

10119

# Sykepleie til voksne ROP-pasienter – relasjonskompetanse, personsentrert omsorg og brukermedvirkning

Antall ord: 7672

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Marianne Louise Frilund  
Mai 2023



10119

# **Sykepleie til voksne ROP-pasienter – relasjonskompetanse, personsentrert omsorg og brukermedvirkning**

Antall ord: 7672

Bacheloroppgave i sykepleie  
Veileder: Marianne Louise Frilund  
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn:** Rusproblemer og psykiske lidelser rammer mange i Norge. Kombinasjoner av disse (ROP-lidelser) kan være ekstremt belastende for den rammede, og presenterer hjelpeapparatet med kompliserte utfordringer som er vanskelige å behandle hver for seg uten å ta tak i helheten.

**Hensikt:** Hovedformålet med studien er å skape en oversikt over sykepleiernes funksjoner ift. ROP-pasienter innen aktuelle arbeidsfelt. Betydningen av pleier-pasient-relasjon for større praktisering av brukermedvirkning ble vektlagt.

Studien ble utført også for å lære mer om ROP-lidelser og belyse eventuelle utfordringer knyttet til brukermedvirkning ifbm. behandling og oppfølging av pasientgruppen.

**Metode:** Dette er en systematisk litteraturstudie. Studiens datagrunnlag består av syv forskningsartikler (skrevet og publisert i Norge, 2015-2022). Artiklene ble analysert vha. metoden til Evans (2002).

**Resultat:** Det ble identifisert tre hovedtemaer som utgjorde fundamentet for videre formulering av svaret til studiens problemstilling.

**Konklusjon:** Sykepleiernes yrkesutøvelse ift. pasientgruppen varierer ut ifra arbeidsfelt. Sykepleieroppgaver som tilrettelegger for brukermedvirkning på tvers av aktuelle tjenester er:

- Tidlig og helhetlig kartlegging.
- Etablering av ekte pleier-pasient-relasjoner.
- Opprettelse av IP i samarbeid med pasient/bruker og videre oppfølging iht. den.
- Psykiske og somatiske observasjoner, dokumentasjon og tverrfaglig samordning.
- Tilpasning av miljøterapeutiske tiltak og omgivelser.

**Nøkkelord:** ROP; sykepleie; rus; psykiatri; sammensatte utfordringer; integrerte forløp; brukermedvirkning; relasjonskompetanse; miljøterapi.

# Abstract

**Background:** Substance abuse and mental illness affect many people in Norway. Combinations of these (ROP-disorders) can be extremely taxing on the affected individual, and present the care system with complex challenges that are difficult to treat individually without addressing the whole.

**Aim:** The main purpose of the study is to create an overview of the nurses' functions in relation to ROP-patients within the relevant work fields. The importance of the carer-patient relationship for the greater practice of user participation was emphasized.

The study was also carried out for the additional purposes of learning more about ROP-disorders and to identify potential challenges linked to user participation in treatment and follow-up of ROP-patients.

**Method:** This is a systematic literature review. The scientific basis of the study consists of seven research articles (written and published in Norway, 2015-2022). The articles were analyzed using Evans' (2002) method of data synthesis.

**Results:** Three main themes were identified which formed the basis for further formulation of the answer to the study's research question.

**Conclusion:** Nurses' professional practice in relation to the patient group varies depending on the field of work. Nurses' duties that facilitate user participation across all relevant care services are:

- Early and comprehensive evaluation of the patient.
- Establishment of genuine carer-patient relationships.
- Creation of an individual plan in collaboration with the patient and later follow-up in accordance with it.
- Mental and somatic observations, documentation and interdisciplinary coordination.
- Implementation of milieu-therapeutic measures and adjustment of milieu-therapeutic environment.

**Keywords:** ROP; nursing; substance use; psychiatry; complex challenges; integrated treatment courses; user participation; relational skills; milieu therapy.

# Forord

Jeg ønsker å rette en stor takk til Marianne Louise Frilund for hennes uvurderlige veiledning.

Jeg vil også takke NTNU for 3 meget lærerike år.

---

# Innhold

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>9</b>
1.1	Introduksjon	9
1.2	Problemstilling og hensikt	10
1.3	Sentrale begreper og fenomener	10
<b>2</b>	<b>Metode</b>	<b>16</b>
2.1	Metodebeskrivelse og kvalitetskontroll	16
2.1.1	Kvalitetsvurdering av publiseringskanaler	17
2.1.2	Etisk vurdering av artiklene	17
2.2	Søkestrategi og utvalg	19
2.2.1	Inklusjonskriterier	19
2.2.2	Databaser	19
2.2.3	Søkeord og beskrivelse av litteratursøket	20
	<b>Tabell 1</b> – beskrivelse av litteratursøket	<b>20</b>
2.3	Analyse av datamaterialet	21
	<b>Tabell 2</b> – oversikt over hoved- og undertemaer	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>Resultat</b>	<b>23</b>
3.1	Presentasjon av datautvalget	23
	<b>Tabell 3</b> – artikkelmatriser (7 stk.)	<b>23</b>
3.2	Presentasjon av temaområder	33
3.2.1	Brukermedvirkning og ROP	33
3.2.2	Viktighet av gode pleier-pasient-relasjoner	34
3.2.3	Sykepleiernes arbeidsoppgaver	35
<b>4</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>37</b>
4.1	Resultatdiskusjon	37
4.2	Metodediskusjon og Konklusjon	38
	Referanser	40



# 1 Innledning

I dette kapittelet vil tema og problemstilling for denne studien bli formulert. Relevante begreper og konsepter/fenomener vil også bli forklart.

## 1.1 Introduksjon

Psykiske lidelser og utfordringer knyttet til rus er to grupper helseplager som er bredt representert i den generelle befolkningen i Norge – ca. 50 % kommer til å utvikle en psykisk lidelse ilt. livet; når det gjelder rusproblemer er statistikken mer usikker, men det antas at hver 5. person i Norge vil oppleve et problematisk forhold til rus ilt. livet (Lien & Stensrud, 2021, s. 178). Mørketallene kan være store da både rus og psykiatri fortsatt er tabubelagte emner i vårt samfunn og kan for mange være krevende å snakke om eller søke hjelp og behandling for. Psykiske lidelser angår en større andel av landets befolkning og har fått større oppmerksomhet fra media og myndighetene de siste årene – således er det mindre stigmatiserende å være åpen om psykisk uhelse enn om egne rusproblemer. Bruk av ulovlige rusmidler oppfattes ekstra negativt av samfunnet – denne holdningen, samt rusmidlenes juridiske status, hever terskelen for å oppsøke hjelp ytterligere (Helsedirektoratet, 2014, pkt. 2.2.4).

Det finnes en sammenheng mellom psykiske plager og rusproblemer. For få pasienter innen psykisk helsevern utredes for samtidig ruslidelse. Det finnes dermed ikke et pålitelig statistisk datagrunnlag fra feltet. Norske rusbehandlingsinstitusjoner, derimot, angir at omtrent 70 % av deres pasienter oppfylte kriterier for behandlingstrengende psykiske sykdommer (Lien & Stensrud, 2021, s. 177-178).

Forskningen viser at psykiske lidelser opptrer hyppigere dess mer omfattende rusproblemet er (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 3.1). Alvorlig psykisk sykdom fører igjen til en markant økning i sårbarhet for å utvikle et rusproblem ilt. livet – 40-60 % sammenlignet med ca. 20 % i den generelle befolkningen (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 3.2). Kombinasjoner av samtidig rus- og psykisk lidelse har en offisiell samlebetegnelse – *ROP-lidelser*.

**«Sykepleie til voksne ROP-pasienter – relasjonskompetanse, personsentrert omsorg og brukermedvirkning»** er tema for denne studien. Jeg valgte tematikken fordi rus og psykiatri har et komplekst samspill som gjør sykdomsbildet og valg av sykepleiefaglige tilnærminger krevende ift. profesjonell og personlig kompetanse. I tillegg berører denne problemstillingen svært mange mennesker i det norske samfunnet (både direkte og indirekte) og kan ramme hvem som helst. Jeg ønsker å lære mer om hvordan ROP-lidelser behandles i Norge og hva sykepleiere med sin allsidige kompetanse og disposisjon for relasjonsrettet yrkesutøvelse kan bidra med på rus- og psykiatrifeltet.

## 1.2 Problemstilling og hensikt

Problemstillingen jeg ønsker å fokusere på er:

### ***Hvordan kan sykepleiere legge til rette for brukermedvirkning ved behandling av voksne ROP-pasienter?***

Personer med ROP-lidelser er en pasientgruppe som ofte behøver tett tverrfaglig oppfølging fra flere plan – *psykisk helsevern* (PHV), *tverrfaglig spesialisert (rus)behandling* (TSB) og *kommunehelsetjenesten* (KHT – psykiatrisk og somatisk oppfølging). NAV har ansvaret for økonomisk støtte (samt evt. økonomisk rådgiving eller hjelp med sysselsetting), mens boligkontor skal sørge for fast tilgang til bolig. Orden i personlig økonomi og sikker bosituasjon er grunnleggende betingelser for stabilisering av ROP-pasienters livssituasjon – sannsynligheten for fortsatt deltakelse i behandlingsforløpet øker hvis disse faktorene er godt ivaretatt (Lien & Stensrud, 2021, s. 182). Det kan også oppstå behov for døgnopphold eller poliklinisk innleggelse, det er derfor viktig at disse tilbudene er lett tilgjengelige. I tillegg finnes det *oppsøkende behandlingsteam* (OBS-team) som er etablert for å ivareta et uavbrutt kontinuerlig forløp for ROP-pasienter med en alvorlig grad av funksjonssvikt som gjør det krevende å forholde seg til behandlingsopplegget på egen hånd. Oppsøkende behandlingsteam er samarbeidsprosjekter mellom KHT og spesialisthelsetjenesten og består av flere profesjoner (Lien & Stensrud, 2021, s. 182-183).

Sykepleiere deltar på flere av de ovennevnte arenaer – det er derfor mitt mål å identifisere det som er felles for sykepleierrollen i behandlingsforløp for ROP-pasienter med hovedfokus på de sykepleiefaglige metoder som benytter mellommenneskelig relasjon og målrettet kommunikasjon som lindrende og motiverende tiltak, samt legger til rette for mestring og *helsefremming* – dvs. identifisering og veiledet mobilisering av pasientens egne ressurser, samt tilpasset opplæring som er ment til å sette pasienten i stand til å leve et mer optimalt liv (ut ifra det som han/hun selv anser som optimalt) (Mittelmark et al., 2018, s. 17).

## 1.3 Sentrale begreper og fenomener

**Voksne ROP-pasienter** – i kontekst av denne studien – personer over 18 år som befinner seg i et behandlingsforløp ifbm. en ROP-lidelse.

**ROP-lidelse** – kombinasjon av ruslidelse og alvorlig psykisk sykdom, eller ruslidelse og en psykisk sykdom som ikke er alvorlig, men som i kombinasjon med rusproblemet medfører betydelige fungeringsvansker i dagliglivet (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 2.1).

Personer med ROP-lidelser er særs utsatt for å «falle utenfor samfunnet» – arbeidsledighet er utbredt pga. rusproblemer og psykiske plager, lite/ingen utdanning og arbeidserfaring; hver 4. bostedsløse person kan ha en ROP-lidelse (basert på data fra 2005) – av mennesker som ikke hadde en plass å bo i 2008 hadde 60 % et rusproblem

og 32 % hadde en psykisk lidelse (Lien & Stensrud, 2021, s. 183; Helsedirektoratet, 2022, pkt. 3.5). Personer med ROP-problematikk har i gjennomsnitt 20 år kortere levealder enn den generelle befolkningen i Norge, noe som gjør ROP til en av de mest alvorlige helsetilstander man kan ha (Lien & Stensrud, 2021, s. 181).

I Norges fengselspopulasjon i 2004 hadde over 50 % et alvorlig rusproblem; det opplyses også om en høy andel innsatte med psykiske lidelser – angst, depresjon, *ADHD* (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), alvorlige personlighetsforstyrrelser (paranoid, schizoid, anti-sosial og emosjonelt ustabil) og psykotiske lidelser forekommer oftest (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 3.6, 3.8.5).

Samtidig bør ikke ROP-pasienter generaliseres som ressursvake fordi det er en variert pasientgruppe som også består av mennesker med høy utdanning og inntekt, ingen problemer med påtalemyndighetene og med tak over hodet (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 6.9.3-6.9.5).

**Psykisk lidelse/sykdom** – det eksisterer foreløpig ikke en definisjon av begrepet som belyser fenomenet tilstrekkelig, men ved å ekstrahere essensen av definisjoner oppgitt i klassifiserings- og diagnosesystemene *ICD-10* (International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. utg. – mest brukt i Norge; 11. utg. ble introdusert i 2022) og *DSM-V* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. utg.) kan det konkluderes med at en psykisk lidelse er en samling av psykiske (mentale/følelsesmessige) symptomer som oppleves som plagsomme av den affiserte og/eller gir en betydelig grad av funksjonssvikt, eller bedømmes som sådan av fagkyndig helsepersonell; symptomene avviker gjerne fra kulturelle normer for atferd og/eller følelsesliv (Dahl, 2021, s. 9).

De vanligste psykiske lidelser som opptrer i kontekst av TSB er angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 3.8.8). Angst – spesielt sosial og traumerelatert angst – opptrer hyppigst i rusbehandling (Lien & Stensrud, 2021, s. 178). Som nevnt tidligere er personer med alvorlig grad av psykisk sykdom spesielt utsatt for rusproblemer (40-60 %). Helsedirektoratet (2022) identifiserer i tillegg syv grupper psykiatriske diagnoser som er forbundet med økt risiko ift. rus – bipolar lidelse I & II, schizofreni/psykotiske lidelser, angst og PTSD (post-traumatisk stresslidelse), depresjon, personlighetsforstyrrelser, ADHD/hyperkinetiske forstyrrelser og spiseforstyrrelser (pkt. 3.8).

