



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 319

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7995

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 44
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

“Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre
uden at han holder noget af dets liv i sin hånd.
Det kan være meget lidt, en forbigående stemning,
en oplagthed, man får til at visne, eller som man uddyber eller hæver.
Men det kan også være forfærdende meget,
så det simpelthen står til den enkelt, om den andens liv lykkes eller ej”.

Knud Løgstrup
Den etiske fordring (1956)

Abstract

The aim of this thesis has been to investigate in what ways a social educator can contribute to increased user involvement among people with drug-related challenges.

Increased user involvement in mental health care is a focus area for both the World Health Organization and national health authorities, but it may seem that there still is a long way to go.

The social educator has traditionally worked among people with intellectual disabilities, but are increasingly engaged in drug and mental health treatment.

To answer the question, I have discussed the findings in three different qualitative studies where people with substance abuse or mental health disorder describe their experiences with user involvement in treatment and rehabilitation, in light of the social educator's possibilities to help make a difference.

The findings show that the social educator, due to their knowledge on disability challenges combined with their relational competence, interaction and communication skills, has many approaches to help increase user involvement for this group. However, it must be noted that the social educator is not in a special position to be able to make this difference, as many other health care professionals have prerequisite to use the same approach.

Innhold

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.2. Disposisjon.....	6
2.0 Teoretisk forankring og begrepsavklaring.....	6
2.1. Hva er en bruker.....	7
2.2. Hva regulerer brukermedvirkning	7
2.3 Brukermedvirkning på forskjellige nivåer.....	8
2.4 Arnsteins stige for medvirkning	9
2.5 Brukermedvirkning i lys av vernepleierens kjerne roller	11
2.5.1 Brobyggerrollen	12
2.5.2 Pådriverrollen	12
2.5.3 Ansvarsrollen	13
2.5.4 Partnerrollen	14
2.6 Kunnskapsbasert praksis	15
3. Metode	15
3.1 Studiens formål	16
3.2 Søk	16
3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	17
3.4 Kritisk vurdering	18
3.5 Styrker og svakheter med metoden.....	18
4.0 Resultater	19
4.1 «“Sorting things out together:” Young Adults’ Experiences of Collaborative Practices in Mental Health and Substance Use Care» av Ness, Kvello, Borg, Semb og Davidson (2017)	19
Tema 1: Ikke fiks meg eller fordøm meg.....	19
Tema 2: Noen å diskutere utfordringer og problemer med.....	20
Tema 3: Ikke gi opp.....	20
Tema 4: Praktisk hjelp	20
4.2 «Service users' views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study» av Laitila, Nummelinb, Kortteistoc, Pitkänend (2018).....	20
Tema 5: Å styrke brukers posisjon.	21
Tema 6: Å utvikle systemer for behandling.....	21
Tema 7: Målrettet trening for tjenesteytere.....	21

4.3 «User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders» av Wenaas, Anderson, Kiik og Juberg (2021)	21
Tema 8: Uklare rolleavklaringer og rollefunksjoner	22
Tema 9: Uklar praksis i forhold til regler og rutiner	22
Tema 10: Manglende brukerkunnskap.....	22
4.3 Forskningsartiklene sett i sammenheng.....	22
5. Drøfting.....	23
5.1 Vernepleieren i rollen som partner – samhandling på individnivå	24
5.2 Vernepleieren i ansvarsrollen – Handlingsorientert på individnivå	25
5.3 Vernepleieren som brobygger – Samhandlingsorientert på systemnivå.....	25
5.4 Vernepleieren som pådriver – Handlingsorientert på systemnivå	27
6.0 Avslutning.....	28
7. Litteratur.....	30

Vedlegg

Vedlegg 1	PICo og søkestrategi
Vedlegg 2	Lesetabell
Vedlegg 3	«Sorting things out together»: Young Adults` Experiences of Collaborative Practices in Mental Health and Substance Use Care
Vedlegg 4	“Service users` views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study”
Vedlegg 5	“User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders”

Figurer og tabeller I oppgavetekst

Figur 1	Arnsteins stige med 8 trinn for medvirkning, (s. 10)
Figur 2	Vernepleierens refleksjonsmodell. (s. 12)
Tabell 1	Forskningsartikler sett i sammenheng (s. 23)

Hvordan kan vernepleiere bidra til økt brukermedvirkning for mennesker under behandling og rehabilitering for ruslidelse?

1.0 Innledning

Denne oppgaven handler om brukermedvirkning for mennesker under behandling og rehabilitering for ruslidelser. Brukermedvirkning er en lovfestet rett, og er ikke noe tjenesteapparatet kan velge om de vil forholde seg til. Brukeren har rett til å medvirke samtidig som tjenesteapparatet har plikt til å involvere brukeren (Helsedirektoratet, 2017). Ruslidelser er et begrep som brukes både om skadelig bruk og avhengighet av rusmidler. Skadelig bruk, betyr et inntak som har gitt fysiske eller psykiske helseskader i en bestemt periode, mens avhengighet innebærer tap av kontroll, og at bruken opprettholdes på tross av skadelige konsekvenser. Ved avhengighet lar også brukeren behovet for rusmidler komme foran andre behov og forpliktelser (FHI, 2019).

Det er vanskelig å finne et eksakt tall på hvor mange som sliter med rusproblemer. Det nærmeste jeg kommer, er tallene fra Brukerplan, et kartleggingsverktøy som tilbys alle landets kommuner. I årsrapporten for 2019, kan vi lese at det i alt er kartlagt 22404 brukere over 18 år med rusproblemer. Dette tilsvarer et antall på ca. 7 per 1000 innbyggere. (Hustvedt et al., 2020, s. 8).

Mange brukere opplever at systemet motarbeider dem i stedet for å samarbeide med dem (Lossius, 2016, s. 348), det kan være til hinder for brukermedvirkning. Verdens helseorganisasjon (WHO) peker på brukermedvirkning som et av hovedmålene i handlingsplanen for psykisk helse 2013–2020 (WHO, 2013, s. 10 og 11). I opptrappingsplanen for rusfeltet ble det også for Norges del slått fast at det er behov for å styrke brukermedvirkningen (Prop 15 S (2015–2016), s. 19). Og i Brukertilfredsevalueringen

2020 er brukermedvirkning trukket frem som et vesentlig punkt (KoRus Midt-Norge, 2020, s. 5).

1.1 Bakgrunn

Med det, er det naturlig å trekke frem vernepleierfagets relevans for å styrke brukermedvirkningen i behandling og rehabilitering av mennesker med ruslidelser.

Når vernepleierutdanningen ble etablert for ca. 60 år siden, var dette med utgangspunkt i behovet for en yrkesgruppe med både pedagogiske og medisinske kvalifikasjoner, som skulle arbeide med mennesker med utviklingshemming (Owren & Linde, 2011, s. 14). Mye har skjedd siden den gangen. I 2015 var vernepleieren representert innenfor 35 arbeidsfelt (Nordlund et al., 2015, s. 34), og i dag er ca. 18 % av Fellesorganisasjonens (FO) medlemmer engasjert innen andre fagfelt enn utviklingshemming. En stor del av dette er innenfor psykisk helsearbeid, inkludert rusfeltet (FO, u.å., s. 1).

Vernepleierutdanningen er kunnskapsbasert, og gir kompetanse og holdninger som skal danne grunnlaget for likeverdige tjenester til alle samfunnsgrupper. Det legges spesielt vekt på kompetanse i miljøterapi, og tverrfaglig samarbeid, samt samarbeid med brukere og pårørende for å fremme selvbestemmelse, deltagelse, mestring, helse og livskvalitet. Vernepleieren skal også ha gode kommunikasjonsferdigheter og en høy etisk bevissthet (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen, 2019, §2). I tillegg fremhever FO også vernepleierens kompetanse om atferdsendringer knyttet til rus og rusmiddelbruk (FO, u.å., s. 2).

Brukermedvirkning krever samarbeid på mange nivåer – inkludert med brukeren og dennes familie. Vernepleieren har nødvendig kunnskap om både individ-, gruppe- og samfunnsnivå, og kompetansen som ligger i koblingen mellom helse- og sosialfag, er viktig når man skal hjelpe noen som trenger hjelp til å uttrykke sine egne behov (Grung, 2019, s. 25). I Brask, Østby og Ødegård kalles denne koblingen for dobbeltkompetanse. I det legger de at vernepleieren med sin evne til å gjenkjenne og møte forskjellige behov, og å innta forskjellige perspektiver, kan fylle rollen som brobygger mellom profesjoner (2016, s. 23).

1.2 Problemstilling

I denne oppgaven vil jeg rette fokuset mot de politiske målsettingene om økt brukermedvirkning på rusfeltet. Jeg vil se på hva det er ved vernepleierens kompetanse som kan bidra til økt brukermedvirkning. Med bakgrunn i dette, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan kan vernepleiere bidra til økt brukermedvirkning for mennesker under behandling og rehabilitering for ruslidelser?»

For å svare på denne problemstillingen vil jeg gjennomføre en litteraturstudie. Jeg ønsker å ta utgangspunkt i brukeres erfaringer med samhandling og brukermedvirkning innen rusfeltet eller nærliggende fagfelt. Disse erfaringene vil jeg i hovedsak drøfte med en forankring i vernepleierens kjerne roller slik de er beskrevet i Brask, Østby og Ødegård, da det gir en grundig teoretisk beskrivelse av vernepleierens verdigrunnlag, kompetanse og handlingsalternativer (2016, s. 5).

1.2. Disposisjon

Oppgavens hoveddeler består av innledning, teoretisk forankring, metode, resultater og en drøfting. I kapittel 2 vil jeg si noe om teorien bak forståelsen av begrepet brukermedvirkning, og vernepleierens rolle i dette. Jeg vil også gjøre rede for de mest sentrale begrepene benyttet i oppgaven. I kapittel 3 beskriver jeg metode. Jeg sier noe om hvilke søkeord jeg har benyttet, samt hvor mange treff jeg har hatt og hvordan utvalgsprosessen har vært frem mot de artiklene jeg har valgt å bruke. I kapittel 4 presenterer jeg hvilke funn jeg har gjort, og gir en sammenfatning av artiklene jeg har valgt å bruke. I kapittel 5 drøfter jeg funnene jeg har gjort, i lys av vernepleierens kjerne roller, og søker å finne svar på hvordan vernepleieren kan bidra til den politiske målsettingen om økt brukermedvirkning for mennesker med ruslidelser.

