til hjelp, aktualiseres brukermedvirkning. Flere politiske parti ser ut til å se et behov for å endre ruspolitikken og å ta rusmiddelavhengige på alvor ved å dreie fokuset fra straff til hjelp for de tyngste rusmiddelavhengige (NOU 2019: 26), også partier som ikke støtter rusreformens forslag til definerte brukerdoser, ønsker å flytte fokuset over til hjelp for de tyngste brukerne (Arbeiderpartiet, 2021). Dette medfører at vi må bygge et tjenesteapparat med kompetanse, og som er i posisjon, til å hjelpe. Personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse) er ofte de svakeste pasientene innen rus og psykisk helsevern (Askheim, 2009). Dette og at ROP-lidelser er en politisk prioritet, med brukermedvirkning som ett mål i stortingsproposisjon om opptrappingsplanen for Rusfeltet 2016–2020 (Str.prp. nr. 15 S (2015–2016)) gjorde at jeg landet på brukermedvirkning for personer ROP-lidelser som tema for oppgaven.

## 1.2 Fra forforståelse til problemstilling

Forforståelse er alt vi bærer med oss av kunnskap og erfaringer som sammen danner vårt grunnlag for å forstå verden, og kan påvirke vår forståelse av situasjoner og andre mennesker (Røkenes & Hanssen, 2012). Min erfaring fra feltet, samt deltagelse og observasjoner av diskusjoner blant ansatte i tjenestetilbud til personer med ROP-lidelser medfører også at jeg ved oppstart av arbeid med oppgaven måtte kartlegge min egen forforståelse for å sikre at den ikke legger føringer for valgene jeg tar i oppgaven. Dette gjorde jeg ved å over flere dager skrive ned hva jeg på det tidspunktet tenkte på som hinder/begrensninger for brukervedvirkning, etter ca en uke laget jeg en ordsky for å se hvilke hinder jeg så på som de største og minste (Vedlegg 1). Det ble tydelig at jeg ved start av dette arbeidet så på helsepersonells forforståelse og fordommer som de største utfordringene. Dette er trolig en konsekvens av opplevelser hvor helsepersonell fremstår tvilende til effekten av og hensikten med brukervedvirkning hos personer med ROP-lidelser.

Problemstillingen min ble derfor:

*Hva begrenser brukervedvirkning for mennesker med ROP-lidelser i Norge i dag?*

## 1.3 Avgrensninger og begrepsforklaring

En ROP-lidelse kan omfatte flere psykiske lidelser og variert bruk av ulike rusmidler (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006; Evjen, Kielland & Øiern, 2018). Oppgaven og drøfting avgrenses til å omhandle ROP-lidelser, men det utelukkes ikke bruk av faglitteratur/studier om ruslidelser eller psykiske lidelser alene. Med *brukervedvirkning* menes brukernes lovfestede rett til å medvirke og tjenestenes plikt til å tilrettelegge for dette (Helsedirektoratet, 2017). Både brukers og hjelpers perspektiver på dagens utfordringer faller innenfor problemstillingen.

## 1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få en dypere innsikt i hvilke hinder som finnes for brukermedvirkning for disse brukeren i dag. Jeg tror at kunnskap om utfordringene vi har i dag kan bidra til fremtidig forbedring av tilbudet og sikre rettighetene til personer med ROP-lidelser. Jeg ønsker å belyse begrensningene i dagens brukermedvirkning og se hvordan implementeringen av politiske føringer er fulgt opp i tjenestene.

## 1.5 Vernepleierens rolle

Vernepleierens kompetanse er bred og er sammensatt av vitenskapelig-, teoretisk-, praktisk- og personlig kompetanse forankret i sosial- og helsefaglig kunnskap (Brask, Østby & Ødegård, 2016; Skau, 2017). Vernepleiere har ulike roller de må innta i ulike situasjoner i møte med tjenestemottakere. Rollene er alt i fra individorientert til systemorientert og peker seg ut i hvilken modus, perspektiv og praksis vernepleieren har i den gitte situasjonen (Brask, et al., 2016). Med denne utdanningsbakgrunnen møter vernepleiere ofte mennesker med ROP-lidelser i sin arbeidshverdag og brukermedvirkning er en sentral del av yrkesutøvelsen som vernepleier. Avhengig av hvilket nivå vernepleiere jobber på og som helsepersonell er vernepleieren under utøvelse av sin helse- og sosialfaglige profesjon styrt av rettsregler og vil en måtte forholde seg til brukermedvirkning på forskjellige nivå (Hanssen, 2010; Befring, 2019).

## 1.6 Disposisjon av oppgaven

Innledningen og teoridelen vil belyse teori som benyttes i oppgavens drøftingskapittel. Metodekapittelet redegjør for arbeidsprosessen med litteratursøk og analyse, her presenteres også litteraturmatriksen. Resultatkapittelet presenterer sammenfatning av funn i artiklene fra litteratursøket, og belyser hinder for brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser i Norge. Videre drøftes resultatene fra artiklene i lys av teori i oppgavens drøftingskapittel, her ligger også kildekritikk og metodediskusjon. Oppgaven avsluttes med et konklusjonskapittel som viser tilbake til problemstillingen.

## 2 Teori

### 2.1 ROP-lidelser

Den mest omfattende studien om dobbeltdiagnoser, Epidemiologic Catchment Area Study (ECA-studien), viste at forekomsten av ruslidelser er høyere hos personer med psykiske lidelser enn hos den øvrige befolkningen, og spesielt dersom lidelsen er vedvarende som for eksempel schizofreni eller bipolar lidelse (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006). Tidlige studier antydte at personer med schizofreni er mer tilbøyelige til å misbruke stimulerende midler enn mennesker med andre diagnoser, men ingen nyere og større studier har reprodusert disse funnene (Mueser et.al, 2006). Personer med ROP-lidelser er ofte preget av omfattende funksjonssvikt, store sosiale problemer, forhøyet selvmordsfare, dårligere behandlingsprognose enn andre psykiatriske pasienter, mange institusjonsopphold, redusert effekt av medikamentell behandling, stor belastning på pårørende, og de aller fleste vil ha behov for omfattende og langvarige hjelpetiltak (Askheim, 2009). De oppgir ofte at de selv innser det når de blir møtt av hjelpere med fordommer, og de har ofte erfaring med å bli avvist, stigmatisert og utestengt (Evjen et al., 2018).

Mange hjelpere ønsker et bedre psykisk helsevern, Almvik og Broge (2006) hevder at det likevel er vanskelig å snu fokuset vekk fra sykdom og over på mestring og ressurser. Rusmiddelavhengige har gjerne et begrenset sosialt nettverk og føler ofte på isolasjon og ensomhet (Lossius, 2011). Hjelpeapparatet opplever ofte utfordringer knyttet til å ivareta egne verdier i møte med personer med ROP-lidelser, da de kan være uflidde, ha redusert selvinnsikt og benytte et aggressivt språk, men hjelpere må alltid søke likeverd uavhengig av omstendigheter og diagnoser (Evjen et al., 2018). Ofte fremstilles rusmiddelavhengige i populærkultur og media som utelukkende rusmiddelavhengige og ikke som hele mennesker med håp og drømmer (Lossius, 2011).

For noen rusmiddelavhengige kan det ligge en ambivalens i det å bli rusfri, som kan styrkes hos mennesker med samtidig psykisk lidelse, og det sees som viktig å ikke overse tvilen, og legge til rette for at den rusmiddelavhengige selv skal velge å ta kontroll over eget liv (Evjen et al., 2018). Ruslidelser kan ses både som en psykisk

lidelse og et valg; selv om rusen reduserer menneskets evne til å velge (Evjen et al., 2018). Pårørende har ofte en rolle som omsorgsperson og bidra til å redusere negativt stress. At pårørende involveres i beslutningsprosesser kan være essensielt for å sikre fortsatt støtte og engasjement (Mueser et.al, 2006).

## 2.2 Brukermedvirkning

I Norge er brukermedvirkning en lovfestet rettighet ved §3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl). Brukermedvirkning er en rett og ingen plikt. Dermed plikter helsetjenestene å legge til rette for og tilby brukermedvirkning.

Brukermedvirkning har egenverdi og terapeutisk verdi samtidig som det er et virkemiddel for å forbedre og sikre kvaliteten i tjenestene (Helsedirektoratet, 2017). Respekten for det enkelte individs selvbestemmelse, rettssikkerhet og autonomi er grunnlaget for brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2018b). Det legges til rette for denne påvirkningen på tre nivå: i utformingen av helsepolitikk på nasjonalt nivå (NOU 2001: 22; Helsedirektoratet, 2017; NOU 2014:12), i møte mellom bruker og hjelper på individuelt nivå (pbrl, 1999) og i konkret tjenesteutvikling (FOR 2016-10-28-1250).