**Ruslidelse/rusproblem** – kan, med basis i ICD-10, deles i to kategorier – skadelig bruk og avhengighet.

Molnes (2021), ut ifra opplysninger i ICD-10, beskriver dem på følgende måte:

Skadelig bruk defineres som et mønster av rusmiddelbruk som påvirker livet til en person negativt – psykiske og/eller fysiske skader, redusert sosial funksjon m.fl.

Avhengighet/avhengighetssyndrom kjennetegnes av et vedvarende og regelmessig inntak av ett eller flere rusmidler som gir *toleranseutvikling* (kroppen tilvennes stoffet og dosen må økes for å oppnå ønsket effekt) og et *abstinenssyndrom* (fysiske og psykiske symptomer som varierer i alvorlighetsgrad ut ifra rusmiddeltype og inntaksmønster) ved plutselig opphør av inntak. I tillegg kan avhengighet karakteriseres av manglende evne til å kontrollere mengde og frekvens av inntak, prioritering av anskaffelse og bruk av rusmidler fremfor andre viktige gjøremål samt fortsatt bruk til tross for klare negative konsekvenser (pga. sterk trang) (s. 222-223).

ROP-pasienter behøver ikke å oppfylle kriterier for avhengighetssyndrom – et rusproblem som trenger behandling er tilstrekkelig. Hva «behandlingstrengende» innebærer vil variere fra pasient til pasient (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 2.1).

Ifølge Lien & Stensrud (2021) er alkohol (nr. 1), cannabis (nr. 2) og amfetamin (nr. 3) de vanligste rusmidler som brukes i Norge. Cannabis og amfetamin er forbundet med økt risiko for å utløse psykose hos predisponerte (utsatte) personer (s. 178).

**Brukermedvirkning** – ifølge Finbråten (2018) er det en prosess som defineres av utjevning av maktforholdet mellom pasient og helsepersonell – forholdet transformeres fra *paternalisme* (helsepersonell vet best-holdningen) til samarbeid. Pasienter får en mer aktiv rolle i egen behandling – deltakelse i beslutningstaking ut ifra et informert ståsted, bedre oversikt over behandlingsforløpet, større rom for individuelle tilpasninger m.m. Følelse av å være i kontroll bidrar til bedre psykisk velvære og behandlingsresultater. I tillegg blir pasientenes verdighet og *autonomi* (bestemmelse over det som angår en selv, frihet til å kunne ta selvstendige avgjørelser) ivaretatt (s. 99).

Svakheter ved konseptet er at gunstig implementering av brukermedvirkning krever tilstrekkelig *health literacy* (anlegg til å forstå helserelatert informasjon; helsekompetanse) fra pasienten og forutsetter en forventning om at pasienten alltid ønsker det beste for seg selv (noe som ikke er garantert når psykisk sykdom er involvert) (Finbråten, 2018, s. 91, 99).

*Brukermedvirkning* er et begrep som lener mer mot det juridiske aspektet ved pasientbehandling. Den bunner i *Lov om pasient- og brukerrettigheter* der det fremgår at: «...bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester» og «medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

*Empowerment på individnivå* kan forstås som persontilpasset veiledning og praktisk assistanse som har som formål å hjelpe brukeren med identifisering og forsvarlig anvendelse av egne ressurser, samt etablering av et kunnskapsgrunnlag som vedkommende kan benytte til å ivareta egen helse under og etter behandling. Begrepet omfatter i tillegg (og legger stor vekt på) maktforholdet pleier-pasient og etablering av samarbeid mellom partene som er fornuftig balansert ift. brukerens *health literacy*. Brukermedvirkning og empowerment har så mange fellestrekk at begrepene ofte brukes synonymt (Gammersvik, 2018, s. 120-121).

**Terapeutisk relasjon** – en god mellommenneskelig relasjon mellom pleier og pasient er sentral for et produktivt samarbeid karakterisert av gjensidig respekt og brukermedvirkning. En terapeutisk relasjon, særlig når psykiske lidelser er involvert, er mer enn vennlig innstilling, god flyt i praten og trivsel i hverandres selskap – terapeutisk relasjon krever genuin engasjement i pasientens situasjon og personlighet fra pleieren; den har klare mål i bunn og handler i stor grad om håndtering av pasientens tilstand og tilrettelegging til helsefremming (Gonzalez, 2021, s. 57).

For å parafasere Gonzalez (2021) – etablering av en god terapeutisk relasjon med pasient er en essensiell forutsetning for samarbeid og igangsetting av terapeutiske tiltak. Uten tillit, som også er et premiss for terapeutisk relasjon, vil det bli vanskelig (om ikke umulig) å anvende de fleste relasjonelle behandlingsformer – for hvordan kan en person blottlegge sitt indre liv, når vedkommende ikke stoler på behandlere? Med tillit i forholdet kan en *arbeidsallianse* bli dannet hvor pleier og pasient jobber sammen for å oppnå

avtalte mål. Det er i denne fasen av relasjonen at pleieren kan ta i bruk majoriteten av terapeutiske metoder/tiltak fordi det emosjonelle båndet som har blitt skapt gir pleieren større påvirkningskraft og gjør pasienten mer åpen og mottakelig for råd og veiledning (s. 59-60).

Tankesettet til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1971, som referert i Kristoffersen, 2017) er særdeles relevant i denne sammenhengen. Hun fremhever den mellommenneskelige delen av sykepleieyrket – det hun kaller «menneske-til-menneske-forhold» – som helt nødvendig for å kunne yte hjelp til mennesker som lider, bl.a. ved å se og forstå pasienten som en unik person, *empatisk* (forbigående innlevelse i perspektivet til et annet menneske) oppleve hans/hennes lidelse for å individtilpasse behandlingen, skape bedre vilkår og forutsetninger for pasienten, samt hjelpe ham/henne med å finne mening og muligheter for personlig vekst i situasjonen (s. 29-30).

**Miljøterapi** – det er en form for terapi som benyttes innen flere behandlingsopplegg, deriblant TSB og PHV. Det finnes, ifølge Gonzalez (2021), ikke felles enighet rundt definisjon av begrepet 'miljøterapi' og det praktiseres forskjellige tilnærminger avhengig av behandlingssted, pasientmålgruppe, lokal forståelse og andre omstendigheter. Miljøet som terapien skal foregå i behøver å være tilrettelagt både fysisk (være komfortabel og «nøytral», men estetisk tiltalende) og psykososialt – pasienter bør ha en følelse av trygghet i et samvær hvor de kan øve seg på sosiale ferdigheter, samarbeid og kommunikasjon med andre pasienter og personalet, opprettelse av sunne relasjoner, planlegging av egne dager for å lære å etablere og forholde seg til rutiner m.m. (s. 362).

Forskjellige akademikere fremhever forskjellige elementer ved miljøterapi som sentrale. Ved å destillere disse ytterligere, fremkommer det at miljøterapi handler om å legge forholdene til rette for pasient slik at vedkommende er i stand til å føle seg trygg/stabil nok til å gradvis kunne lære å ta ansvar (f.eks. for egen følelsesregulering, oppførsel, bedring og generelt), beherske å leve selvstendig på en bærekraftig måte (sosialt sett), møte og takle/mestre utfordringer, samt oppnå en høyere grad av funksjon i samfunnet (etablering av sunne relasjoner/ny omgangskrets, fritidsaktiviteter, evt. arbeid). Forhold til og samvær med andre mennesker i tilrettelagte omgivelser hvor en person føler seg akseptert, respektert og, ikke minst – trygg, er kjernen av den terapeutiske effekten miljøterapi gir. (Gonzalez, 2021, s. 362-363).

Gonzalez (2021) angir at helsepersonell skal møte pasienter/brukere som likeverdige mennesker, ivareta deres verdighet (selvbilde, -tillit og -respekt) og autonomi. Opplevelse av autonomi er noe som ofte blir påvirket negativt når en person inntar pasientrollen; ifbm. enkelte psykiske lidelser er autonomi et ekstra følsomt område «å trække på». Hvis autonomien oppleves som innskrenket, vil også verdigheten bli skadelidende da disse to aspekter er nokså innvevd i hverandre. Det er essensielt å anerkjenne en pasient som et unikt menneske med egne livserfaringer og livssyn. Det ovennevnte, i tillegg til genuin engasjement i pasientsituasjon, er kvaliteter ved den så kalte «være-dimensjon», ett av to hoveddimensjoner ved miljøterapi (s. 363).

Den andre dimensjonen heter «gjøre-dimensjon» hvor pleieren sammen med pasienten kartlegger situasjon og hjelpebehov/ressurser pasienten besitter, identifiserer forbedringsområder og det realistiske potensialet for gjennomføring, samt (ideelt) blir enige om en tydelig handlingsplan som setter visse mål og gjør pasienten forberedt til å legge inn egeninnsats som er nødvendig for genuin endring. Det er umulig å tvinge noen til å forandre sin måte å leve eller tenke på hvis personen ikke ønsker det selv. Motivasjon kan likevel variere gjennom et opphold. Det å støtte, oppmuntre, motivere og

veilede pasienter er noen av de viktigste oppgavene som personalet utfører i en miljøterapeutisk kontekst (Gonzalez, 2021, s. 363).

Kvaliteten på mellommenneskelig relasjon mellom pleier og pasient, samt kommunikasjonsferdighetene til pleieren vil avgjøre hvor stor påvirkningskraft de ovennevnte tiltakene vil utøve. Gode relasjoner kan også ha en positiv innflytelse på pasientens syn på andre mennesker og seg selv – hun/han kan ha hatt svært uheldige eller traumatiske erfaringer under interaksjon med mennesker, og det kan ha satt et preg i form av, eksempelvis – en grunnholdning av mistillit som er krevende å «bryte gjennom» – nye erfaringer av at det finnes mennesker som genuint bryr seg om en, kan hjelpe pasienten med å komme seg videre fra traumet, samt bli mer åpen/tørre å være sårbar overfor andre med den opprinnelige negative erfaringen integrert på en sunnere måte – altså at personen er mer åpen, men ikke havner i lignende situasjoner igjen (Gonzalez, 2021, s. 364).

**Behandlingsalternativer for ROP-lidelser i Norge** – ROP-lidelser kan være svært sammensatte og krevende å ta tak i. Ifølge Lien & Stensrud (2021) har mange ROP-pasienter/-brukere så store utfordringer at hensikten med behandling ikke nødvendigvis er bedring, men heller stabilisering for å unngå ytterligere forverring, samt skadereduksjon i de tilfeller hvor rusmiddellidelse er det største/mest akutte problemområdet. Et vidt implementert tiltak som har vist seg å virke skadereduserende ift. omfattende rusproblemer er *legemiddelassistert rehabilitering* (LAR) hvor målet ikke er rusfrihet, men reduksjon av forbruk og tilgang til tryggere alternativer til ulovlige rusmidler (s. 181-182). LAR dekker per dags dato (05/2023) kun opioidavhengighet (heroin, morfin o.l.), andre rusmiddelavhengigheter kvalifiserer foreløpig ikke til deltakelse i LAR, men det pågår forsøk med oppstart av lignende tilbud til amfetaminavhengige allerede (Münchow, 2023).

Behandling og oppfølging av ROP-pasienter bør være *integreert* og *individtilpasset* – dvs. at rusproblemer, psykiske lidelser og andre vansker en person har behandles samtidig under et felles rammeverk. Brukerens utfordringer må aller først kartlegges grundig. Det skal videre utformes en persontilpasset behandlingsplan i samarbeid med brukeren og evt. pårørende. På bakgrunn av opplysninger som samles inn under kartlegging av pasientens behov og ønsker, vil det også bli satt sammen et team som inkluderer den fagkompetansen som er nødvendig for den konkrete brukeren – f.eks. representanter fra primær- og spesialisthelsetjenester, boligkontor m.fl. (Lien & Stensrud, 2021, s. 182). Andre særtrekk ved integrert behandling, ifølge Helsedirektoratet (2022), er vektlegging av *helhet* og *kontinuitet* – brukeren/pasienten skal ha et godt oversikt over eget behandlingsforløp (oppleve det hele som helhetlig/uavbrutt) og bør forholde seg til færrest mulig behandlende personell. Det skal være et mer eller mindre fast team rundt vedkommende, med få utskiftninger, slik at medlemmer i teamet får mulighet til å etablere og opprettholde gode mellommenneskelige relasjoner til pasienten og benytte dem terapeutisk. All behandling og oppfølging bør ideelt sett skje lokalt, helst på samme sted, fordi flere runder med forskning på fenomenet har vist at dette øker effektiviteten av integrert behandling av ROP-lidelser (pkt. 7.4.1).

En *individuell plan* (IP) skal, som nevnt, lages i samråd med brukeren. Den skal være konkret ift. målsetting og estimert varighet av forskjellige faser i forløpet. IP er et verktøy som er ment for å gjøre både brukeren og teamet rundt ham/henne godt kjent med strukturen av opplegget og tydeliggjøre ansvarsfordeling. En annen sentral funksjon til IP er sikring av brukerens rett til medvirkning i planlegging/utforming av egen

behandling – IP er forankret i lovverket (Forskrift om individuell plan, 2004) og kan dessuten ikke utføres uten å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 7.4.2).

Nasjonale pasientforløp psykisk helse og rus – «Pakkeforløp psykisk helse og rus» før 2022 (Helsedirektoratet, 2022) – tilsier at ROP-pasienter med sammensatte behov og en alvorlig grad av psykisk lidelse skal følges opp vha. aktivt oppsøkende behandlingsteam. Et eksempel er *ACT-team* (Assertive Community Treatment) som primært er ment for personer med alvorlige psykiske lidelser (bipolar I & II, schizofreni, rusutløste og andre psykotiske lidelser), en samtidig rusmiddellidelse og et lavt funksjonsnivå generelt som hovedutfordringer, samt et mangfold av forskjellige sekundære problemer. ACT-team består av minst en spesialist i psykiatri/psykologi, en erfaringskonsulent (en som besitter egenerfaring med samme/lignende problematikk som brukeren, men som har opparbeidet et så høyt funksjonsnivå at han/hun er villig til å hjelpe andre) og en fagperson som står ansvarlig for ivaretagelse av bolig- og jobbsituasjon (Lien & Stensrud, 2021, s. 182).