2.0 Teoretisk forankring og begrepsavklaring

I dette kapittelet presenterer jeg teorien jeg legger til grunn for forståelsen av begrepet brukermedvirkning, samt noen av de vernepleierfaglige perspektivene jeg mener har betydning for å fremme brukermedvirkningen blant mennesker med ruslidelser.

2.1. Hva er en bruker

I følge Opptrappingsplanen for psykisk helse, er en "bruker" en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form (Helsedirektoratet, 2017). I denne oppgaven er en bruker en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen rusfeltet. Slike tjenester kan være innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eller det kan være andre tjenester knyttet til rehabilitering innen rus og/eller psykiatri. Andre ord som brukes om dette begrepet, kan være pasient eller klient. Disse antyder en mer passiv rolle, (Lossius, 2013, s. 347) og vil derfor ikke være aktuelle begreper i denne sammenhengen.

2.2. Hva regulerer brukermedvirkning

Opptrappingsplanen for rusfeltet konkluderer med at brukermedvirkning har avgjørende betydning for å få til gode resultater (Helsedirektoratet, 2012, s. 55). Helsedirektoratet viser også til at dette kan være et viktig virkemiddel ved utforming og gjennomføring av tilbud, og for å gi mennesker følelsen av å ha kontroll i eget liv, og motta hjelp på egne premisser (Helsedirektoratet, 2017).

"I stedet for medvirkning", sier Lossius, kan vi snu det til å handle om å "gjøre noe" sammen med. Det normale vil være at vi tenker at det er brukeren som skal "virke med" behandler eller terapeut, men dersom vi ønsker å sette brukeren i sentrum, kan vi si at det er terapeuten som "virker med" brukeren (Lossius, 2012, s. 347).

I Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3 som omhandler rett til medvirkning og informasjon står det:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (...) Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Mange av brukerne som min oppgave omhandler, har langvarig behov for flere koordinerte tjenester, og har derfor rett til en individuell plan og koordinator. Hensikten med en slik plan, er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. I tillegg skal planen sikre brukerens medvirkning og innflytelse, samt styrke samarbeid mellom tjenesteytere, brukere og pårørende (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, 2011, §1). Denne retten er også regulert i Helsepersonelloven (1999,

§2-5), samt i Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §7-1), som pålegger kommunen ansvaret for utarbeidelse av en slik plan.

I tillegg har kommunen plikt til å utnevne en koordinator som skal sikre samordning, fremdrift og nødvendig oppfølging av brukeren (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §7-2), samt en koordinerende enhet som skal ha overordnet ansvar for individuell plan og opplæring og veiledning av koordinator. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §7-3) En siste lov som er verdt å ta med, selv om den ikke direkte nevner brukermedvirkning, er Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §2-1 og §3-1). Disse lovene må virke sammen med de lover som tidligere er nevnt, da de regulerer all behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

2.3 Brukermedvirkning på forskjellige nivåer

Opptappingsplanen for psykisk helse, setter to overordnede mål for brukermedvirkning. Det første er et mål om reell innflytelse på tjenestene på både individ- og systemnivå. Det andre er målet om at brukernes erfaringer skal utgjøre en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser, og bli synlig i behandlingen (Larsen et al., 2006, s. 14). Disse overordnede målene har resultert i det vi i dag har som retningslinjer for brukermedvirkning på tre ulike nivåer. De tre nivåene er individnivå, tjenestenivå og systemnivå (NK LMH, 2019).

Individnivået er det nivået vi først tenker på når vi snakker om brukermedvirkning. Dette handler om at brukeren har innflytelse sitt eget helsetilbud. Det er på dette nivået vi har den direkte samhandlingen mellom behandler og bruker, hvor brukeren skal ha mulighet til å påvirke prosessen ut fra sine behov. Samvalg er et viktig stikkord for brukermedvirkning på individnivå. For at det skal skje, er det gjerne behov for informasjon, undervisning og veiledning før brukeren kan delta i samvalgsprosessen. (NK LMH, 2019)

På tjenestenivå, handler det om hvordan brukeren samarbeider med fagpersonene i tjenesteapparatet, for at tjenestene skal kunne benytte seg av brukerens erfaringer for å forbedre og utvikle eksisterende tjenester. Det kan f.eks. skje ved hjelp av erfaringskartlegging, eller utvikling av nye prosjekter der brukere deltar på lik linje med fagpersoner (NK LMH, 2019).

På systemnivå snakker vi om hvordan brukergrupper og interesseorganisasjoner blir tatt med i overordnet planlegging og utforming av tiltak og tjenester (NK LMH, 2019). Et

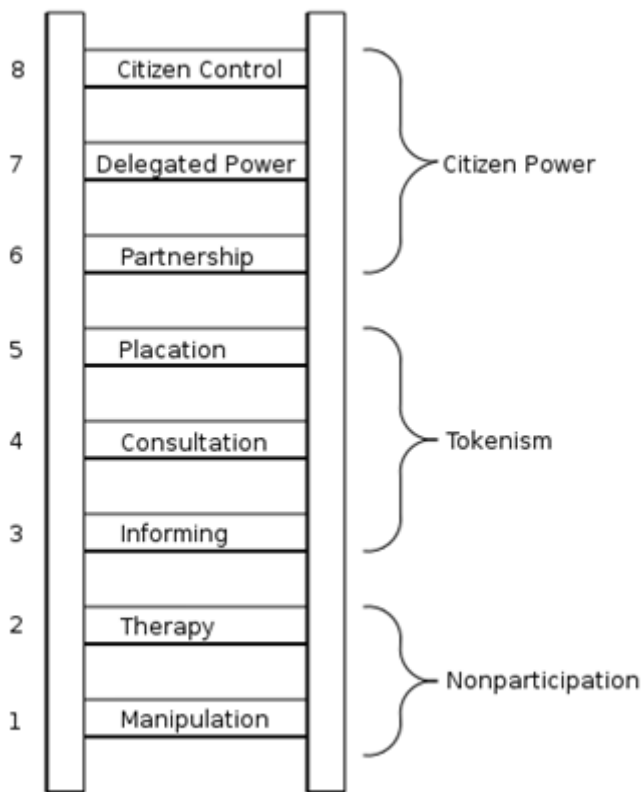
eksempel på dette kan være hvis regjeringen inviterer brukerorganisasjoner til å delta under utforming av forslag til rusreform.

2.4 Arnsteins stige for medvirkning

I artikkelen "Ladder of Citizen Participation" skriver Arnstein (2019) om forskjellige grader av innflytelse borgere i et samfunn kan ha på beslutninger som påvirker deres liv. Artikkelen ble først publisert i 1969, men ble utgitt på nytt i forbindelse med 50-årsjubileet. Det har ikke lyktes meg å få tilgang til den opprinnelige publiseringen i tide, derfor henviser jeg til jubileumspubliseringen.

Brukermedvirkning er litt som å spise spinat, skriver Arnstein. Fordi det er så sunt, er det ingen som er imot prinsippet, men det er stor forskjell på et meningsløst ritual og den reelle makten som trengs for å ha påvirkning på resultatet av en prosess (Arnstein, 2019, s. 24.). En forutsetning for brukermedvirkning, er delegering av reell makt (Arnstein, 2019, s. 27).

Ved hjelp av en stige med 8 trinn (se figur 1), ønsker Arnstein å illustrere graden av brukermedvirkning. Dette er en forenkling, men gir likevel et bilde av hvordan reell brukermedvirkning skjer på forskjellige nivåer. Til tross for at modellen er mer enn 50 år gammel, og forklares med eksempler fra fattigdomsbekjempelse og byplanlegging (2019, s. 25), har den overføringsverdi til vår kontekst, og brukes derfor også som modell for å forklare brukermedvirkning under vernepleierutdanningen. Under forelesninger har den også blitt presentert som en trafikklysmoell, hvor de to nederste trinnene er røde, de tre neste er gule og de tre øverste er grønne.



Figur 1. Arnsteins stige med 8 trinn for medvirkning, (Arnstein, 2019, s. 26).

På de to nederste trinnene finner vi begrepene manipulasjon og terapi. På disse trinnene hevder Arnstein at det ikke er noen brukermedvirkning. Manipulasjon handler om å lure mennesker til å tro at de deltar aktivt og har en faktisk påvirkningsmulighet, mens ved terapi, blir mennesker «behandlet» for feil som samfunnet er ansvarlig for i stedet for at feilen rettes (Arnstein, 2019, s. 25).

Hvis vi fortsetter trafikklysanalogien, vil vi på trinn 3, 4 og 5 være kommet opp til gult nivå. Trinn 3 og 4 kalles informasjon og konsultasjon. Her er brukermedvirkningen symbolsk. Arnstein hevder at dette også er en form for manipulasjon, da mennesker blir lurt til å tro at de har medvirkning, mens det i virkeligheten ikke er sant. Det kan være fordi de har blitt informert, og blitt gitt uttalerett. I virkeligheten kan avgjørelsen for den kommende endringen allerede være tatt. Mennesker blir altså gitt en følelse av at de ha medvirket, uten at de faktisk har hatt en reell påvirkning (Arnstein, 2019, s. 25). Trinn 5 regnes fortsatt som symbolsk, fordi det handler om å rådføre seg med brukere, uten at rådene nødvendigvis blir tatt til følge.

På de neste tre trinnene på stigen beveger vi oss over på grønt nivå og begynner å se reell brukermedvirkning. På trinn 6 har vi et partnerskap som gir brukere mulighet til å forhandle og eventuelt gjøre «byttehandler» med de som tradisjonelt sitter på makten. På trinn 7 finner vi den delegerte makten som innledningsvis ble nevnt som en forutsetning for reell brukermedvirkning og på trinn 8 snakker vi om full brukermedvirkning ved at det er brukeren som har det avgjørende ordet (Arnstein, 2019, s. 25).