Brukermedvirkning krever at brukerne er klar over rettighetene de har (Snoek & Engedal, 2017). Mange brukere opplever en mangel på informasjon og kunnskap om sine rettigheter og muligheter for medvirkning og uttrykker at de savner mer opplæring på feltet (Rogan, 2004). Jamfør pbrl. §3-1, første ledd skal brukermedvirkningens form tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon og må derfor ses i sammenheng med retten til informasjon, jamfør pbrl. § 3-2 og helsepersonellovens (hpl.) §10 som fastsetter helsepersonells plikt til å gi informasjon til den som har krav på det. Forventning om og hvordan medvirkning kan gjennomføres bør avklares i dialogen mellom bruker, pårørende og tjenestene (Helsedirektoratet, 2018b).

I veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2020) er deltakelse gjennom samhandling nedfelt. Veilederen omhandler brukers rett til en individuell plan og oppfølging i tverrfaglige ansvarsgrupper med fast koordinator, ansvaret ligger på koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2020; FOR-2011-12-16-1256).

Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven i stor grad forpliktet til å følge disse retningslinjene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Jamfør pbrl. §4-9 og §2-4 har brukere rett til å avstå fra helsehjelp og rett til å velge tjeneste.

Alle regionale og lokale helseforetak skal i følge helseforetaksloven (2001) ha pårørende- og brukermedvirkning i sin arbeidsform, mens oppdragsdokumenter fra helse- og omsorgsdepartementet (2016) spesifiserer «kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid». Samtidig skal virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven, sikre at systemer for innhenting av informasjon om brukeres og pårørendes erfaringer og synspunkter er etablert (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). §7e i veileder til forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten legges det vekt på ledernes ansvar for at brukernes kompetanse og erfaringer integreres i kvalitetsforbedringsarbeidet (Helsedirektoratet, 2018a).

Realiseringen av politiske føringer og målsettinger er avhengig av at tjenesteapparatet fokuserer på brukermedvirkning på alle nivå, gjennom fortolkninger av regler og forordninger og prioritering av ressurser får hjelpere en innflytelse på hvordan politiske føringer implementeres i praksis (Meyers & Vorsanger, 2007). For brukernes oppfattelse av brukermedvirkning med reell effekt er individnivået kanskje det viktigste. Det er på dette nivået brukere og pårørendes møter tjenestene og således legger det grunnlaget for all brukermedvirkning (Berven, Ludvigsen, Christensen & Nilssen, 2013; Breimo, Normann, Thommesen & Sandvin, 2015). De senere årene har integrert behandling, som medfører felles beslutningsprosesser, blitt mer utbredt i arbeidet med mennesker med ROP-lidelser (Mueser et al., 2006). Lipsky (1980/2010) påpeker at hjelpere på bakkeplan har en spenningsfylt arbeidssituasjon. Det vil ofte oppleves som vanskelig å prioritere innenfor rammene av begrensede ressurser og man må balansere ønsker og forventninger fra brukerne og krav og føringer fra tjenestene de er en del av. Ofte vil en være nødt til å nedprioritere noen målsettinger for å realisere andre (Vabø, 2014). På denne måten tvinges hjelpere til å utvikle strategier og tilpasse seg i måten de utfører rollen sin på. Kontrollregimer som New Public Management reduserer muligheten for skjønnsutøvelse på bakgrunn av standardiserte målformer, samtidig som mindre og lite hierarkiske organisasjoner åpner for mer skjønnsutøvelse enn store og strengt

hierarkiske (Huper, Hill & Buffat, 2016). Profesjonaliseringen av bakkeplan har en betydning for hjelpernes skjønnsutøvelse, ikke minst på områder hvor verdier og holdninger fra utdanningene settes opp mot brukernes egne ønsker (Evans, 2016). Her vil flere hjelpere føle på en spenning mellom det individuelle forsvarlighetskravet og brukerens ønsker. Forsvarlighetskravet som plikt til yrkesutøvelsen som helsepersonell, finner vi i helsepersonelloven § 4. Der sidestilles forsvarlighetskravet med kravet om omsorgsfull hjelp, noe som må bety at alt helsepersonellet skal ha brukers beste som styrende verdi i sitt virke. Som rettslig norm kan det sies at kravet til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp har to sider. Det stilles krav til hvordan helsepersonell kommuniserer og opptrer i møte med bruker, samtidig som den innebærer brukermedvirkning (Befring, 2019). Rusreformen - fra straff til hjelp (2019) legger opp til avkriminalisering av brukerdoser, slik at personer ikke lenger skal straffes for bruk og besittelse av mindre mengder narkotika, men heller møtes med hjelp, behandling og oppfølging. Formålet er at flere skal be om hjelp, samt å senke terskelen å få og gi hjelp (NOU 2019: 26).

## 2.3 Gode relasjoner

Relasjonens betydning har vært beskrevet ut i fra ulike ståsteder og fagtradisjoner. Innen helse- og sosialfag har gode relasjoner blitt beskrevet basert på tillit og åpenhet, men også gjennom psykologiske virkemidler og alliansebygging (Hummelvoll, 2012; Strand, 1990). Relasjoner er ansett som en av de viktigste faktorene for at behandling fungerer (Wampold, 2015; Borg & Topor, 2004; Topor, 2006). Til tross for bred enighet om betydningen av relasjoner er det relativt få studier som har involvert brukere med alvorlige psykiske lidelser, og spesielt ikke de med ROP-lidelser (Denhov & Topor, 2012).

Bordin (1979) mente den optimale alliansen, eller relasjonen, vil oppnås dersom pasienten og hjelper er samstemte om hva målsettingen er, og opplever metodene som relevante for pasientens problemstillinger. Bordin understreket også at relasjonen har innvirkning på behandlingens utfall, da den er viktig for at pasienten skal akseptere, ha tillit og tro på at behandlingen virker. Gjensidig kommunikasjon og å bli møtt i et fellesskap er et grunnleggende behov i mennesker (Røkenes & Hanssen, 2012). Relasjonskompetanse kan ses som kommunikasjon og

samhandling preget av empati og selvinnsikt som gir forståelse av andre og deres situasjon, sikrer ivaretagelse av behov og interesser, samt ser brukeren som et selvstendig menneske med en ukrenkelig integritet (Røkenes & Hanssen, 2012).

Hjelpere som gir praktisk og sosial støtte bidrar til at brukernes vekst og utvikling kommer mer i fokus (Sommer, Strand, Borg og Ness, 2013; Borg & Topor, 2004). Å ta seg tid til å være til stede, se hele mennesket og lytte er viktige faktorer i gode relasjoner (Borg & Topor, 2004). Noen ganger er det som trengs at fagpersonen er der, lytter og kommenterer uten å forsøke å starte store endringer, andre ganger må fagpersonen ta initiativ til handlinger h\*n ikke gjør for alle andre (Borg & Topor, 2004). Samtidig er det viktig å passe på at grensene mellom fagperson og privatperson ikke blir uklare. Da kan hjelper få emosjonelle vansker, og bruker kan få urealistiske forventninger til relasjonen (Røkenes & Hanssen, 2012). For å klare å være seg selv i møte med brukere, samt klare å stå i emosjonelt krevende situasjoner må fagpersonen være selvbevisst og evne å forholde seg til egne følelser (Røkenes & Hanssen, 2012). Trygge relasjoner mellom hjelper og bruker tåler mer, og åpner opp for ærlighet og direkte tilbakemeldinger (Røkenes & Hanssen, 2012).

## 3 Metode

I denne oppgaven har jeg benyttet litteraturstudie som metode. Jeg belyser problemstillingen ved hjelp av fem utvalgte vitenskapelige artikler, og beskriver den systematiske prosessen med utvelgelse av artikler før den ender med en sammenfatning av kunnskap som gir en dypere forståelse av temaet (Thidemann, 2019).

### 3.1 Fremgangsmåte

Jeg startet arbeidet med innledende søk i Google Scholar, Idunn og Oria for å danne meg et bilde av tema for oppgaven (Thidemann, 2019). Etter dette valgte jeg emneord basert på hvilken database jeg søkte i og oppga nøkkelord i tilknytning til problemstillingen for å utvide antall treff på stikkord, tittel og sammendrag (Thidemann, 2019). Det viste seg i løpet av denne prosessen at det finnes lite deltakende forskning på brukermedvirkning hos personer med ROP-lidelser, spesielt



som publiseres som vitenskapelig artikkel og ikke en rapport til bruk i tjenestene. Dette begrenset antallet relevante artikler.

Basert på problemstillingen begynte jeg å planlegge og begrunne søk og dokumentere de for etterprøvbarehet (Thidemann, 2019). Jeg bestemte meg for å bruke rammeverket PICO (Population/Patient/Problem, Intervention, Comparison, Outcome) som hjelpemiddel i arbeidet med å operasjonalisere problemstillingen og planlegge søk (Thidemann, 2019). PICO ble delvis benyttet tidlig i prosessen, og mer inngående etter at problemstillingen var fastsatt. Et utvalg av søkeordene jeg brukte vises i tabell nedenfor.

