



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSO321-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSO321 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	301
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7906
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	6
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	352

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

SE MEG OG HØR MEG – brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

SEE ME AND LISTEN TO ME - user participation in interdisciplinary treatment for substance dependence

**Kandidatnr.: 301 & 352**

Bachelor i sosialt arbeid

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltagelse

Antall ord: 7906

14. mai 2021

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## English summary

In this thesis we explore user participation in interdisciplinary treatment for substance dependence. Our research question for this thesis is as following: «How can we secure real user participation for drug addicts in interdisciplinary treatment for substance dependence?».

We have done a literature review where we have chosen seven different research articles, reports and studies. All the chosen literature has been specifically picked for their relevance in the topics of user participation and interdisciplinary treatment for substance dependence. Interdisciplinary treatment for substance dependence is a type of substance abuse treatment which utilizes medical-, psychological- and social disciplines. These three disciplines and area of expertise is used in conjunction to make treatment plans that is tailored to best meet the individual patients' needs. As background for our analysis and discussion we have used theory about user participation, interdisciplinary treatment for substance dependence, conflict theory, power, discourse, governmentality, oppression, critical consciousness and change. We have specifically used Michel Foucault and Paulo Freire as our main theorists.

As part of our analysis, we have sorted our findings into the following categories: discourse, user participation from the patient's perspective, user participation from the social worker's perspective and lastly; user participation on the service- and system level. In our discussion we use these categories as a guideline for discussion. We explore how discourses and different ways of thinking can impact user participation and in some cases act as an obstacle. We discuss how social workers can secure real user participation in the services and possible hindrances they might meet on the way. Further we discuss how patients themselves can be involved in the treatment processes and how the system can better facilitate this. We specifically discuss how user councils can be used in interdisciplinary treatment for substance dependence to secure real user participation. Lastly, we take a critical look at user participation and its implementation.

## Forord

Vi ønsker å spesielt takke vår veileder for god og motiverende veiledning. Veiledningen har gitt oss driven til å jobbe jevnt og trutt, og har vært en god faglig og emosjonell støtte i en ellers kaotisk og stressende hverdag.

Videre ønsker vi å rette en takk til hverandre for godt samarbeid og mange konstruktive diskusjoner. Takk for all støtte vi har fått fra kolleger, venner og familie. Sist, men ikke minst; takk til Otto for god oppmuntring gjennom hele perioden.

# Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Lovverk og sosialfaglig relevans .....	6
1.3 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen .....	7
1.4 Begrepsavklaring.....	8
1.4.1 Brukermedvirkning .....	8
1.4.2 Rusmiddelavhengighet .....	8
1.4.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) .....	8
1.4.4 Bruker eller pasient?.....	9
1.5 Oppgavens innhold og struktur .....	9
2.0 Metode .....	9
2.1 Litteraturstudie som metode og metodekritikk .....	9
2.2 Litteratursøk.....	10
2.3 Kildekritikk.....	11
3.0 Funn.....	11
3.1 Diskurs.....	12
3.2 Brukermedvirkning fra sosialarbeiders perspektiv .....	12
3.3 Brukermedvirkning fra pasientens perspektiv.....	13
3.4 Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå .....	14

4.0 Teori.....	15
4.1 Begrunnelser for og grader av brukervedvirkning .....	15
4.2 Brukervedvirkning i praksis.....	16
4.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	17
4.4 Konfliktteoretisk perspektiv.....	17
4.5 Michel Foucault: Makt, diskurs og governmentality .....	18
4.6 Paulo Freire: Undertrykkelse, kritisk bevissthet og endring.....	19
5.0 Diskusjon .....	19
5.1 Holdninger og diskurs: Et hinder for reell brukervedvirkning? .....	19
5.2 Hvordan sikre reell brukervedvirkning fra sosialarbeiders perspektiv .....	20
5.2.1 I dialog med tjeneste og system.....	20
5.2.2 I dialog med pasienten .....	21
5.3 Hvordan sikre reell brukervedvirkning fra pasientens perspektiv .....	22
5.4 Hvordan sikre reell brukervedvirkning på tjeneste- og systemnivå.....	24
5.4.1 Utforming av tjenester gjennom brukerråd.....	25
5.5 Et kritisk blikk på brukervedvirkning .....	26
6.0 Avslutning.....	28
Litteraturliste.....	29

## Figurliste

Figur 1: Illustrasjon av «Arnsteins stige» - grader av brukervedvirkning.....	15
---	----

## 1.0 Innledning

«Det er mitt liv, det er mitt prosjekt, og det er min plan, derfor må det være jeg som eier dette, jeg har ansvaret i bedriften meg (brukersitat)» (Sjåfjell, 2017). Brukermedvirkning er et begrep som de aller fleste har en forståelse for, og som blir løftet frem i teori, praksis og på sosionomstudiet. Essensen i begrepet er at brukere, pasienter og pårørende skal ha innflytelse i egne livs- og helsevalg. Sitatet over er hentet fra en artikkel skrevet av Tommy Sjåfjell (2017). Han har selv brukererfaring med rus og jobber nå som vernepleier, er ansatt i en brukerorganisasjon og i academia (Sjåfjell, 2021a). For brukeren i sitatet er ikke brukermedvirkning bare et tomt begrep. Han trengte eierskap, ansvar og at det ble lagt til rette for at han fikk dette eierskapet og kunne håndtere ansvaret (Sjåfjell, 2017).

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Oppgavens tittel er «SE MEG OG HØR MEG – brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)». Vi er blitt inspirert av boken *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse* (Jenssen & Tronvoll, 2012). Vi ønsker å skrive om rus og brukermedvirkning, fordi vi begge er interessert i å jobbe innenfor rusomsorgen etter fullført utdanning. Gjennom praksis og arbeidserfaring har vi fått bekreftet at det er noe vi liker å jobbe med og som engasjerer oss. Vi har begge familie med tidligere og nåværende rusproblematikk. Dette har vært en av årsakene til at vi studerer sosialt arbeid og ønsker å jobbe i rusfeltet. Vi vil gjerne ta med brukermedvirkning som hovedtema, fordi vi har observert gjennom studiet og i arbeid med rusmiddelavhengige at dette er i fokus, men kan i realiteten være vanskelig å få til. Vi tenker derfor at det er interessant å sette søkelyset på hva som fører til at brukermedvirkning kan være utfordrende å få til i praksis, og hvilke tiltak som er iverksatt for å ivareta brukermedvirkning i rusbehandling.

### 1.2 Lovverk og sosialfaglig relevans

Brukermedvirkning er lovfestet blant annet i arbeid- og velferdsforvaltningsloven § 6 (2006) og pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999), men hva brukermedvirkning innebærer kan variere fra arbeidsplass til arbeidsplass (Jenssen, 2012, s. 42). Derfor vil ikke fagutøver og bruker alltid ha samme forståelse av hvilke handlinger som går inn i begrepet brukermedvirkning (Jenssen, 2012, s. 42). Brukermedvirkning er videre lovfestet i



helseforetaksloven (2001) og i helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Disse lovene pålegger at helseforetakene etablerer «systemer som innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter» (Helseforetaksloven, 2001, § 35), sørger for at «pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner» (Helseforetaksloven, 2001, § 14) og at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §§ 3-6 og 3-8). I stortingsproposisjonen «Opptreppingsplanen for rusfeltet (2016-2020)» er brukermedvirkning ett av fem hovedmål: «1. Sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet» (Prop. 15 S (2015–2016), s. 6).

### 1.3 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen

Problemstillingen vi ønsker å besvare er:

*På hvilken måte kan reell brukermedvirkning sikres for rusmiddelavhengige i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)?*

Vi vil i denne oppgaven belyse utfordringer og muligheter knyttet til brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi ønsker å søke svar på hvilke ulike definisjoner, diskurser, opplevelser og kritiske perspektiver som finnes i tilknytning til brukermedvirkning i samfunnet. Vi har derfor valgt å avgrense brukermedvirkning til *reell* brukermedvirkning. Vår oppfatning av reell brukermedvirkning er brukermedvirkning som blir praktisert i et fullverdig og integrert tilbud i tjenestene.

Mange pasienter som er i en form for rusbehandling lider samtidig av psykiske lidelser i ulik grad og omfang (Helsedirektoratet, 2016). Vi vil ikke i oppgaven gå nærmere inn på disse psykiske tilstandene og vi vil ikke skille disse i pasientgruppen, ettersom vi tar for oss brukermedvirkning for rusmiddelavhengige generelt. Vi har videre valgt å avgrense denne oppgaven til å omhandle rusmiddelavhengige over 16 år. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har i utgangspunktet ikke noen nedre aldersgrense (Helsedirektoratet, 2016). Begrunnelsen for å sette en slik alder er at ved fylte 16 år er man ifølge pasient- og

brukerrettighetsloven § 4-3 b (1999) helserettlig myndig, og har retten til å gjøre egne valg og bestemme over egen behandling.