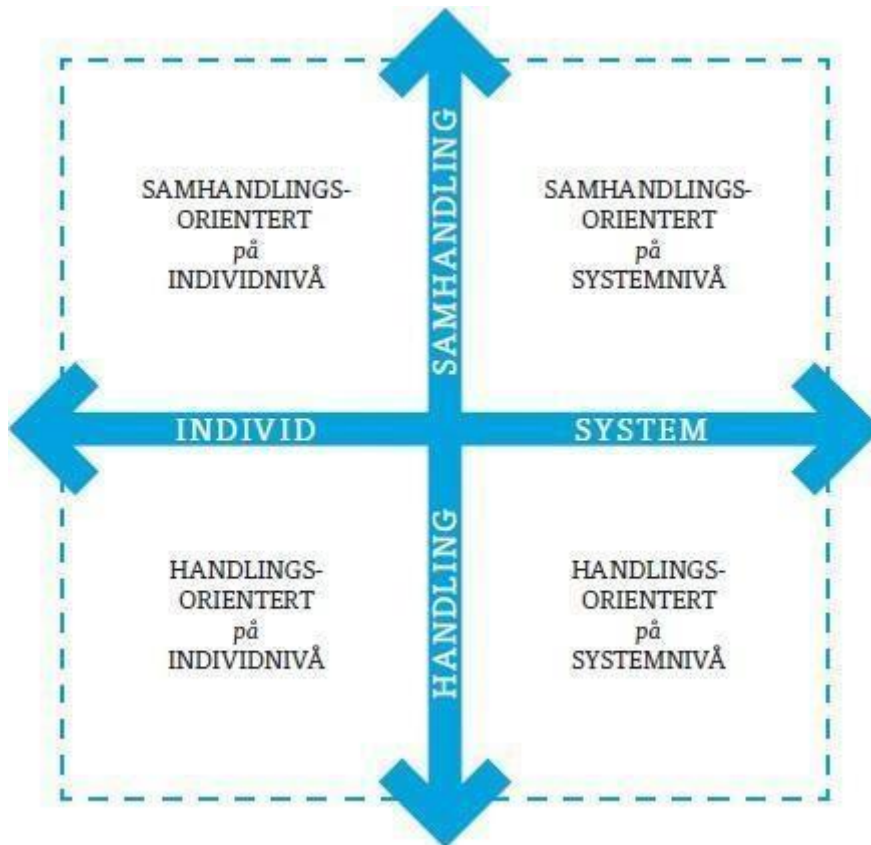
Når graden av brukermedvirkning vurderes, kan Arnsteins modell være til hjelp for å se hvor på stigen man faktisk befinner seg. Slik ambisjonene for brukermedvirkning er definert både i politiske målsettinger og i lovverket, synes de først og fremst å samsvare med Arnsteins tre øverste trinn.

2.5 Brukermedvirkning i lys av vernepleierens kjerneroller

Et godt virkemiddel til å beskrive vernepleierens kjerneroller, er å bruke Brask, Østby & Ødegård (2016) sin refleksjonsmodell. Den skal være en hjelp til å se kompetanse, verdigrunnlag og handlingsalternativer, knyttet til valg vernepleieren står overfor. Forfatterne slår fast at vernepleieren trenger observasjons- og kommunikasjonskompetanse for fleksibel tilpasning og bevegelse mellom rollene (Brask et al. s. 265). Samtidig har de et ønske om at modellen skal inspirere til økt bevissthet og mer fleksibilitet for å bidra til en bedre hverdag for brukeren (Brask et al., 2016, s. 33).

Vernepleieren vil ofte stå overfor to grunnleggende valg. Det ene valget kan plasseres i en kraftdimensjon, som forteller hvor mye styring en vernepleier har i et samarbeid (handling–samhandling). Det andre i en retningsdimensjon, som forteller hvor direkte eller indirekte samarbeidet med bruker er (individ–system), (Brask et al., 2016, s. 34). De to dimensjonene kan sees på som dynamiske skalaer med alle grader av system- eller individorientering og alle grader av samhandling (Brask et al., 2016, s. 35).

I modellen krysser kraft og retning hverandre og danner fire kvadranter som viser vernepleierens fire kjerneroller. Se figur 2. Vernepleierens refleksjonsmodell (Brask et al., 2016, s. 37).



Figur 2. Vernepleierens refleksjonsmodell. *Fra Vernepleierens kjerneverroller. En refleksjonsmodell* (Brask et al., 2016, s. 37).

2.5.1 Brobyggerrollen

I første kvadrant, finner vi brobyggerrollen som er samhandlingsorientert på systemnivå. I denne rollen skal vernepleieren ivareta brukerens behov opp mot systemene rundt (Brask et al., 2016, s. 164). Det kan være mange ting som gjør at en bruker har behov for en brobygger. Ofte har mennesker med rusrelaterte utfordringer en ansvarsgruppe rundt seg, er i et pakkeforløp, eller har en individuell plan. I slike tilfeller kan brobyggerrollen være et koordinatorsansvar. Dette betyr samhandling på systemnivå og en mulighet til å bidra til et tverrfaglig samhandlingsklima preget av raushet og interesse for hverandres bidrag og kunnskap (Brask et al., 2016, s. 165).

2.5.2 Pådriverrollen

I andre kvadrant, finner vi pådriverrollen, som er handlingsorientert på systemnivå. I denne rollen handler vernepleieren selvstendig (Brask et al., 2016, s. 42). Dette betyr at vernepleierens handlekraft spiller en vesentlig rolle, men det skjer i indirekte arbeid med brukere. Arbeidet kan være rettet mot en enkeltperson, eller mot brukergrupper (Brask et al., 2016, s. 206).

Når vernepleieren kommer til kort som brobygger, kan det være nyttig å ta på seg pådriverrollen. Målsettingen er at alle skal ha mulighet til å delta på flest mulig arenaer og vernepleieren kan i denne rollen fungere som talsperson for de som ikke når igjennom med sin egen mening (Brask et al., 2016, s. 206).

Det handler mye om å bygge ned funksjonshemmende barrierer som brukere møter. Det er lett å tenke på barrierer som fremkommelighet for rullestolbrukere eller svaksynte, men mennesker med rusrelaterte utfordringer møter ofte barrierer i form av negative holdninger og stigmatisering (Lossius, 2011, s. 339). Disse barrierene kan påvirke hvordan rusavhengige blir behandlet av tjenesteytere så vel som samfunnet for øvrig. I pådriverrollen vil vernepleieren kunne engasjere seg for å bryte ned barrierer på vegne av brukeren. Dette kan skje gjennom politisk engasjement, lokal påvirkning eller debatt og diskusjoner (Brask et al., 2016, s. 207).

Sett opp mot brukermedvirkning, er noe av det viktigste for vernepleieren i pådriverrollen, ansvaret for å kjempe for brukerens rettigheter, og å varsle om mangler og svikt i tjenestene der brukeren selv ikke kan si ifra (Brask et al., 2016, s. 42).

2.5.3 Ansvarsrollen

I tredje kvadrant, finner vi ansvarsrollen, som er handlingsorientert på individnivå.

Vernepleiere arbeider ofte med brukere som ikke alltid er i stand til å vurdere sitt eget beste. Ansvarsrollen blir aktuell når "brukerperspektiv og selvbestemmelse ikke er nok" (Brask et al., 2016, s. 206) og den handler om å være beredt til å vurdere for eksempel helse- og sikkerhetsrisiko på vegne av brukeren, om dennes vurderingsevne ikke skulle strekke til (Brask et al., 2016, s. 116).

Vernepleieren har sitt pålagte ansvar for brukerens helse og sikkerhet, og må være i stand til å reflektere over sine handlinger slik at dette ansvaret ivaretas på best mulig måte. Det er også viktig at vernepleieren er oppmerksom på at det i forholdet til bruker kan oppstå en ubalanse i maktforholdet dersom det blir behov for å opptre med stor grad av styring eller påvirkning (Brask et al., 2016, s. 51).

Det er viktig å påpeke at ansvarsrollen ikke gjelder utelukkende situasjoner hvor det brukes tvang og makt, men også mildere grad av styring eller påvirkning (Brask et al., 2016, s. 120).

I ansvarsrollen vil vernepleieren lett bli stående i etiske dilemmaer knyttet til brukerens evner til å se sitt eget beste, og vil måtte ta beslutninger som ikke er i tråd med brukerens ønsker. Beslutninger som fattes i slike situasjoner må være etisk, faglig eller juridisk begrunnet (Brask et al., 2016, s. 116).

2.5.4 Partnerrollen

Siste og fjerde kvadrant, er samhandlingsorientert på individnivå, og her finner vi partnerrollen. Denne rollen kjennetegnes av dialogisk kommunikasjon. Det er av stor betydning at vernepleieren er sensitiv og tilpasningsdyktig når støtten rundt brukeren skal settes opp, og rollen preges av vernepleierens holdninger og innlevelsessevne (Brask et al., 2016, s. 68).

I relasjonen kan det fort oppstå en skjev maktfordeling, og vernepleieren må ha som mål å øke brukerens mulighet for medvirkning, opplevelse av deltagelse og likeverd (Brask et al., 2016, s. 64). I denne rollen driver ikke vernepleieren prosessen gjennom, men lar samarbeidet med brukeren bestemme.

I denne rollen er vernepleierens holdninger og evne til innlevelse viktig (Brask et al., 2016, s. 65). For å styrke brukerperspektivet kan vernepleieren benytte seg av inviterende praksis. Dette innebærer å gi brukeren handlingsrom ved å ramme inn de valgmulighetene som finnes.

Under prosessen er vernepleieren sensitivt oppmerksom på brukerens tilbakemeldinger, slik at prosessen avsluttes dersom den er uønsket (Owren & Linde, 2020, s. 97). Et eksempel på inviterende praksis, kan vi se i historien om Klaus i Sømme og Thorbjørnsen (2020). Klaus sliter med rus og samtidige psykiske lidelser, og er til tider ambivalent til hva han trenger fra sine nære tjenesteytere. Hjelperne kan velge å møte ham med handlingsalternativer på måter som kontrollerer ham, eller de kan møte ham i øyeblikket, med nærvær og tilstedeværelse som bidrar til utvikling og frihet (Sømme & Thorbjørnsen, 2020, s. 191).

I vernepleierutdanningen er det stort fokus på å se brukeren som en person med ressurser og muligheter, og ikke bare funksjonsvanskene de måtte ha. Fokuset forsterkes ved at vernepleieren viser innsikt i funksjonshemmende barrierer og bidrar til å bygge disse ned. Dette er med på å øke mestringsopplevelsen og livskvaliteten (Brask et al., 2016, s. 68). Prosessen i samhandlingen fremstår gjerne som viktigere enn resultatet (Brask et al. 2016, s.

49) og dermed også evnen til å være tilstede i øyeblikket ved å vise engasjement og å lytte til brukeren (Brask et al., 2016, s. 52).

2.6 Kunnskapsbasert praksis

“Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen” (Helsebiblioteket, u.å.).