Lien & Stensrud (2021) omtaler dessuten et lignende, men nyere, oppsøkende teamkonsept som anvendes ift. samme brukermålgruppe som beskrevet i forrige avsnitt, men som også inkluderer brukere med andre alvorlige psykiske lidelser enn de som allerede er nevnt – *FACT-team* (Flexible Assertive Community Treatment) (s. 183).

Et av sentrale formål med oppsøkende behandlingsteam er forhindring av frafall fra behandling og forebygging av forverring hos utsatte brukere. Periodevis kan oppfølging være nokså høyintensiv, alt ut ifra pasientens tilstand – teamet følger vanligvis opp brukeren vha. mobiltelefon, via pårørende (hvis en slik avtale eksisterer og er godkjent av brukeren som er samtykkekompetent) eller ved å oppsøke vedkommende i hans/hennes bolig (igjen, etter avtale) eller andre steder hvor han/hun pleier å befinne seg. Opplegget er ment for ROP-pasienter som ikke har hatt nytte av *polikliniske opphold eller døgninnleggelse i rus- og/eller psykiatriske behandlingstilstander* (f.eks. TSB eller PHV) (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 7.4.3).

## 2 Metode

### 2.1 Metodebeskrivelse og kvalitetskontroll

Dette er en litteraturstudie som er utarbeidet som en forenklet versjon av en *systematisk oversiktsstudie* – en forskningsmetode som handler om å etablere (vha. systematisk litteratursøk) et datasett bestående av vitenskapelige tekster som omhandler et bestemt tema; deretter vurdere og analysere datasettet ift. forskningsspørsmålet til studien, for så å produsere en konklusiv sammenfatning som besvarer det spørsmålet (Folkehelseinstituttet, 2022, pkt. 4.2).

Under innsamling av data fokuserte jeg på å finne fagfelleverderte forskningsartikler som er skrevet på norsk og publisert i vitenskapelige tidsskrifter/utgitt av vitenskapelige forlag i Norge. Grunnen til at jeg har valgt å fokusere på norske kilder er problemstillingens art – ROP-lidelser har ganske spesifikke og detaljerte behandlingsforløp og tilnærminger som er definert i nasjonale retningslinjer utgitt av norske myndigheter (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 7).

Tidsskriftene/forlag ble kvalitetsvurdert av meg vha. et nettbaserte register over vitenskapelige publiseringskanaler som angir en nivåverdi for publikasjoner – nivå X, 0, 1 og 2, der nivå 2-publikasjoner regnes for å være av høyest kvalitet (HK-dir, 2023). I tillegg gikk jeg manuelt gjennom noen av tekstene for å finne informasjon om hvorvidt de er fagfelleverderte de gangene jeg ikke lyktes med å finne opplysninger i registeret.

Søket mitt ledet frem til sju forskningsartikler – to av dem (Fredwall, 2018; Melby, 2017) er oversiktsstudier/oppsummert forskning med stort sett *kvalitative* (basert på menneskers opplevelser/inntrykk av et fenomen (Folkehelseinstituttet, 2022, pkt. 4.4)) kilder som grunnlag. Unntaket er Melby et al. (2017) som også benytter en del *kvantitativ* data – dvs. opplysninger som gjerne blir gjengitt i form av tall og analysert vha. statistikk (Folkehelseinstituttet, 2022, pkt. 4.8). De resterende fem er studier med forskjellige kvalitative tilnærminger som utforsker mer konkrete fenomener. En av de fem tekstene har pasientperspektiv (Waage & Thorkildsen, 2022) – jeg valgte å ha med denne artikkelen fordi den handler om hvordan pasienter oppfatter sykepleiernes rolle og oppgaver i en relevant kontekst og gir dermed et mer fylldig/fullstendig bilde av problemstillingen i min avhandling. De fire gjenstående artikler har perspektivet til ansatte/helsepersonell/sykepleiere.

Artiklene ble vurdert av meg vha. to sjekklister hentet fra FHIs nettressurs «Kunnskapsbasert praksis» – én for kvalitative studier og én for oversiktsartikler (Folkehelseinstituttet, 2022, pkt. 4.1).

Eventuelle svakheter ved studiedesign til artiklene i utvalget er beskrevet i 'Metode'-rutene i artikkelmatrisene under punkt 3.1.



### 2.1.1 Kvalitetsvurdering av publiseringskanaler

Forskningsartiklene i datagrunnlaget mitt er publisert av følgende tidsskrifter/forlag:

1. **Senter for omsorgsforskning** – det er et norsk forlag som faller under Nivå 0, men artikkelen/rapporten som jeg benytter (Fredwall, 2018) er fagfellevurdert. Forfatteren selv skriver i verket sitt at oppsummeringen hans har blitt vurdert av førsteamanuensis ved Senter for omsorgsforskning (Nord) Bodil Hansen Blix, for så å ha blitt godkjent for videre publisering av førsteamanuensis ved Senter for omsorgsforskning (Nord) og Omsorgsbibliotekets hovedredaktør Astrid Gramstad. Rapporten/oppsummeringen har i tillegg blitt kommentert av en rekke eksperter fra forskjellige fagområder som teksten berører (Fredwall, 2018, pkt. 2.3).

Senter for omsorgsforskning (SfO) er, ifølge NTNU (2023), «...et nasjonalt ledende miljø på forskning for kommunale helse- og omsorgstjenester» og er «...utnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet» (home page slider, pkt. 1 & 4). Senteret gir også ut et Nivå 1-tidsskrift – Tidsskrift for omsorgsforskning (NTNU, 2023, SfO – Utgivelser – Tidsskrift). Forskningsartikler fra dette tidsskriftet, i tillegg til flere andre publikasjoner av høy vitenskapelig kvalitet, ble benyttet av Fredwall som referanser.

2. **Sykepleien Forskning** – det er et norsk tidsskrift som er rangert som Nivå 1, noe som betyr at vitenskapelige artikler som publiseres i tidsskriftet må ha gjennomgått fagfellevurdering som ett av minstekravene for publisering.
3. **Tidsskrift for velferdsforskning** – norsk tidsskrift, Nivå 1.
4. **Nordisk Tidsskrift for Helseforskning** – norsk tidsskrift, Nivå 1.
5. **SINTEF - Teknologi og samfunn, avdeling Helse** – jeg har ikke klart å identifisere publiseringskanalen i registeret. Det står likevel i selve kilden at den har blitt kontrollert av seniorforsker (PhD) Jorid Kalseth og godkjent av forskningssjef/professor Randi Eidsmo Reinertsen. Begge var ansatt i SINTEF ved publiseringstidspunktet (Melby et al., 2017, s. 2). På bakgrunn av det har jeg konkludert med at rapporten (Melby et al., 2017) er fagfellevurdert.
6. **Tidsskrift for omsorgsforskning** - norsk tidsskrift, Nivå 1.

### 2.1.2 Etisk vurdering av artiklene

- Huby et al. (2018) opplyser i sin studie at den ble meldt til *Norsk senter for forskningsdata* (NSD) – SINTEFs personvernombud for forskning. Samtlige deltakere av studien fra begge faser av den har blitt skriftlig informert om hensikten med forskningen og omfanget av informasjonsdeling i forbindelse med den. Deltakerne samtykket til deltakelse skriftlig på bakgrunn av mottatt informasjon. Alles identitet ble anonymisert (s. 300).
- Granamo & Knutstad (2021) skriver i avsnittet 'Personvern og forskningsetikk' at studien deres også ble meldt til NSD og deretter godkjent. Deltakere/informanter har blitt informert og samtykket til deltakelse skriftlig; forfatterne melder at de har fulgt *general data protection regulation* (GDPR) sine «retningslinjer for risiko- og

sårbarhetsanalyse», og behandlet all innsamlet datamateriale på en sikker måte (s. 3).

- Mathisen et al. (2015) har et avsnitt dedikert til forskningsetikk der det står at alle deltakere av studien ble anonymisert. De ansatte har gitt skriftlig samtykke til deltakelse, mens pasienter fikk i tillegg alle opplysninger om studien i skriftlig form sammen med en samtykkeerklæring. I tillegg har studien blitt godkjent av det som da het Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og nå kalles Norsk senter for forskningsdata (NSD) (s. 20).
- Waage & Thorkildsen (2022) skriver i underkapittelet 'Ethiske vurderinger' at deres studie har blitt meldt inn til, og godkjent av, NSD. Forfatterne opplyser videre at studien er utført i tråd med etiske retningslinjer for forskning på mennesker som definert i Helsinkideklarasjonen. Alle deltakere av studien har fått grundig informasjon om hva studien kommer til å handle om, samt hvordan innsamlet data og andre sensitive opplysninger kommer til å bli behandlet (deriblant beskyttet mot innsyn fra uvedkommende, inkludert ansatte ved de aktuelle behandlingsinstitusjonene for å sikre at intervjuobjekter, som da var pasienter, var mer åpne med forskerne). Deltakerne fikk også tydelig forklart at deltakelse i studien er frivillig og de har lov til å trekke sitt samtykke til deltakelse når som helst (s. 4).
- Melby et al. (2017) forklarer metodikken til oversiktsstudien deres i kapittel 2 (Metode). Det nevnes bl.a. at for den eksplorerende forstudien var det NSF som rekrutterte sykepleierne som deltok, samt at gruppeintervjuene foregikk med lydopptak og senere transkribert «...etter prinsipper for kvalitative metoder» (s. 23). Det nevnes ikke spesifikt i teksten om hensikten med forskningsprosjektet ble forklart til sykepleierne eller om det ble hentet inn skriftlig samtykke til deltakelse.

Når det gjelder del 2 av studien (SINTEF-nettspørreskjema), er det heller ikke beskrevet hvilke etiske retningslinjer som har blitt fulgt. Dette gjelder også oversiktsartikkelen til Fredwall (2018).

I sjekklisten for oversiktsartikler, til forskjell fra sjekklisten for kvalitative studier, finnes det ikke et punkt for vurdering av etiske forhold (Folkehelseinstituttet, 2022, pkt. 4.1). Jeg har ikke kommet over etiske utfordringer under analyse av hverken Fredwall (2018) eller Melby et al. (2017). Begge artiklene er fagfellevurdert, så jeg velger å anta at etiske vurderinger også ble gjennomført.

- Melby et al. (2021) informerer om at studien deres ble meldt til NSD og vurdert som juridisk forsvarlig ift. anonymisering av personopplysninger. Som et eksempel på hvordan personvernet til informantene ble ivaretatt, opplyser forskerne i teksten at under direkte sitering av intervjuobjekter blir ikke navn på kommune som vedkommende tilhørte/tilhører nevnt (s. 76). Informantene ble rekruttert av prosjektledere i hver deltakerkommune. De som takket 'ja' til henvendelse om å la seg intervjuet fikk tilsendt skriftlig informasjon om hva studien dreier seg om, samt en samtykkeerklæring som de signerte før intervjuet startet (s. 75).

## 2.2 Søkestrategi og utvalg

### 2.2.1 Inklusjonskriterier

For å være mer presis i søkeprosessen var det nødvendig å definere visse kriterier som artiklene skulle oppfylle for å bli betraktet som aktuelle for litteraturstudien:

- Fagfellevurderte vitenskapelige artikler skrevet på norsk og publisert i Norge i perioden 2013-2023.
- Artikler organisert etter IMRaD-struktur (Introduction, Method, Result and Discussion).
- Artikler som benytter kvalitative forskningsmetoder prioriteres fordi forskningsspørsmålet mitt handler om menneskers opplevelser rundt et fenomen. Svar på min problemstilling kan ikke kvantifiseres. *Mixed method*-artikler (kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode) er også aktuelle å benytte fordi kvantitativ data kan styrke resultatene.
- Hovedsakelig sykepleieperspektiv. Andre perspektiver er tillat så lenge artiklene dekker viktige områder av problemstillingen.
- Forskning som omhandler temaer knyttet til behandling og oppfølging av voksne (18 år og eldre) pasienter med ROP-, rus- og/eller psykiske lidelser i Norge. Det som angår funksjoner til sykepleiere uten spesialisering/videreutdanning vektlegges.

Ekksklusjonskriterier er motsatte av inklusjonskriteriene og gjengis derfor ikke.

### 2.2.2 Databaser

Databaser er systematiserte samlinger av informasjon fra flere publiseringskanaler som dekker ett eller flere ( gjerne relaterte) fagfelt. Databasene er hentet fra [Orias oversikt](#) (*hyperlenke til nettstedet*):

**CRISTIN:** <https://app.cristin.no/>

**Idunn:** <https://www.idunn.no/>

**Oria – NTNU Universitetsbiblioteket / Norske fagbibliotek** (*to orienteringssøk*):  
<https://www.ntnu.no/ub>

**SveMed+:** <https://svemedplus.kib.ki.se/>

## 2.2.3 Søkord og beskrivelse av litteratursøket

Søket ble utført vha. emneord og andre begreper som er forbundet med problemstillingen (pkt. 1.2) – dette var basis for valg av søkord i *tabell 1*:

**Tabell 1** – beskrivelse av litteratursøket:

Søkord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
<i>omsorg AND rusbehandling</i> (orienteringssøk i Oria) <i>omsorg AND rusbehandling</i> (endelig søk i CRISTIN)	15.03.2023 09.04.2023	Oria CRISTIN	<i>Materialtype:</i> artikler (Oria)	Oria: 1 CRISTIN: 11	Oria: 1 CRISTIN: 2	1	Waage & Thorkildsen (2022)
<i>sykepleier AND rusfeltet</i> (orienteringssøk i Oria) <i>sykepleier AND rusfeltet</i> (endelig søk i CRISTIN)	15.03.2023 09.04.2023	Oria CRISTIN		Oria: 2 CRISTIN: 8	Oria: 1 CRISTIN: 3	1	Granamo & Knutstad (2021)
<i>rusmiddellidelse</i>	16.03.2023	Idunn		10	2	1	Fredwall (2018)
<i>brukermedvirkning</i>	16.03.2023	Idunn	<i>Article type:</i> research article <i>Keyword:</i> brukermedvirkning	15	2	1	Huby et al. (2018)
<i>brukermedvirkning</i>	16.03.2023	Idunn	<i>Article type:</i> research article <i>Publication:</i> Tidsskrift for omsorgsforskning <i>Publication date:</i> 2013-2023	24	3	2	Melby et al. (2021)
<i>miljøterapi AND brukermedvirkning</i>	30.03.2023	SveMed+		1	1	1	Mathisen et al. (2015)
<i>sykepleie AND psykisk helsevern AND tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>	09.04.2023	CRISTIN		2	1	1	Melby et al. (2017)

## 2.3 Analyse av datamaterialet

I dette underkapittelet foretas det en analyse av innsamlet data. En dataanalyse innebærer – ifølge Evans (2002) sin beskrivelse av prosessen («data synthesis») – at man, etter å ha funnet materialet som skal analyseres (s. 25):

- Avdekker sentrale funn/konklusjoner i hver kilde;
- Forsøker å finne sammenhenger mellom funnene;
- Kondenserer oppdagelser gjort i datamaterialet til en sammenfattet beskrivelse som relateres til forskningsspørsmålet i studien.