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse)	Brukermedvirkning	Hinder for brukermedvirkning	Brukeres og hjelperes erfaringer/opplevelse av hinder for brukermedvirkning
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ROP-lidelser</li> <li>- SUD</li> <li>- Dual diagnosis</li> <li>- Co-occurring diagnosis</li> <li>- Substance use disorder</li> <li>- Substance-related disorder</li> <li>- Samtidig rus- og psykisk lidelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brukermedvirkning</li> <li>- User involvement</li> <li>- Patient involvement</li> <li>- Client involvement</li> <li>- User participation</li> <li>- Patient participation</li> <li>- Client participation</li> <li>- User collaboration</li> <li>- Patient collaboration</li> <li>- Client collaboration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barrierer</li> <li>- Hinder</li> <li>- utfordringer</li> <li>- Problems</li> <li>- Hindrance</li> <li>- Barriers</li> <li>- Limitations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruker/pasient/ tjenestemottakere/klient erfaringer</li> <li>- Ansatte/hjelpere/ fagpersoner/helsepersonel l erfaringer</li> <li>- Patient experience/ perspective/satisfaction</li> <li>- Client attitudes/ satisfaction/experience</li> <li>- Experience</li> <li>- Staff experience/ attitudes/perspective</li> <li>- Employees experience/ attitudes/perspective</li> <li>- Personnel experience/ attitudes/perspective</li> </ul>

(Thidemann, 2019)

Både ROP-lidelser og brukermedvirkning defineres forskjellig, og jeg måtte prøve meg frem med kombinasjoner. Søkene ble evaluert og justert med bakgrunn i treffenes relevans og etterhvert som problemstillingen utviklet seg; dette var en parallell prosess gjennom arbeidet (Thidemann, 2019). Dette fremgår av søkematrisene som viser andre søkeord, som "relasjon", som tilhører en tidligere problemstilling og fase. Jeg forsøkte flere databaser, men valgte å vise et utvalg fra

PsycInfo, Idunn, Oria og Google Scholar som gav treff på valgte artikler for å illustrere søkeprosessen. Ingen av artiklene nevnte vernepleiere, men alle kunne anses vernepleierfaglig relevante og kunnskapen kunne overføres. Nedenfor følger søkematriksen.

Dato	Søk nr.	Ord og kombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstracter	Leste artikler	Inkluderte artikler
19/4	1	Brukermedvirkning rusomsorg	<b>Søkemotor:</b> Google Scholar	460	8	2	–
19/4	2	Brukermedvirkning rus	<b>Søkemotor:</b> Google Scholar	2 410	5	2	Artikkel 1
28/4	3	Brukermedvirkning hinder rus	<b>Søkemotor:</b> Google Scholar	834	3	–	–
3/5	4	"User involvement" drug treatment	<b>Søkemotor:</b> Google Scholar	2	1	1	Artikkel 5
3/5	5	Brukermedvirkning i rusbehandling	<b>Søkemotor:</b> Idunn	47	5	2	–
3/5	6	Dual diagnosis involvement Barriers	<b>Søkemotor:</b> Idunn	3	1	–	–
5/5	7	Brukermedvirkning relasjon	<b>Søkemotor:</b> Oria	310	4	2	Artikkel 3
5/5	8	Brukermedvirkning i rusomsorg	<b>Søkemotor:</b> Google scholar	2 340	8	3	Artikkel 1
6/5	9	exp "Substance Use Disorder"/ or exp "Substance Use Treatment"/ or exp Client Participation / or exp Comorbidity/	<b>Søkemotor:</b> APA PsycInfo	155 004	2	1	–
6/5	10	exp "Substance Use Disorder"/ or exp Dual Diagnosis/	<b>Søkemotore:</b> APA PsycInfo	119 717	5	2	–

12/5	11	"user involvement" drug treatment services Norway	<b>Søkemotor:</b> Google scholar	2 890	2	1	Artikkel 4 og 5
12/5	12	brukermedvirkning erfaringer	Søkemotor: Idunn	11	3	2	Artikkel 2

(Thidemann, 2019).

Etterhvert som jeg søkte ble inklusjons- og eksklusjonskriterier definert. Jeg avgrenset lite i databasens filter, og brukte de mest ved gjennomlesing. Ett av kravene var at artiklene skulle være fagfelleverderte, dette avgrenset jeg, om mulig, for i søkemotorene. Fagfellevurdering betyr at artikkelen allerede er kvalitetsvurdert av andre eksperter på feltet (Thidemann, 2019), jeg søkte også opp alle tidsskriftene i Norsk Senter for Forskningsdata (2021). Basert på at jeg ville undersøke hva som hindrer brukermedvirkning ønsket jeg perspektivet til både brukere og hjelpere. Begrensede treff på kvantitativ forskning åpnet ikke for å inkludere dette. Kriteriene presenteres i tabell nedenfor.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurdering Vitenskapelige artikler Engelsk, norsk, svensk eller dansk språk Utgitt siste 15 år ROP-lidelser Rusomsorg Psykisk helsevern Voksne Overførbar til vernepleieryrket Overførbar til norske forhold Kvalitativ forskning Pasient- og brukererfaringer Helsepersonells perspektiv Erfaringer med brukermedvirkning	Ikke fagfellevurdert Fagartikler Eldre enn 15 år Barn Ikke overførbar til vernepleieryrket Ikke overførbar til norske forhold Kvantitativ forskning Omhandler ikke erfaringer knyttet til brukermedvirkning.

I første omgang ble artiklene skimlet, og problemstillingen samt inklusjons- og eksklusjonskriterier fungerte som et filter da jeg leste tekstene i sin helhet (Thidemann, 2019). Dette førte til at flere artikler ble forkastet, og jeg måtte tilbake til søkeprosessen, og igjen se på problemstillingen. Det var, som det kommer fram av søkematrisen, vanskelig å finne gyldige artikler innenfor mitt valgte tema. Da jeg var kommet fram til endelige artikler leste jeg dem flere ganger og utarbeidet

litteratormatriser med oversikt over hver artikkel og ble gjennom dette kjent med resultatene (Thidemann, 2019). Videre følger litteratormatrisene

## Artikkel 1

Full referanse	Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. & Klubben, M (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? <i>Tidsskrift for velferdsforskning</i> , 21(4), 296–312 Hentet 05.04.2021 fra: <a href="https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02">https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02</a>
Hensikt med studien	Denne studien ble utført for å se hvordan helsepolitiske føringer er implementert i praksis og hvordan helse- og sosialarbeidere, brukere og pårørende erfarer praksisen og utfordringene i dag..
Metode	Studien bygger på to datakilder. Den ene kilden er fra fokusgrupper der hjelpere, brukere og pårørende dannet egne grupper og den andre fra tverrfaglige grupper der pårørende og brukere deltok. Det er derfor brukt en kvalitativ fremgangsmåte i denne studien, og den kan derfor bidra til å få en økt forståelse av et fenomen (Ellingsen & Drageset, 2008)
Utvalg/populasjon	Det var tilsammen 28 deltakerne i studien. 4 fra en pårørendeorganisasjon, 5 fra en brukerorganisasjon, 4 fra DPS, 5 fra SMP, 5 fra kommunens tildelingskontor og 5 fra kommunens utfører enhet. Utvelgelsen ble gjort i enhetene og organisasjonene selv. Alle kommer fra samme kommune og var kommunalt ansatte ruskonsulenter, kommunepsykologer, prosjektarbeidere, sosionomer og psykologer i spesialisthelsetjenesten, pårørende og brukere.
Hovedfunn/ resultater	Hjelperne hadde forskjellige innfallsvinkler til hva brukermedvirkning er og derfor hvordan den best sikres i tjenestene. Mens hjelperne i undersøkelsen problematiserte at brukermedvirkning bidrar til tillært hjelpeløshet opplever brukerne lite samarbeid og samhandling mellom tjenestene de mottar og at det er de, uavhengig av deres psykiske- og fysiske helse, som må jobbe for å få et komplekst og tidvis uoversiktlig tjenesteapparat til å fungere. Hjelperne trekker fram at brukere forsvinner ut av tjenester eller velger bort tiltak som en stor utfordring knyttet til brukermedvirkning. Brukeren er selv enig i dette, men mens hjelperne så på dette som et resultat av brukernes livsstil forklarer brukerne det som en konsekvens av et uoversiktlig tjenesteapparat. Pårørende mente deres rolle var "å plukke opp bitene skapt i dynamikken mellom tjenesteapparat og bruker der bruker faller ut av tjenester" og at de selv forsvant i dette samspillet og at tjenesteapparatene møtte de som kravstore og distraherende og ikke som ressurspersoner som kunne bistå. Selv om alle deltakerne hadde forskjellig innfallsvinkel til brukermedvirkning var de enig om at "systemet" var opphav til mange av barrierene.
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> Undersøkelsen ble gjennomført av personer med faglig kompetanse samt personer fra Rusmisbrukeres Interesseorganisasjon (RIO) og Landsforeningen for pårørende innen Psykisk Helse (LPP). <b>Svakheter:</b> Forfatterne nevner ingen svakheter i sin artikkel. En svakhet kan være at alle deltakerne kommer fra en kommune og derfor ikke gir et bilde av hele Norge. Samme undersøkelse gjennomført i hele landet ville kunne gitt et interessant innblikk i forskjellene i behandlingstilbud og kanskje bidratt til læring på tvers av kommunegrensene og forbedring av tjenestetilbudet.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for min problemstilling da den gir et innblikk i utfordringene knyttet til brukermedvirkning i rusomsorg, samt brukere og pårørendes oppfatelse av tilbud om brukermedvirkning. Samtidig er studien basert på tverrfaglighet og gir flere innfallsvinkler. Artikkelen fokuserer også på brukere i kontakt med flere kommunale tjenester.