Forskningsbasert kunnskap finner vi gjennom empirisk, praktisk rettet forskning. Ofte utviklet gjennom systematiske fremgangsmåter for å besvare et konkret spørsmål. Den erfaringsbaserte kunnskapen, som omfatter både klinisk erfaring, faglig skjønn og praksiskunnskap, utvikles ved en kontinuerlig refleksjon (Helsebiblioteket, u.å.).

I kunnskapsbasert praksis står brukerens ønsker og behov sentralt. Vernepleieren har et spesielt ansvar for å involvere brukeren i beslutninger om egen livskvalitet (Nordlund et al., 2015, s. 33). For at brukeren skal kunne ta gode valg, må det sikres at denne har tilstrekkelig informasjon. Det innebærer også å informere brukeren om forskningsbasert kunnskap (Helsebiblioteket, u.å.).

3. Metode

Støren hevder at et fag har to redskaper. Det ene redskapet er teori eller teoriens nøkkelbegreper, og det andre er metode (2013, s. 37). I denne oppgaven, bruker jeg metoden for å komme frem til et faglig resultat.

De kvantitative metodene er gjerne målbare, og gir oss tall som kan analyseres. De kvalitative metodene fanger opp opplevelser eller meninger som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017, s. 52).

For å kunne svare på spørsmålet denne oppgaven stiller, trenger jeg å vite noe om hvilken opplevelse brukere har av brukermedvirkning i dag. Først da er det mulig å si noe om hva som skal til for å øke den.

Jeg anser altså brukeren selv som eksperten, og den optimale metoden ville ha vært et kvalitativt intervju, med hensikt å klargjøre intervjupersonens egen beskrivelse av en situasjon eller opplevelse (Dalland, 2017, s. 65). En slik datainnsamling for aktuell brukergruppe, er utenfor bacheloroppgavens rammebetingelser, derfor valgte jeg et

litteraturstudium, som lener seg på andres intervjuer, for å forsøke å finne svar på mitt spørsmål.

Materialet i en litteraturstudie hentes fra allerede eksisterende artikler (Støren 2013, s. 17). I et litteraturstudium er målet å finne vitenskapelige originalartikler i relevante databaser. Videre skal funnene som blir gjort, systematiseres og vurderes kritisk (Støren 2013, s. 37).

3.1 Studiens formål

Målet mitt med denne studien, er å finne frem til litteratur som kan fortelle noe om hvordan brukere opplever brukermedvirkning i sin rehabilitering fra rus, og jeg ønsker å bruke disse dataene til å belyse hvordan vernepleieren kan bidra til økt brukermedvirkning for denne brukergruppen.

3.2 Søk

Noe av det viktigste ved en god søkestrategi, er å finne frem til riktige søkeord. I kunnskapsbasert praksis (KBP) henvises det til to skjemaer som hjelp til å finne forskningsspørsmål og hensiktsmessige søkeord, PICO og PICO.

PICO er godt egnet for spørsmål som besvares med kvantitative forskningsdesign. Jeg har derimot brukt PICO, da den er egnet til spørsmål som besvares med kvalitative forskningsdesign (Helsebiblioteket, u.å). Ved hjelp av PICO kommer jeg frem til følgende forskningsspørsmål: "Hvilke erfaringer har mennesker med ruslidelser med brukermedvirkning, når de er under behandling eller rehabilitering."

For å finne engelske fagtermer for søkeordene har jeg brukt, MeSH-databasen. MeSH står for "medical support headings" og er en omfattende helsefaglig emneordliste. Jeg har variert søkeordene i de forskjellige databasene, men eksempler på søkeord jeg har benyttet for rusavhengighet er: Drug abuse, drug addiction, drug dependency, substance abuse, substance abuse treatment og substance abuse disorder. For brukermedvirkning har jeg benyttet: Client participation, client involvement, user participation, user involvement, patient participation, patient involvement og shared decision making.

Ved å kombinere søkeordene med "or" og "and" , har jeg søkt meg gjennom relevante databaser.

Jeg startet søkeprosessen øverst i kunnskapspyramiden, med Best Practice og Uptodate. Da jeg ikke fant det jeg søkte her, søkte jeg etter systematiske oversikter og enkeltstudier lenger ned i pyramiden.

Jeg valgte databasene Embase, Cinahl, PsykINFO, Cochrane library og Google Scholar.

Embase valgte jeg fordi denne skal ha god dekning på rusavhengighet. Cinahl er ifølge Norsk bibliotekforening, den beste databasen for kvalitativ forskning og pasienterfaringer (Norsk bibliotekforening, 2020, s. 2). PsykINFO er en stor database for forskning på mental helse. Cochrane library er kjent for å ha god dekning på systematiske oversikter. Og Google Scholar søker i mange databaser og åpne forskningsarkiv samtidig.

På Cochrane library søkte jeg etter fagfelleverderte systematiske oversikter fra 2015–2021. Dette ga 107 treff, men ingen relevante. Når jeg søkte på nytt uten tidsbegrensingen, fikk jeg ett treff som jeg undersøkte nærmere, men som heller ikke var relevant. På PsykINFO hadde jeg 10 treff, hvorav én artikkel var relevant for min problemstilling. På Embase og Cinahl hadde jeg henholdsvis 29 og 20 treff, men ingen var relevante.

På Google Scholar brukte jeg søkefrasen: User involvement and substance use disorder. Google Scholar gir lite mulighet til spesifikke søk, men jeg valgte å sortere treff etter dato, og «bladde» meg tilbake til 2015. Dette ga ett treff som jeg har valgt å inkludere.

Jeg ønsket å ha med en artikkel til, så jeg ville se på muligheten for å inkludere en studie av brukermedvirkning i fagfeltet som ligger nærmest rus, nemlig psykisk helse. Jeg foretok samme prosedyre som tidligere, men byttet ut substance use disorder med mental health. Også dette søket resulterte i en artikkel som jeg har valgt å inkludere i min studie.

For innsikt i PICO-skjema og fullstendig søkestrategi, henviser jeg til vedlegg 1.

3.3 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Jeg har søkt bevisst etter fagfelleverderte artikler og har inkludert begge kjønn i mine søk. Jeg har også valgt å inkludere både enkeltstudier og oversiktsartikler. Jeg har utelukkende valgt engelskspråklige artikler og da jeg skulle gjøre utvalget, valgte jeg å ekskludere artikler fra før 2015, siden jeg var interessert i nyere forskning.

3.4 Kritisk vurdering

Fagfellevurdering betyr at fagfeller har bedømt en artikkel kritisk før den publiseres (Støren, 2013, s. 7). Ved at artiklene jeg benytter er fagfellevurderte, har jeg i utgangspunktet foretatt en kritisk vurdering. Selv om artiklene er fagfellevurderte, bør de like fullt kvalitetssikres. Jeg har fulgt anbefalingene for kritisk vurdering presentert på Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016).

Alle de inkluderte artiklene har en klart formulert problemstilling. De benytter kvalitativ metode, som er velegnet for å svare på denne problemstillingen. Formålet med studiene var klart formulert, og utformingen ansees hensiktsmessig. Det er gjort grundig rede for utvalget i alle de inkluderte studiene og de har gjort rede for etiske problemstillinger. Alle har redegjort for analysen av data, og tolkningen er lett forståelig.

Med bakgrunn i dette, anser jeg at dataene er pålitelige. Resultatene kommer tydelig frem og er grundig diskutert opp mot problemstillingen, samtidig som det er trukket inn andre kilder for å underbygge funnene.

Jeg er av den oppfatning at artiklene, kan anvendes i min praksis. Alle artiklene beskriver opplevelser av samhandling og brukermedvirkning for personer i behandling eller rehabilitering for rus og/eller psykisk lidelse, og alle studiene er av nyere dato. To av studiene er gjennomført i Norge, og en er gjennomført i Finland.

3.5 Styrker og svakheter med metoden

Valg av litteraturstudie gir meg tilgang til data som allerede er forsket på (Støren, 2013, s. 16), noe som er tidsbesparende. Jeg anser det også som en styrke at dette gir meg tilgang til et større og bredere utvalg enn jeg kunne klart ved å gjennomføre studien på egenhånd. Det kan også være en styrke at dataene artiklene bygger på, ikke er eldre enn 5 år.

En av de største utfordringene med oppgaven, har vært å finne relevant forskning. En svakhet kan derfor være at jeg har valgt å inkludere en artikkel som stiller spørsmål om samarbeidende praksis i stedet for brukermedvirkning. Siden jeg ønsket å vite noe om erfaringene med brukermedvirkning fra mennesker med ruslidelser, kan det også være en svakhet at to av artiklene henter data fra personer med rus og samtidige psykiske lidelser, mens en artikkel henter data fra personer med psykiske lidelser. Et viktig poeng som også

må tas med i betraktning, er faren for å mistolke informasjon når artiklene blir oversatt fra engelsk til norsk.

4.0 Resultater

I dette kapittelet, vil jeg presentere hvilke data jeg legger til grunn for å besvare spørsmålet mitt. Jeg har hentet data fra tre forskningsartikler som jeg finner relevante, fordi de er kvalitative intervjuer med brukere.

Brukere utgjør en tredjedel av kunnskapsgrunnlaget i KBP, og jeg anser derfor brukerne for å være den beste kilden til data i denne oppgaven. I originalartiklene kan det være benyttet forskjellige betegnelser på tjenesteytere og tjenestemottakere, som f.eks. behandlere, fagpersoner, personale, og bruker, pasient, tjenestebruker. For å øke lesbarheten, benytter jeg betegnelse "tjenesteyter" og "bruker" i min fremstilling. Jeg mener dette gir en meningsfull beskrivelse uten å forringe innholdet i originalartiklene. Artiklene presenteres i rekkefølge etter publiseringsår. Jeg presenterer artikkelforfatternes hovedtemaer slik de fremkommer i artiklene, men nummererer dem stigende gjennom presentasjonen.

Artiklene er lagt ved oppgaven som vedlegg 3 – 5.

4.1 «“Sorting things out together:” Young Adults’ Experiences of Collaborative Practices in Mental Health and Substance Use Care» av Ness, Kvello, Borg, Semb og Davidson (2017)

I denne artikkelen presenteres funn av erfaringene fra samarbeidende praksis, gjort i en kohort med syv unge voksne med rus- og samtidige psykiske lidelser. Fokuset i undersøkelsen er spesielt rettet mot brukernes perspektiver på samarbeidet med tjenesteyterne. Forfatterne har avdekket fire overordnede temaer de mener karakteriserer brukernes erfaringer med hva som har betydning i samarbeidende praksis.