Utfyllende beskrivelser av hver enkel artikkel i utvalget mitt er presentert i artikkelmatrisene (*tabell 3*) under punkt 3.1.

For å etterfølge Evans (2002) sin oppskrift for «data synthesis» deler jeg min analyseprosess i fire deler (s. 25):

**Del 1** består av etablering av inklusjonskriterier og identifisering av brukbare databaser. Som siste ledd i denne delen dannes det et utvalg av kilder som ble funnet i databasene og valgt ut basert på inklusjonskriteriene. Dette er beskrevet under punkt 2.2.

**Del 2** går ut på å avdekke nøkkelfunn i hver enkel studie. Dette gjorde jeg ved å grundig lese gjennom artiklenes Resultater og Konklusjoner. Deretter systematiseres funnene på en oversiktlig måte – jeg har valgt å beskrive dem i Resultat/Konklusjon-rutene i artikkelmatrisene (*tabell 3*).

**Del 3** har som mål å påvise det som er felles mellom studiene (nøkkelfunn *på tvers* av datagrunnlaget). Hoved- og undertemaer identifiseres og føres i egen tabell ved behov (*tabell 2* her). Jeg tok i bruk fargekoder (i *tabell 2* og *tabell 3*) for å forenkle denne prosessen for meg selv. Etterpå ble fargekodene fjernet for estetikkens skyld.

**Tabell 2** – oversikt over hoved- og undertemaer; forekomst av disse i datagrunnlaget:

<b>Hovedtema</b>	<b>Artikkelnummer</b>
<i>Undertema</i>	
<b>Brukermedvirkning og ROP</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Utfordringer rundt brukermedvirkning i forbindelse med ROP-lidelser</i></li><li>• <i>Hvordan skaper man gode vilkår for medvirkning i pasientgruppen?</i></li></ul>	<b>1, 3, 4, 5, 6, 7</b>
<b>Viktighet av gode pleier-pasient-relasjoner</b>	<b>1, 2, 3, 6, 7</b>
<b>Sykepleiernes arbeidsoppgaver</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Somatikk og tverrfaglig samarbeid</i></li><li>• <i>Relasjonskompetanse og miljøterapi</i></li></ul>	<b>2, 5, 7</b>

**1** = Fredwall, T. E. (2018); **2** = Granamo, A. L. & Knutstad, U. (2021); **3** = Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. & Klubben, M. (2018); **4** = Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2015); **5** = Melby, L., Ådnanes, M. & Kasteng, F. (2017); **6** = Melby, L., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M. & Kalseth, J. (2021); **7** = Waage, M. S. & Thorkildsen, K. M. (2022).

Deretter gjennomgås materialet på nytt med de nyetablerte temaer som «filter». Formålet er å finne evt. uoverenstemmelser og kartlegge sammenhenger.

I **Del 4** vil felles funn på tvers av datautvalget bli gjennomgått, og det skal til slutt formuleres et svar på forskningsspørsmålet basert på helheten av gjennomgangen. Dette realiseres under punkt 3.2 (Presentasjon av temaområder) og i kapittel 4 (Diskusjon).

# 3 Resultat

## 3.1 Presentasjon av datautvalget

For å presentere hver enkel vitenskapelig artikkel (og deres funn) på en oversiktlig måte, ble det produsert syv artikkelmatriser som inneholder alle vesentlige opplysninger i et destillert format.

**Tabell 3** – artikkelmatriser (7 stk.):

<b>Referanse 1</b>	Fredwall, T. E. (2018). <i>Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse – en oppsummering av kunnskap</i> (rapport nr. 10). Senter for omsorgsforskning. <a href="http://hdl.handle.net/11250/2496777">http://hdl.handle.net/11250/2496777</a>
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	Formålet med studien var å finne tilgjengelig informasjon om pasientforløp til voksne personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, for så å presentere og oppsummere denne kunnskapen på et strukturert vis.  Forfatteren indikerer fire problemstillinger:  1. Hvilke faglige, juridiske og politiske dokumenter regulerer og legger føringer for pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?  2. Hvilke utfordringer med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?  3. Hvilke tiltak med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er utprøvd og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?  4. Hvilke erfaringer med relevans for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er gjort og beskrevet i forsknings- og utviklingslitteraturen om pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse?
Nøkkelbegrep/ Keywords	behandlingslinje; bolig; care pathways; care trajectory; clinical pathways; continuity of patient care; cooperative behavior; critical pathways; diagnosis, dual; housing; interinstitutional relations; intersectoral collaboration; mental disorders; mental health services; overgang; pasientforløp; patient care pathways; patient discharge; patient pathways; patient transfer; patient trajectories; rop; substance-related disorders; utskriv
Metode	Den vitenskapelige metoden som ble brukt i studien er scoping review. Det er en type oversiktsstudie som skiller seg fra systematic review ved å være mer fleksibel ift. omfanget av problemstillingen, inklusjonskriterier; større variasjon i studiedesign i kildeutvalget er tillat m.m. Hensikten med scoping review er å danne en bredd oversikt over et emne og få med det aller mest vesentlige fra datagrunnlaget. Vitenskapelige kilder som forfatteren analyserte i teksten har kvalitativt design, og studien i seg selv bruker kvalitativ metode. Dette fremgår i problemstillingenes karakter/måten forskningsspørsmål stilles på – det etterlyses informasjon om erfaringer rundt utfordringer med ROP-pasientforløp, hva som har blitt forsøkt av tiltak o.l.; studien leter etter vitenskapelige opplysninger basert på empiri – derfor benytter forfatteren mange kvalitative forskningsstudier som en del av datagrunnlaget.
Resultat/ Konklusjon	Oppsummeringen viser at ROP-pasienter er en sårbar pasientgruppe – de er ekstra utsatt både psykisk og somatisk, og opplever ofte utfordringer på et mangfold av livets områder, deriblant bosituasjon. Det er derfor ekstra viktig at de mottar integrerte tjenester (dvs. der både rus- og psykiatriproblematikk behandles samtidig) som er fleksible, tilpasset

	<p>individet og preget av kontinuitet. Tjenestene skal være tverrfaglig og tverretattlig samordnet. Viktighet av gode relasjoner mellom pasient og helsepersonell vektlegges.</p> <p>Dessverre er det i praksis en vanskelig oppgave å følge opp og behandle ROP-pasienter fordi en betydelig andel av dem har vansker med å forholde seg til tilgjengelige hjelpetilbud. Dessuten har stabilitet i bosituasjon vist seg å være en essensiell forutsetning for fortsatt deltakelse i behandlingsforløpet. Den helhetlige tilnærmingen til ROP-pasienter krever effektiv samhandling på tvers av profesjoner og etater – dette er en organisatorisk krevende oppgave.</p> <p>Studien påpeker at det likevel finnes eksempler på tilfeller hvor behandling og oppfølging av ROP-pasienter var vellykket, noe som viser at det eksisterer samarbeidsmodeller som fungerer etter sin hensikt. Avgjørende faktorer for virksom oppfølging var geografi (hvor i landet pasient befant seg), antall innbyggere i kommunen og hvilke samhandlingsmodeller som ble tatt i bruk.</p> <p>Forfatteren gir i tillegg en oversikt over faglige, juridiske og politiske dokumenter som regulerer og legger føringer for pasientforløp for voksne personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse i kapittel 3 (Lover, forskrifter og sentrale offentlige dokumenter).</p>
Relevans	<p>Dette er en norsk studie som gir innsikt i hva behandling av ROP-lidelser går ut på, hvilke dokumenter som gir føringer for den, identifiserer viktige ROP-spesifikke utfordringer og «forventninger» til oppsett av behandlingsforløp, samt fremhever det som har vist seg å fungere. Studien er et godt fundament å støtte seg på underveis i skriveprosessen. Den gir en oversikt over det faglige og juridiske rammeverket for ROP-forløp. Studien er nyttig for å danne et strukturert bilde av gjeldende praksiser og gangen i dem.</p>
<b>Referanse 2</b>	<p>Granamo, A. L. &amp; Knutstad, U. (2021). Sykepleieren i rusfeltet – usynlig og generell eller tydelig og spesiell? <i>Sykepleien Forskning</i>, 16 (86452).  <a href="https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86452">https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86452</a></p>
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	<p>Målet med studien var å finne ut hvilke funksjoner sykepleiere utfører i TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling) for så å analysere disse nærmere ved å intervju sykepleierne selv samt deres kolleger. Det legges vekt på empiri (egenerfaring) og forventninger sykepleiere og ansatte med andre profesjoner i TSB har til sykepleiernes kompetanse og yrkesutøvelse.</p> <p>Forskningsspørsmål/problemstilling:</p> <p>Hvilke erfaringer og forventninger har sykepleierne selv og de andre yrkesgruppene i TSB til sykepleiernes funksjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?</p>
Nøkkelbegrep/ Keywords	<p>kvalitativ forskning; tverrfaglig samarbeid; TSB; rus; psykisk helse</p>
Metode	<p>Studien har et kvalitativt (fokuset på erfaringer og fenomener) eksplorerende (utforsker et lite studert område/forfatterne har ikke en klar formening om tema) design med en induktiv (generaliserende/enkeltobservasjoner blir gjort om til noe som kan betraktes som en slutning/hypotese, men som ikke kan med sikkerhet gi et presist resultat som kan sies å gjelde universelt) tilnærming, hvor målet var å utforske og beskrive et fenomen, nemlig sykepleierens funksjon i TSB. Datagrunnlaget er basert på <i>semistrukturerte</i> individuelle <i>intervjuer</i> – en kvalitativ datainnsamlingsteknikk som går ut på at den som foretar et intervju stiller åpne spørsmål om et bestemt emne og kommer, ved passende anledninger, med oppfølgingsspørsmål for å skaffe et dypt innblikk i intervjuobjektets tanker og følelser rundt emnet – med fem sykepleiere og seks informanter fra andre yrkesgrupper i TSB (lege, vernepleier, psykolog, sykepleier og sosionom). Til sammen er det seks sykepleiere som har blitt intervjuet ila. studien, andre profesjoner hadde én til to informanter hver.</p> <p><i>Svakheter/begrensninger ved studiedesign:</i></p> <p>For få personer deltok i studien. Sykepleiere er adskillig bedre representert enn andre yrkesgrupper. Studien har ikke andre inklusjonskriterier for deltakelse enn type utdanning.</p>
Resultat/ Konklusjon	<p>Både sykepleiere og deres kolleger oppga at somatisk (klinisk blikk, sykdomslære m.fl.) og miljøterapeutisk kompetanse er nødvendig for sykepleiere i TSB å besitte. I tillegg var det evne til effektivt samarbeid med andre profesjoner i det tverrfaglige arbeidsmiljøet som kjennetegner TSB som ble vektlagt.</p>



	<p>Arbeidsoppgaver som sykepleiere utfører i TSB varierer. Det finnes få tydelig definerte ansvarsområder som universelt blir ansett som sykepleieroppgaver.</p> <p>Studien konkluderer med at det er den somatiske delen av jobben til en sykepleier i TSB som blir sett på som sentral. Også sykepleierens særegne ferdighet til å fange opp subtile endringer i pasientenes tilstand og se sammenhengen mellom det psykiske og det somatiske (se helheten) ble trukket frem som eksempler på viktig sykepleierkompetanse.</p> <p>Et godt forhold mellom pleier og pasient er en av essensielle forutsetninger for bedring. Mange sykepleiere – pga. yrkets relasjonelle karakter – besitter relativt høy relasjonskompetanse som kommer til uttrykk under samvær med pasienter i en miljøterapeutisk sammenheng.</p>
Relevans	<p>TSB er et behandlingsopplegg som er frekventert av ROP-pasienter og hvor sykepleiere også har en fremtredende rolle. Miljøterapi samt relasjonskompetanse er deler av problemstillingen min. Sykepleieroppgaver av ikke-miljøterapeutisk karakter blir også beskrevet i studien – dette gir meg viktig innsikt i sykepleierens arbeidshverdag i TSB, samt informasjon om hvordan TSB fungerer som tjeneste. Studien er utført i Norge.</p>
<b>Referanse 3</b>	<p>Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. &amp; Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? <i>Tidsskrift for velferdsforskning</i>, 21 (4-2018).  <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></p>
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	<p>Studien har undersøkt hvordan brukermedvirkning ble implementert i praksis i kommunale helsetjenester innen psykisk helsevern og rus i en norsk ikke-navngitt kommune, og vurderte kvaliteten på samarbeidet mellom disse og relevante spesialisthelsetjenester. Kontinuitet i pasientforløp ble vurdert. Studien tok også for seg hvorvidt brukermedvirkning ble utøvd i tråd med helsepolitiske føringer for fagfeltet.</p> <p>Forfatterne definerte tre spørsmål/problemstillinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvordan opplevde brukere, pårørende og tjenesteytere brukermedvirkning, og hvordan ble opplevelsene formet?</li> <li>2. Hvilke følger hadde denne dynamikken for brukermedvirkningens begrensninger og muligheter?</li> <li>3. Hvordan kan brukermedvirkning styrkes i et lokalt tjenesteapparat?</li> </ol>
Nøkkelbegrep/ Keywords	<p>brukermedvirkning; ROP; tjenesteutvikling</p>
Metode	<p>Dette er en kvalitativ studie som benyttet to kilder for innhenting av data:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gruppediskusjoner av <i>opplevelse av brukermedvirkning i samhandling</i>. Diskusjonene skjedde i regi av en arbeidssamling hvor brukere, pårørende og ansatte dannet egne grupper og diskuterte temaet hver for seg. Arbeidssamlingen besto av: <ul style="list-style-type: none"> <li>– 4 deltakere fra en pårørendeorganisasjon og 5 deltakere fra en brukerorganisasjon</li> <li>– 4 deltakere fra Distriktpsikiatrisk senter (DPS)</li> <li>– 5 deltakere fra Sosialmedisinsk poliklinikk (SMP)</li> <li>– 5 deltakere fra kommunens tildelingskontor</li> <li>– 5 deltakere fra kommunens utfører enhet</li> </ul> </li> </ol> <p>Profesjoner og roller til deltakerne var: kommunalt ansatte ruskonsulenter, kommunepsykologer, prosjektarbeidere, sosionomer, psykologer i spesialisthelsetjenesten, pårørende og brukere. Data fra diskusjonene ble i etterkant analysert i to omganger – <u>systematisering og destillering</u> (studiens forfattere identifiserte de viktigste aspekter ut ifra transkripsjoner av gruppediskusjoner, lagde et analytisk rammeverk og gikk gjennom transkripsjonene på nytt vha. rammeverket) og <u>kartlegging av motsetninger og samstemmelser</u> mellom diskusjonsgruppene når et og samme konsept/fenomen diskuteres.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Detaljerte case-diskusjoner i mindre tverrfaglige grupper (der pårørende og brukere også deltok). <i>Konkret samhandling</i> i anonymiserte saker var diskusjonsemnet. Hensikten med datainnsamlingen var å få fram viktige dimensjoner av brukermedvirkning i en ny</li> </ol>