Etiske overveielser	Prosjektet ble gjort kjent i tjenestene gjennom presentasjoner og informasjonsmateriale. På bakgrunn av skriftlig informasjon om hensikten med undersøkelsen og hva deltakelse innebar samtykket alle deltakere skriftlig. Studien er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata.
---------------------	--

## Artikkel 2

Full referanse	Antonsen, E.B. (2008) Et stykke på vei, men likevel langt igjen? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 5(4), 345-354. Hentet 12.05.2021 fra: <a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-04-06">https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-04-06</a>
Hensikt med studien	Hensikten med artikkelen er å beskrive hvordan deltagere på et kurs om brukermedvirkning reflekterer rundt egne erfaringer med brukermedvirkning i tjenestene de har mottatt. Hvilke faktorer tenker de kan hemme og fremme deres brukermedvirkning?
Metode	Artikkelen bygger på to fokusgruppeintervjuer gjennomført etter et kurs om brukermedvirkning. Moderator for fokusgruppene deltok selv som observatør på kurset og tok notater. Disse notatene og deltakernes egne evalueringer av kurset ble grunnlag for fokusgruppeintervjuene. Det er derfor brukt en kvalitativ fremgangsmåte i denne studien, og den kan derfor bidra til å få en økt forståelse av et fenomen (Ellingsen & Drageset, 2008).
Utvalg/populasjon	Åtte deltakere sa seg villig til å delta i intervjuet og seks møtte opp til fokusgruppeintervjuene. Alle deltakerne har bakgrunn fra behandling i psykisk helsevern i Norge. De fleste deltakerne var brukerrepresentanter i brukerråd og Mental Helse.
Hovedfunn/ resultater	Deltakerne synes det fortsatt er langt igjen når det gjelder brukermedvirkning, og var usikre på om målene for brukermedvirkning ville bli nådd i deres levetid. Brukermedvirkning kan hemmes og fremmes på forskjellige nivåer i systemet. De var bekymret for at brukermedvirkning bare gjelder de "sterkeste" brukerne eller de med ressurssterke pårørende som kunne fremme deres sak i møte med systemet. At forskjellige hjelpere, tjenestenivåer og tilbud har forskjellig oppfatning av brukermedvirkning ble også dratt fram som et hinder. Deltakerne opplever at de får forskjellig informasjon og selv må orientere seg i og "kjempe mot" systemet som ikke snakker sammen. De dro fram viktigheten av individuell oppfølging og gode relasjoner med helsepersonell, som så på dem som et individuelt menneske og kjente de godt, som suksessfaktorer for brukermedvirkning. "da må de høre på brukeren".
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> Det ble fokusert på deltakernes trygghet og dynamikken i gruppenes oppbygging for å sikre deltagelse i intervjuet. Små grupper på 3 bidrar til økt deltagelse fra alle og moderator kan lettere legge til rette for at alle deltar. <b>Svakheter:</b> Lite utvalg og funnene kan ikke brukes til å generalisere. Det hadde vært interessant å se en undersøkelse med flere deltagere som i lys av kurs om brukermedvirkning kunne sette egne erfaringer i perspektiv. Fra 2008.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for min problemstilling da den tar opp brukers egne erfaringer og opplevelser av brukermedvirkning i tjenestene de mottar. Selv om populasjonen er liten og det ikke er spesifisert at dette er mennesker med ROP-lidelser ser jeg det som relevant da mennesker med ROP-lidelser ofte er de mest sårbare i psykisk helsevern og deltakerne selv trekker fram sårbare grupper som spesielt sårbare i møte med hindrene for brukermedvirkning.

Etiske overveielser	Studien er gjennomført på en systematisk måte gjennom utvalg av teori, deltakelse ved innsamling av funn, samt analyse. Studien ble tilråddet av Personvernombudet og kursleder av kurset. Regional komité for forskningsetikk ble kontaktet, men forfatter opplyser om at det var ikke var nødvendig å søke. Deltakerne ble gitt muntlig og skriftlig informasjon og ga skriftlig samtykke. De ble sikret konfidensialitet og kunne trekke seg når som helst.
---------------------	--

### Artikkel 3

Full referanse	Askheim, O.P. (2020). Brukermedvirkning fra politikk til praksis. <u>Tidsskrift for velferdsforskning</u> , 23(3), 170-186. Hentet 05.05.2021 fra: <a href="https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02">https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02</a>
Hensikt med studien	Studien ble gjennomført for å se hvordan og i hvilken grad politiske målformuleringer om brukermedvirkning er implementert i ulike kommunale omsorgstiltak. Og om det er forskjeller mellom hvordan brukermedvirkning praktiseres overfor ulike brukergrupper og innenfor forskjellige organisatoriske rammer.
Metode	Artikkelen bygger på fokusgruppeintervjuer, samt feltstudier foretatt i to norske kommuner i 2015-2016. En av forskerne foretok observasjoner i tjenestetilbud. Observasjonene ble siden lagt til grunn for fokusgruppeintervjuer Det ble gjennomført i alt åtte intervjuer. Det er derfor brukt en kvalitativ fremgangsmåte i denne studien, og den kan derfor bidra til å få en økt forståelse av et fenomen (Ellingsen & Drageset, 2008).
Utvalg/populasjon	Studien er gjennomført blant ansatte i to kommuner og på fire forskjellige tjenestetilbud. Kommunene varierte i størrelse og organisering av tjenestetilbudet. Det var tre-fem deltager i hvert av de åtte intervjuene. Antall deltagere ligger derfor mellom 15-40 stk.
Hovedfunn/ resultater	Ansatte i alle de forskjellige tjenestene dro fram balansen mellom brukermedvirkning/selvbestemmelse og faglig forsvarlighet som et dilemma i arbeidet med brukermedvirkning. Dilemmaene knyttes til brukernes helse eller funksjonsevne og i hvilken grad de ses i stand til å gjøre «riktige»/ «gode» valg ut fra deres faglige ståsted. Ingen hadde et bevisst forhold til begrepet brukermedvirkning, men alle mente de hadde det med seg i praksis og var opptatt av brukernes perspektiver og innflytelse. I praksis knytter de brukermedvirkningen først og fremst til daglige, konkrete situasjoner som for eksempel mat og måltider, hygiene o.l. Ansatte i hjemmetjenesten, sykehjem og boliger for utviklingshemmede trakk fram de ressursmessige og organisatoriske rammene som hinder for brukermedvirkning. Flere dro også fram viktigheten av gode relasjoner for å tilrettelegge for brukermedvirkning. De ansatte så også på kommunikasjonsutfordringer og «tillært hjelpeløshet» etter et liv i helsevesenet som utfordringer. Brukermedvirkning forstås ikke eller oppleves som en belastning i en allerede slitsom hverdag. Det kanskje tydeligste funnet er at det er i den daglige samhandlingen mellom brukere og personell at brukermedvirkningen i praksis implementeres.
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> Bygger på data fra et større forskningsprosjekt hvor flere studier ble gjennomført og er organisert og gjennomført i et samarbeid mellom forskere fra Høgskolen i Innlandet og Universitetet i Bergen. For å sikre bedre bredde i svarene ble fokusgruppe intervjuene foretatt sammen av en forskerne og en medforsker med brukererfaring. <b>Svakheter:</b> Forfatter nevner ikke selv svakheter ved studien. Studien hadde et relativt lite utvalg og kan ikke alene brukes for å generalisere hvordan implementeringen har gått i kommunal sektor i hele landet.

Relevans	Denne artikkelen er relevant for min problemstilling da den beskriver hvordan brukermedvirkning praktiseres fra hjelpers perspektiv innenfor tjenester mennesker med ROP-lidelser mottar. Både hjemmetjeneste og bofelleskap er relevante tjenestetilbud.
Etiske overveielser	Er en del av prosjektet «Making user participation work – from policy to practice», som ble finansiert av Norges Forskningsråds program for helse- og omsorgsforskning. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett i etterkant.