Temaene er: 1) Ikke fiks meg eller fordøm meg, 2) Noen å diskutere utfordringer og problemer med, 3) Ikke gi opp, og 4) Praktisk hjelp.

Tema 1: Ikke fiks meg eller fordøm meg

Brukerne beskrev viktigheten av å bli lyttet til og møtt som likeverdige mennesker, i stedet for at tjenesteyterne skulle fikse dem. Dersom de følte seg fordømt, bidro

dette til at de ikke ønsket å samarbeide med tjenesteyterne, ved for eksempel å be om hjelp til hverdagslige gjøremål.

Brukerne formidlet også at de var følsomme for tjenesteyternes uttrykksform og kroppsspråk, og at de ofte bidro til følelsen av å bli fikset eller fordømt. Forfatterne konkluderer med at tjenesteyterne må være spesielt oppmerksomme på hvordan de opptrer og hva de sier og gjør, når de er i samhandling med brukerne (s. 10–12).

Tema 2: Noen å diskutere utfordringer og problemer med

Brukerne ønsket gode samtaler som hjalp dem å sortere små og store problemer, slik at de kunne få oversikt over situasjonen, reflektere over mulighetene og foreta sine egne valg. For at dette skulle skje, mente brukerne det var viktig at det var kontinuitet i tjenestene og at tjenesteyterne kjente dem personlig (s. 14–16).

Tema 3: Ikke gi opp

Brukerne beskrev mottakelige, responderende og håpefulle tjenesteytere som viktig for en god samarbeidende praksis, tjenesteytere som ga uttrykk for at de trodde på dem og var villige til å gå veien sammen med dem – små skritt av gangen. De representerte en kontinuitet i tjenesteapparatet som var tilgjengelige, fleksible og ikke ga opp (s. 12–14).

Tema 4: Praktisk hjelp

Brukerne fremholdt at også praktisk hjelp var viktig. Gjennom dette fikk de støtte til å oppdage og fungere i samfunnet – noe som bidro til en meningsfull hverdag (s. 17–18).

4.2 «Service users' views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study» av Laitila, Nummelin, Kortteisto, Pitkänen (2018)

Denne artikkelens mål er å utforske brukeres syn på brukermedvirkning innenfor psykisk helse. Undersøkelsen ble gjort blant pasienter på et psykiatrisk sykehus, samt to andre institusjoner for psykiske lidelser i Finland. Ut fra brukernes uttalelser, fremkommer det tre

overordnede temaer. Brukermedvirkning kan oppnås ved 5) å styrke brukers posisjon, 6) å utvikle systemer for behandling og 7) målrettet trening for tjenesteyterne.

Tema 5: Å styrke brukers posisjon.

Brukerne fremhever behovet for mer informasjon, og større medvirkning i beslutninger om sin egen behandling. Da må det være god kontakt og et godt samarbeidsklima. Brukerne fremholdt viktigheten av at de og tjenesteyter har en felles forståelse av regler og systemer. Mange hadde også opplevd mangel på respekt i møte med behandlere. De beskrev at de kunne føle seg om luft, eller som om de ikke var tilstede. Brukerne fremhevet også viktigheten av å bli ivaretatt når de ikke var i stand til reell brukermedvirkning (s. 4–6).

Tema 6: Å utvikle systemer for behandling

Brukerne mente at bedre planlegging og koordinering kunne bidra til bedre brukermedvirkning. De ønsket et behandlingssystem som ivaretar brukermedvirkning, pasientsentrert behandling og gode samarbeidsforhold. De opplevde at det var liten kontinuitet mellom forskjellige behandlinger og ingen oppfølging mellom dem. F.eks. ved overgang fra inneliggende til poliklinisk behandling (s. 4–6).

Tema 7: Målrettet trening for tjenesteytere

Et tema som ble diskutert mye blant disse brukerne, var opplevelsen av mangelen på kunnskap og ferdigheter hos tjenesteyterne, blant annet om hvordan en diagnose opptrer, slik at behandlerne er klar over når det er pasienten selv som snakker, og når det er sykdommen. Dette førte til mistillit, og vegring mot å engasjere seg (s.4–6).

4.3 «User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders» av Wenaas, Anderson, Kiik og Juberg (2021)

Målet med denne studien har vært å undersøke brukeres erfaring i møte med tverrprofesjonelle team, og avdekke potensielle barrierer for brukermedvirkning. Brukerne beskrev møtene som lite verdifulle og påpekte at manglende målrettet prosess og informasjon, hindret samarbeid med tjenesteyterne. Forfatterens observasjoner avslørte at brukere ble gitt en underordnet rolle i møtene, noe som undergravde deltagelse. Forfatterne har trukket frem tre temaer som pekte på mangel på informasjon som kjernen til manglende brukermedvirkning: 8) Uklare rolleavklaringer og rollefunksjoner, 9) Uklar praksis i forhold til regler og rutiner og 10) Manglende brukerkunnskap.

Tema 8: Uklare rolleavklaringer og rollefunksjoner

Korte presentasjoner i møtene og mangelfull kommunikasjon, gjorde at det ble lagt for liten vekt på hva den enkelte deltaker kunne bidra med. Mangel på innsikt i saken, ble tolket som inkompetanse. Flere brukere trodde møtene hadde som mål å oppnå en standardisert progresjon. Det ble uttalt at mangelen på svar, avgjørelser og løsninger på problemene, hindret fremdrift i sakene deres. Det var også problemer knyttet til hvordan tjenesteyterne formulerte seg. Uttalelser som “oppfyller kravene “ eller “tilfredsstiller kravene” uten noen nærmere forklaring gjorde at brukeren hadde problemer med å forstå tjenesteyterens rasjonale og avgjørelser (s. 195–196).

Tema 9: Uklar praksis i forhold til regler og rutiner

Uklarhet omkring regler ble også oppfattet som en barriere. En regel definert av en tjenesteyter kan ofte gå imot det brukeren oppfatter som sitt eget beste. Strukturelle rammer gjorde at møtene var preget av en regelstyrt dynamikk, dominert av tjenesteyterne. Dette gjorde det vanskelig for brukerne å argumentere for sitt syn. Brukerne opplevde heller ikke at tjenesteyterne var villige til å se på individuelt tilpassede løsninger, men la press for å få dem inn i et standardisert løp. Dette gjorde at brukeren oppfattet at dersom de ikke gjorde som de ble fortalt, ville hjelpen opphøre (s. 196).

Tema 10: Manglende brukerkunnskap

Manglende brukerkunnskap, er også trukket frem. Tjenesteyterne kunne fremstå som bedrevitere. Brukerne kunne være redde for konsekvenser ved å si ifra, og den profesjonelle kunnskapen fikk dominere, slik at samarbeid om å sette og å nå mål ble vanskelig. Brukerne ønsket tilstrekkelig hjelp til å finne løsninger for et bedre liv, men følte seg ikke kompetente til å uttrykke behovene sine i møte med profesjonelle hjelpere. De hadde en følelse av at de måtte være fortrolige med fagspråk for å påvirke og uttrykke behovet for informasjon (s. 196–197).

4.3 Forskningsartiklene sett i sammenheng

Alle de tre artiklene omhandler brukeres egen opplevelse av brukermedvirkning.

I presentasjonen av de tre artiklene ble utfordringer i forhold til brukermedvirkning avdekket under ti hovedtemaer. I tabell 1 ser du temaene plassert under den av vernepleierens kjerne roller jeg anser som best egnet til å fremme brukermedvirkningen for det aktuelle

temaet. Tema 1–4 representerer funn gjort i Ness et al., Tema 5–7 representerer funn gjort i Wenaas et al. og tema 8–10 representerer funn gjort i Laitila et al.

Funn fra artiklene sortert etter nivå og vernepleierens kjerne roller			
Brukermedvirkning på individnivå		Brukermedvirkning på tjenestenivå	Brukermedvirkning på systemnivå
Partnerrollen	Ansvarsrollen	Brobyggerrollen	Pådriverrollen
1: Ikke fiks meg eller fordøm meg 2: Noen å diskutere utfordringer og problemer med 3: Ikke gi opp 4: Praktisk hjelp	5: Å styrke brukers posisjon	5: Å styrke brukers posisjon 8: Uklare rolleavklaringer og rollefunksjoner 9: Uklar praksis i forhold til regler 10: Manglende brukerkunnskap	5: Å styrke brukers posisjon 6: Å utvikle systemer for behandling 7: Målrettet trening for tjenesteytere

Tabell 1: Forskningsartikler sett i sammenheng

På tross av at artiklene har utspring i tre forskjellige kontekster, har funnene mange paralleller. Imidlertid peker Ness et al. sin artikkel i hovedsak på potensielle barrierer på individnivå, mens mange av funnene i Wenaas et al. peker på brukermidvirkning på tjenestenivå. Laitila et al. er den av artiklene som peker på flest utfordringer knyttet til systemnivå.

5. Drøfting

Her vil jeg ta for meg resultatene jeg presenterte i kapittel 4 og drøfte dem opp mot problemstillingen i oppgaven.

Hovedfunnene avdekker ti temaer innenfor behandlingstjenester i rus og psykiatri hvor brukerne påpeker eksisterende og potensielle barrierer for brukermidvirkning. Jeg vil drøfte funnene i lys av teorien i kapittel 2, og da spesielt vernepleierens kjerne roller.

5.1 Vernepleieren i rollen som partner – samhandling på individnivå

Partnerrollen handler om relasjonen med den enkelte bruker. Dialog, individuell tilpasning og samarbeid på brukerens premisser er sentralt her (Brask et al., 2016, s. 63). De fire første temaene, som alle er påpekt i artikkelen til Ness et al., faller spesielt innunder denne rollen. Det første som kommer frem er at brukerne ønsker å bli møtt som likeverdige mennesker, uten å føle at de blir fikset eller fordømt.

Sentralt for partnerrollen er hvordan vernepleiere oppfatter brukere, og hvilken innlevelse og holdninger de blir møtt med (Brask et al., 2016, s. 66). Det er naturlig å tenke at en vernepleier i partnermodus er innstilt på å holde tilbake, for å ikke overta styringen på noen måte, og at vernepleieren har som mål å øke brukerens medvirkning, deltagelse og følelse av likeverd.

Videre har brukerne behov for noen å diskutere utfordringer og problemer med, på en måte som kan bidra til refleksjon og sette dem i stand til å foreta egne valg. For å møte dette behovet, står vernepleierens kommunikasjonskompetanse sentralt. Dette ansees for å være vernepleierens kjernekompetanse i rollen (Brask et al., 2016, s. 70).