	<p>kontekst og analysere disse ved hjelp av forskergruppens nye analytiske rammeverk som ble produsert etter analyse av datakilde 1.</p> <p>Forfatterne oppdaget underveis i tematisk analyse av gruppediskusjoner (dvs. at de gjennomgikk transkripsjonene helt til de fant sentrale emner som gikk igjen, for deretter å forsøke å forstå/forklare deres relevans til studiens tema) fra arbeidssamlingen (datakilde 1) at disse ikke reflekterte realiteten – deltakerne av diskusjoner fokuserte på dårlige erfaringer og kom med «standardhistorier» som ikke tilfredsstilte forskergruppen. Derfor ble småskala diskusjoner gjennomført i tillegg – for å gi mer utfyllende data som førte til mer korrekte konklusjoner.</p> <p><i>Svakheter/begrensninger ved studiedesign:</i></p> <p>Forfatterne påpeker i teksten at del 2 av datainnsamling (case-diskusjoner) hadde for få deltakere som «...i tillegg valgte seg selv inn i studien», men at datakilde nr. 1 (gruppediskusjoner) lagt sammen med kilde nr. 2 utgjør et solid nok datagrunnlag for å kunne trekke konklusjoner ut ifra det.</p> <p>Forfatterne skrev også at det behøves mer forskning på brukermidvirkning, samt hvordan den anvendes og oppfattes av forskjellige parter i flere kontekster enn de som er beskrevet i teksten. Studien dekker altså et ganske smalt spekter av kontekster hvor brukermidvirkning (skal) benyttes.</p>
<p>Resultat/ Konklusjon</p>	<p>Artikkelen konkluderer (basert på den samlede analysen av data fra intervjuobjekter og litterære kilder) med at den mest effektive utøvelsen av brukermidvirkning skjer på lokalt plan (kommunale helse- og sosialtjenester, samt lokale spesialisthelsetjenester som samhandler med hverandre og brukeren/pasienten (pluss evt. pårørende)) fordi partene har bedre kjennskap til lokale forhold og hverandre. Tett oppfølging, kontinuitet og forutsigbarhet for brukeren, dynamisk tilpasning av tjenester til endringer i pasientsituasjon, gode relasjoner mellom tjenesteytere og -mottakere, samt individualiserte behandlingsplaner ble omtalt som positive faktorer. Det å kjenne til og følge godt med på situasjon til en pasient med rus- og/eller psykiatriproblematikk (fra flere hold) bidrar til å forbedre kvaliteten på brukermidvirkning og legger til rette for å anvende den i større grad.</p> <p>Det understrekes at lokale organisatoriske forhold spiller en avgjørende rolle – det er ledelse som skal sørge for å implementere nasjonale føringer for brukermidvirkning og ha en kontrollerende/justerende funksjon for å sørge for at retningslinjer etterfølges på en korrekt og effektiv måte ut ifra et mangfold av forholdsvis unike lokale forutsetninger.</p> <p>Forfatterne mener at artikkelen deres bidrar til tjenesteutvikling på lokalt plan. Det fremgår videre i konklusjonen deres at videre forskning på brukermidvirkning bør se på erfaringer til enkeltpersoner i sammenheng med lokale organisatoriske forhold for å ikke komme til feile konklusjoner pga. et ufullstendig datagrunnlag.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Studien er vurdert som relevant fordi den grundig belyser praktisering av arbeidsprosessen/-metoden 'brukermidvirkning' i kontekst av tverrfaglig og -etatlig samhandling rundt pasienter i rus- og/eller psykiatribehandling. Brukermidvirkning er et element av problemstillingen til min avhandling. Der Fredwall (2018) bidrar med et overblikk over det som omhandler ROP-forløp «på makronivå» (nasjonal skala; ingen konkrete bestanddeler av pasientbehandling i særskilt fokus), gir denne studien en god oversikt over det som foregår på det lokale planet (kommune-individ-nivå; omhandler brukermidvirkning i kontekst av samhandling mellom involverte tjenester) og baserer seg på empirisk data samlet fra samtlige deltakere i behandling og oppfølging av pasientgruppen, inkl. pasientene selv samt deres pårørende – dette gir mer fylde til besvarelsen min. Studien er utført i Norge.</p>
<p><b>Referanse 4</b></p>	<p>Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. &amp; Måseide, P. (2015). Brukermidvirkning i psykiatriske institusjoner – praktisering av «brukermidvirkning» gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i>, 11 (2-2015). <a href="http://doi.org/10.7557/14.3710">http://doi.org/10.7557/14.3710</a></p>
<p>Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling</p>	<p>Formålet med studien var å få innsikt i hvordan brukermidvirkning ble praktisert i psykiatriske institusjoner, med fokus på ansattes anvendelse av midvirkning ift. pasienter. Forskningsarenaer var tre døgnavdelinger ved anonymiserte DPS-enheter (distriktpsikiatriske sentre) i Norge.</p>

	<p>Følgende problemstilling ble formulert:</p> <p>På hvilke måter blir pasientene involvert i utforming og gjennomføring av miljøterapeutiske aktiviteter i døgnavdelingene?</p>
Nøkkelbegrep/ Keywords	brukermedvirkning; psykisk helsearbeid; feltarbeid; miljøterapi; dilemmaer
Metode	<p>Det teoretiske rammeverket for artikkelen er – ifølge forfatterne selv – interaksjonisme/symbolsk interaksjonisme, som er en kvalitativ teoretisk tilnærming til samhandling som tar for seg interaksjoner mellom personer under konkrete aktiviteter og i spesifikke omgivelser.</p> <p>Førsteforfatteren av artikkelen har utført 200 timer med observasjoner ved 3 DPS-døgnenheter (tilbrakt ca. 1 uke ved hver DPS). Observasjoner ble foretatt ved at forfatteren deltok i de aller fleste rutiner som involverte samhandling – fellesmøter, rapporter i vaktskifter, utflukter og andre miljøterapeutiske aktiviteter m.m. – og skrev ned/tok lydopptak av samtaler og andre vesentlige observasjoner av samhandling. Det ble i tillegg gjennomført 12 individuelle og 1 gruppeintervju med fagpersoner. De individuelle intervjuene dreide seg om ansattes arbeidsoppgaver og hvorvidt omgivelser (både fysiske og psykososiale) la til rette for utøvelse av brukermedvirkning. Gruppeintervjuet ble gjennomført i etterkant av analysering av allerede innsamlet data og involverte 8 fagpersoner som fikk innsyn i data. Intervjuet handlet hovedsakelig om medvirkning ift. veldig syke pasienter, men tok for seg andre temaer relatert til innsamlet data også.</p> <p>Under analyse av data tok forskergruppen i bruk 'tematisk analyse' som teknikk – de arrangerte data etter «koder» (ofte brukte begreper fra datamaterialet) for å finne «røde tråder» som omhandlet studiens tema og problemstilling.</p> <p><i>Svakheter/begrensninger ved studiedesign:</i></p> <p>En potensiell begrensning som nevnes i teksten er at det var kun én person som sto ansvarlig for all datainnsamling. Vedkommende hadde/har relevant yrkeserfaring fra <i>lignende</i> opplegg som studien omtaler, men i andre sammenhenger og med pasienter som var i behandlingsfaser som avvirket fra behandlingsfaser til studiens informanter.</p>
Resultat/ Konklusjon	<p>Det ble identifisert tre faktorer som kjennetegnet uheldig mellommenneskelig samhandling ift. brukermedvirkning:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mangel på engasjement hos enkelte pasienter til å delta på miljøterapeutiske aktiviteter, utarbeide eller etterleve behandlingsopplegget sitt o.l.</li> <li>2. Ansatte var ofte nødt til å balansere individuelle og kollektive hensyn – ansatte hadde ikke mulighet til å konsentrere seg om hvert enkelt behandlingsopplegg isolert pga. andre pasienter i forskjellige stadier av tilfriskning og med lidelser av forskjellig alvorlighetsgrad. Derfor ble de individuelle planene ikke fullt ut implementert som tenkt (korrigert av ansatte av praktiske hensyn).</li> <li>3. Ansatte endte opp med å presse både pasienter og seg selv, da pasienter ofte ikke utviste engasjement, mens en forventning om effektivitet i fremgang og oppnåelse av behandlingsresultater hang over de ansatte.</li> </ol> <p>Brukermedvirkningens kjerne er omfordeling av makt mellom pasient og helsepersonell, altså utjevning av maktforholdet som gjør partene til likeverdige aktører. Dette forutsetter at pasienter besitter relevant helsekompetanse (eller får god opplæring og veiledning fra helsepersonell) og er engasjert i å involvere seg i utforming av, samt deltakelse i, eget behandlingsforløp. Resultatet av studien viste at pasienter ofte ikke evnet å involvere seg på egen hånd pga. helsetilstanden sin – de trengte derfor å <i>bli motivert til å være involvert</i> kontinuerlig (ikke bare for pasientenes beste, men også pga. «institusjonelle forventninger om behandlingseffektivitet»), noe som i bunn og grunn er press og opplevdes som sådan av alle parter. Dette kan ikke betegnes som ekte brukermedvirkning.</p> <p>Studien konkluderte med at brukermedvirkning kan være svært krevende å få til i enkelte deler av helsevesenet, f.eks. psykiatriske institusjoner med alvorlig syke pasienter. Dette kom ikke frem i myndighetenes dokumenter og retningslinjer (per 2015) som omhandler brukermedvirkning. Det eksisterte heller ikke en etablert «kultur» for medvirkning med et solid empirisk kunnskapsgrunnlag for hvordan man tilnærmer seg utfordringer som har begynt å dukke opp etter at pasientmedvirkning ble innført som et lovpålagt</p>

	<p>arbeidsprinsipp. Forfatterne anbefaler derfor å utføre mer forskning rettet mot brukermedvirkning i praksis, samt rette fokus (under utdanning av fagpersonell, i retningslinjer m.m.) på at slike utfordringer kan oppstå i forbindelse med praktisering av brukermedvirkning, slik at det ikke danner seg et skille mellom det som fagpersonell lærer på skole og hvordan det «egentlig fungerer» i arbeidslivet. Forfatterne uttrykker bekymring for at manglende faglig og politisk oppfølging av funn i artikkelen kan true pasientrettigheter, spesielt til de aller mest sårbare pasienter, da en ukultur av normalitet rundt uoverenstemmelser mellom teori og praksis kan etablere seg.</p>
Relevans	<p>Forskningsartikkelen presenterer en detaljert gjengivelse av samhandling mellom alvorlig psykisk syke pasienter og ansatte ved psykiatriske døgnbehandlingsavdelinger i Norge som jobber etter miljøterapeutiske prinsipper. Artikkelen har brukermedvirkning som tema og gir derfor mye nyttig informasjon om potensielle utfordringer knyttet til den, som kommer til overflaten i visse kontekster. En del ROP-pasienter er alvorlig psykisk syke og kan bli innlagt på døgnenheter lik de som er beskrevet i artikkelen, spesielt hvis rusproblemet definitivt er en sekundær faktor som ikke krever akutt adressering. Miljøterapi og individuell tilnærming til behandling blir også mye omtalt i teksten – disse konsepter inngår i omfanget av studien min.</p>
<b>Referanse 5</b>	<p>Melby, L., Ådnanes, M. &amp; Kasteng, F. (2017). <i>Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i> (SINTEF-rapport nr. A28053). SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse. <a href="http://hdl.handle.net/11250/2436189">http://hdl.handle.net/11250/2436189</a></p>
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	<p>Studiens mål er å avdekke sykepleiernes funksjoner i og kontribusjon til TSB og PHV. Forfatterne formulerte følgende problemstillinger:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB?</li> <li>2. Hvilke behov for sykepleiefaglig kompetanse hos pasienter i psykisk helsevern og TSB opplever sykepleiere i disse tjenestene at de dekker, herunder psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov?</li> <li>3. Hva er behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB, og i hvilken grad dekkes dette behovet?</li> </ol>
Nøkkelbegrep/ Keywords	<p>sykepleiere; psykisk helsevern; rusbehandling; arbeidsoppgaver; pasientbehov; kompetansebehov</p>
Metode	<p>Det er en <i>oversiktsstudie</i> (oppsummert forskning) som ble utført av <i>SINTEF</i> (Selskapet for industriell og teknisk forskning) på oppdrag fra <i>NSF</i> (Norsk Sykepleierforbund). Studien støtter seg på (stort sett) kvalitativ data, men benytter også kvantitativ metode for innhenting av informasjon (datakilde 2 - nettbasert spørreskjema). Jeg har derfor konkludert med at denne studien har en <i>kombinert metode</i> (mixed method).</p> <p>Under eksplorerende forstudie (datakilde 1) ble det gjennomført tre fokusgruppeintervjuer med 38 sykepleiere fra alle helseregioner i Norge – 10 deltok i det første gruppeintervjuet, 13 i det andre og 15 i det tredje. Sykepleierne var ansatt i enten TSB eller PHV og ble rekruttert for å delta i studien av oppdragsgiveren (NSF).</p> <p>Intervjuene ble utført vha. en på forhånd laget intervjuguide som dekket de sentrale elementer av forskergruppens problemstillinger. I tillegg hadde intervjuobjektene frihet til å snakke om det som de selv mente var viktig. Forfatterne noterte at ikke alle fikk komme til orde under gruppeintervjuene, men det kom også frem en del relevante opplysninger i dialog mellom deltakere i gruppene underveis</p> <p>Datakilde nr. 2 var en Internett-basert spørreundersøkelse som besto av spørsmål utviklet av SINTEF ut ifra opplysninger fra fokusgruppeintervjuene og anbefalinger fra NSFs referansegruppe som var satt sammen av to sykepleiere med ekspertise fra de aktuelle fagfeltene, samt tre sykepleiere fra NSF med relevante faglige bakgrunn.</p> <p>Undersøkelsen ble sendt ut til 5501 NSF-registrerte sykepleiere som jobbet med voksne pasienter i enten TSB eller PHV. 1918 (35 %) svarte på undersøkelsen. 79 % av respondenter jobbet innen PHV. De fleste av de 1918 sykepleiere var kvinner som var mellom 40 og 60 år gamle.</p> <p>Innsamlet data ble analysert vha. logistisk regresjon (en analysemetode som går ut på å stille et binært (ja/nei o.l.) spørsmål til datamaterialet for å finne – eksempelvis – likheter)</p>