#### Artikkel 4

Full referanse	Larsen, T. & Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. <i>Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy</i> , 21(6), 1231–1240, 21(6), 1231-1240. Hentet 09.05.2021 fra: <a href="https://doi.org/10.1111/hex.12828">https://doi.org/10.1111/hex.12828</a>
Hensikt med studien	Målet med studien var å undersøke hva som kan hindre pasientenes stemmer når de samarbeider med ansatte og ledere for å forbedre tjenestene.
Metode	Beskrivende casestudie som anvendte de sykliske prinsippene for aksjonsforskning, og startet med å konseptualisere og spesifisere problemet før de gikk gjennom flere intervensjoner og evalueringer. Studien er delt inn i tre faser hvor fase to består av flere fokusgrupper bestående av ansatte, ledere og brukere, samt individuelle intervju med brukere og dialogmøte mellom ansatte og ledere. Fase tre består av intervju med ansatte. Studien er gjennomført over tre år. Det er derfor brukt en kvalitativ fremgangsmåte i denne studien, og den kan derfor bidra til å få en økt forståelse av et fenomen (Ellingsen & Drageset, 2008).
Utvalg/populasjon	Utvalget varierte i de forskjellige fasene i studien. I forarbeidet til studien deltok fire ledere, en ansatt og en eier, i fase 1 deltok to brukere og ti ansatte som medforskere, i fase 2 deltok to ledere og to ansatte i et dialogmøte, tre brukere i individuelle intervju, tre ledere i fokusgruppe 1, fire brukere i fokusgruppe 2, to brukere, to ansatte og to ledere i fokusgruppe 3 og i fase 3 ble gjennomført individuelle intervjuer med to ansatte.
Hovedfunn/ resultater	Brukernes stemme ble ansett som viktig, men ikke nødvendigvis avgjørende, ettersom brukernes endringsbehov kunne oppfattes som sykdomsbasert. Pasienter ga tilbakemelding om medpasienter og medisiner - spesielt assistert legemiddelbehandling med opioider. Redselen for å bli redusert til en diagnose virket å være et hinder for brukerne, mens de ansatte kunne se på diagnosen som en faktor som "fordummet brukernes bidrag. I tillegg viste det seg at et tilsynelatende hierarki blant fagpersonene kan ha fratatt noen ansattes mulighet til påvirkning. Resultatene peker på en organisatorisk diagnostisk kultur, der stigmatisering og risikopatologisering kan begrense brukermedvirkningen. Medvirkning virket å bli oppfattet som noe som var tillatt av personalet og lederne, etter eget skjønn, og ikke en aktiv ønsket praksis. Selv om alle parter kan ha vært enige om at brukermedvirkning var verdifullt, virket det vanskelig å opptre som en samlet gruppe.
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> brukere, ansatte, ledere og forsker samarbeidet om intervjuguider, datainnsamling, tolking og formidling av funn, og forståelse av endringer av tjenestetilbud. <b>Svakheter:</b> Forfatter nevner ikke selv svakheter ved studien. En kan likevel identifisere at studien er gjennomført på én enhet som en svakhet, da dette medfører at funnene har begrenset overførbarhet og ikke kan brukes til å



	generalisere. Studien er publisert i magasin med lav innflytelsesfaktor, noe som kan være en svakhet
Relevans	Denne artikkelen er relevant for min problemstilling da den omhandler brukermedvirkning i tjenester og tjenesteutvikling. Den har både brukerperspektiv og perspektiv fra hjelpere og ledelse.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle deltagere ga skriftlig samtykke før intervjuene og alle data ble anonymisert.

## Artikkel 5

Full referanse	Wenaas, M., Andersson, H. W., Kiik, R., & Juberg, A. (2021). User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. <i>Nordic Studies on Alcohol and Drugs</i> , 38(2), 190-203. Hentet 12.05.2021 fra: <a href="https://doi.org/10.1177/1455072520978353">https://doi.org/10.1177/1455072520978353</a>
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å undersøke brukeres erfaringer med tverrprofesjonelle teammøter og å identifisere potensielle barrierer for vellykket brukermedvirkning.
Metode	Semistrukturerte intervjuer og observasjoner av teammøter som involverer både brukere og fagpersoner. Brukerne ble intervjuet kort tid etter behandling og etter teammøtet. Det er derfor brukt en kvalitativ fremgangsmåte i denne studien, og den kan derfor bidra til å få en økt forståelse av et fenomen (Ellingsen & Drageset, 2008).
Utvalg/populasjon	Fem mannlige tjenestebrukere i alderen 27–36 år med ROP- lidelser.
Hovedfunn/resultater	Brukere beskrev de tverrprofesjonelle teammøtene som mindre nyttige, og oppfattet at mangel på en målrettet prosess og informasjon hindret deres samarbeid med fagpersoner. Brukerne oppfattet formålet med møtet på forskjellige måter, avhengig av tidligere erfaringer. Imidlertid forventet de alle at møtene ville bidra til akseptable løsninger for deres fremtidige livssituasjoner. Et av hovedmotivene brukerne hadde for å delta på møtene var behov for informasjon, da er det interessant at utilstrekkelig informasjon også var det som gjorde det vanskelig for dem å ha innflytelse på sine egne helsetjenester. Observasjoner avslørte at brukerne fikk en underordnet rolle i møtene, noe som i stor grad undergravde deres engasjement. Det ble identifisert tre hovedutfordringer for brukermedvirkning: uklart rolleansvar og uklare profesjonelle rollefunksjoner, uklar praksis angående regler og rutiner, og fravær av brukerkunnskap.
Kvalitetsvurdering	<b>Styrker:</b> undersøkelsen er en kombinasjon av intervjuer og deltakerobservasjoner, som tillot en forsker å være til stede i den sammenhengen som brukerne refererte til under intervjuene. Den fenomenografiske utformingen inkluderte en pragmatisk tilnærming som fanget kompleksiteten i brukernes meninger som produkter av relasjonell kunnskap. Informantene fikk muligheten til å reflektere over tanker og oppfatninger, og hvordan de opplevde sin tilstedeværelse i møte konteksten sammen med profesjonelle aktører. <b>Svakheter:</b> Studien hadde et lite utvalg og kan ikke brukes for å generalisere. En av forfatterne har selv erfaring fra feltet, noe som kan medføre en viss forforståelse som kan påvirke studien. Studien er publisert i magasin med lav innflytelsesfaktor, noe som kan være en svakhet



Relevans	Denne artikkelen er relevant for min problemstilling da den gir et innblikk i hva som kan hindre aktiv deltagelse og brukermedvirkning innenfor ett gitt tiltak og går mer i detalj på hvorfor hindrene oppleves som nettopp hinder.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle deltakerne ga sitt skriftlige samtykke før intervjuene og observasjonene, og alle data ble anonymisert.

## 3.2 Analyse og drøftning

For å analysere artiklene brukte jeg Aveyards tematiske analysemodell som vist i Thidemann (2019). Modellen bidro til å gjøre arbeidet oversiktlig. Videre vil jeg beskrive min forståelse av modellen ved å skildre hvordan jeg arbeidet med artiklene. Da jeg startet med analysearbeidet så jeg det som hensiktsmessig å jobbe med en og en artikkel, hver for seg. Parallelt med dette lagde jeg en tematabell. Denne brukte jeg ved gjennomgang av alle artiklene og førte inn nye tema etter hvert som de ble funnet. Temaene i tabellen var de jeg anså som relevante for min problemstilling. Ved vurdering og analyse av hvilke tema som skulle bli tatt med videre i resultatdelen, så jeg på hvilke tema som gikk igjen i flere artikler og hvilke tema som sto mest relevant til problemstillingen. Det ble også klart at noen av artiklene som tok for seg enkelte deler av tjenestetilbudet til mennesker med ROP-lidelser gikk mer i detalj på tema andre artikler nevnte. Alle temaene i tabellen er i varierende grad relevante for problemstillingen, og det hadde vært spennende å analysert alle videre i oppgaven. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke mulighet til dette. Derfor har jeg videre valgt å fokusere på de temaene som ble omtalt i flest artikler; relasjoner og forforståelse, manglende kunnskap og definisjon av brukermedvirkning og et vanskelig system med lite samarbeid mellom tjenestene. Videre følger tematabell.

### 3.2.1 Tematabell

Tema	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Tillært hjelpeløshet	●		●		
Dårlige/vanskelige relasjoner	●	●	●	●	●
Forforståelse	●		●	●	●
Brukermedvirkning vs. faglig forsvarlighet			●	●	
Forståelse av brukermidvirkning	●	●	●		●
Manglende informasjon/kunnskap		●	●		●
Opplevelse av reell medvirkning	●			●	●
Rolleforståelse	●				●
Kommunikasjon			●		●
Implementering av brukermidvirkning		●	●		
Ressursmessige og organisatoriske rammer			●		
Lite samarbeid mellom tjenestene	●	●			
Vanskelig system	●	●		●	●
Brukere som forsvinner	●				

## 4. Resultater

### 4.1 Relasjoner og forforståelse

Noe som går igjen i flere av artiklene er hvordan manglende gode relasjoner til hjelpere og negativ forforståelse kan være et hinder for brukermidvirkning. Både hjelpere og brukere omtalte på forskjellige måter sine egen og andres forforståelse i møte med mennesker med ROP-lidelser som et hinder for brukermidvirkning. (Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al., 2021; Askheim, 2020; Huby et al., 2018). Om det aktivt omtales som forforståelse eller svarene impliserer en forforståelse varierer. Eksempelvis var hjelpere positive til medvirkning, men negative til at brukere selv skulle ta avgjørelser(Larsen & Sagvaag, 2018; Askheim, 2020).

Brukerne på den andre siden formidler en opplevelse av å i møte med tjenesteapparatet bli redusert til sin diagnose (Larsen & Sagvaag, 2018). Noe som lett kan skape avmakt hos brukeren. En deltaker forteller om en hendelse hvor det han kaller “alvorlige antagelser” om han som person ble journalført, og siden slettet, og hvordan denne hendelsen svekket hans tillit til personalet, og hindret han i å snakke åpent med de i ettertid (Larsen & Sagvaag, 2018). Brukerne kommer også med eksempler på at deres framtidsplaner ikke blir vurdert som realistiske. Dermed la hjelper føringer for hvilke mål brukeren burde se på som oppnåelig, noe som igjen forhindret samarbeid (Wenaas et al., 2021). En kilde til frustrasjon for hjelperne i artikkel 1 var brukere som valgte seg ut av tjenester og ble borte..

