



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskaplige fakultet

Hvordan få til reell brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?

En kvalitativ studie av helsepersonell

Njål Herman Eikeng Sterri

Masteroppgave i psykisk helsearbeid, HEL-3965, 05.2022

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Tidligere forskning har vist at brukermedvirkning i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er utfordrende å overføre til klinisk praksis, grunnet i begrepets vage innhold og en mangel på klare retningslinjer. Hvordan brukermedvirkning ivaretas på individnivå varierer, og avhenger av det enkelte helsepersonells kunnskap, bevissthet og kompetanse.

Hensikt: Å øke kunnskap om hvordan brukermedvirkning ivaretas på individnivå av helsepersonell med en utøvende rolle overfor pasienter i rusbehandling. En dypere innsikt i denne tematikken vil kunne bidra til å konkretisere det praktiske aspektet ved brukermedvirkning, samt til refleksjon over hvorvidt brukermedvirkning ivaretas godt nok, og hvordan brukermedvirkning kan ivaretas på best mulig måte.

Problemstilling: «*Hva opplever helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling som viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis?*».

Metode: Studien er kvalitativ og data er samlet inn gjennom fem semistrukturerte forskningsintervju. Datamaterialet er analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering, inspirert av Malterud.

Resultater: Resultatene peker på flere punkter som viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Blant dem var å innta en veiledende rolle i relasjon til pasienter, og å systematisk utforske hva brukermedvirkning betyr for den enkelte. Videre ble bruk av kommunikasjon og det å inngi tillit vektlagt, hvor kvaliteten på en terapeutisk relasjon mellom partene var styrende for hvordan brukermedvirkning ble ivaretatt. Det å aktivt involvere pasienter i egen behandling var betydningsfullt, hvilket ble gjort ved å skape transparens gjennom å tildele pasienter kontroll over diskusjon og egne behandlingsmøter.

Diskusjon: Ved å innta en veiledende rolle kan helsepersonell få tilgang til pasientperspektivet, samt systematisk utforske hva brukermedvirkning innebærer for den enkelte. En felles forståelse av brukermedvirkning kan derav etableres og legges til grunn for at pasienter opplever å få medvirke på egne premisser. En felles forståelse av hva brukermedvirkning innebærer kan videre opprettholdes ved å la pasienter styre egne behandlingsmøter, samt ved bruk av systematiske tilbakemeldingsverktøy. I den forbindelse kan reell brukermedvirkning ivaretas, mestringstro fremmes og kvaliteten på terapeutiske relasjoner økes.

Nøkkelord: brukermedvirkning, rusbehandling, tillit, mestringstro, brukerperspektiv, felles forståelse, terapeutisk relasjon

ABSTRACT

Background: Research has shown that user involvement in substance abuse treatment is challenging to transfer into clinical practice, due to a lack of a clear definition and guidelines. How user involvement is ensured on an individual level tends to vary, and depends on health professionals' knowledge, awareness, and competence.

Purpose: To increase knowledge regarding how user involvement is ensured on an individual level by health professionals with an executive role. A deeper insight in this thematic can contribute to concretizing the practical aspect of user involvement and facilitate reflection in regard to whether user involvement is ensured on an adequate level, and how user involvement can be ensured in the best way possible.

Research question: *“What does health professionals within substance abuse treatment perceive to be of importance to ensure user involvement?”*

Method: This study is qualitative, and data were developed through five semi structured research interviews. Systematic text condensation was used to analyze the data, with inspiration from Malterud.

Results: Health professionals perceived multiple aspects of importance to ensure user involvement. Entering a role of supervision in relation to patients, and systematically exploring what user involvement meant to patients was important. Furthermore, communication and displaying trust was essential and the grade of how user involvement was ensured was influenced by the quality of a therapeutic alliance. To actively engage patients in their own treatment was of importance to ensure user involvement, which was done by creating transparency, and by assigning patients control discussion and meetings regarding their own treatment.

Discussion: By entering a role of supervision in relation to patients' health professionals can gain insight to the patient perspective, and systematically explore what user involvement means to patients. A common understanding can thereby be established, which in turn can facilitate user involvement according to patients frame of reference. By using systematic feedback tools, and by assigning control to patients in treatment meetings a common understanding of user involvement can be upheld, while promoting self-efficacy and the quality of a therapeutic alliance.

Keywords: user involvement, substance abuse treatment, supervision, patient perspective, trust, self-efficacy, common understanding, therapeutic alliance