## 1.4 Begrepsavklaring

Vi vil nå definere de tre viktigste begrepene i problemstillingen, samt brukerbegrepet som vil bli brukt videre i oppgaven. Andre sentrale begreper vil avklares fortløpende i teksten.

### 1.4.1 Brukermedvirkning

*Brukermedvirkning* kan ha flere definisjoner, noe vi kommer til å komme tilbake til senere i oppgaven. Vi har valgt å benytte Helsedirektoratet sin definisjon i denne begrepsavklaringen. Brukere av relevante tjenester innenfor feltet rus og psykisk helse har en rett til å medvirke i egen sak (Helsedirektoratet, 2017a). Dette innebærer at brukeren betraktes som likeverdig partner i diskusjoner og avgjørelser som angår brukerens problem. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og er derfor noe som tjenestene plikter å overholde (Helsedirektoratet, 2017a).

### 1.4.2 Rusmiddelavhengighet

Folkehelseinstituttet definerer *rusmiddelavhengighet* slik:

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Brukeren opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser. (Folkehelseinstituttet, 2019)

Vi har videre valgt å inkludere alle typer rusmidler, både legale og illegale i begrepet. Dette gjør vi for å presisere at alkohol også er et rusmiddel som blir behandlet på lik linje med narkotiske stoffer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 1.4.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

*Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* er en del av spesialisthelsetjenesten og er noe som de regionale helseforetakene plikter å tilby av tjenester (Helsedirektoratet, 2017b). Dette er hjemlet i lov jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, første ledd, nr. 5 og § 2-1a fjerde ledd (1999). Tjenesten omfatter rusbehandling innen poliklinisk dagbehandling og

døgnbehandling, ambulante tjenester, avrusning og øyeblikkelig hjelp. Tjenesten forutsettes å være tverrfaglig og skal inneholde medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse (Helsedirektoratet, 2017b). Vi vil videre i oppgaven bruke forkortelsen *TSB* når vi omtaler tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

#### 1.4.4 Bruker eller pasient?

Brukerbegrepet har i de siste årene blitt brukt til fordel for klientbegrepet (Skau, 2013). *Bruker* beskriver relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter, hvor tjenestemottaker deltar aktivt og har innflytelse rundt beslutninger som omhandler egen helse og velferd (Hanssen et al., 2010 referert i Skau, 2013, s. 28). De nasjonale retningslinjene for TSB bruker begrepene *pasient/bruker*, mens prioriteringsveilederen for TSB bruker *pasient* som begrep (Helsedirektoratet, 2016, 2017b). For enkelthetens skyld velger vi hovedsakelig å anvende begrepet pasient til fordel for bruker i diskusjonsdelen av denne oppgaven. Vi har erfart fra praksisfeltet at det er dette som oftest blir brukt i klinisk behandlingssammenheng. Vi forutsetter at pasientbegrepet opprettholder de samme verdiene rundt brukermedvirkning og beslutningsinnflytelse.

#### 1.5 Oppgavens innhold og struktur

Videre i del 2 av denne oppgaven vil vi gå gjennom litteraturstudie som metode, litteratursøk og kildekritikk. Deretter vil vi del 3 presentere våre funn. Videre vil vi gå gjennom teori om brukermedvirkning, TSB, konfliktteoretiske perspektiv, makt, diskurs, kritisk tenkning og undertrykkelse i del 4. I del 5 drøftes litteraturen opp mot problemstilling og teori. Avslutningsvis vil vi i del 6 runde av oppgaven med en oppsummering av hovedpoenger, samt anbefalinger for videre forskning.

## 2.0 Metode

### 2.1 Litteraturstudie som metode og metodekritikk

Vi benytter litteraturstudie som metode i vår oppgave. Litteraturstudie er en nyttig metode for å få ny innsikt i et tema ved å danne en problemstilling (Aveyard, 2018). Vi kommer til å bruke en systematisk tilnærming i vår litteraturstudie. Det vil si at vi kommer til å redegjøre

for hvordan og hvilken litteratur vi har funnet, samt være kritisk til kildene (Aveyard, 2018). Brukermedvirkning er et såpass stort og moderne begrep at vi vurderer det som nyttig å samle ulik forskning og teorier om dette, for å vise et helhetlig bilde. Dette er en styrke ved en litteraturstudie. Som Aveyard (2018) skriver, vil det ikke være mulig for en fagutøver å få med seg all forskning som er på et felt, og å lene seg på én forskningsartikkel kan gi en misvisende og forenklet forståelse av et tema. Å samle ulik litteratur i en oppgave kan derfor være en hjelp til å få en mer nyansert forståelse av et tema (Aveyard, 2018). En ulempe med en litteraturstudie er hvordan vår forforståelse påvirker hvilke søkeord vi anvender, og hva vi søker etter. Forforståelse vil si den sammenhengen vi erfarer fenomener innenfor (Thomassen, 2006, s. 86). Det er den forståelse vi allerede har, som gjør det mulig for å oss gripe en mening i nye opplevelser (Thomassen, 2006, s. 86). Samtidig gjør det at andre kan komme frem til en annen besvarelse på vår problemstilling, ettersom deres søkeord og analyse basert på deres forforståelse kan være annerledes enn vår. En annen ulempe er at vi må stole på det andre skriver (Nortvedt et al., 2012, s. 68).

## 2.2 Litteratursøk

Vi har benyttet oss av Oria og Idunn som søkemotorer. Vi har avgrenset søkene til fagfelleverderte artikler og forskning, og har forsøkt å finne litteratur som ikke er mer enn 15 år gammelt. Noe litteratur som er eldre vil være relevant for oppgaven vår, fordi det er litteratur om teorier som ikke har vært i endring, for eksempel Foucaults diskursteori og Freires frigjørende pedagogikk. Vi har tatt utgangspunkt i problemstillingen i våre søk. Vi har brukt søkeordene «brukermedvirkning diskurs», «rusbehandling brukermedvirkning», «brukermedvirkning TSB», «brukermedvirkning tverrfaglig spesialisert rusbehandling», «rusavhengighet brukermedvirkning» og «substance abuse user involvement». I starten søkte vi bredt om rusbehandling og brukermedvirkning. Etter hvert som problemstillingen ble spisset, ble søkeordene også mer konkret knyttet til TSB. Vi har også brukt «snøballmetoden», hvor et funn har ledet til flere og hvor vi har oppsøkt primærkilden som har vært henvist til litteraturlisten. Vi har særlig benyttet bøkene *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid* (Sørly et al., 2021), *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse* (Jenssen & Tronvoll, 2012) og *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* (Skjeldal, 2021) til bakgrunn og teori.

## 2.3 Kildekritikk

Vi har forsøkt å velge ut den mest oppdaterte teorien på feltet rusmiddelavhengighet og brukervedvirkning. Noe av kildematerialet er derimot noe gammelt, som for eksempel Askheims artikkel om brukervedvirkning fra 2009. På grunn av innholdet i artikkelen har vi ikke vurdert dette som utdatert, men vi har hatt dette i bakhodet når vi har vurdert artikkelen som relevant for vår oppgave. Av den valgte litteraturen er to av de skrevet av Askheim. Vi hadde i utgangspunktet enda flere som var skrevet av denne forfatteren, men valgte å kutte to av de for blant annet å ikke ha et for ensidig blikk. Det må også nevnes at studien av Rosenberg og Hillborg fra (2015) omhandler brukerråd i Sverige, og kan ha ulikheter i forhold til opprettelsen av disse og hvordan det blir implementert i omsorgssystemet. Vi mener likevel at ønskene fra pasienter og profesjonelle, og hva de mener må til for at brukerråd skal bli en suksess, kan overføres til det norske helsevesenet og at pasientgruppen og profesjonsgruppene er tilnærmet like i de to landene.