	<p>for å sammenligne TSB og PHV ift. konkrete arbeidsoppgaver – er måten de utføres på og behov for dem ulik ved forskjellige arbeidssteder og mellom TSB og PHV?</p> <p>I tillegg ble <i>Wilcoxon rank-sum test</i> brukt – en analysemetode som benyttes når datamaterialet ikke oppfyller krav til normalfordeling og som gir et resultat i form av en p-verdi som synliggjør størrelsen på forskjellen i medianverdiene mellom to datasett – for å vurdere hvorvidt det rapporterte behovet for å lære mer om enkelte yrkesrelevante emner var forskjellig mellom PHV- og TSB-ansatte.</p> <p><i>Svakheter/begrensninger ved studiedesign:</i></p> <p>Studien ble gjennomført med mye involvering fra NSF – organisasjonen bestilte prosjektet i utgangspunktet, rekrutterte alle deltakere for gruppeintervjuene og brukte egne medlemslister for å velge ut hvem spørreskjema skulle sendes til. Det er forståelig at dette ble gjort for å forenkle prosessen mtp. at NSF besitter effektive verktøy for å finne informanter, men dette preger helhetsinntrykket av forskningsartikkelen negativt.</p>
<p>Resultat/ Konklusjon</p>	<p>Studien viste at sykepleierne utfører mange ulike oppgaver i TSB og PHV som faller inn under både generelle sykepleieoppgaver og oppgaver som er spesifikke for arbeidsfeltene.</p> <p>Informanter oppga at helsepersonell (altså informantene selv) bør bli flinkere på å involvere pasienter (og pårørende hvis pasienter sier seg enig i det) i deres behandling.</p> <p>Temaer 'seksualitet' og 'religion og livssyn' fikk for lite oppmerksomhet pga. en viss form for tabu og en oppfatning om at dette er lite relevant for behandlingen. Seksualitet kan føles pinlig å snakke om. Sykepleierne kan tenke at noen pasienter kan oppleve det som krenkende at disse emner tas opp.</p> <p>Sykepleierne som deltok i studien ga uttrykk for at den fysiske helsen til pasienter bør bli mer prioritert innen TSB og PHV. Viktigheten av det ligger i at fysisk og psykisk helse henger sammen og har gjensidig påvirkning på hverandre, og fordi en del pasienter i rus- og psykiatribehandling er lite opptatt av eller mangler overskudd til å ivareta egen hygiene, oppsøke helsetjenester ved sykdom o.l.</p> <p>Sykepleierne informerte forskerne om et ønske om mer faglig veiledning og kompetanseheving, særlig innen moderne teknologi for behandling og oppfølging, utøvelse av sykepleie til mennesker med minoritetsbakgrunn og behandlingsmetoder som kan anvendes fremfor legemidler der situasjonen tillater det.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Jeg valgte å ha denne studien med i datagrunnlaget fordi den omtaler og beskriver mye av det som jeg er ute etter å utforske, nemlig – sykepleiernes roller og arbeidsoppgaver i TSB og PHV (som begge er tjenester som ROP-pasienter benytter), diverse utfordringer knyttet til sykepleieutøvelse på disse arbeidsarenaer, samt kompetanse og ferdigheter som behøves for å yte god sykepleie. Studien er utført i Norge.</p>
<p><b>Referanse 6</b></p>	<p>Melby, L., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M. &amp; Kalseth, J. (2021). Oppfølgingsteam som sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov. <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>, 7 (2-2021). <a href="https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-06">https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-06</a></p>
<p>Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling</p>	<p>Formålet med forskningen var å få innsikt i hvordan tverrfaglige oppfølgingsteam kan bidra til å skape et uavbrutt og integrert oppfølgings- og behandlingstilbud for personer med omfattende (helse-)utfordringer. Det at oppfølging eller behandling er <i>integrert</i> betyr at representanter fra forskjellige fagfelt jobber rundt samme pasient/bruker under et felles rammeverk for å ta tak i så mange av brukerens vansker samtidig som mulig.</p> <p>Dette er ikke et opplegg som er spesialtilpasset en spesifikk helsetilstand eller pasientmålgruppe, men kan anvendes ift. flere ulike brukere med forskjellige, men alvorlige og sammensatte problemstillinger. Brukermedvirkning var et av de sentrale konsepter ved oppfølgingsteam som studien fokuserte på.</p> <p>Forskningsspørsmålet som forfatterne stiller (med oppfølgingsteam i tankene) er:</p> <p>Hvordan skal helse-, omsorgs- og velferdstjenestene best følge opp personer med store og sammensatte hjelpebehov?</p>
<p>Nøkkelbegrep/ Keywords</p>	<p>samhandling; koordinering; pasienter; brukere; tverrfaglig; diagnoseuavhengig</p>

<p>Metode</p>	<p>Studien er en del av et pilotprosjekt som ble lansert av Helsedirektoratet i 2018 med et formål om å følge opp Meld. St. 26 (2014-2015) – «Fremtidens primærhelsetjenesten». Seks kommuner deltok i pilotprosjektet. Studien er å betegne som en <i>følgeevaluering</i> – dvs. at innsamling av data for å vurdere prosjektets virke foregikk over en lengre tidsperiode; innhenting av ny data skjedde flere ganger gjennom perioden for å følge med på utviklingen over tid.</p> <p>Det ble foretatt 45 semistrukturerte fokusgruppeintervjuer av 160 ansatte i pilotkommunene. Hver gruppeintervju besto av 3-8 deltakere – både kommunale ledere og ansatte uten lederstillinger. Intervjuene ble gjennomført vha. en intervjuguide med et bredt omfang av emner forankret i <i>nasjonal veileder for oppfølgingsteam</i> – «Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov» (2018) – utviklet av Helsedirektoratet. Spørsmål omhandlet ansattes egne forestillinger om og forventninger til hva tverrfaglige oppfølgingsteam er, samt hvordan de bør implementeres og fungere i praksis – studien har et kvalitativt design.</p> <p>Intervjufasen besto av to runder. Den første ble gjennomført digitalt kort tid før oppstart av pilotprosjektet. 19 medlemmer av prosjektgruppene i hver av de seks deltakerkommunene ble intervjuet for å danne et overblikk over lokale situasjoner før prosjektets oppstart. Forskerne lurte også på hvilke forventninger deltakere hadde til pilotprosjektet.</p> <p>Under intervjurunde nr. 2 dro forskergruppen ut til alle pilotkommuner selv og tilbrakte 2 dager i hver for å gjennomføre et større antall intervjuer med <u>kommunale ansatte</u> som tilhørte flere forskjellige yrkesgrupper (ikke bare helsepersonell). Det store mangfoldet av fagpersoner skyldes et stort spekter av pasient-/brukermålgroper som prosjektet omfattet – alle pasienter/brukere som hadde store og sammensatte utfordringer som krevde tett og helhetlig oppfølging fra flere hold.</p> <p>Helsedirektoratets <i>prosessveilederen</i> (en person som hjalp kommunene med oppstart av pilotprosjektet) har også blitt brukt som informant (i tillegg til de ovennevnte 45 intervjuer). Skriftlige statusrapporter som deltakerkommunene har oversendt til Helsedirektoratet gjennom prosjektets løp ble gjennomgått av forskergruppen og brukt som en ekstra informasjonskilde.</p> <p>Under analysedelen av studien definerte forskerne åtte hovedtemaer som stemte godt overens med punktene i intervjuguiden som ble brukt under innsamling av data. Etter en gjennomgang av intervjutranskripsjoner ble ytterligere åtte undertemaer identifisert av forskerne.</p> <p><i>Svakheter/begrensninger ved studiedesign:</i></p> <p>Forfatterne nevner at denne artikkelen baserer seg på intervjuer fra en tidlig fase av pilotprosjektet (vår/høst 2019) da det fantes få oppfølgingsteam som opererte i full drift i Norge. Dermed kan det hende at forskningsresultatene ikke helt stemmer overens med virkeligheten.</p>
<p>Resultat/ Konklusjon</p>	<p>Forskerne konkluderte med at konseptet 'oppfølgingsteam' har potensialet til å skape bedre sammenheng i behandlingsforløp for personer med store og sammensatte behov, men fordi pilotprosjektet var i oppstartfasen ved tidspunktet da data ble innsamlet vha. intervjuer, kan det ikke sies at artikkelens funn gir et fullt bilde av ansattes opplevelser rundt konseptet. Forskningsprosjektet var ikke over da artikkelen ble publisert (2021).</p> <p>Følgende områder har vist seg å være utfordrende i starten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle deltakerkommuner har opplevd vansker med rekruttering av erfarne koordinatore. Koordinator har en av de viktigste roller i oppfølgingsteamet – han/hun er tettest innpå brukeren ved å være brukerens kontaktperson og et samordnende punkt for de forskjellige tjenestene brukeren mottar fra flere fagfelt. Koordinator skal kjenne både brukeren (som pasient og som en unik person) og behandlings- og oppfølgingsplanen godt, samtidig må en koordinator ha klare rammer og tilgjengelige ressurser for å gjøre jobben sin.</li> <li>2. Mange av informantene oppga at et etablert og tydelig system for tidlig oppdagelse og iverksettelse av persontilpasset oppfølging for personer med store og sammensatte behov mangler. Det ble påpekt som særlig viktig å ha et definert rammeverk for hvordan man ivaretar unge mennesker (og de som er i overgang fra ung til voksen) med slike behov. Det er lettere å korrigere «kurset» til en person mens han/hun fortsatt er relativt «formbar» – da kan det hende at tidlig og strukturert tverrfaglig intervensjon kan</li> </ol>

	<p>forhindre forverring eller til og med vende livet til den unge brukeren i en positiv retning.</p> <p>3. Implementering av en felles metode for kartlegging av brukernes behov (for å standardisere og kvalitetssikre denne prosessen på tvers av prosjektets deltakerkommuner) viste seg å være krevende da tre av seks deltakerkommuner har meldt om vansker eller avvik ift. implementeringen i statusrapporter til Helsedirektoratet.</p> <p>Metoden/skjemaet heter <i>Patient Specific Function Scale</i> (PSFS) og ble innført også for å øke graden av brukermedvirkning blant brukere med store og sammensatte behov.</p> <p>Den ene kommunen fikk vansker med å etablere gode rutiner for bruk av PSFS. Kommune nr. 2 brukte flere varianter av kartleggingsverktøyet. Ansatte i oppfølgingsteam i den tredje kommunen etterlyste forankring av PSFS hos kommunaldirektør før verktøyet tas i bruk av ansatte som befinner seg lenger nede på rangstigen.</p> <p>4. Norske kommuner er vant til å fokusere på hver enkel ressurskrevende pasientmålgruppe hver for seg. Konseptet 'oppfølgingsteam' forlanger et nytt perspektiv på oppfølging. Dette har vist seg å være utfordrende å få til pga. manglende «generisk tankegang» i kommunene. Det var vanskelig å gå over fra en tilnærming som er kjent til en som var ny og føltes diffus. Alle aktuelle aktører bør ha kunnskap om den nye arbeidsmåten, men det viste seg krevende å få spredt kunnskapen.</p> <p>Oppfølgingsteam skal organiseres som små og dynamiske – dvs. at de skal kun involvere fagpersoner som det er mest bruk for, samt at utskiftninger i teamet skal skje i tråd med skiftende behov hos brukeren.</p> <p>Et vesentlig punkt (som ikke faller under kategori 'utfordringer') som ble påpekt av en av informantene i studien var at liten størrelse på oppfølgingsteam gir brukeren «større stemme» og dermed øker graden av brukermedvirkning.</p>
Relevans	<p>Artikkelen er skrevet og publisert i Norge. Dens tema er direkte relatert til problemstillingen i min avhandling fordi mennesker med ROP-lidelser ofte er «pasienter/brukere med store og sammensatte behov» som gjerne behøver tverrfaglig, helhetlig og tett oppfølging. Teksten belyser utfordringer som kan oppstå ifbm. oppsett og koordinering av dette oppfølgings- og behandlingsopplegget.</p> <p>Konseptet 'brukermedvirkning' er en viktig del av forskningsspørsmålet mitt og denne artikkelen gir nyttig informasjon om brukermedvirkning i en særdeles relevant kontekst.</p>
<b>Referanse 7</b>	<p>Waage, M. S. &amp; Thorkildsen, K. M. (2022). Betydningen av helsepersonells kjærlighet og mangel på kjærlighet i rusbehandling. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i>, 18 (2-2022). <a href="https://doi.org/10.7557/14.5752">https://doi.org/10.7557/14.5752</a></p>
Studiens hensikt/mål og evt. problemstilling	<p>Hensikten med studien var å utforske sammenhengen mellom kjærlighet (<i>her: omsorg forankret i forståelse og ekte engasjement i pasientsituasjon; barmhjertighet</i>) som helsepersonell uttrykker ift. pasienter i rusbehandling og dens innvirkning på nevnte pasienter. Tilstedeværelse eller mangel på kjærlighet fra helsepersonell i sammenheng med pasienter med ruslidelser har ikke blitt studert noe særlig før nå, derfor forsøkte forfatterne å belyse dette området i sin studie.</p> <p>Forskningsspørsmålet handlet om å «...få en dypere forståelse for pasienter i rusbehandling sine opplevelser av hvordan helsepersonell sin kjærlighet og deres mangel på kjærlighet kan komme til uttrykk, og videre, hva disse opplevelsene kan medføre».</p>
Nøkkelbegrep/ Keywords	<p>kjærlighet; ruslidelse; omsorg; forståelse; ekthet; likeverd</p>
Metode	<p>Datainnsamlingen skjedde via kvalitative dybdeintervjuer/semistrukturerte individuelle intervjuer vha. en på forhånd utarbeidet intervjuguide som besto av åpne spørsmål som var relevante til studiens problemstilling. Hvert intervju varte i ca. 1 time og ble tatt opp på lydopptak. Intervjuobjektene var 4 menn som alle har hatt et problematisk forhold til rus i minst 5 år og som ved intervjuets tidspunkt har vært rusfrie i minst 3 måneder, samt fortsatt var i behandling ved ett av to behandlingssteder i regi av TSB.</p> <p>For dataanalyse benyttet forfatterne den fenomenologiske (dvs. at den undersøker den umiddelbare opplevelsen av et fenomen hos et subjekt) hermeneutiske (som betyr at den har med forståelse og tolkning av tekster å gjøre) analysemetoden til Lindseth og Norberg som består av tre deler:</p>