Partnerpraksis betyr at vernepleieren er i dialog med brukeren, og samtidig anerkjenner, understøtter og tilrettelegger. Dette kan også virke relasjonsskapende (Brask et al., 2016, s. 164). Her kan vi tenke oss at vernepleieren i tillitsfull dialog med brukeren, kan klare å spille denne god ved å flytte fokuset til det brukeren mestrer.

Et annet viktig tema i Ness et al., var brukernes behov for tjenesteytere som ikke ga opp. De ønsker tilgjengelige og fleksible tjenesteytere som var villige til å gå veien sammen med dem. I partnerrollen er vernepleieren opptatt av ressurser og mestringsmuligheter, som preges av et anerkjennende bruker- og likemannsperspektiv. Dette fører til at prosessen i samhandlingen kan fremstå viktigere enn resultatet. Med andre ord, "veien blir til mens vi går den sammen" (Brask et al., 2016, s. 49).

En relevant tilnærming her er å benytte seg av inviterende praksis. Da vil vernepleieren ha et vidt spekter å spille på for å ha brukerens ønsker i fokus selv om brukeren er ambivalent til egne ønsker og behov.

Et siste tema som hører hjemme her, er ønsket om praktisk hjelp. Mange så på dette som bidrag til en meningsfull hverdag. Det ga dem støtten de trengte for å kunne oppdage og bli en del av samfunnet. En forventning til partnerrollen er en grunnleggende ressursorientering (Brask et al., 2016, s. 73). Partnerrollen har også fokus på individuelle utviklings- og mestringsmuligheter (Brask et al., 2016, s. 49). En naturlig tilnærming for vernepleieren er derfor å være åpen for mulighetene og tilbudene som finnes for brukeren, og tilpasse den praktiske hjelpen, uten å overta eller legge for mye av ansvaret for å lykkes over på brukeren.

5.2 Vernepleieren i ansvarsrollen – Handlingsorientert på individnivå

Da jeg fordelte temaene fra artiklene på de forskjellige rollene, ble ansvarsrollen først stående tom. Jeg tenker imidlertid at et av funnene i tema 5 fra Laitila et al., om å styrke brukers posisjon er så viktig at det fortjener et avsnitt her. Innimellom kan det nemlig skje at brukeren ikke er i stand til å vurdere sitt eget beste, og brukerne fremhevet i artikkelen viktigheten av å bli ivaretatt når de ikke var i stand til å utøve reell brukermedvirkning.

Ansvarsrollen har et utpreget målorientert og problemorientert perspektiv, som er nødvendig i visse situasjoner (Brask et al., 2016, s. 143). Når partnerrollen med sitt brukerperspektiv og fokus på selvbestemmelse, ikke lenger kan ivareta brukerens behov, må vernepleieren være beredt til å ta styringen (Brask et al., 2016, s. 206). Til tross for at vernepleieren som hovedregel vil fremme brukerperspektivet, bør vedkommende evne å ta styringen i ansvarsrollen og fortsatt ha brukerperspektivet som sitt hovedfokus.

5.3 Vernepleieren som brobygger – Samhandlingsorientert på systemnivå

Brobyggerrollen har et systemperspektiv. Rollen handler om situasjoner der vernepleieren samhandler med enkeltmennesker og systemer rundt brukeren, og gjerne med flere på en gang (Brask et al., 2016, s. 168).

Spesielt fire temaer utpekte seg for denne rollen: Tema 5 fra Laitila et al., om å styrke brukerens posisjon, samt tema 8, 9 og 10 fra Wenaas et al., om h.h.v. rolleavklaringer, rollefunksjoner, klarer praksis i forhold til regler og manglende brukerkunnskap.

Når vernepleierens mål er å fremme samarbeid, vil vedkommende noen ganger innta en brobyggerrolle som er preget av dialog, andre ganger en pådriverrolle med mer styring (Brask et al., 2016, s. 181).

Temaene omtalt her, gjør det nærliggende å mene at vernepleieren bør velge brobyggerrollen når vedkommende kan tjene på aktiv dialog med tjenesteytere som omgir brukerne, og samtidig holder dialogen med brukerne selv.

Både Wenaas et al., og Laitila et al., peker på viktigheten av felles forståelse av regler. Begge fremhever også behovet for tilstrekkelig informasjon til å ta del i beslutninger om egen behandling. Videre peker Wenaas et al. på en grunnleggende mangel på kunnskap om brukerens behov, utfordringer og muligheter til å bidra for å sette egne mål. Alle disse problemstillingene krever evne til samhandling. I kjerneforståelsen er vernepleieren i brobyggerrollen nettopp når vedkommende er samhandlingsorientert (Brask et al., 2016, s. 183).

Vernepleieren jobber mot at samarbeid på systemnivå preges av samhandling og dialogisk kommunikasjon (Brask et al., 2016, s. 42). Det betyr at dialogen er helt sentral i brobyggerrollen. Her er vernepleieren en katalysator for samarbeid mellom flere mennesker (Brask et al., 2016, s. 161). Vernepleieren er ofte medlem av brukerens ansvarsgruppe, og kan være utnevnt til koordinator dersom brukeren har en individuell plan, og/eller er i et pakkeforløp. Dette gir vernepleieren en særstilling i et tverrfaglig samarbeid. Vedkommende kjenner normalt brukeren godt og har kunnskap om dennes ønsker og behov. Dermed kan vernepleieren være brukerens stemme der brukeren selv kommer til kort.

Et viktig forbedringspotensial finner vi også under tema 5 når Laitila et al. beskriver brukere som opplevde at de ble ignorert, og under tema 8 når Wenaas et al. påpeker at tjenesteyterne var mer opptatt av sine roller og begrensninger, og at samarbeidet var preget av utydelige krav og mulighet for sanksjoner.

Et slikt samarbeidsklima setter muligheten for reell brukermedvirkning lavt på Arnsteins stige for medvirkning. På trinn 3, 4 og 5 er brukermedvirkningen kun symbolsk. Brukerne blir gitt mulighet til å uttale seg, men når avgjørelsen skal tas, vil ikke uttalelsen bli tillagt verdi. (Arnstein, 2019, s. 25)

På tross av at brobyggerrollen snarere er prosessrettet enn målrettet, bør vernepleieren her benytte sine ferdigheter til å fremme brukerens interesser på en slik måte at brukermedvirkningen beveger seg oppover trinnene på Arnsteins stige.

5.4 Vernepleieren som pådriver – Handlingsorientert på systemnivå

Vernepleierens hovedfokus i denne rollen er å kjempe for brukernes rettigheter på systemnivå. Rollen kan ha mange utforminger avhengig av nærheten til brukeren. Systemet kan være samfunnet eller miljøet rundt brukeren: behandlingssted, nabolag eller arbeidssted (Brask et al., 2016, s. 211).

Særlig to temaer ser ut til å bli ivaretatt av vernepleieren i pådriverrollen. Tema 6 og 7 i Laitila et al., omhandler behovet for utvikling av systemer for behandling, samt målrettet trening av tjenesteytere. I tillegg har også den delen av tema 5 som handler om tjenesteyteres holdninger til brukeren, en plass her.

Det at tema 5 går igjen under tre av rollene, og i tillegg har paralleller til den fjerde rollen, lar jeg stå som en bekreftelse på at det ikke er absolutte grenser mellom rollene, og at vernepleieren ofte må alternere mellom dem. Vernepleierens spesielle kompetanse til observasjon og kommunikasjon gir mulighet for den fleksible tilpasningen og bevegelsen mellom rollene (Brask et al., 2016, s. 265).

Brukerne opplevde at det var liten kontinuitet mellom forskjellige behandlinger og ingen oppfølging mellom dem. De mente at bedre planlegging og koordinering kunne bidra til forbedret brukermedvirkning. En variant av pådriverrollen, er å drive helse- og sosialpolitisk virksomhet (Brask et al., 2016, s. 206). Det er derfor naturlig å tenke seg at vernepleieren i dette tilfellet bør bruke sine kunnskaper og ferdigheter som pådriver for å få utviklet et bedre behandlingssystem.

Videre opplevde brukerne mangel på kunnskap og ferdigheter hos tjenesteyterne. Her er det naturlig å tenke at problemet kan ivaretas av flere roller. Når det er plassert under pådriverrollen, er det fordi problemet fordrer kunnskapsformidling, og en vernepleier som formidler kunnskap er i en pådriverrolle (Brask et al., 2016, s. 50). På den ene siden kan det være formidling av kunnskap til en gruppe tjenesteytere, men det kan også være formidling av et generelt behov for kompetanseheving, for å ivareta brukernes interesser.

Under tema 5 blir tjenesteyteres holdninger til brukere fremholdt som en mulig barriere for opplevd brukermedvirkning. Engasjementet i pådriverrollen har spesielle sosiale sider (Brask et al., 2016, s. 242) og vernepleieren som pådriver skal inneha tilstrekkelig mot og handlekraft til å sette ord på barrierer, varsle om diskriminering, og hvis mulig – bidra aktivt

til å bygge ned barrierer (Brask et al., 2016, s. 207). Til tross for at profesjonelle tjenesteytere er pålagt å ha et verdisyn som ikke stigmatiserer eller på noen måte ekskluderer noen brukere, er det nærliggende å tro at holdninger i samfunnet generelt vil gjenspeiles hos enkelte tjenesteytere rusavhengige møter, noe det er naturlig å tenke at en vernepleier i pådriverrollen aktivt bør jobbe for å motvirke.

6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan samhandling og brukermedvirkning oppleves for mennesker under behandling eller rehabilitering for rus- og/eller psykiske lidelser. Med bakgrunn i generell nytteverdi, lovfestet rett og helsepolitiske målsettinger, har jeg svart på problemstillingen: «Hvordan kan vernepleieren bidra til økt brukermedvirkning for mennesker under behandling og rehabilitering for ruslidelser?» Spørsmålet er besvart i lys av refleksjonsmodellen "vernepleierens kjerne roller".

Vernepleieren er i en særstilling fordi vedkommende ofte har en nær relasjon til brukergruppen. På individnivå bør vedkommende være innstilt på å stimulere til refleksjon og oppdagelse, følge brukerens initiativ, og alltid ha som mål å øke dennes medvirkning, deltagelse og følelse av likeverd.