## 3.0 Funn

Søkene som vi har foretatt har ledet oss til en rekke funn av forskningsartikler og studier. Vi har valgt ut 7 av disse som vi mener er relevant for vår litteraturstudie, som vi har kodet ut fra følgende kategorier som et neste ledd i vår analyse: diskurs, brukervedvirkning fra sosialarbeiders perspektiv, brukervedvirkning fra pasientens perspektiv og brukervedvirkning på tjeneste- og systemnivå. Vi vil benytte følgende litteratur:

- *Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken* (Askheim, 2017).
- *Systematizing Knowledge of User Influence – A Study of User Advisory Boards in Substance Abuse and Mental Health Services* (Rosenberg & Hillborg, 2015).
- *Hvordan praktisere brukervedvirkning uten brukeren?* (Huby et al., 2018).
- *Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services* (Larsen & Sagvaag, 2018).
- *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse* (Haugum & Iversen, 2014).

- *Pasienters erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2020. Nasjonale resultater* (Holmboe et al., 2021).
- *Brukermedvirkning i TSB – en myte? – en nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)* (Torjussen et al., 2014).

### 3.1 Diskurs

I «Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken» (Askheim, 2017) analyseres argumentasjonen for brukermedvirkning i statlige policydokumenter på velferdsområdet. I dag sameksisterer tre brukermedvirkningsdiskurser: rettighetsdiskursen, konsumentdiskursen og samproduksjonsdiskursen. Ifølge Askheim (2017, s. 140) ble rettighetsdiskursen manifestert i lovverket da brukermedvirkning kom inn i pasient- og brukerrettighetsloven. I tillegg til rettighetstenkningen, vokste det frem plikt- og ansvarstenkning på 1990- og 2000-tallet. Denne tanken ble videreført i samproduksjonsdiskursen. Begrepet samproduksjon dukket opp i dokumenter i den rød-grønne regjeringens siste periode (Askheim, 2017, s. 141). Samproduksjon innebærer både at pasienten sin stemme skal bli vektlagt på samme linje som tjenesteyteren, samtidig som pasienten har ansvar og plikter på samme linje som tjenesteyteren (Askheim, 2017). Mot slutten av 1980-tallet var synet på velferdssystemet at det var et tungrodd og ineffektivt system, som var i behov for modernisering og effektivisering. Forvaltningen ble mer som en tjenesteproducent og et serviceorgan (Askheim, 2017, s. 142). En konsumentdiskurs vokste ved siden av rettighetsdiskursen. Likevel kunne det lenge se ut til i policydokumenter at det ikke var en ren markedsdyrking, men at valgfriheten overfor behandling og tjenester skulle være et supplement til det offentlige og at det skulle ivareta brukermedvirkning (Askheim, 2017, s. 143). Etter at Solbergregjeringen kom til makten, er det ifølge Askheim (2017) en tydeligere markedsdyrking i policydokumenter, hvor den individuelle friheten står sterkest. Samtidig står samproduksjonsdiskursen fortsatt sterkt (Askheim, 2017).

### 3.2 Brukermedvirkning fra sosialarbeiders perspektiv

I studien «Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren?» (Huby et al., 2018) ble brukeres, pårørendes og tjenesteytere intervjuet om deres opplevelse av praktisering av brukermedvirkning, og hindre for dette i tjenester for rus og psykisk helsevern i en norsk

kommune og samarbeidende spesialisthelsetjenester (Huby et al., 2018). Data ble samlet fra to typer grupper: tjeneste, bruker- og pårørende-spesifikke grupper og tverrfaglige grupper som inkluderte brukere og pårørende. Førstnevnte diskuterte hvordan helsepolitiske føringer og et fragmentert tjenesteapparat satte ulike aktører opp mot hverandre og reduserte medvirkningen for alle, og sistnevnte diskuterte tverrfaglig praksis som en arena for felles problemløsning (Huby et al., 2018). Tjenesteytere opplever at brukere velger vekk tjenesteytere i andre deler av systemet, som de mener er viktige. De opplever da at brukeren plutselig forsvinner ut av tjenestene (Huby et al., 2018). Systemet ble sett på som en barriere for medvirkning av alle tre parter. Tjenesteyterne opplevde at presset kom fra sentralt hold, hvor spesialisthelsetjeneste var nødt til å kutte sengeplasser og overføre saker til poliklinikk. Dette belastet arbeidet med kommunen. Alle tre parter var enig i at gode relasjoner er nøkkel til brukermedvirkning (Huby et al., 2018). I artikkelen «Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services» (Larsen & Sagvaag, 2018) utforskes det hva som kan være til hinder for brukermedvirkning og empowerment innen rus- og psykiatribehandling. Konteksten i studien er behandling av rusmiddelavhengighet i TSB, hvor legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er en del av behandlingsforløpet. Ansatte forteller at brukermedvirkning er et ansvar som de ansatte og lederne er ansvarlig for skal være en del av behandlingen. Miljøterapeuter ved institusjonen opplevde at der var et hierarki for de ansatte som var til hinder for brukermedvirkning, hvor de opplevde å ikke være med å ta beslutninger sammen med pasienten (Larsen & Sagvaag, 2018).

### 3.3 Brukermedvirkning fra pasientens perspektiv

Ifølge studien til Huby et al. (2018) opplever brukere at de ulike tjenestene ikke kjenner til hverandre og er fragmenterte. Dermed «forsvinner» brukerne i systemet. I et brukersitat fra studien, ble det fortalt at tjenesteyteren fra et apparat ikke var interessert i hva brukeren gjorde og fikk hjelp til i andre deler av systemet (Huby et al., 2018, s. 304). «Systemet» ble også sett på som en barriere til medvirkning, både av bruker, tjenesteyter og pårørende. En bruker fortalte at det manglet en rød tråd mellom tjenestene (Huby et al., 2018, s. 304). Brukere kunne også oppleve at tjenesteytere «eide» dem og at hver fagperson var opptatt av sitt, i stedet for å samarbeide med personer fra andre fagfelt og se sammenhenger i problemene (Huby et al., 2018, s. 305). Tilbakemeldinger fra pasienter i TSB i Larsen og

Sagvaags (2018) artikkel var at de selv var lite involvert i spørsmål om medisinerer, og ble nektet å blande seg inn i andre pasienters behandlingsforløp. Pasientenes kunnskap og erfaring om opioider og dosering ble ikke tatt seriøst av legene, ettersom legene mente at det fort kunne føre til manipulasjon og feil behandling (Larsen & Sagvaag, 2018).

Brukermedvirkning var et ideal, men som i realiteten hadde store begrensninger. Pasientene opplevde å bli hørt, men at det ikke nødvendigvis hadde noen reell påvirkningskraft (Larsen & Sagvaag, 2018). I en undersøkelse av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fra 2014 om pasienters erfaring med døgntilrettelagt behandling i TSB, svarte rundt halvparten av deltakerne «ikke i det hele tatt», «i liten grad» og «i noen grad» på spørsmål om innflytelse på egen behandling (Haugum & Iversen, 2014). Den andre halvdel opplevde å ha innflytelse «i stor grad» og «i svært stor grad» (Haugum & Iversen, 2014). I resultatene for 2020 var det en økning i opplevelsen av innflytelse på egen behandling (Holmboe et al., 2021).

### 3.4 Brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå

Artikkelen «Systematizing Knowledge of User Advisory Boards in Substance Abuse and Mental Health Services» (Rosenberg & Hillborg, 2015) er en svensk studie, som tar for seg utviklingen av brukerråd i regionale organisasjoner som tilbyr tjenester for rusmiddelavhengige, hvilket var en del av et nasjonalt prosjekt i Sverige. Målet var å identifisere barrierer og suksessfaktorer i utviklingen av kollektiv brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå. Både pasienter og tjenesteytere anså disse faktorer som viktig for suksess: ta opp maktforhold, etablere legitimitet, tildele ressurser, investere i bærekraftighet og å planlegge for å gjennomføre reell brukermedvirkning (Rosenberg & Hillborg, 2015). Den nasjonale kartleggingsrapporten av TSB, *Brukermedvirkning i TSB – en myte?* tar for seg flere utfordringer ved implementering av brukermedvirkning i tjenestene (Torjussen et al., 2014). Det kommer frem at kun en av fem ledere for rusbehandlingssenheter har opprettet brukerråd i tjenestene, og like mange har planer om å opprette brukerråd, som er i tråd med nasjonale føringer (Torjussen et al., 2014). Ifølge Torjussen et al. (2014, s. 13) består de fleste brukerrådene av representanter fra lokale bruker- og pårørendeorganisasjoner. De resterende besto av pasienter under behandling, eller som tidligere har vært i behandling. Vanligvis er det et par representanter fra avdelingen eller institusjonen, hvorav leder ofte er en av dem. Ifølge undersøkelsen (Torjussen et al., 2014) sier kun 21 prosent av



behandlingsinstitusjoner innen TSB at de har en eller annen form for brukerråd innlemmet i sine tjenester. Under drøftingsdelen av undersøkelsen trekkes det frem ulike forklaringer på dette lave tallet:

Årsakene til dette fremstår som å være knyttet til både holdninger (Trengs det brukermedvirkning på vårt nivå?), manglende kunnskap om styringskrav (Er det en forventning til at vi skal ha brukermedvirkning på vårt nivå?) – og praktiske utfordringer (Er det tilgjengelige brukerrepresentanter som kan sitte i vårt brukerråd?). (Torjussen et al., 2014, s. 14)

Det vises videre til fire forslag til tiltak i oppfølging: 1) brukerråd skal etableres hvor det ikke allerede er blitt etablert i tjenestene, 2) brukerorganisasjoner må styrkes, 3) det må etableres «(...) dialog mellom de regionale helseforetak og helseforetak/private samarbeidspartnere slik at økonomiske rammer og krav til aktivitet understøtter at brukerstyrte senger kan etableres» og 4) det må iverksettes evalueringer og forskning på effekt av ulike former for brukermedvirkning på alle nivå (Torjussen et al., 2014, s. 3).