	<p>1. Det ble produsert en tekst som i grove trekk beskrev helheten av data som har blitt innsamlet (<i>naiv lesing-stadiet</i>).</p> <p>2. Forfatterne skrev ætter en tekst som konkretiserte hoved- og undertemaer, samt systematiserte dem for å forenkle videre analyse (<i>strukturell analyse-stadiet</i>).</p> <p>3. Materialet i datagrunnlaget (lydopptak, transkripsjoner) og de to ovennevnte tekstene ble på nytt gjennomgått av forfatterne og tolket i lys av egen forståelse og tidligere forskning (<i>omfattende forståelse-stadiet</i>).</p> <p><i>Svakheter/begrensninger ved studiedesign:</i></p> <p>Antall deltakere og institusjoner de representerte er for liten til å gi tilstrekkelig dekning av problemstillingen og trekke konklusjoner som kan anvendes mer utstrakt.</p>
<p>Resultat/ Konklusjon</p>	<p>Artikkelen konkluderer med at kjærlighet (slik forfatterne bruker begrepet i sin studie) fra helsepersonell er et av de viktigste elementer ved god omsorg til pasienter med rusproblemer. Personer med ruslidelser bærer ofte på negative (samt traumatiske) erfaringer knyttet til forskjellige former for sanksjoner fra helsepersonell, storsamfunnet og nærmiljøet pga. deres rusbruk. Mange kan også ha psykiske traumer og lidelser i bunn som rusbruken dekker over.</p> <p>Det er viktig for mennesker med ruslidelser å oppleve at noen endelig klarer å forstå deres situasjon og smerte, og likevel klarer å stå i det, behandle dem som likeverdige mennesker som fortjener respekt og kjærlighet, samt yte tydelig og stabil omsorg til dem. Pleierne bør også klare å se og styrke det som bidrar til å gjenoppbygge pasientenes følelse av egenverd og kjærlighet overfor seg selv.</p> <p>Helsepersonell bør opptre mest mulig som seg selv i møte med pasienter – det forutsetter et bevisst forhold til egne holdninger overfor pasientgruppen. Falskhet kan fort bli oppdaget fordi mange «ruspasienter» er ekstra følsomme for sosiale signaler (også ubevisste) som ethvert menneske sender ut.</p> <p>Opplevelse av kjærlighet øker sannsynligheten for at pasienter gjenoppretter grunnleggende følelser av selvtillit og håp – dette kan fungere som en drivkraft bak bedring ift. ruslidelser, men også ift. det generelle funksjonsnivået i samfunnet og livskvaliteten til pasienter. Toleranse for motgang og evnen til å takle den kan samtidig bli styrket.</p> <p>Kjærlighet i kontekst av rusbehandling bør bli mer vektlagt og helsepersonell anbefales å bli mer oppmerksomme på den betydningsfulle rollen barmhjertig omsorg har.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Forskningsartikkelen er relevant for temaet jeg har valgt å belyse da den også handler om, blant annet, viktighet av gode mellommenneskelige relasjoner mellom pleier og pasient, samt hvordan kvaliteten av slike relasjoner har stor betydning for effektiviteten av omsorg og helsefremmende tiltak som ytes av pleierne.</p> <p>Ektheten/autentisiteten av den type relasjoner er også en sentral del av Joyce Travelbee sin sykepleieteori – denne artikkelens resultater stemmer godt overens med hennes tenkning rundt sykepleie, menneske-til-menneske-forhold, empatisk innlevelse i pasientens lidelse for å forstå hans/hennes behov bedre og individtilpasse behandlingen deretter. Det å veve sammen Travelbee og deler av innholdet i denne artikkelen er derfor min plan videre.</p> <p>Studien omhandler en pasientgruppe og en kontekst som har direkte kobling til ROP-problematikk. ROP-pasienter er også en vesentlig del av brukermassen til TSB. Studien er utført i Norge.</p>



## 3.2 Presentasjon av temaområder

Relevante funn som er felles for artiklene i mitt utvalg presenteres i dette underkapittelet. Hoved- og undertemaer som tidligere ble identifisert og ført opp i *tabell 2* blir brukt som hhv. punkttitler og undertitler (merket med denne formateringen).

### 3.2.1 Brukermedvirkning og ROP

#### Utfordringer rundt brukermedvirkning i forbindelse med ROP-lidelser

Mange personer med ROP-lidelser har et mangfold av problemer av ulik art og det er ikke uvanlig at disse er svært alvorlige og sammensatte (pkt. 1.3). Det kan derfor være ekstra vanskelig å ivareta retten til brukermedvirkning i pasientgruppen – Mathisen et al. (2015) observerte at alvorlig psykisk syke pasienter som var innlagt i psykiatriske institusjoner kan ha store vansker med engasjement/motivasjon, både generelt (t.o.m. manglende vilje til å leve) og når det kommer til deltakelse i behandlingsforløpet. Dette resulterte i en form for press fra ansattes side med hensikt om å aktivisere pasienter og utføre nødvendig behandling – det presset, som i utgangspunktet stammet fra institusjonenes innstilling på å få til god pasientflyt, i kombinasjon med liten engasjement fra pasienters side resulterte i nærmest full fravær av brukermedvirkning.

Et ustabil ønske om fortsatt deltakelse i behandling forekommer også under andre omstendigheter enn institusjonell innleggelse og kan føre til fullstendig frafall fra behandling. Fredwall (2018) skrev at en del brukere klarer ikke å forholde seg til tilgjengelige tjenester pga. mangel på bolig og andre grunnleggende behov som ikke blir dekket. Huby et al. (2018) fremhever at utsatte brukere bør motta en kontinuerlig, helhetlig, individtilpasset og tverrfaglig oppfølging av et team som er tett innpå brukeren for å, blant annet, forhindre frafall og gi behandling av god kvalitet som også legger til rette for brukermedvirkning. Eksempler på slike teams blir omtalt under punkt 1.3 (ACT- og FACT-team). Melby et al. (2021) beskrev i sin studie startfasen av pilotprosjektet med oppfølgingsteam som ble lansert fordi andre (spesialiserte) teamkonsepter opplevde vansker med samordning.

#### Hvordan skaper man gode vilkår for medvirkning i pasientgruppen?

Ifølge Huby et al. (2018) kan brukermedvirkning som samstemmer med helsepolitiske føringer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016) best utøves på lokalt plan der alle involverte parter har et godt kjennskap til brukeren og vedkommendes situasjon, samt er i stand til å dynamisk tilpasse tjenestetilbudet i takt med forandringer i behov. Det kjennskapet, samt gode/genuine relasjonelle bånd mellom bruker og fagpersonell i teamet som jobber tettest innpå ham/henne, har vist seg å bidra til bedre kvalitet i utøvelse av medvirkning/større grad av involvering av brukeren. Melby et al. (2021) siterte en av sine informanter (en oppfølgingsteamkoordinator) som ga uttrykk for at team som følger opp pasienter med store og sammensatte behov pga. mindre antall

medlemmer (3-4 personer) og dynamisk tilpasning til brukerens behov direkte og indirekte tilrettelegger for en økt grad av medvirkning som brukerne får utøve ift. egen behandling og oppfølging (s. 80):

*...Og så plukker en inn tjeneste etter behov i perioder og jobber litt mer strukturert i oppfølgingsteamet – som det heter nå, da – enn hva en gjorde tidligere. Og det er og mer av brukermedvirkning i forhold til at en ikke sitter der alene med hodet fullt av folk og ser på deg, at de har en større stemme selv (koordinator, kommune).*

Melby et al. (2017) nevner at sykepleierinformantene selv mente at pasienter og pårørende fikk for lite plass i beslutningstakingsprosessen. Det at flertallet av informanter mente at rus- og psykiatrispasienter behøver i større grad å bli involvert i tilpasning av eget behandlingsopplegg stemmer overens med opplysninger i Meld. St. 11 (2015-2016) «Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019» som forfatterne henviser til.

Huby et al. (2018) mener at det bør rettes mer helsepolitisk satsing mot promotering av bruker- og pårørendeinvolvering i utvikling av lokale helse- og sosialtjenester. Forskergruppen anbefaler også å etablere robuste systemer som vil gjøre det enklere å ivareta kontinuitet og god samhandling vha. mellommenneskelige relasjoner – mellom ansatte i tjenestene på den ene siden og pasient med evt. pårørende på den andre.

I Melby et al. (2021) fremgår det at under oppstart av pilotprosjektet «Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam» viste det seg at brukermedvirkning ble praktisert i for liten grad ift. pasienter med store og sammensatte behov, noe som var en av årsakene til innføring av *Patient Specific Function Scale* (PSFS) – under kartlegging vha. skjemaet får helsepersonell innsikt i hva som er viktig for den konkrete brukeren og kan innfri brukerens ønsker og dermed øke hans/hennes grad av medvirkning. PSFS standardiserer måten behov til personer med sammensatte utfordringer kartlegges. Før oppstart av pilotprosjektet hadde deltakerkommuner nokså forskjellige rutiner for identifisering, kartlegging og oppfølging av brukergruppen – det kan dermed være fornuftig å implementere et felles rammeverk for alle norske kommuner slik at det sikres tilnærmet lik kvalitet på tidlig kartlegging av brukernes behov og tilpasning av tjenester i tråd med landets lovverk (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

Waage & Thorkildsen (2022) omtaler en tilnærming som pasienter i aktiv rusbehandling selv mente var gunstig for deres forløp – pasienter behøver ofte hjelp til å finne egne tilpasnings- og håndteringsstrategier for lidelsene sine, men en grunnleggende formodning er at selve tilfriskningsprosessen skjer i et tempo som pasienten selv finner passende. Dette er en form for brukermedvirkning som kan gjøre pasienter mer vant til å ta ansvaret for seg selv og egne liv. Dersom helsepersonell presser pasienter gjennom behandlingsforløpet, vil det høyst sannsynlig oppleves som nedverdiggende og føre til dårligere behandlingsresultater, krenket selvfølelse hos pasienten og fraværende brukermedvirkning, som tross alt er en lovfestet rett som alle brukere/pasienter har.

### 3.2.2 Viktighet av gode pleier-pasient-relasjoner

Fredwall (2018) konkluderte med at gode og vedvarende relasjoner mellom en bruker med ROP-lidelse og behandlende personell har terapeutisk funksjon og gir bedre respons på behandlingstiltak – det bør derfor være et fast team rundt brukeren, utskifting av

kontaktpersoner kan gi negativ innvirkning på pasientens bedrings- eller stabiliseringsprosess.

Pleier-pasient-relasjon av god mellommenneskelig og terapeutisk kvalitet ble utpekt av Granamo & Knutstad (2021) som en av sentrale positive faktorer for progresjon i behandling av rusproblemer i kontekst av TSB. Waage & Thorkildsen (2022) omtaler kjærlighet (barmhjertighet) fra helsepersonell utvist via holdninger og aktive handlinger som en viktig bærebjelke for god omsorg til pasienter i rusbehandling. Det er spesielt viktig for denne gruppen å bli møtt på et vis som signaliserer empatisk forståelse for deres lidelse. Avvisning, mistenkeliggjøring, det å bli sett ned på o.l. er fenomener som personer med rusmiddellidelser med høy sannsynlighet kan ha opplevd tidligere. Sitatet fra en pasient som fikk erfare varmen fra en god mellommenneskelig relasjon ila. sitt behandlingsopphold demonstrerer denne grunninnstillingen (s. 5):

*For meg er det problemet at jeg kan sitte og lure på om jeg fortjener å ha det slik. Det har skapt så mye problemer for meg; "Fortjener jeg å ha det godt?" Fordi jeg har opplevd så mye dritt, og jeg har gjort så mye dritt.*

Engasjement og et ønske om å hjelpe pasienten i bedringsprosessen skal være ektefølt. Omsorgen må oppleves naturlig av den som mottar den, ellers kan det hele oppleves som et svik av pasienten. Kjærlighet og individuelt tilpasset støtte øker sannsynligheten for at pasienter vil kunne gjenopprette troen på seg selv. Kjærlighet kan ha terapeutisk effekt og føre til bedret funksjonsnivå, større toleranse for motgang og økt livskvalitet hos pasienter med rusproblemer.