Dersom brukerens funksjonsnivå krever det, bør vernepleieren være i stand til å ta ansvar ved å sette begrensninger og handle på brukerens vegne, i tråd med dennes intensjon.

På tjenestenivå kan vernepleieren spille en viktig rolle for brukerens mulighet til medvirkning med andre tjenesteytere. Vernepleieren bør kjenne brukeren godt og ha dennes tillit, og er derfor i posisjon til å formidle ønsker og behov dersom brukeren ikke selv er i stand til det.

Vernepleieren har ofte en koordinerende rolle i samhandlingsprosesser, og bør bruke sin kunnskap om både tjenesteytere og bruker til å påvirke de strukturelle rammene rundt møtene slik at det virker positivt på samarbeidsklimaet.

På systemnivå bør vernepleierens hovedfokus være rettet mot å kjempe for brukerens rettigheter. F.eks. formidle sin brukerkunnskap til andre tjenesteytere eller jobbe aktivt for å bryte ned stigmatiserende barrierer.

Mitt utgangspunkt har vært at kun brukere kan svare på hvilke hindringer som må forseres for å oppnå vellykket brukermedvirkning. Det at jeg kun fant tre artikler som passet søkekriteriene, sier meg at det trengs mer forskning på området.

Jeg har drøftet hvordan vernepleieren kan bidra til økt brukermedvirkning. Vernepleieren har ofte en spesiell nærhet til brukeren, og står derfor ofte i en særstilling, med en unik mulighet til å påvirke brukermedvirkningen. Det er imidlertid viktig å presisere at også andre yrkesgrupper har mulighet til å bruke den samme tilnærmingen.

7. Litteratur

Arnstein, S. R. (2019). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 85:1, 24-34. <https://doi.org/10.1080/01944363.2018.1559388>

Brask, O., Østby, M. & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerne roller*. Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, Olav. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg). Gyldendal akademisk.

Fellesorganisasjonen. (u.å.). *Vernepleiere i psykisk helse*. Fo.no. <https://www.fo.no/getfile.php/1311786-1548957797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleiere%20i%20psykisk%20helse%20PDF.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2019, 6. desember). *Rusbrukslidelser i Norge. Forekomst og utvikling av alkoholavhengighet og andre rusbrukslidelser i Norge, samt risikofaktorer og konsekvenser*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/>

Folkman, A.K., Sverdrup, S., Tveit, B., (2017) *Tverrprofesjonalitet eller innordning? En casestudie av vernepleieres forhandlinger om posisjon i distriktpsykiatriske sentre*. *Fontene forskning*, 2017(1), 56-69 <https://fonteneforskning.no/pdf-15.55949.0.3.c98a5ef5ca>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen. (2019), *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanningen* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.no. <https://lovdata.no/forskrift/2019-03-15-411>

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1256>

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>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Grung, R.M., (red). (2019,). *Vernepleieren. Fremtidsrettet og ettertraktet*. fo.no. <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2019/11/Vernepleiere.pdf>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.no <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket.no <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernespormaal>

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistet*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>

Helsedirektoratet. (Juni 2012). *Opptrappingsplan for rusfeltet (resultat og virkemidler is-1999)*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/opptrappingsplanen-for-rusfeltet-resultat-og->

[virkemidler/Opptrappingsplanen%20for%20rusfeltet%20%E2%80%93%20resultat%20og%20virkemidler.pdf/ _attachment/inline/453644d3-8408-4ae4-8cf9-696859ce7455:b4fa2ab5da262ca582734483d71b3ddc70219afe/Opptrappingsplanen%20for%20rusfeltet%20%E2%80%93%20resultat%20og%20virkemidler.pdf](http://virkemidler/Opptrappingsplanen%20for%20rusfeltet%20%E2%80%93%20resultat%20og%20virkemidler.pdf/_attachment/inline/453644d3-8408-4ae4-8cf9-696859ce7455:b4fa2ab5da262ca582734483d71b3ddc70219afe/Opptrappingsplanen%20for%20rusfeltet%20%E2%80%93%20resultat%20og%20virkemidler.pdf)

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. (24. januar 2017). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Helsedirektoratet (2017, 17. oktober). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet.no <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning#hvorforbrukermedvirkning>

Hustvedt, I.B., Bosnic, H., Emmerhoff, M.H.,/Helse Stavanger. (28. mai 2020). *Tjenestemottakere med rusproblemer og psykiske helseproblemer i kommunen* (Brukerplan årsrapport 2019). <https://brukerplan.no/5650 BrukerPlan A%CC%8Aarsrapport digital 2020 06 02 ef.pdf>

KoRus Midt-Norge. (2020). *Brukertilfredsevaluering av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer 2. statusrapport*. (Delrapport 1 2020). <https://stolav.no/Documents/KoRus/Delrapport%201%20Kvantitativ%20rapport%20BTE%202020.pdf>

Laitila, M., Nummelin, J., Korteisto, T. & Pitkänen, A. (2018). Service users views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.009>

Larsen, E. Aasheim, F & Nordal, A., (04/2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse* (IS-1315). Sosial og helsedirektoratet.

Lossius, K. (Red.). (2012). *Håndbok i rusbehandling*. (2. utg.). Gyldendal akademisk

NK LMH (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse). (2019, 4. januar). *Brukermedvirkning*. <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermedvirkning/>

Ness, O., Kvello, Ø., Borg, M., Semb, R., & Davidson, L. (2017). Sorting things out together: Young Adults` experiences of Collaborative Practices in Mental Health and Substance Use Care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20 (2), 126-142 DOI: <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1302369>

Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie*. Universitetsforlaget.

Norsk bibliotekforening.(2020). CINAHL (EBSCO) Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Hentet 18. april 2021 fra https://norskbibliotekforening.no/wp-content/uploads/2020/04/CINAHL_2020_SMH_200220.pdf

Owren, T.(Red.). & Linde, S.(Red.). (2020). *Vernepleierfaglig teori og praksis sosialfaglige perspektiver* (2. utg.). Universitetsforlaget as

Owren, T., & Linde, S., (2011). *Vernepleierfaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. Universitetsforlaget as

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

Prop. 15 s (2015-2016).*Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Helse og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata.<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Støren, Ingeborg. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie*. (2. utg.) Cappelen Damm akademisk

Sømme, D. og Thorbjørnsen, N., (2020). Tillit - Bærebjelke i motgang og medgang. I Owren, T. (red). og Linde, S.(red). *Vernepleierfaglig teori og praksis: Sosialfaglige perspektiver*. (2. utg. s. 189 -207). Universitetsforlaget as

Wenaas, M., Andersson, H. W., Kiik, R. & Juberg, A. (2021). User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. *Nordic studies on alcohol and drugs*. Vol. 38(2) 190-203 DOI: <https://doi.org/10.1177/1455072520978353>

World Health Organization.(2013, 27. mai) *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*. (SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA 66.8 Agenda item 13.3) http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf.

VEDLEGG 1 PICO skjema og søkestrategi			
PICO	P Mennesker med rusavhengighet I Brukermedvirkning Co Behandling og rehabilitering av ruslidelser		
Kjernes spørsmål	Hvordan opplever mennesker med ruslidelser at brukermedvirkning kommer til uttrykk når de er under behandling/rehabilitering		
Kilde søkt	Søkestrategi		Resultat/kommentar
Cochrane	Søk	Søkeord	treff
	#1	Drug addict	19
	#2	Drug abuse	8779
	#3	Drug addiction	5991
	#4	Drug dependency	1898
	#5	Substance abuse	7585
	#6	Substance abuse treatment	5614
	#7	Substance abuse disorder	2309
	#8	client participation	594
	#9	Client involvement	322
	#10	user participation	699
	#11	User involvement	426
	#12	Patient participation	14956
	#13	Patient involvement	7715
	#14	Shared decision making	2216
	#15	Shared de*	6069
	#16	#1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7	17509
	#17	#8 or #9 or #10 or #11 or #12 or #13 or #14 or #15	26783
#18	#16 and #17	107	
			Søkte etter fagfellevurderte systematiske oversikter fra 2015 - 2021. Dette ga 107 treff, men ingen relevante. Når jeg søkte på nytt uten tidsbegrensingen, hadde jeg et treff som jeg undersøkte nærmere. Dette var en oversikt fra 2015, som inneholdt 25 studier, men disse var mer en oversikt oversikt over hvilke metoder som var egnet til å måle brukertilfredshet.
PSYCInfo	Søk	Søkeord	treff
	#1	Decision making	115140
	#2	Client participation or participation	16479
	#3	Client participation or User involvement	3231
	#4	Client participation	2416
	#5	Involvement	20670
	#6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	149429
	#7	2 or 3 or 4 or 5	36893
	#8	Drug addiction	16111
	#9	Drug abuse	46161
	#10	Substance abuse	35714
	#11	Substance abuse disorder or substance abuse treatment	124746
	#12	8 or 9 or 10 or 11	138771
	#13	7 and 12	909
	#14	3 or 4	3231
	#15	12 and 15	194
#16	1 and 16	10	
			Forsøkte med forskjellige kombinasjoner for å begrense søket. Her fant jeg en artikkel som jeg valgte å ta med.