## 4.0 Teori

### 4.1 Begrunnelser for og grader av brukermedvirkning

Askheim (2009) skiller mellom tre begrunnelser for brukermedvirkning: demokratiske, instrumentelle og nytteorienterte. Demokratiske begrunnelser ser på brukermedvirkning som en rettighet mennesket har på bakgrunn av menneskeverdet. Brukermedvirkningen kan gi brukere styrke til å endre egen situasjon og avmaktsposisjon. Instrumentelle begrunnelser er opptatt av resultatene brukermedvirkning kan medføre. Opplevelsen av å ha innvirkning på beslutninger i eget liv, kan føre til bedre etterlevelse av instruksjoner i for eksempel rusbehandling. Ut fra et nytteorientert perspektiv, blir brukeren sett i et positivt lys, hvor brukeren antas å ville handle ut fra sitt eget beste hvis omstendighetene blir lagt til rette for det. Brukermedvirkning blir en «liberal styringsteknologi» (Askheim, 2009, s. 54).

Sosialarbeideren skal sette brukeren i stand til å ta selvstendige valg, men da valg som er aksepterte i samfunnet (Askheim, 2009). Tilnærmingen blir kritisert for at bestemte oppfatninger om hva en kompetent samfunnsborger er, ligger til grunn for hva prosessen skal ende i (Askheim, 2009, s. 54). Arnstein (1969) delte opp grader av brukermedvirkning

ved hjelp av en stige. Denne stigen har åtte trinn som er delt inn i tre grader av brukermedvirkning, se figur 1. Trinn 1-2 er «ikke-deltakelse». Her skjer medvirkning via manipulasjon og terapi. Manipulasjon kan foregå ved at det ligger til grunn en instrumentell eller nyorientert begrunnelse for brukermedvirkning. Trinn 3-5 er «legitimering», som er trinnene informasjon, konsultasjon og representasjon. Sistnevnte kan tenkes å foregå på systemnivå gjennom brukerorganisasjoner og brukerråd. Trinn 7-8 er «borgermakt», som er partnerskap, delegert makt og borgerkontroll.

GRADER AV BRUKERMEDVIRKNING	
8. trinn: Borgerkontroll	Borgermakt
7. Trinn Delegert makt	
6. trinn: Partnerskap	Legitimering
5. Trinn: Representasjon	
4. trinn: Konsultasjon	
3. trinn: Informasjon	Ikke- deltakelse
2. trinn: Terapi	
1. trinn: Manipulasjon	

*Figur 1: Illustrasjon av «Arnsteins stige» - grader av brukermedvirkning*

#### 4.2 Brukermedvirkning i praksis

Brukermedvirkning i praksis kan deles opp i brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå vil si at den enkelte pasient har innflytelse på tilbudet pasienten mottar (Sjåfjell, 2021b, s. 49). I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999) står det at pasienten har rett til å medvirke i egen sak, samt ved «valg mellom tilgjengelig og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder». Brukermedvirkning på tjenestenivå innebærer at pasienten eller en representant for pasienten medvirker i utviklingen av tilbudet (Sjåfjell, 2021b, s. 49). Brukermedvirkning på systemnivå foregår gjerne gjennom representanter fra organisasjoner. Beslutninger som gjøres her vil påvirke utviklingen av tilbudet på tjenestenivå og selve tilbudet en pasient får. Dette kan foregå gjennom blant annet brukerorganisasjoner og brukerråd (Sjåfjell, 2021b, s. 49). Det er også et fjerde nivå som kan regnes med, og det er politisk nivå. Her kan

medvirkning foregå gjennom valg av politiske representanter og ved å påvirke politiske beslutningsprosesser (Sjåfjell, 2021b, s. 49).

#### 4.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det som skiller TSB fra andre former for rusbehandling er at det forutsettes å være tverrfaglig, og må inneholde spesialisert personell innen medisinskfaglig, psykologifaglig og sosialfaglig kompetanse (Helsedirektoratet, 2017b). Alle ulike typer spesialistutredninger og behandlinger skal innen TSB vurderes og iverksettes dersom det er behov for det. Dette inkluderer kartlegginger av pasientens rusproblematikk, sosiale fungering, livssituasjon og psykiske- og fysiske forhold. Videre skal man kunne vurdere og kartlegge pasientens motivasjon, relasjoner, nettverk og kognitive funksjonsnivå. Medisinske vurderinger av pasientens allmenntilstand, somatiske tilleggslidelser og diagnoser skal foretas og gis nødvendig medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling. Innen TSB vil det kunne brukes mange ulike screening- og testverktøy, analyseverktøy, utredninger og metoder. Hva som er relevant å benytte seg av vil variere fra pasient til pasient, og det er pasientens individuelle behov som skal legges til grunn. Behandlingsinstitusjoner innenfor TSB vil kunne tilby behandling på ulike nivå, og det kan foregå i form av poliklinisk behandling, døgnbehandling og dagbehandling (Helsedirektoratet, 2017b). Ved innleggelse i døgnbehandling vil pasientene være i intensiv behandling. Her vil en foreta nødvendige utredninger, vurderinger og behandlinger, som for eksempel avrusning. En innleggelse skal oppleves som et trygt skjermet miljø som skal gi pasienten mulighet til å arbeide med å bli rusfri. Døgnbehandling har blant annet som hensikt i å gjøre pasienter i stand til å ta imot behandling på et lavere nivå, for eksempel poliklinisk dagbehandling. TSB kan også kunne tilby dagbehandling som kan for eksempel bestå av arbeidstrening, skole og andre varierte tilbud som er tilpasset pasientens behov (Helsedirektoratet, 2017b).

#### 4.4 Konfliktteoretisk perspektiv

For å belyse oppgavens problemstilling, tar vi utgangspunkt i konfliktteoretisk perspektiv. I henhold til det konfliktteoretiske perspektiv oppstår sosiale problemer på grunn av strukturer i samfunnet og av majoritetsgruppens undertrykkelse av minoritetsgrupper. Det blir ikke lagt stor vekt på individuelle, psykologiske faktorer for å forklare sosiale problemer

(Payne, 2014, s. 319). En ulempe med denne teorien er blant annet at den ikke gir noen forklaring på psykologiske problemer (Payne, 2014, s. 325). Teorien kan være vanskelig å praktisere. Ettersom den er kritisk til både eldre og nyere strukturer i samfunnet, kan være vanskelig å drive endringsarbeid når alle idéer blir kritisert (Payne, 2014, s. 325). Fordeler med konfliktteori er at ingen forhold i samfunnet blir tatt som en selvfølge. Teorien er bygget på marxistisk teori, som påstår at velstående grupper i samfunnet kontrollerer minoritetsgrupper gjennom økonomisk system som støtter deres politiske styring (Payne, 2014, s. 321). Teorien er relevant for vår oppgave, fordi vi ønsker å ha et kritisk blikk på brukervedvirkning, se på maktforhold mellom tjenesteyter og pasient, stigmatisering og samfunnets syn på brukergruppen. Michel Foucault og Paulo Freire er blant de sentrale teoretikere innen det konfliktteoretiske perspektiv, blant annet når det gjelder brukervedvirkning og maktforholdet mellom pasient og tjenesteyter.