En god relasjon er også et element ved oppfølging og behandling av rus- og psykiatri-pasienter som legger til rette for større utøvelse av brukermedvirkning (Huby et al., 2018). Godt kjennskap til behandlingsplan, ansvarsfordeling i et team og til brukeren som både pasient og et medmenneske gjør at kontaktpersoner rundt en ROP-pasient er i stand til å effektivt samordne forskjellige tjenester som brukeren benytter (Melby et al., 2021).

### 3.2.3 Sykepleiernes arbeidsoppgaver

#### Somatikk og tverrfaglig samarbeid

I Granamo & Knutstad (2021) oppga informantene at det er sykepleiernes somatiske kompetanse, samt evnen til å delta i tverrfaglig samarbeid som ble sett på som viktigste bidrag til TSB. Melby et al. (2017) formidler at sykepleiere innen TSB og PHV utførte mange forskjellige arbeidsoppgaver – fysiske og psykiske observasjoner og kartlegginger, ivaretagelse av grunnleggende behov, anvendelse av ikke-medikamentelle behandlingsmetoder og administrering av legemidler, dokumentasjon m.fl. Sykepleierne tar mange ansvarsfulle beslutninger og må ofte foreta nøye vurderinger i samarbeid med andre yrkesgrupper. Flere av intervjuobjektene i studien til Melby et al. (2017) oppga at pasientenes fysiske helse bør, etter deres mening, bli høyere prioritert i TSB og PHV.

## Relasjonskompetanse og miljøterapi

I Granamo & Knutstad (2021) fremgår det at miljøterapeutisk arbeid er en vesentlig del av arbeidshverdagen til sykepleiere i TSB, men også det ble fremstilt som en av mulighetene til å utføre somatiske og psykiske observasjoner av pasienter.

Den somatiske og den miljøterapeutiske delen av jobben kan gå på bekostning av hverandre. Samtidig er det uklart hvordan sykepleiere skal kunne fokusere på kun én av dem. Sykepleiernes yrkeskompetanse – til tross for å lene mot somatikk – dekker også psykisk helsearbeid, tilpasset kommunikasjon, relasjonsbygging, det å klare å se helheten i mennesker, kartlegge og ivareta deres grunnleggende behov m.m. (Granamo & Knutstad, 2021). Waage & Thorkildsen (2022) vektlegger relasjons- og kommunikasjonskompetanse som verktøy for helsefremming ift. pasienter med rusmiddellidelser, basert på pasienters egne tilbakemeldinger (*datautvalget mitt har **to perspektiver** – sykepleier/ansatt og bruker/pasient*). Dette bekreftes i Melby et al. (2017) med et sitat fra en sykepleierinformant (s. 32):

*Den jobben vi gjør, det er jo egentlig å bygge relasjoner. Vi har veldig mye fokus på relasjoner og å være tilstede. Lytte. Gi tilbakemeldinger i en hverdag som skal gjøre at de skal kunne bruke det til noe selv. Gi de håp om at de kan komme et annet sted enn der hvor de er nå da.*

## 4 Diskusjon

I følgende kapittel blir funn gjort under dataanalyse relatert til studiens problemstilling i et forsøk på å besvare den.

### 4.1 Resultatdiskusjon

Mellommenneskelige relasjoner er kjernen av sykepleiernes yrkesutøvelse, ifølge Joyce Travelbee (1971, som referert i Kristoffersen, 2017, s. 29). Ekte sykepleie – hjelp til å mestre livsutfordringer, samt finne mening og håp i lidelse (Travelbee, 1971, som referert i Kristoffersen, 2017, s. 30) – kan ikke praktiseres uten at et ekte menneske-til-menneske-forhold er tilstede mellom pleier og pasient/bruker. Etablering av det forholdet er en gradvis prosess som krever at skillevegen profesjonsutøver-tjenestemottaker uteblir for å skape rom for en relasjon der sykepleier oppnår dyp empatisk forståelse av pasientens lidelse, samt lærer å kjenne ham/henne som person (Travelbee, 1971, som referert i Kristoffersen, 2017, s. 32-33).

Nasjonal faglig retningslinje ROP (Helsedirektoratet, 2022) bekrefter at en terapeutisk pleier-pasient-relasjon er en av de overordnede faktorer i et samordnet, tverrfaglig, pasienttilpasset behandlingsopplegg av god kvalitet som er nødvendig for mange i pasientmålgruppen (pkt. 7.2). Travelbees tenkning underbygges videre i dokumentet – empati, autensitet/ekthet i relasjonen og «ubetinget positiv oppmerksomhet» er omtalt som egenskaper ved behandling som påvirker behandlingsresultatet positivt. Det påpekes dessuten at behandling av noen ROP-pasienter kan være utfordrende ift. balansering mellom varm omsorg på den ene siden, og motivering til endring samt grensesetting på den andre (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 7.2).

Analyse av resultatene i datautvalget tydeliggjør viktigheten av gode pleier-pasient-relasjoner ytterligere og gir innblikk i hvordan ulike bestanddeler av forskjellige behandlingsopplegg for personer med ROP-lidelser blir påvirket av denne faktoren. Fredwall (2018), Granamo & Knutstad (2021), Waage & Thorkildsen (2022), Huby et al. (2018) og Melby et al. (2021) er alle enige i at relasjon spiller en sentral rolle i behandling og oppfølging av ROP- rus- og psykiatripasienter (pkt. 3.2.2).

Grad av medvirkning som brukere/pasienter i de ovennevnte kategoriene har utøvd i forhold til egne behandlingsforløp har vist seg å være lav. For bedre individtilpasset omsorg og samtidig ivaretagelse av brukernes lovfestede rettigheter er det viktig å rette fokus mot å legge til rette for brukermedvirkning ift. ROP-pasienter. Økt aktiv deltakelse og personlig engasjement fra brukerens side i planlegging av egen behandling øker sjansen for vellykket gjennomføring – han/hun vil med større sannsynlighet føle eierskap til eget forløp, erfare at ens ønsker og behov blir ivaretatt og respektert, mens egenverd og selvbestemmelse ikke krenkes (Melby et al., 2021, s. 78; Fredwall, 2018, s. 40).

Brukerinformanter fra rusbehandlingsinstitusjoner understreket viktigheten av å kunne bestemme over fremgangstakten. Pasienten skal ikke føle seg presset av helsepersonell til å framskynde forløpet utover pasientens kapasitet. Press kan oppleves ydmykende og

umyndiggjørende, samt strider med brukermedvirkningens prinsipper (Waage & Thorkildsen, 2022, s. 10; pkt. 1.3).

Huby et al. (2018) informerer om at noen ROP-pasienter kan presentere krevende etiske dilemmaer for helsepersonell når det kommer til brukernes rett til selvbestemmelse og medvirkning – enkelte brukere nekter å motta viktige tjenester eller faller uventet ut av behandlingsforløpet pga., bl.a., faktorer som følger med livsstilen (s. 303). Enkelte pasienter og pårørende mente at en del av skylden for brukernes avbrudd av behandlingen var fragmenterte tjenester som ikke var godt nok samordnet og som overlot mye av ansvaret til brukeren og eventuelle pårørende (Huby et al., 2018, s. 303-304). Mathisen et al. (2015) trekker frem vansker med personlig engasjement fra pasientenes side som en av årsakene til problemer ifbm. utøvelse av ekte brukermedvirkning til alvorlig psykisk syke pasienter (pkt. 3.2.1).

## 4.2 Metodediskusjon og Konklusjon

Litteraturstudien min baserer seg på kvalitativ vitenskapelig data som tar for seg forskjellige aspekter ved sykepleie til ROP-, psykiatri- og ruspasienter. Formålet med studien er å undersøke sykepleie til ROP-pasienter med fokus på det som angår pleier-pasient-relasjon som et middel for tilrettelegging for brukermedvirkning. Av den grunn dreide litteratursøket mitt om to hovedområder:

1. Identifisering av sykepleierens funksjoner ift. ROP-pasienter i forskjellige aktuelle kontekster (TSB, PHV, KHT). Arbeidsoppgaver som tar i bruk sykepleierens relasjonskompetanse ble særlig vektlagt.
2. Behandlingsalternativer for voksne ROP-pasienter og eventuelle utfordringer med brukermedvirkning knyttet til disse.

Svakheter ved studiedesignet mitt er bruk av utelukkende norske forskningsartikler i datagrunnlaget (et nasjonalt perspektiv), samt studiens overdrevne tillit til Joyce Travelbee som den eneste sykepleieteoretikeren den bygger på.

Dette er en forenklet versjon av en systematisk oversiktsstudie utført av én person i løp av måneder. Noen av forskningsartiklene i datautvalget har betydelige svakheter i studiedesign (pkt. 3.1, tabell 3).

Sykepleiere jobber på flere arbeidsplasser hvor ROP-pasienter mottar helsehjelp – både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Det var derfor interessant å kartlegge hvilke funksjoner yrkesgruppen utfører og hvilke gren av sykepleierkompetanse bidrar mest i et tverrfaglig samarbeid rundt personer med ROP-lidelser som har omfattende og sammensatte behov. Brukermedvirkning ble vektlagt fordi det virket logisk at det trolig vil oppstå etiske og praktiske utfordringer ift. pasientmålgruppen – noe som datagrunnlaget senere bekreftet.

Sykepleierens roller og oppgaver ift. ROP-pasienter varierer en del avhengig av hvilket arbeidsfelt sykepleieren arbeider innenfor. Basert på analyse av datautvalget ble det identifisert fem punkter som besvarer studiens problemstilling (pkt. 1.2):

1. Tidlig kartlegging (vha. utprøvde og standardiserte kartleggingsverktøy) av pasientens/brukerens behov som er aktuelle for en sykepleier i et tverrfaglig team å ha ansvaret for. Sykepleiere kan ha en koordinerende rolle i teamet og må da godt kjenne til informasjonen innhentet av andre profesjoner for å danne et helhetlig overblikk over situasjonen.
2. Gradvis etablering av en ekte mellommenneskelig relasjon med brukeren/pasienten i tråd med, bl.a., tankegodset til Travelbee; fokus på å involvere pasienten i egen behandlingsprosess så mye som vedkommende har kapasitet til.
3. Produksjon av IP sammen med pasienten; videre veiledning av vedkommende iht. IP; assistanse rettet mot å motivere og hjelpe pasienten med å mestre, samt finne mening i, og forhåpentligvis lære av, situasjonen han/hun er i.
4. Kontinuerlig «passiv» somatisk og psykisk observasjon av brukeren vha. klinisk blikk, oppmerksomhet på kroppsspråk, samt målrettet og tilpasset kommunikasjon; målinger vha. medisinsk-teknisk utstyr og skjemaer ved behov/indikasjon. Grundig dokumentasjon av vesentlige hendelser/utviklinger for å holde andre medlemmer av teamet/kollegene oppdaterte og for å fange opp endringer over tid.
5. I institusjoner er det tilrettelegging for gode miljøterapeutiske omgivelser og aktiviteter som skiller seg ut blant oppgaver sykepleiere utfører. Helsepersonell skal ta pasienters ønsker ift. ovennevnt tilrettelegging i betraktning for å ivareta deres rett til medvirkning og sikre god kvalitet og effektivitet av miljøterapeutiske tiltak.

# Referanseliste

Dahl, A. A. (2021). Hva er psykiske lidelser? I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 8-13). Gyldendal Norsk Forlag.

Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse (HK-dir) (2023). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet 2. mai 2023 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20 (2-2002). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12537149/>

Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 86-106). Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet - FHI. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Hentet 3. mai 2023 fra [https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis\\_kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis](https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis_kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis)

Forskrift om individuell plan. (2004). *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven*. (FOR-2004-12-23-1837). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2004-12-23-1837>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

Fredwall, T. E. (2018). *Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse – en oppsummering av kunnskap* (rapport nr. 10). Senter for omsorgsforskning. <http://hdl.handle.net/11250/2496777>

Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 112-131). Fagbokforlaget.



Gonzalez, M. T. (2021). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 361-372). Gyldendal Norsk Forlag.

Gonzalez, M. T. (2021). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 57-66). Gyldendal Norsk Forlag.

Gonzalez, M. T. (2021). Samtalen som metode. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 342-349). Gyldendal Norsk Forlag.

Granamo, A. L. & Knutstad, U. (2021). Sykepleieren i rusfeltet – usynlig og generell eller tydelig og spesiell? *Sykepleien Forskning*, 16 (86452).  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.86452>

Helsedirektoratet. (2022, 8. september). *Fra pakkeforløp til Nasjonale pasientforløp*. Hentet 20. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/fra-pakkeforlop-til-nasjonale-pasientforlop>

Helsedirektoratet. (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2016, 6. oktober). *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) – prioriteringsveileder*. Hentet 26. april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>

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

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). (2017). *Grunnleggende*

sykepleie 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring (3. utg., s. 17-76). Gyldendal Norsk Forlag.

Lien, L. & Stensrud, B. (2021). Samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse – "ROP-lidelser". I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 177-184). Gyldendal Norsk Forlag.

Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner – praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11 (2-2015). <http://doi.org/10.7557/14.3710>

Melby, L., Ådnanes, M. & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (SINTEF-rapport nr. A28053). SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse. <http://hdl.handle.net/11250/2436189>

Melby, L., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M. & Kalseth, J. (2021). Oppfølgingsteam som sammenhengskapende mekanisme for personer med store og sammensatte behov. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7 (2-2021). <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-06>

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg., s. 14-35). Fagbokforlaget.

Molnes, S. I. (2021). Kommunikasjon med rusmisbrukere ved hjelp av motiverende intervju. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (1. utg., s. 221-228). Fagbokforlaget.

Münchow, O. V. (2023, 30. mars). Tester behandling med amfetamin. *Rus & Samfunn*. <https://www.rus.no/lar/tester-behandling-med-amfetamin-article4249-952.html>

NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (2023). *Senter for omsorgsforskning*. Hentet 5. mai 2023 fra <https://www.ntnu.no/omsorgsforskning>

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

Waage, M. S. & Thorkildsen, K. M. (2022). Betydningen av helsepersonells kjærlighet og mangel på kjærlighet i rusbehandling. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 18 (2-2022). <https://doi.org/10.7557/14.5752>