Samtlige artikler dro fram viktigheten av gode relasjoner som nøkkelen til vellykket brukermedvirkning. Likeledes virket dårlige relasjoner hemmende (Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al. 2021; Askheim, 2020; Antonsen, 2008; Huby et al., 2018). Individuell tilpasning av hjelpen ble sett på som en forutsetning for god hjelp, da det innebærer at hjelperne må lytte aktivt til brukeren (Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al., 2021; Askheim, 2020; Antonsen, 2008; Huby et al., 2018). Flere brukere tolket hjelpers manglende innsikt i sin sak som manglende kompetanse (Wenaas et al., 2021). For hjelperne var personlige relasjoner en forutsetning for at de formelle regler for samhandling skal fungere (Huby et al., 2018).

## 4.2 Manglende kunnskap og definisjon av brukermedvirkning

Det ble tydelig at hjelperne hadde forskjellige definisjoner av brukermedvirkning, som til tider motsa hverandre. For hjelperne i direkte kontakt med brukere var brukermedvirkning på mange måter sidestilt med selvbestemmelse, mens hjelperne på andre nivåer i tjenesteapparatet så på brukermedvirkning som deltagelse i samhandling eller rett til å bestemme hvem som skal delta i samhandling, valg av tjenester og retten til å avstå fra hjelp (Huby et al., 2018; Askheim, 2020). Brukermedvirkning viste seg å ikke være et begrep hjelperne i direkte kontakt med brukere anvender, men alle mente de hadde innholdet med seg i praksis og var opptatt av brukernes perspektiver og innflytelse. I praksis knytter de brukermedvirkningen først og fremst til daglige, konkrete situasjoner som for eksempel mat og måltider, hygiene o.l (Askheim, 2020).

Alle brukerne uttrykker et ønske om å være involvert i egne saker og behandlingstilbud, men mange opplevde det som uklart hvordan de kunne medvirke (Antonsen, 2008; Wenaas et al., 2021). Flere brukere snakket om nettopp manglende kunnskap om brukermedvirkning og rettigheter som et stort hinder (Antonsen, 2008; Wenaas et al., 2021). I artikkel 2 har deltakerne gjennomgått et kurs i pasientrettigheter, brukermedvirkning før fokusgruppeintervjuet. Her blir det tydelig at den nylig ervervede kunnskapen om egne rettigheter og muligheter setter erfaringene deres i nytt perspektiv. Flere brukere presiserer at brukermedvirkning krever at de innehar en viss kunnskap, og at informasjonens tilgjengelighet varierer. Noen oppgir å ha fått god informasjon, mens andre selv har måtte oppsøke denne informasjonen. Med bakgrunn i dette uttrykker de bekymring knyttet til om brukermedvirkning kun gjelder for “de sterkeste brukerne” og de med ressurssterke pårørende som stiller opp (Antonsen, 2008). Brukerne i artikkel to var opptatt av at få benyttet seg av klageretten. Med bakgrunn i deres opplevelse av at det ofte er krevende skrive en klage, spesielt i dårlige perioder, mente de det var forståelig at få brukere benytter seg av retten. Disse brukerne hadde selv ingen erfaring med at hjelpere hjalp til i en klageprosess (Antonsen, 2008).

Både brukere og hjelpere var opptatt av at kommunikasjon også ville kunne være et hinder. Hjelperne fokuserte på utfordringer knyttet til formidling av rettigheter og muligheter innenfor lovverket. Brukerne fokuserte på at hjelperne ofte bruker et vanskelig språk brukerne ikke har et forhold til, uten å utdype betydningen av ordene og begrepene de brukte (Wenaas et al., 2021). Dette førte til at brukerne opplevde at de måtte ha en forståelse av denne terminologien for å få den informasjonen de søkte, eller kunne fremme sin sak i møte med fagpersoner som argumenterte med lovbestemmelser, forskrifter og veiledere de ikke hadde inngående kunnskap om. Dette førte etter brukernes mening til at de ikke forstår begrunnelsen for avgjørelser eller råd i deres egen sak (Wenaas et al., 2021). I følge funnene holdt brukerne også tilbake informasjon i møte med tjenesteapparatet. En grunn til dette kunne være at de ofte kunne føle seg overveldet, men en annen var at de ikke visste hvilken informasjon som skulle gis (Wenaas et al., 2021).

### 4.3 Et vanskelig system med lite samarbeid mellom tjenestene

Både brukere og hjelpere opplevde mangel på brukermedvirkning, men hadde ulike forklaringer på hvorfor og hvordan dette artet seg. Det ble synlig at de var enig i synet på «systemet» som et opphav til mange av hindrene for brukermedvirkning, men at de opplevde det noe ulikt, alt etter deres posisjon i tjenesteapparatet (Huby et al., 2018; Antonsen, 2008; Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al., 2021) Deltagerne i fokusgruppeintervjuene i artikkel 2 var skeptiske til om de politiske målsettingene ville bli implementert i deres levetid. For eksempel fritt sykehusvalg så de på som en utopi, ettersom de opplevde at de måtte gjøre seg dårligere enn det de var for å få plass og at de ble avvist av legevakt eller henvist til en fastlege de mente manglet kompetanse på psykiske lidelser.

Det kom fram at det er i den daglige samhandlingen mellom brukere og personell at brukermedvirkningen i praksis implementeres. Det er her brukere til daglig møter tjenesteapparate og kan medvirke i sin sak (Huby et al., 2018; Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al., 2021; Askheim, 2020). Flere av studiene løfter problemstillingen om at de ulike tjenestene ikke ser helheten, og at brukerne forsvant som personer i systemet. Både hjelperne og brukeren så på det som et problem at tjenestene utelukkende fokuserte på problemer som hver enkelt instans skulle løse ut fra sin ekspertise, før brukerne ble sendt videre til en annen tjeneste (Huby et al., 2018). Kun en av seks brukere i studien i artikkel 2 oppga å ha individuell plan(IP) som ble evaluert to ganger i året, mens en annen oppga å ikke ha en IP da hun måtte ta ansvar for å lage den selv. Det er usikkert om brukerrepresentantene i de andre studiene har IP eller ikke (Antonsen, 2008). Hjelperne i artikkel 1, ga uttrykk for at IP ofte kunne lages uten å bli brukt i etterkant (Huby et al., 2018). Hjelperne eksemplifiserte med at samarbeidet i kommunene ble utsatt for press fra sentralt hold, gjennom spesialisthelsetjenester som må kutte sengeplasser og legge flere tjenester inn i poliklinisk arbeid (Huby et al., 2018).

De fleste hjelpere, brukere og ledere så ut til å være enige i at ansvaret for brukermedvirkning ligger hos hjelpere og lederne i tjenestene og ikke på brukeren. Likevel mente personalet at ettersom behandlingsbeslutninger blir tatt på et høyere hierarkisk nivå, fikk de ikke lov/mulighet til å ta avgjørelser i samarbeid med brukerne

(Wenaas et al., 2021). Brukerne i artikkel 2 fortalte at det var få som tar aktiv del i brukermedvirkning på systemnivå (Antonsen, 2008).

Brukerne ga uttrykk for at de opplevde at systemet la opp til at brukerne måtte finne løsninger og informasjon på egenhånd, og derfor også ansvaret for å ta informerte valg på brukerne, uten å ta hensyn til deres evne til å gjøre dette (Wenaas et al., 2021; Antonsen, 2008; Huby et al., 2018). For personer med lang historie med rusmiddelbruk kan det være vanskelig å få oversikt over hvilke tjenester som er tilgjengelige og hvordan man kontakter dem (Wenaas et al., 2021; Antonsen, 2008). Brukerne i studien var langt på vei enig i problemer knyttet til bruker som forsvinner, men til forskjell fra hjelperne som mente dette var et resultat av brukernes livsstil, forklarte brukerne det som et resultat av å selv måtte jobbe for å få et komplekst tjenesteapparat til å fungere for dem (Huby et al., 2018).

## 5. Drøftning

### 5.1 Den farligste fordømmen er å tro at vi ikke har noen

Rusmiddelavhengige fremstilles ofte kun som rusmiddelavhengige, og selv om rusreformen ønsker å endre dette innebærer det fremdeles et stempel som kriminelle (Lossius, 2011; NOU 2019: 26). Når personalet møter brukere med en tanke om at de har vansker med å skille “gode” og “dårlige” valg, samt “ønsket” og “uønsket” atferd og forklarer bortfall med brukerens livsstil (Larsen & Sagvaag, 2018; Askheim, 2020) er det naturlig å spørre “gode” og “dårlige” valg for hvem? “Ønsket” og “uønsket” atferd for hvem? Er ikke tjenesteapparatet der for å hjelpe på bakgrunn av deres livsstil?