#### 4.5 Michel Foucault: Makt, diskurs og governmentality

Når vi snakker om Foucault er det hovedsakelig hans maktforståelse som omhandler *diskurs* og *governmentality* som vi vil ha fokus på. Foucault satte søkelyset på makten som eksisterer i det daglige. Han skriver at denne makten kategoriserer individet og lærer han og andre hva sannheten om ham er, også kalt subjektivering (Foucault, 2002b, s. 331). Diskurs er tankemønstre som går igjen på tvers av samfunnet, og som påvirker hva vi ser på som sannhet (Askheim, 2012). Om diskurser skrev Foucault (1970) blant annet at de gjøres til sannheter gjennom «kommentarer» og «forfattere», altså at de blir talt og skrevet, og gjennom disiplinene. Maktutøvelsen skjer ifølge Foucault gjennom påvirkning av frie individer, deres handlinger og selvoppfattelse (Askheim, 2012, s. 85). Dette gjøres ved hjelp av veiledning, rettleiding og omsorg for individet. Foucault (2002a, s. 68) definerer *governmentality* som en kompleks maktform, som er spredt i Vesten. Denne maktformen har ført til utviklingen av spesifikke styringsapparater og vitener. *Governmentality* definerer han også som prosesser som fører til spredningen av denne formen for makt (Foucault, 2002a, s. 68). Styringsapparater i samfunnet i dag kan være å fremelske selvbestemmelse, selvstendighet og politisk engasjement (Cruikshank, 1999, referert i Askheim, 2012, s. 88). Foucault skriver at siktemålet med *governmentality* er å styre befolkningen (Foucault, 2002a).

#### 4.6 Paulo Freire: Undertrykkelse, kritisk bevissthet og endring

Freires filosofi er mest knyttet til utdanning, men er blitt brukt på mange andre felt, som for eksempel sosialt arbeid. Freire var opptatt av at de undertrykte i samfunnet skulle bevisstgjøres egen situasjon og årsaken til denne, hvilket omtales som *kritisk bevissthet* (Freire, 1999). Han ønsket mobilisering av deres styrke, noe som skulle føre til samfunnsendringer. Freire mente at endring for de undertrykte ikke kunne skje uten at de selv kjemper for frigjørelse (Freire, 1999, s. 31). Dette omtalte han som *de undertryktes pedagogikk* (Freire, 1999, s. 36). Ifølge Freire er sosialarbeiderens oppgave å skape endring, og å fornye egen kunnskap og metoder (Carroll & Minkler, 2000, s. 26). En sosialarbeider vil stå overfor valg, hvor valget vil stå mellom å bidra til å skape endring eller å stagnere. Freire mente at dette handlet om humanisering versus dehumanisering (Carroll & Minkler, 2000, s. 26). Han var opptatt av at sosialarbeideren og den undertrykte skal være likestilte. Sosialarbeideren skal ikke ha enerett på kunnskap. Sosialarbeideren skal heller ikke gjøre sitt arbeid på vegne av den undertrykte, men sammen med den undertrykte (Freire, 1999, s. 30).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Holdninger og diskurs: Et hinder for reell brukermedvirkning?

Holdningene til rusmiddelavhengige har endret seg gjennom årenes løp. Mens bruken av illegale rusmidler lenge er blitt møtt med straff, er denne kriminaliseringen blitt kritisert de senere årene (Arctander, 2021, s. 28). I år la regjeringen frem et forslag om en ny rusreform, hvor formålet er å gå fra straff til behandling ved besittelse av mindre mengder narkotiske stoffer. Samtidig skal reformen forebygge stigma overfor rusmiddelavhengige (Prop. 92 L (2020-2021), s. 7). Rusreformen ble ikke vedtatt, ettersom et flertall i Stortinget stemte imot. Likevel kan se ut til at diskursen om rusmiddelavhengige har endret seg fra å se på dem som kriminelle til å se på dem som syke. Det kan tenkes at dette synet også preger tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I studien til Larsen og Sagvaag (2018) rapporterte noen av pasientene i TSB at de fryktet sykeliggjøring fra behandlerne dersom de sa sin mening. Det kom frem i et planleggingsmøte mellom ledere og ansatte at det var en fare for å sykeliggjøre pasienters uønskede oppførsel (Larsen & Sagvaag, 2018, s. 1236). Arctander

(2021, s. 29) skriver om hvordan sykeliggjøringen av rusmiddelavhengige kan bli sett på som en form for kontrollering av brukergruppen, ettersom en som er syk må behandles og lære at han eller hun er syk (Arctander, 2021, s. 29).

Ut fra Foucault (1970) kan det tenkes at diskurser alltid er der, men at de endrer seg over tid. Når synet på rusmiddelavhengige skifter fra kriminelle til syke, er det skjedd en holdningsendring. Likevel forsvinner ikke nødvendigvis stigma og synet på hva rusmiddelavhengige er i stand til å medvirke til, og dette kan føre til videre maktmisbruk av rusmiddelavhengige (Foucault, 2002a). Dette kan også prege graden av brukermedvirkning i TSB. Brukermedvirkning kan føre til frihet, men det kan også være et middel for styring. Hvis vi ser på Arnsteins stige (1969) er det laveste trinnet manipulasjon. Brukermedvirkning som blir praktisert for å manipulere pasienten, kan ikke regnes som reell brukermedvirkning, ifølge Arnstein (1969). Den første graden av borgermakt er partnerskap, som kan gi assosiasjoner til Freires gode dialog (Freire, 1999). Ut fra Arnsteins stige (1969) kan det tenkes at det først er her det oppnås reell brukermedvirkning, ettersom pasient og sosialarbeider vil være likemenn i et partnerskap.

## 5.2 Hvordan sikre reell brukermedvirkning fra sosialarbeiders perspektiv

### 5.2.1 I dialog med tjeneste og system

Som sosialarbeider i TSB har man et spesielt ansvar om å sikre brukermedvirkning. I «FO: Yrkesetisk grunnlagsdokument 2019-2023» blir det spesifikt beskrevet at «profesjonsutøverne må (...) etterspørre og ta på alvor [pasientens] egen forståelse av problemene og forslag til løsninger» (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 11). I TSB kan sosialarbeideren oppleve press både ovenfra og nedenfra (Huby et al., 2018). I litteraturen som er valgt, blir makten ovenfra beskrevet som «systemet». Systemet i denne forstand vil være noe ulikt fra det pasienter beskriver og omfavner stort sett organisasjon, hierarki, føringer og lovverk. Systemet blir sett på en barriere for brukermedvirkning (Huby et al., 2018). Dette blir forklart med at helsepolitiske føringer og et fragmentert tjenesteapparat setter ulike aktører, som tjenesteytere, pårørende og pasienter, opp mot hverandre og reduserte medvirkningen for alle (Huby et al., 2018). Ifølge Larsen og Sagvaag (2018) opplevde sosialfaglige tjenesteytere i miljøterapistillinger at det var et hierarki blant de

ansatte, og at dette var til hinder for brukermedvirkningen. Sosialarbeiderne opplevde å ikke kunne ta beslutninger sammen med pasienten, og selv om det var gode relasjoner mellom dem, fikk det ikke reell innvirkning på behandlingen. Gode relasjoner blir trukket frem som en nøkkel til brukermedvirkning, og det virker som om det stort sett foreligger gode relasjoner mellom sosialfaglige ansatte og pasienter (Huby et al., 2018; Rosenberg & Hillborg, 2015). Det som derimot er urovekkende, er at disse gode relasjonene ikke har like stor påvirkningskraft på behandlingsopplegget som man gjerne kunne ønske. Det kan argumenteres for at sosialarbeidere ansatt i TSB har en viktig oppgave å gjøre her med tanke på at de må kunne mediere mellom pasient og systemet, argumentere for at det sosialfaglige aspektet får en større plass i behandlingen, samt ikke være redd for å «ta plass» i hierarkiet. I forbindelse med en tidligere oppgave på sosionomstudiet var vi i kontakt med Øyvind Kalsås, som på den tiden var ansatt som sosionom og familieterapeut ved Avdeling for rusmedisin poliklinikk i Bergen. Denne avdelingen er på poliklinisk nivå og er en del av TSB. Kalsås underbygger at det i spesialisthelsetjenesten lenge har vært et hierarki hvor psykologene og legene har hatt størsteparten av makten i forhold til behandlingen (Ø. Kalsås, personlig kommunikasjon, 19. november 2019). Å kunne ta opp slike dilemmaer blant kolleger og pasienter «(...) krever mot til å si fra og evne til å argumentere faglig og etisk for avgjørelser samt stå inne for valgene som tas og gjennomføres i praksis» (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 10).