EMBASE	Søk	Søkeord	treff	Etter anbefaling fra biblioteket søkte jeg her etter user satisfaction I stedet for user involvement, for å se om dette kunne gi bedre treff. I dette søket fant jeg 5 artikler som er studier av hvor fornøyde rusavhengige er med behandlingen de har mottatt. Alle studiene var imidlertid av eldre dato (1997 – 2008) så de ble forkastet.
	#1	Health care quality or satisfaction or patient satisfaction	440040	
	#2	Substance abuse or drug dependence or drug dependence treatment	155421	
	#3	Patient satisfaction	143810	
	#4	Substance abuse (rehabilitation)	208	
	#5	Drug dependency treatment	8616	
	#6	Exp *patient satisfaction	25959	
	#7	4 and 6	0	
	#8	5 and 6	29	
CINAHL	Søk	Søkeord	treff	Her forsøkte jeg mange varianter av inklusjons og eksklusjonskriterier på siste søk. Søket på 20 treff var begrenset av tid (etter 2014), samt at ordene decision making eller patient skulle være med. Ingen av de 20 treffene var relevante.
	#1	Drug addiction or drug abuse or substance abuse	13967	
	#2	Substance abuse	31717	
	#3	Substance dependence	9833	
	#4	Substance use disorder*	167550	
	#5	Substance use disorders	38760	
	#6	1 or 2 or 3 or 4	169571	
	#7	User participation	240	
	#8	User involvement	964	
	#9	Consumer participation or patient involvement	22041	
	#10	In-care participation	124	
	#11	Decision making shared OR decisionmaking patient or shared decisionmaking	21423	
	#12	7 or 8 or 9 or 10 or 11	42310	
#13	6 and 12	20		
Google scholar	<p>Her gjorde jeg et siste forsøk på å finne artikler som kunne bidra til å besvare spørsmålet mitt.</p> <p>Jeg brukte da søkefrasen: User involvement and substance use disorder. Google scholar gir lite mulighet til spesifikke søk, men jeg valgte å sortere treff etter dato, og bestemte meg for å «bla» meg tilbake til 2017. Dette ga ett treff som jeg har valgt å inkludere.</p> <p>Jeg ønsket å ha med en artikkel til, så jeg ville se på muligheten for å inkludere artikkel som studerte brukermedvirkning i det fagfeltet som ligger nærmest rus, nemlig psykisk helse. Jeg foretok derfor samme prosedyre som tidligere, men byttet ut substance use disorder med mental health.</p> <p>Også dette søket resulterte i en artikkel som jeg har valgt å inkludere i min studie</p>			

Kandidat 319

--	--

	Artikkel 1, publisert 2017	Artikkel 2, publisert 2018	Artikkel 3, publisert 2021
Tittel	Sorting things out together: «Young adults` Experiences of Collaborative Practices in Mental health and substance use care.	Service users` views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study	User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders
Forfattere	Ness, O., Kvello, Ø., Borg, M., Semb, R., Davidson, L.	Laitila, M., Nummelin, J., Kortteisto, T., Pitkane, A.	Wenaas, M., Andersson, Helle., W., Kiik, Riina., Juberg, A.
Merk	Viktig å bemerke at samarbeidende praksis er under utprøving som en struktur designet til å møte/fremme brukermedvirkning med brukere og deres familier. 7 deltagere mellom 20 og 30	Deltagere over 18 år	De 5 intervjupersonene er i alderen 27-36 år og har rus og samtidige psykiske lidelser (ROP) En styrke med denne studien, er observasjon som gir mulighet til å observere de situasjonene som brukeren referer til.
Faglig utgangspunkt/affiliasjon	Bakgrunn fra universitet, sosial, velferd og pedagogikk i Norge	Sykehus og universitetsmiljø i Finland	Sykehus og universitetsmiljø i Norge
Formål	Artikkelen har som formål å se samarbeidende praksis i innen psykisk helse og rus, gjennom perspektivene til unge voksne i ROP forløp.	Formålet med studien var å undersøke brukeres syn på brukermedvirkning i psykisk helse.	Formålet med denne studien er å undersøke brukeres erfaringer med tverrfaglige team møter og å indentifisere potensielle hindre for vellykket brukermedvirkning.
Forskningsspørsmål	1 Hvordan vil du beskrive samarbeidet med tjenesteyterne? 2 Hvilke utfordringer finner du i samarbeidet med tjenesteyterne? 3 Kan du beskrive hvordan du og tjenesteyterne samarbeider 4 Kan du forklare hvordan denne formen for samarbeid hjelper deg i hverdagen.	1 Hvordan kommer brukermedvirkning til uttrykk i psykisk helse. 2 Hvilke faktorer fremmer brukermedvirkning? 3 Hvilke faktorer hemmer brukermedvirkning? 4 Hvordan kan brukermedvirkningen forbedres innen psykisk helse?	1 Hva erfarer brukere med ruslidelser når de deltar i tverrfaglige team-møter? 2 Hva er de potensielle hindringene for vellykket brukermedvirkning under tverrfaglige team møter?
Nøkkelbegreper og emneord	Community mental health care, collaborative practices, co-occurring mental health and substance use problems recovery, shared decision-making, supported decision-making	User involvement, mental health service, focus group, qualitative content analysis	Collaboration, interprofessional team meetings, phenomenographical approach, substance use disorder, user involvement

Design	Hermeneutisk fenomenologi som fokuserer på subjektive erfaringer fra individer og grupper.	Utforskende beskrivende studiedesign	Kombinasjon av intervju og observasjon under møtene.
Metode	Kvalitative intervju	Kvalitativ analyse av fokusgruppeintervju	Semi strukturert intervju
Resultater	<p>Brukerne trekker frem viktigheten av å ta egne valg i samarbeid med tjenesteyterne. De vil ikke bli fixet. Viktigheten av at tjenesteyterne ikke gir opp, er fleksible og tilgjengelige. Samarbeidende praksis må baseres på respekt, medfølelse og tilhørighet, hvor forskjellighet feires, og mennesker aksepteres som de er.</p> <p>Den samarbeidende praksisen må baseres på tillit og respekt hvor tjenesteytere legger til rette for brukervedvirkning. Gjenkjenne, anerkjenne og brukernes styrker for å klare hverdagens utfordringer. I praktisk hjelp, ønsket brukerne å bli spurt spørsmål i stedet for å bli fortalt fasiten og tjenesteyterens løsninger. Inviter gjerne til diskusjon, men ikke belær og fordøm. Bevisst på hvem som kan hva. Brukeren er selv ekspert på eget liv.</p> <p>Et kritisk utgangspunkt for å få hjelp å støtte på like vilkår, er å jobbe sammen med brukere snarere enn å jobbe med dem. Varme, empati, pålitelighet og respekt. Motsatsen til samarbeidende praksis vil være en formell og byråkratisk kontakt. Uansett viktig å ta konteksten til etterretning, da alle relasjoner påvirkes av</p>	<p>Brukermedvirkning kan realiseres på tre måter:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Direkte påvirkning på behandling. 2 Bli respektert og lyttet til 3 Samarbeid mellom bruker og tjenesteyter. <p>Deltakerne ønsket en tilnærming der det ble fokusert på styrker, og at meninger og ønsker ble tatt på alvor.</p> <p>Et interessant funn var at brukerne kun var opptatt av brukervedvirkning i sin egen behandling. På tross av at flere brukere var medlemmer av brukerorganisasjoner, var det ingen uttalelser i retning av utviklingen av tjenestene. Brukerne fremholdt behovet for å være mer involvert avgjørelser omkring egen behandling og medisinerings. De følte de fikk for lite informasjon og at spesielt informasjon omkring medisinerings var irrelevant. Mangel på fleksibilitet, ressurser og tid, ble fremholdt som et hinder for brukervedvirkning. Brukerne hevdet at de fra tid til annen ikke var i stand til å ivareta sine egne interesser, men som hovedregel så de brukervedvirkning som nøkkelen til pasientsentrert omsorg. Brukerne ønsket bedre planlegging og koordinering. De opplevde gap mellom behandlingsformer (for eksempel innleggelse og</p>	<p>Brukerne oppfattet møtene til å være lite brukbare. Brukermedvirkning ble grovt undergravd. Mangel på informasjon var en av de største hindringene for mulighet til deltagelse.</p> <p>Uklarhet om roller og ansvar. – usikkerhet omkring hva de kunne forvente. Indikerer muligens at rollene og oppgavene til tjenesteyterne er enten for vage eller for like. Tjenesteyterne hadde ikke gjort seg kjent med brukerne før møtet. Mangelen på godt kommunikasjonsklima gjorde at byråkratisk terminologi og bruk av sanksjoner økte. Tjenesteyterne var mer opptatt av sine egne roller og begrensninger, og avsluttet møtet for raskt uten å involvere brukerne. Det at brukerne opplevde manglende informasjon og svar på spørsmål, kunne også være en årsak til den begrensede kunnskapen de hadde om tjenesteyternes mandat og den negative holdningen som mennesker med ruslidelser (SUD) ofte blir møtt med. Manglende rolleavklaringer mellom møtedeltagere. Brukere ble forventet å kunne fikse ting selv, og oppføre seg i henhold til reglene.</p> <p>Fravær av adekvat informasjon og svar Brukerne opplevde møtene som standardiserte, og at de sjelden fikk konkrete svar.</p>

	organisasjoner, profesjoner, økonomi og møteplasser,	poliklinisk) og opplevde det frustrerende å måtte fortelle sine anamneser om og om igjen. – Utdanning og opplæring av tjenesteytere.	De opplevde at deres forsøk på deltagelse ble ignorert, og at samarbeid ikke førte til ny kunnskap. Selv om det ble tatt avgjørelser på møtet, hadde ikke brukerne noen innflytelse. Brukerne hadde problemer med å forstå det «profesjonelle språket» og hadde en formening om at de måtte beherske denne terminologien for å kunne delta. Strukturelle rammer for brukermedvirkning Selv om brukerne ønsket medvirkning, fant de det vanskelig
Konklusjoner	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ikke fiks meg eller fordøm meg – eq godta meg som jeg er. 2) Ikke gi opp. Eq: Selv om jeg har lyst til å droppe ut, så er det viktig at du ikke gir opp. Ring, kom på besøk etc. 3) Noen å snakke med om problemene og utfordringene. Eq: Ofte når ting blir snakket om, oppdager vi at de ikke er så store som vi først trodde. 4) Praktisk hjelp. Gjennom dette lærer vi ting og får gjennom det selvtillit. Det å gjøre ting sammen uten at det er terapi inne i bildet, er også med på å styrke relasjonen til hjelper. 	<p>Målet med studien var å utforske brukermedvirkning på alle nivåer, men brukerne var mest opptatt av individnivået.</p> <p>Brukerne ønsket mer informasjon, spesielt i forhold til medisiner, og de ønsket å være mer involvert i sin egen pleie og behandling.</p> <p>For å øke brukermedvirkning, fremholdt de bedre informasjon, planlegging og koordinering. – Dette vil også ha innvirkning på systemnivå.</p> <p>Brukerne fremhevet også at forbedring kulle ligge i etablering av pakkeforløp, samt opplæring og trening av tjenesteytere</p>	<p>Brukere får ikke den informasjonen de trenger for å kunne være fullt ut involvert i tverrfaglige teammøter.</p> <p>Uten en reflekterende kultur med brukerkunnskap hvor man oppnår en felles forståelse for oppgaven/målet, vil teamet stagnere.</p> <p>Tjenesteytere burde utdannes i samarbeidsferdigheter.</p> <p>Brukermedvirkning i tverrfaglige team må forankres på ledelsesnivå, og burde ha høy prioritet i tjenestetilbudet. Fremfor alt må synet på samarbeid etableres som en kontinuerlig og fleksibel prosess.</p>