Evjen mfl. (2018) presiserer viktigheten av å møte brukere med likeverd, selv om mennesker med ROP-lidelser ofte kan oppleves om uflidde, med redusert selvinnsikt og aggressive i sitt språk. De trekker frem betydningen av at mennesker med ROP-lidelser har erfaring med å bli avvist, stigmatisert og utestengt. Videre sier Evjen mfl. at disse brukerne merker om de blir møtt av personer med fordommer. At brukere sitter med en følelse av å bli redusert til sin diagnose og at deres framtidsdrømmer ikke er realistiske (Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas, et al., 2021)

virker å underbygge at det fremdeles er større fokus på sykdom og symptomer enn på mestring og ressurser (Almvik & Borge, 2006). Jeg vil tørre å påstå at man kan anta at en avkriminalisering (NOU 2019: 26) kan bedre tilliten til hjelpeapparatet og dermed lette relasjonene og skape bedre brukervedvirkning, da brukers primære utfordring i dag sees på av samfunnet som en kriminell handling.

Funnene viser at nøkkelen til brukervedvirkning ligger i relasjoner (Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al. 2021; Askheim, 2020; Antonsen, 2008; Huby et al., 2018). Ettersom gode relasjoner bygger på å ta seg tid, lytte og se hele mennesket bygger de naturlig opp om brukervedvirkning.

Vi vet at trygge relasjoner bidrar til mer ærlighet og direkte tilbakemeldinger og flytter fokus til brukerens vekst og utvikling (Røkenes & Hanssen, 2012; Sommer et al., 2013; Borg & Topor, 2004). Det kan forklare at hjelpere så på en god relasjon som en forutsetning for at de formelle regler for samhandling skulle fungere (Huby et al., 2018). At hjelpere og brukere på mange måter mente at individuelle vurderinger av brukere sikret brukervedvirkning ved at hjelpere da er nødt til å lytte til brukeren (Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al., 2021; Askheim, 2020; Antonsen, 2008; Huby et al., 2018) og i så måte legger til rette for økt brukervedvirkning kan forstås ut i fra hvordan individuell vurdering er bygd opp rundt individets forutsetninger heller en standardiserte pakkeforløp som er like for alle (Mueser et al., 2006). Vi kan snu på funnene og si at individuelle vurderinger åpner for at hjelpere kan bygge gode relasjoner ved at vurderingen i seg selv krever at hjelperen tar seg tid til å være til stede, se hele mennesket og lytte (Borg & Topor, 2004), og at det derfor kan være de gode relasjonene og ikke utelukkende den individuelle vurderingen som åpner for den økte brukervedvirkningen. Samtidig kan vi si at det at brukere tolket manglende innsikt i deres sak som kunnskapsløshet (Wenaas et al., 2021) er et tegn på det motsette av gode relasjoner. Ved en god relasjon ville hjelper hatt innsikt i brukerens sak, og man kan anta at dette bidrar til frustrasjon og manglende tillit som igjen kan stå i veien for gode relasjoner.

## 5.2 Kunnskap er makt

At begrepet brukervedvirkning kan være uklart og at ulike nivåer og områder i tjenestetilbudet opererer med forskjellige definisjoner (Askheim, 2020; Huby et al.,

2018) kan forstås med bakgrunn i at forskjellige områder i tjenestetilbudet også har forskjellige ansvarsområder, samt lovverkets inndeling i nivå for medvirkning (NOU 2001: 22; Helsedirektoratet, 2017; NOU 2014:12; pbrl, 1999; FOR 2016-10-28-1250). Når man kombinerer hjelperes forskjellige definisjoner av begrepet med at mange brukere opplever å ikke ha nok informasjon om sine rettigheter og muligheter for medvirkning (Antonsen, 2008; Wenaas et al., 2021; Askheim, 2020; Rogan, 2004) kan dette bli problematisk.

Brukere har ingen plikt til å benytte seg av sin rett til brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2017; pbrl,1999). Funnene viste at alle brukerne uttrykket et ønske om å være involvert, men mange visste ikke hvordan eller hvilke rettigheter de har (Antonsen, 2008; Wenaas et al., 2021). Dette må sees i sammenheng med pbrl. § 3-2 og §3-1, første ledd, samt hpl. §10. Med andre ord kan vi si at det er hjelpernes oppgave å sikre at brukerne sitter på den nødvendige informasjonen om sine rettigheter og hvordan de kan medvirke, samtidig som de mottar informasjonen på en egnet måte slik at den forstås (pbrl, 1999; hol, 2011). Dersom funnene stemmer og det finnes store variasjoner i hvordan og hvor mye informasjon brukerne mottar ligger det juridiske ansvaret på tjenesteapparatet og hjelperne, ikke på pårørende eller brukere selv. Det er også grunn til å problematisere hvor reell brukermedvirkningen blir når ledere og hjelpere er positive til medvirkning, men negative til at brukere tar beslutninger (Larsen & Sagvaag, 2018; Askheim, 2020).

Også problemstillingene tilknyttet kommunikasjon bør sees i sammenheng med pbrl. § 3-2, §3-1, første ledd og hpl. §10, så vel som hpl. §4, som stiller krav til hvordan helsepersonell kommuniserer og opptrer i møte med bruker, samtidig som den innebærer brukermedvirkning (Befring, 2019).

### 5.3 Organisasjon og ledelse

Vi må se det at brukerne opplevde at systemet la opp til at de måtte finne løsninger og informasjon på egenhånd, og derfor la ansvaret for å ta informerte valg på brukerne, uten å ta hensyn til deres funksjonsnivå (Wenaas et al., 2021; Antonsen, 2008; Huby et al., 2018) i sammenheng med at vi vet at mennesker med ROP-lidelser kan ha redusert evne til å ta valg (Evjen et al., 2018). Vi kan også se det i sammenheng med at vi vet at dersom bruker og helper har felles opplevelse og



forståelse av målsetting og metodene som anvendes har dette en positiv virkning på behandlingens utfall og bidrar til at brukeren aksepterer, har tillit til og tro på at behandlingen vil kunne lykkes (Bordin, 1970; Wampold, 2015). Vi må derfor konkludere med at brukernes skildringer speiler et system som ikke tar høyde for brukernes utfordringer eller anvender eksisterende kunnskap for å skape et system som kan hjelpe. På den andre siden mente hjelperne at ansvaret for brukervedvirkning lå hos dem og lederne i tjenestene og ikke hos brukeren, men at beslutningen blir tatt på et høyere hierarkisk nivå og at de ikke fikk lov til å ta avgjørelser i samarbeid med brukerne (Wenaas et al., 2021). Vi vet at dersom vi skal lykkes i realiseringen av de politiske målsettingene om brukervedvirkning må tjenesteapparatet fokusere på dette på alle nivå (Meyers & Vorsanger, 2007), og vi kan derfor si at hjelpere fraskriver seg sitt eget ansvar gjennom slike uttalelser. Likevel viser funnene at hjelpere fokuserer på brukervedvirkning uavhengig av hvilket nivå i tjenesteapparatet de befinner seg i, og at det er nettopp på bakkeplan brukervedvirkning implementeres i praksis, men at helheten kan forsvinne i samhandling mellom de forskjellige tjenestene personer med ROP-lidelser mottar (Huby et al., 2018; Antonsen, 2008; Larsen & Sagvaag, 2018; Wenaas et al., 2021; Askheim, 2020). Dette må sees i lys av brukernes rett til IP og koordinator (FOR-2011-12-16-1256), og om brukerne har tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter på dette feltet. Kun en av brukerne i studien oppgir å ha en IP, og sier han er fornøyd med denne, mens en annen deltaker virker å være av den oppfatning at hun selv må lage planen dersom hun ønsker en IP selv (Antonsen, 2008), selv om dette ansvaret ligger på koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2020). Det er grunn til å tro at deltakerne i studien gjennomført av Wenaas mfl. har individuell plan, og det er da desto mer betenkelig at disse brukerne følte at de ikke ble hørt eller sett på sine brukermøter (Wenaas, 2021).

Vi vet også at flere rusmiddelavhengige kan ha dårlig selvinnsikt (Evjen et al., 2018) og derfor fraskriver seg ansvar og skyld på sine omgivelser for alt som ikke gikk etter planen. Dette er et perspektiv det er viktig å ha med seg når brukere har gitt systemet mye av ansvaret for at brukervedvirkningen ikke fungerer. De forsvinner på grunn av systemet (Huby et al., 2018) og de vil medvirke, men innspill stopper i systemet (Larsen & Sagvaag, 2018) er begge eksempler det kan ligge mye sannhet

i, men det er naturlig å tro at realiteten er en plass mellom hjelpere og brukeres perspektiver.

## 5.4 Metodiske overveielser

I litteratormatrisen ble styrker og svakheter med artiklene lagt fram. Videre vil jeg drøfte styrker og svakheter ved min oppgave. Artiklene jeg har valgt har god geografisk spredning, og kan i så måte, ved like funn, gi et oversiktsbilde av situasjonen i store deler av tjenestetilbudet. På den andre siden bygger alle på kvalitative studier og kan derfor ikke brukes til å generalisere, men må ses på som et forsøk på å forstå fenomener (Ellingsen & Drageset, 2008). Dersom vi skulle kunnet generalisere hadde det vært behov for å inkludere både kvalitativ og kvantitative metode, for å sikre bedre reliabilitet dersom resultatene samsvarer. To av fem artikler er skrevet på engelsk, som ikke er undertegnedes morsmål. Det har blitt lagt stort fokus på å oversette og forstå artiklene så godt som mulig, men det er mulighet for at misforståelser og oversettingsfeil kan ha funnet sted.