### 5.2.2 I dialog med pasienten

Samarbeidet mellom ulike tjenester og pasientene er grobunnen for praktiseringen av brukermedvirkning (Huby et al., 2018, s. 306). I undersøkelsene om pasienters erfaringer av døgnbehandling i TSB kommer det ikke frem på hvilken måte pasientene har praktisert brukermedvirkning, eller hva som har vært til hinder (Haugum & Iversen, 2014; Holmboe et al., 2021). Det kan tenkes at en god relasjon var medvirkende, ettersom pasientene hadde best erfaring med personalets imøtekommenhet ved oppholdet i døgnbehandlingen (Haugum og Iversen, 2014). En faktor som vil påvirke relasjonen til pasient og sosialarbeider i TSB er makt. Som sosialarbeider har man et spesielt ansvar å være bevisst på maktforholdet mellom seg selv og pasient. Det vil blant annet si å være klar over at oppfatninger man har om rusmiddelavhengige er preget av gjeldende diskurser (Foucault, 1970). Askheim (2009) trekker frem bevissthet rundt måten ruspatienten blir møtt og egen forforståelse som

elementer profesjonsutøveren må ta stilling til i arbeidet med pasienten. Maktforholdet mellom pasient og sosialarbeider blir også trukket frem i «FO: Yrkesetisk grunnlagsdokument 2019-2023». Ifølge Fellesorganisasjonen (2019, s. 11) har profesjonsutøveren ansvar for å tydeliggjøre og vedkjenne seg maktforholdet i relasjonen til pasienten. Så langt det lar seg gjøre, skal pasienten ha innflytelse over og ta ansvar for eget liv (Fellesorganisasjonen, 2019, s. 11).

Makten sosialarbeideren har kan enten skape frigjørelse eller undertrykking. Freire (1999, s. 46) skriver at den undertrykte kan ta til seg undertrykkerens meninger ved at de nedvurderer seg selv. Pasienten blir den «uvitende» som trenger sosialarbeiderens kunnskap, som de skal høre på. Nedvurderingen av seg selv fører til at pasienter ikke ser egne ressurser. Sosialarbeiderens makt og tilsynelatende usårbarhet kan gjøre pasienten for redd til å kjempe mot undertrykkelsen (Freire, 1999, s. 47). Når brukermedvirkning blir brukt som en liberal styringsteknologi kan det argumenteres for at det er noe av den samme undertrykkelsen som praktiseres. Pasienten trenger «hjelp» av fagpersonen til å forstå sine valgmuligheter. Igjen vil sosialarbeiderens idé om hva som er gode valg være påvirket av den gjeldende diskurs. Slik sett kan det sies at også sosialarbeideren er undertrykt. Freire (1999) mener at frigjørelse av den undertrykte kan skje gjennom *dialog*. Ifølge ham er dialog møtet mellom mennesker (Freire, 1999, s. 72). Gjennom dialog kan verden endres og gjøres menneskelig. En dialog kan ikke være en person som overfører sine idéer til en annen (Freire, 1999, s. 73). Med andre ord kan man si at reell brukermedvirkning må praktiseres for å få til den gode dialogen. En sosialarbeider som påtvinger pasienten sine idéer, lærer ikke bort noe til pasienten, men praktiserer undertrykkelse (Freire, 1999, s. 77).

### 5.3 Hvordan sikre reell brukermedvirkning fra pasientens perspektiv

Ut fra Holmboe et al. (2021, s. 8) kan det virke som at flertallet av pasienter i døgnopphold i TSB opplever en eller annen form for brukermedvirkning. På en skår fra 1-5 hvor alternativene var 1) ikke i det hele tatt, 2) i liten grad, 3) i noen grad, 4) i stor grad og 5) i svært stor grad, var skåren 3.9 på om pasientene opplevde at informasjonen de var gitt var tilfredsstillende. Den samme skåren gjelder for hvorvidt pasienter opplever å ha hatt innflytelse på behandlingen, og for om de opplevde at behandlingen var tilpasset deres behov. Gjennomsnittsskåren var 4 for hvorvidt pasientene opplevde å ha hatt muligheten til



å gi tilbakemeldinger om behandlingen etter samtaler med behandler. Skåren for hvorvidt pasientene hadde fått velge behandlingen lå på 3.6 (Holmboe et al., 2021, s. 8). Dette er en kvantitativ undersøkelse, hvor ingen av deltakerne er blitt intervjuet for å utdype deres besvarelser. Ut fra at spørsmålene handlet om informasjon, innflytelse, muligheten for å gi tilbakemeldinger og valg av behandling, kan det tenkes at graden av brukermedvirkning ifølge Arnsteins stige (1969) er legitimering, hvor pasientens mening blir sett på som betydningsfull, men hvor pasienten likevel ikke er likestilt med sosialarbeideren. Unntaket er sistnevnte, hvor det også kan være en grad av borgermakt (Jenssen, 2012, s. 48). Dette vil blant annet komme an på om det er snakk om fritt valg, eller valg av bestemte tilbud. *Innflytelse* er et diffust ord, noe som gjør det vanskelig å vite hva Holmboe et al. (2021) legger i begrepet. Selv om over halvparten svarte «i stor grad» eller «i svært stor grad» på disse spørsmålene, er det fortsatt 30-40 prosent som har svart «i noen grad», «i liten grad» og «ikke i det hele tatt» (Holmboe et al., 2021, s. 8). Skal vi regne borgermakt som reell brukermedvirkning, kan det tolkes ut fra spørreundersøkelsen som at reell brukermedvirkning ikke var, eller var lite til stede.

Ut fra Freire (1999) kan det argumenteres for at reell brukermedvirkning først er mulig å praktisere når den undertrykte er frigjort. I sammenheng med TSB vil den undertrykte bety pasienten, ettersom det er pasienten som er i et avmaktsforhold til personalet. Ifølge Freire (1999) må den undertrykte selv velge mellom frigjøring eller å fortsette å bli undertrykt. Freires tenkning kan minne noe om samproduksjonsdiskursen. Ut fra samproduksjonsdiskursen skal sosialarbeideren og pasienten i TSB være likemenn, noe som vil si at frigjørelsen også krever noe av pasienten (Askheim, 2017). Samtidig som sosialarbeideren skal stå i solidaritet med pasienten, vil ifølge Freire (1999, s. 39) pasientens frigjørelse føre til sosialarbeiderens frigjørelse, fordi det vil også gjenvinne sosialarbeiderens menneskeverd. Dette kan tolkes som at sosialarbeideren finner tilbake til sin menneskelighet. Likevel kan det ikke bare være pasienten sitt ansvar. Foucault (2002b) skriver at kunnskap er makt. Sosialarbeideren sitter på faglig kunnskap og informasjon om systemet, som pasienten har tilgang til gjennom sosialarbeideren. Ifølge Freire (1999) må undertrykkeren stå sammen med den undertrykte i solidaritet, ved refleksjon og handling. Pene ord uten refleksjon og handling er antidialogisk (Freire, 1999, s. 113). Pasienten kan innbille seg at de har fått makt ved at de forholder seg tvetydig til seg selv og

sosialarbeideren (Freire, 1999, s. 114). Samtidig kan sosialarbeideren ha feilaktige forestillinger om sin rolle (Freire, 1999, s. 114). Sosialarbeideren balanserer to roller: hjelper og kontrollør. Ifølge Skau (2013, s. 32) kan sosialarbeideren innbille seg at deres rolle kun er som hjelper, og dermed utøve makt uten å være bevisst på egen makt. Slik risikerer sosialarbeideren å utøve maktmisbruk (Skau, 2013).

Tittelen på denne bacheloroppgaven «SE MEG OG HØR MEG» er hentet fra en studie om brukernes erfaringer med brukermedvirkning i møter med sosiale tjenester (Aasmundsen & Sagvaag, 2012, s. 188). Selv om konteksten i denne artikkelen er sosiale tjenester, vurderer vi at brukernes tilbakemeldinger også kan være verdifulle å ta med seg i TSB. Aasmundsen og Sagvaag (2012) skriver at stigmatisering, paternalisme og brudd i behandlingsprosessen går igjen som barrierer for brukermedvirkning i brukernes fortellinger. Flere av brukerne opplevde at å snakke med sine saksbehandlere var som å snakke til en vegg (Aasmundsen & Sagvaag, 2012, s. 193). Noen ganger opplevde de å ikke få svar på spørsmål de stilte og at de fikk ingen eller dårlig informasjon om sine rettigheter og muligheter. I et slikt tilfelle er det snakk om «ikke-deltakelse» (Jenssen, 2012, s. 48). I disse situasjonene mangler solidariteten til pasienten som Freire (1999) skriver om. Ifølge ham er et karakteristisk trekk ved antidialogisk handling nødvendigheten av erobring (Freire, 1999, s. 126). «Erobreren tvinger sine mål på de overvunne og gjør dem til sin egen eiendom» (Freire, 1999, s. 126). Skal reell brukermedvirkning være mulig i TSB kan det argumenteres for at fagpersoner må ta pasientenes erfaringsbaserte kunnskap på alvor (Sjåfjell, 2021a, s. 97). Dette krever dialog, noe som vil si at sosialarbeideren må møte pasienten med kjærlighet, ydmykhet, tro, håp og kritisk tenkning (Freire, 1999).

#### 5.4 Hvordan sikre reell brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå

For at reell brukermedvirkning skal praktiseres i tjenestene, må det ligge føringer som legger til rette for at pasienter kan være med i hele prosessen fra gjennomførings-, utviklings- og evalueringsfasen. Dette er blant annet hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven: «tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker» (1999, § 3-1). Utformingen av tjenestetilbudet kan for eksempel gjelde hva innholdet i behandlingen skal være, hvem som skal være ansvarlig for behandlingen og hva som skal være målet for behandlingen. Det er flere måter pasienter kan være med å utforme

tjenestene, for eksempel gjennom politisk innflytelse via brukerorganisasjoner, tillitsvalgtordninger og brukerråd (Helsedirektoratet, 2017b; Arctander, 2021). Vi har i denne oppgaven valgt å gå spesielt inn på hvordan tjenestene kan formes ved hjelp av brukerråd ved behandlingsinstitusjonene i TSB.

#### 5.4.1 Utforming av tjenester gjennom brukerråd

Anvendelsen av brukerråd er en måte reell brukermedvirkning kan sikres i TSB. Å ha direkte innflytelse i behandlingsprosesser og tjenesteutformingen er brukermedvirkning på tjenestenivå (Sjåfjell, 2021b). Ved direkte innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet, vil pasientene kunne bidra til å gi økt kvalitet i tjenestene, og TSB vil kunne gi et mer pasienttilpasset tilbud (Torjussen et al., 2014). Et eksempel på hvor dette har blitt brukt med god effekt er ved Avdeling rus- og avhengighetsbehandling ved Oslo universitetssykehus. Her er pasientene brukerrepresentanter i brukerråd. Pasientene er med på forbedrings- og kvalitetsprosjekter, i budsjettarbeid, i undervisning av ansatte og pasienter og i ansettelsesprosesser av nye ansatte og ledere (Torjussen et al., 2014, s. 12).

Det er for det meste positive tilbakemeldinger til benyttelsen av brukerråd. Dette underbygges av Torjussen et al. (2014, s. 13), hvor det blant annet står at brukerråd er med på å utvikle tjenesten og at det er viktig å få frem erfaringene som er unike for brukerne, og at de kan bli tatt hensyn til. Av ulemper blir det blant annet nevnt at pasienter kan bli for personlige, at det tar for mye tid, og at pasientene ikke er godt nok skolert (Torjussen et al., 2014). Dette kan handle om diskursen om rusmiddelavhengige som ikke-verdige trengende (Askheim, 2009). Askheim (2009) skriver at hjelpeapparatet ofte har mistro til brukergruppen, noen ganger basert på opplevelser og andre ganger på grunn av holdninger. I slike tilfeller er det viktig at sosialarbeidere fremmer ressursene som er iboende i brukergruppen (Freire, 1999). En annen ulempe med brukerråd kan være at pasientene opplever å bli hørt og får følelsen av å ha medvirkning, men at de i realiteten ikke har på langt nær så mye påvirkningskraft som de trodde de ville få (Rosenberg & Hillborg, 2015). Freire (1999, s. 26) ville kalt dette falsk velgjørenhet; noe som egentlig undertrykker mer enn det er gavmildt. Falsk velgjørenhet betyr at sosialarbeideren gir inntrykk av å hjelpe, uten at det faktisk gis hjelp. I studien til Rosenberg og Hillborg (2015) svarer kun 39 prosent av deltakerne i spørreundersøkelsen at de har reell påvirkningskraft på institusjonen. 47

prosent svarer at de har noe påvirkningskraft, og 14 prosent svarer at de har ingen påvirkningskraft (Rosenberg & Hillborg, 2015). Med andre ord, opplever over halvparten at deres mening om egen sak ikke er av betydning, hvilket setter dem i en tydelig avmaktsposisjon (Hutchinson & Oltedal, 2017, s. 88).

Det er tydelige føringer på at det skal opprettes brukerråd ved alle avdelinger i TSB, men at dette ikke alltid blir praktisert (Nasjonal strategigruppe 2 for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 2010). Det er påfallende at selv ved positive erfaringer av brukerråd, er det likevel mange motstandere for ordningen. Mange erstatter brukerrådene med tillitsvalgtordningen, selv om de har ulike roller og oppgaver (Torjussen et al., 2014). Det blir også anvendt erfaringskonsulenter, tidligere kalt medarbeidere med brukererfaring, som representanter i brukerrådene istedenfor pasienter i behandling (Torjussen et al., 2014). Det kan argumenteres for at det trengs en holdningsendring i norsk rusbehandling, spesielt siden det har vist seg at det fungerer godt når pasienter først er med i brukerråd. Samtidig kan det tenkes at det vil være utfordrende å få deltakere som representerer *alle* i pasientgruppen.

### 5.5 Et kritisk blikk på brukermedvirkning

Juritzen (2021) tar opp spørsmålet om anvendelsen av brukererfaring også kan være å «bruke en bruker». Tidligere pasienter kan bære med seg enorme tap og traumer fra tiden som rusmiddelavhengig. Juritzen (2021) setter spørsmålsteget ved om samfunnet egentlig vet hva de ber om, når de ber tidligere ruspasienter om å anvende sin erfaring i arbeid. Han understreker viktigheten av å ivareta erfaringskonsulenter i arbeidet. Noen erfaringskonsulenter kan oppleve at de retraumatiseres av å dele mer om egen erfaring enn hva de senere føler de burde (Juritzen, 2021, s. 52). Tanker som er blitt gjort underveis er om reell brukermedvirkning realistisk sett alltid kan gjennomføres. Det er tidkrevende, som ble nevnt som argumentasjon mot brukerråd i Torjussen et al., (2014). Dessuten krever det økonomiske ressurser. Et annet kritisk blikk på brukermedvirkning tar Ekeland (2021) opp. Han skriver at nyliberale styringsmodeller kan «pervertere» reell brukermedvirkning (Ekeland, 2021, s. 173). Med dette mener han at dokumentasjonen og standardisering som er kommet som følge av nyliberalismen kan gjøre tjenesteytere mer opptatt av å

dokumentere brukermedvirkning enn å faktisk praktisere reell brukermedvirkning (Ekeland, 2021, s. 174).

Det kan argumenteres for at brukermedvirkning også kan være en form for misbruk. Arctander (2021, s. 26) skriver at foreninger og brukerorganisasjoner like gjerne implementerer myndighetenes styringsteknologier som at de gir pasientene en stemme. Dette argumenterer Arctander (2021, s. 26) med at «brukerorganisasjonene rapporterer på myndighetenes måloppnåelse på tildelingene (...)». De tidligere nevnte lover og forskrifter som implementerer brukermedvirkning gir pasientene formelle rettigheter, men de gir ikke nødvendigvis pasientene frihet. Likevel kan disse rettighetene og representasjonen pasientene får gjennom brukerorganisasjoner være utgangspunktet for kampen for frigjørelse (Arctander, 2021, s. 27). Freire (1999, s. 31) skriver at undertrykkeren ikke gir noen reell hjelp ved å synes synd på den undertrykte når han likevel holder den undertrykte i et avhengighetsforhold. Ut fra dette kan det argumenteres for at sosialarbeideren i TSB ikke kan praktisere brukermedvirkning, samtidig som sosialarbeideren skal vite best. En instrumentell begrunnelse for brukermedvirkning kan også gi et falskt inntrykk overfor pasienter om at de virkelig har innflytelse på egen sak. Det kan diskuteres hvorvidt det er etisk å praktisere en form for brukermedvirkning for at pasientene lettere skal gjøre som tjenesteyterne ønsker. Samtidig kan sosialarbeideren handle ut fra omsorg, men ifølge Freire (1999) er ikke omsorg nok uten å kjempe for pasientenes frigjørelse fra undertrykkelse. Det kan argumenteres for at reell brukermedvirkning kan være med på å gi pasientene verdighet og større makt over eget liv, men at det da kreves mer enn at brukermedvirkning blir brukt som et instrument for å nå et mål.