Dersom jeg hadde brukt andre søkeord og/eller inkluderings- og ekskluderingskriterier ville treffene kunne vært annerledes. Ettersom jeg har inkludert både hjelpere og brukeres perspektiver i oppgaven kan man anta at oppgaven gis økt pålitelighet enn dersom kun ett perspektiv ble anvendt for å belyse problemstillingen. Jeg har vektlagt bruk av primærkilder for å ytterligere bidra til bedre reliabilitet. Flere spennende relevante tema har grunnet oppgavens omfang ikke blitt drøftet, deriblant pårørendes perspektiver, og noe som kan gi en mindre pålitelig konklusjon. Min egen forforståelse kan også ha påvirket utvalget av artikler så vel som lagt føringer knyttet til utvelgelse av fokustema.

## 6. Konklusjon

Sitatet fra Ninni Stoltenberg (2006), og min oppfatning av at rusreformen (2019) er et paradigmeskifte i norsk politikk, har vært rammen for oppgaven. Jeg har ønsket å identifiserer hva som begrenser brukermedvirkning for personer med ROP-lidelser i dag, samt danne et bilde av noen av utfordringen vi må jobbe med for å skape et tjenesteapparat som er i stand til å hjelpe slik rusreformen legger opp til. Med

bakgrunn i et utvalg av brukere og hjelperes deltagelse i fem studier har oppgaven identifisert og drøftet tre hinder og mulige satsningsområder for å forbedre forholdene for brukervedvirkning; relasjoner, kunnskap og samhandling mellom tjenestene. Jeg mener dette kan oppsummeres til å handle om kompetanse. Hjelperes relasjonskompetanse og formidlingskompetanse, samt tjenestene brukerkompetanse.

Jeg må starte med å konstatere at Stoltenbergs påstand om at rusmiddelavhengige ikke lyttes til avkreftes i oppgavens funn. Jeg opplever at lovverket tar høyde for problemene og skal kunne løse utfordringene tilknyttet kunnskap og samhandling gjennom informasjonskrav og brukerrettigheter. Eksempelvis IP og koordinator, som etter min mening skal motvirke store deler av begrensningene brukerne i oppgavens artikler trekker fram; men da kan ikke planene bli liggende i skuffer og ikke brukes. Fordommer i møte med mennesker med ROP-lidelser vil kunne minske når fokuset nå ser ut til å flyttes vekk fra straff og over til hjelp, og således bedre utgangspunktet for gode relasjoner mellom hjelper og bruker. At brukers primære utfordring av samfunnet sees på som en kriminell handling vil i dag kunne være ødeleggende for tilliten bruker har til hjelper, samt forme hjelpers verdier i møte med bruker.

Avslutningsvis vil jeg oppfordre til videre forskning på tema, da arbeidet med denne oppgavene gjorde det tydelig at det er lite forskning på området.

## Litteraturliste:

Almvik, A. & Borge, L. (red.) (2006). Psykisk helsearbeid i nye sko. Bergen: Fagbokforlaget.

Antonsen, E.B. (2008) Et stykke på vei, men likevel langt igjen? Tidsskrift for psykisk helsearbeid 5(4), 345-354. Hentet 12.05.2021 fra:  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-04-06>

Arbeiderpartiet (2021), Rus. Arbeiderpartiet.no Hentet 28.05.2021 fra:  
<https://www.arbeiderpartiet.no/politikken/rus/>

Askheim, O.P., (2009). Brukermedvirkning- kun for veldig trengende. Om brukermedvirkning på rusfeltet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 6(1), 52-59 Hentet 05.05.2021 fra: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2009-01-07>

Askheim, O.P. (2020). Brukermedvirkning fra politikk til praksis. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3), 170-186. Hentet 05.05.2021 fra:  
<https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02>

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

Befring, A. K. (2019) Helse- og omsorgsrett (Utg.1) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Berven, N., Ludvigsen, K., Christensen, D. A., & Nilssen, E. (2013). Evalueringsrapport IP-ordningen: Individuell plan som virkemiddel for ledelse og samordning av tjenester i kommunene. Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier. Hentet 22.05.2021 fra:  
[https://evalueringsportalen.no/evaluering/individuell-plan-som-virkemiddel-for-ledelse-og-samordning-av-tjenester-i-kommunene/RapporT2\\_2013.pdf/@@inline](https://evalueringsportalen.no/evaluering/individuell-plan-som-virkemiddel-for-ledelse-og-samordning-av-tjenester-i-kommunene/RapporT2_2013.pdf/@@inline)

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252 – 260. Hentet 23.05.2021 fra: <https://psycnet.apa.org/record/1980-23666-001>

Borg, M. & Topor, A. (2004). Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget

Breimo, J. P., Normann, T., Thommesen, H., & Sandvin, J. T. (2015). Individuell Plan, Samspill og Unoter. Oslo: Gyldendal Faglitteratur.

Denhov, A. & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: users perspective. International Journal of Social Psychiatry, 58(4), 417-424 Hentet 20.05.2021 fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21602221/>

Evans, T (2016). Street-level bureaucracy, management and the corrupted world of service. European Journal of Social Work, 19(5), 602–615. Hentet 12.05.2021 fra: <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1084274>

Evjen, R., Kielland, K. B. & Øiern, T. (2018). Dobbelt opp. Om ruslidelser og psykiske lidelser (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

FOR 2016-10-28-1250. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse-og omsorgstjenester. Hentet 23.05.2021 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

FOR-2011-12-16-1256. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet 23.05.2021 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

Hanssen, H. (red.). (2010). Faglig Skjønn og brukermedvirkning. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (17.10.2017). Brukermedvirkning. Hentet 28.04.2021 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning#%E2%80%8B%E2%80%8Bdefinisjonavbrukerbegrepet>

Helsedirektoratet. (12.07.2018b). Medvirkning, informasjon og kommunikasjon. Hentet 23.05.2021 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon>

Helsedirektoratet. (28.02.2018a). Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet 23.05.21 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet (02.12.2020). Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Hentet 20.05.2021 fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Oppdragsdokumenter. Hentet 23.05.2021 fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet 20.05.2021 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven (1999) Lov om helsepersonell m.v. Hentet 20.05.2021 fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#%C2%A711](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A711)

Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. & Klubben, M (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? Tidsskrift for velferdsforskning, 21(4), 296–312  
Hentet 05.05.2021 fra: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02>

Hupe, P., Hill M. & Buffat A. (red.) (2016) Understanding Street-level Bureaucracy. Bristol: Policy Press.

Hummelvoll, J.K. (2012) Helt -ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Larsen, T. & Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. Health Expectations : an International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy, 21(6), 1231–1240, 21(6), 1231-1240. Hentet 09.05.2021 fra: <https://doi.org/10.1111/hex.12828>

Lipsky, M. (1980/2010). Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services. New York: Russel Sage Foundation.

Meyers, K.M. & Vorsanger, S. (2007). Street-level Bureaucrats and the Implementation of Public Policy. I B.G. Peters & J. Pierre (red.): The Handbook of Public Administration, (53-163). London: Sage Publications.

Mueser, K.T, Noordsy, D.L, Drake. R.E. & Fox, L. (2006). Integrrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget.

NOU 2001: 22 (2001). Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. april 1999.Sosial- og helsedepartementet. Hentet 23.05.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-22/id143931/>

NOU 2014:12 (2014). Åpent og rettferdig- prioriteringer i helsetjenesten, Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 21. juni 2013. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 23.05.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-12/id2076730/>

NOU 2019: 26 (2019). Rusreform – fra straff til hjelp. Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet 07.05.2021 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/dfae684e627f4df29c800352bfc4d768/nou-2019-26-rusreform---fra-straff-til-hjelp.pdf>

Norsk senter for forskningsdata. (2021). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 21.05.2021 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 30.03.2021 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

- Skau, G.M (2017) Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker. (utg.5) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M., & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper - Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 1, 36-45. Henter 25.05.2021 fra: <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2013-01-05>
- Stoltenberg, N. (2006). Rapport fra en eksperts liv. Samtiden, (utg.2), 17–26. Oslo: Aschehoug
- Strand, L. (1990). Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter. Oslo: Gyldendal akademisk
- Str.prp. nr. 15 S (2015–2016) (2016). Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2015, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg). Hentet 22.05.2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/?ch=1>
- Thidemann, I.-J. (2019). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Vabø, M. (2014). Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk. I M. Vabø & S.I. Vabo (red.), Velferdens organisering, (29-46). Oslo: Universitetsforlaget.
- Wampold, B.E (2015) How important are the common factors in psychotherapy. World Psychiatry, 14(3), 270–277, Hentet 23.05.2021 fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592639/>
- Wenaas, M., Andersson, H. W., Kiik, R., & Juberg, A. (2021). User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 38(2), 190-203. Hentet 12.05.2021 fra: <https://doi.org/10.1177/1455072520978353>