## 6.0 Avslutning

I denne litteraturstudien har vi prøvd å belyse hva som skal til for å sikre reell brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ut fra våre funn har vi sett at det foreligger flere utfordringer og hindre i spesialisthelsetjenesten når det gjelder implementering av brukermedvirkning. Holdninger og diskurser om rusmiddelavhengige som ikke-verdige trengende eller syke kan være en forklaring på unnlatelsen av etablering av brukerstyrte prosesser, som for eksempel brukerråd. I døgnopphold i TSB var det over halvparten i fjor som opplevde en eller annen form for innflytelse i deres behandling, men det kom ikke frem hva denne innflytelsen innebar. Et forslag til videre undersøkelser er å ha med kvalitative intervju, hvor deltakerne blir spurt om hva som har gitt dem eller ikke gitt dem en opplevelse av egen innflytelse i behandlingen. Slik vi har forstått reell brukermedvirkning, innebærer det at sosialarbeider og pasient er i et partnerskap, hvor pasient er med i både forberedelses-, gjennomførings- og evalueringsfasen av en behandling eller et tiltak. I et system hvor sosialarbeider føler seg presset av forventningene fra både over og under, kan det være vanskelig å praktisere reell brukermedvirkning. Likevel er også relasjonen mellom sosialarbeider og pasient av betydning, hvor sosialarbeider har et ansvar overfor pasienten til å stå i solidaritet - ikke bare i ord, men også med handling. Samtidig er det viktig å passe seg for å ikke bare praktisere brukermedvirkning for dokumenteringen sin del, men fordi det er en rettighet som pasienten har.

## Litteraturliste

- Arctander, K. (2021). Medvirkning, makt og muligheter. I R. Sørly, B. E. Karlsson & T. Sjøfjell (Red.), *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid* (s. 21-33). Universitetsforlaget.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning – kun for verdige trengende? Om brukermedvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(1), 52-59. [http://www.idunn.no/tph/2009/01/brukermedvirkning\\_-\\_kun\\_for\\_verdige\\_trengende\\_om\\_brukermedvirkning\\_pa\\_rusfe](http://www.idunn.no/tph/2009/01/brukermedvirkning_-_kun_for_verdige_trengende_om_brukermedvirkning_pa_rusfe)
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal.
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(2), 134-149. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>
- Aveyard, H. (2018). *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a Practical Guide* (4. utg.). McGraw-Hill Education. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogskbergen-ebooks/detail.action?docID=6212137>
- Carroll, J. & Minkler, M. (2000). Freire's Message for Social Workers. *Journal of Community Practice*, 8(1), 21-36. [https://doi.org/10.1300/J125v08n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J125v08n01_02)
- Ekeland, T.-J. (2021). Myndiggjorte brukere og umyndiggjorte hjelpere. I E. Skjeldal (Red.), *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* (s. 153-180). Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen. (2019). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Fellesorganisasjonen. <https://www.fo.no/getfile.php/1324847-1580893260/Bilder/FO%20mener/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 6. desember). *Rusbrukslidelser i Norge. Forekomst og utvikling av alkoholavhengighet og andre rusbrukslidelser i Norge, samt risikofaktorer og konsekvenser*. Hentet 15. april 2021 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>
- Foucault, M. (1970). *Diskursens orden: tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970*. Spartacus forlag AS.

- Foucault, M. (2002a). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Cappelen Akademisk Forlag.
- Foucault, M. (2002b). The Subject and Power\*. I J. D. Faubion (Red.), *Power. Essential works of Foucault 1954-1984* (Bd. 3, s. 326-348). Penguin Books.
- Foucault, M. (2002c). Truth and Juridical Forms\*. I J. D. Faubion (Red.), *Power. Essential works of Foucault 1954-1984* (s. 1-89). Penguin Books.
- Freire, P. (1999). *De undertryktes pedagogikk*. Gyldendal Akademisk.
- Haugum, M. & Iversen, H. H. (2014). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2014* (Nr 6 - 2014). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/pasienterfaringer-med-dognopphold-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-2014-1.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2016, 06. oktober). *Prioriteringsveileder – tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. Hentet 21. april fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb>
- Helsedirektoratet. (2017a, 17. oktober). *Brukermedvirkning*. Hentet 13. april 2021 fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2017b, 24. januar). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet 13. april 2021 fra  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak m.m.* (LOV-2001-06-15-93). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>
- Holmboe, O., Danielsen, K., Haugum, M., Ghebremedhin, H. & Iversen, H. H. (2021). *Pasienters erfaringer med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Årsrapport 2020, Nasjonale resultater* (2021:111). Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/contentassets/2a0ee9d90edb479aa65afc25b2645314/nasjonale-resultater.pdf>



- Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. & Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(4), 296-312. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-04-02>
- Hutchinson, G. S. & Oltedal, S. (2017). *Praksisteorier i sosialt arbeid*. Universitetsforlaget.
- Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning - hva er så det? I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse* (s. 42-51). Universitetsforlaget.
- Jenssen, A. G. & Tronvoll, I. M. (Red.). (2012). *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse*. Universitetsforlaget.
- Juritzen, T. (2021). Erfaringskompetanse - «å bruke en bruker». Utfordringer i kunnskapsutvikling og praksis. I E. Skjeldal (Red.), *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning* (s. 49-62). Universitetsforlaget.
- Larsen, T. & Sagvaag, H. (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *Health Expectations*, 21(6), 1231-1240. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/hex.12828>
- Nasjonal strategigruppe 2 for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (2010). *Nasjonal strategigruppe 2 for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidsgruppe 5: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Helse Midt-Norge/Helse Nord/Helse Sør-øst/Helse Vest. [https://docplayer.me/13442139-Nasjonal-strategigruppe-ii-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling.html?fbclid=IwAR2er-wK4gqJ7T7wME7Xscfsimz2wunsGtFbGDm1\\_EyLTOKAmVPA2JOt1Po](https://docplayer.me/13442139-Nasjonal-strategigruppe-ii-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling.html?fbclid=IwAR2er-wK4gqJ7T7wME7Xscfsimz2wunsGtFbGDm1_EyLTOKAmVPA2JOt1Po)
- NAV-loven. (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen* (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2006-06-16-20>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! - en arbeidsbok* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Payne, M. (2014). *Modern Social Work Theory* (4. utg.). Palgrave Macmillan.
- Prop. 15 S (2015–2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/n/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

- Prop. 92 L (2020–2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5e3c52ef8e4b40ba9f471880c5c5c7a2/no/pdfs/prp202020210092000dddpdfs.pdf>
- Rosenberg, D. H., Helene. (2015). Systematizing Knowledge of User Influence – A Study of User Advisory Boards in Substance Abuse and Mental Health Services. *Social Policy & Administration*, 50(3), 336-352. <https://doi.org/10.1111/spol.12113>
- Sjåfjell, T. (2017). Recovery, «min plan, mitt prosjekt, mitt liv». *Kommunetorget.no - for planlegging av folkehelse- og rusarbeid i kommunene*.  
<http://www.kommunetorget.no/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/Recovery-min-plan-mitt-prosjekt-mitt-liv/>
- Sjåfjell, T. (2021a). Brukeren om medvirkning. I R. Sørly, B. Karlsson & T. Sjåfjell (Red.), *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid* (s. 95-107). Universitetsforlaget.
- Sjåfjell, T. (2021b). Medvirkning på ulike nivåer og i ulike tjenester. I R. Sørly, B. E. Karlsson & T. Sjåfjell (Red.), *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid* (s. 48-61). Universitetsforlaget.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Skjeldal, E. (Red.). (2021). *Kritiske perspektiver på brukermedvirkning*. Universitetsforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Sørly, R., Karlsson, B. & Sjåfjell, T. (Red.). (2021). *Medvirkning i psykisk helse- og rusarbeid*. Universitetsforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal.
- Torjussen, E., Harwiss, H. L. & Havnes, I. A. (2014). *Brukermedvirkning i TSB - en myte? - en nasjonal kartlegging av brukermedvirkning i Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB)* (Skriftserie nr 1, 2014). Nasjonal kompetansetjeneste TSB.  
<https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/SkriftserieNrENTilNett.pdf>

Aasmundsen, H. & Sagvaag, H. (2012). "Som å snakke til en vegg". Personer med rusproblemer og deres erfaringer med brukermedvirkning. I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse* (s. 188-200). Universitetsforlaget.