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Introduksjon | 1 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 | Relevans | 1 |
| 1.3 | Hensikt og problemstilling | 2 |
| 2 | Kunnskapsstatus og tidligere forskning | 2 |
| 2.1 | Tidligere forskning av relevans for denne studien | 3 |
| 3 | Teoretisk rammeverk..... | 9 |
| 3.1 | Tverrfaglig spesialisert behandling for mennesker med rusavhengighet..... | 9 |
| 3.2 | Brukermedvirkning som verktøy for å fremme aktiv deltakelse og mestringstro.... | 10 |
| 3.3 | Kritiske aspekter ved brukermedvirkning | 12 |
| 3.4 | Hva er betydningsfullt for å ivareta brukermedvirkning i praksis? | 13 |
| 3.4.1 | Personorientert tilnærming og samarbeid fremmer brukermedvirkning | 13 |
| 3.4.2 | Relasjonens betydning for brukermedvirkning | 15 |
| 4 | Metode..... | 16 |
| 4.1 | Valg av forskningsmetode..... | 16 |
| 4.2 | Forforståelse | 17 |
| 4.3 | Utvalg og rekruttering av informanter | 17 |
| 4.4 | Intervjuguide og pilotintervju..... | 18 |
| 4.5 | Gjennomføring av intervjuene | 19 |
| 4.6 | Transkripsjon..... | 19 |
| 4.7 | Analyse..... | 20 |
| 4.8 | Pålitelighet og gyldighet..... | 23 |
| 4.9 | Etiske betraktninger..... | 23 |
| 5 | Presentasjon av resultater | 24 |
| 5.1 | Å innta en veiledende rolle..... | 24 |
| 5.2 | Å inngi tillit til pasienter | 25 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.3 | En terapeutisk relasjon som grunnlag for å ivareta brukermedvirkning | 26 |
| 5.4 | Bruk av kommunikasjon | 27 |
| 5.5 | Aktiv involvering av pasienter i egen behandling..... | 29 |
| 6 | Diskusjon..... | 30 |
| 6.1 | Å innta en veiledende rolle..... | 30 |
| 6.2 | Å utforske hva brukermedvirkning betyr for den enkelte | 32 |
| 6.3 | Å inngi tillit til pasientene | 33 |
| 6.4 | En terapeutisk relasjon som grunnlag for å ivareta brukermedvirkning | 35 |
| 6.5 | Aktiv involvering av pasienter i egen behandling | 36 |
| 6.6 | Metodiske overveielser | 38 |
| 6.7 | Kliniske implikasjoner | 39 |
| 7 | Avslutning | 41 |
| | Referanseliste | 42 |
| | Vedlegg | 47 |
| | 1) Informasjonsskriv og samtykkeskjema..... | 47 |
| | 2) Godkjenningbrev fra NSD..... | 50 |
| | 3) Intervjuguide | 52 |

Figurliste

| | |
|--|----|
| Figur 1.0 Temaer, koder, subgrubber og kategorier med tilhørende undergrupper. | 22 |
|--|----|

Forord

Takk til *Universitetet i Tromsø* for tildeling av eminente veiledere; Gunn Pettersen og Maria Bakland. Oppfølgingen har vært fabelaktig og veiledningen konstruktiv.

Takk til *Anne Eikeng* og *Njål Sterri* for å ha gitt meg verdens beste bror og søster, samt tilhørende svigersøsken.

Takk til *Anne Kari Reigstad* som bar frem min fremtidige kone; *Frøya Reigstad Eide*.

Takk til *Ulla* som lot *Jürgen* bli til 2026.

Takk til de små, *Oda* og *Fryd*; ingen gir meg mer glede enn dere.

1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Med fagbakgrunn som spesialsykepleier i psykisk helsearbeid har forskeren i flere år arbeidet med tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i spesialisthelsetjenesten. Gjennom årene har brukervedvirkning i psykisk helsearbeid fått økt oppmerksomhet, og har med pakkeforløpet for TSB (2018) blitt et fokusområde i rusbehandling. Vurderinger av pakkeforløpet indikerer dog at brukervedvirkning er utfordrende å overføre til klinisk praksis. På den ene side opplever helsepersonell i TSB at pakkeforløpet bidrar i liten- eller ingen grad til økt brukervedvirkning i praksis (Ådnanes, Kaspersen, Melby & Lassemo, 2020). På den annen side opplever en stor andel pasienter å ikke bli inkludert når egen behandling utformes (Ådnanes, Høiseth, Magnussen, Thaulow & Kaspersen, 2021). Sett i lys av klinisk erfaring kan flere aspekter ved rusbehandling utfordre helsepersonells evne til å ivareta brukervedvirkning som en terapeutisk holdning. Hvordan ivaretas brukervedvirkning når preferanser, behov og mål styres av rusavhengighet? I slike situasjoner kan svaret på hvorvidt brukervedvirkning alltid er hensiktsmessig å ivareta bli uklart. Det enkelte helsepersonell med en utøvende rolle pålegges i den forbindelse et stort ansvar, hvilket krever kompetanse, erfaring og evne til kritisk refleksjon. I den grad brukervedvirkning for pasienter er en lovfestet rettighet og for helsepersonell en plikt å ivareta, er det interessant å se nærmere på hvordan en kan ivareta brukervedvirkning på best mulig måte, og hva som bør vektlegges for å ivareta brukervedvirkning i praksis.

1.2 Relevans

Brukermedvirkning er et økende fokusområde i psykisk helsearbeid som helhet, og begrepet har siden 2018 vært grunnmuren for behandling i TSB (Helsedirektoratet, 2018). Kunnskapsfeltet peker i retning at brukervedvirkning, grunnet begrepets vaghet, er vanskelig å overføre til klinisk praksis – og at ansvaret for å ivareta brukervedvirkning for rusavhengige pasienter i stor grad legges på det enkelte helsepersonell (Anthony & Crawford, 2000; Bee, Brooks, Fraser & Lovell, 2015; Fischer, Jenkins, Bloor, Neale & Berney, 2007; Keresi, Carlsson & Lindberg, 2019). På den bakgrunn kan det hevdes at det finnes et språk mellom det teoretiske og praktiske aspektet ved brukervedvirkning i rusbehandling. Erfaringer med hvordan brukervedvirkning ivaretas i rusbehandling fremstår som et begrenset kunnskapsfelt, hvor helsepersonells perspektiver tradisjonelt sett har blitt

underrepresentert (Bee et al., 2015). I den forbindelse etterlyses ytterligere forskning for å utforske helsepersonells perspektiver på å ivareta brukervedvirkning i praksis (Bee et al., 2015; Brener, Resnick, Ellard, Treloar & Bryant, 2009; Goodhew, Stein-Parbury & Dawson, 2018; King, 2011; Sharp et al., 2021). Ved å undersøke hva helsepersonell opplever som betydningsfullt for å ivareta brukervedvirkning i rusbehandling, kan en bidra til økt innsikt i et begrenset kunnskapsfelt og legge til rette for økt kvalitet i tjenestene.

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å øke kunnskap om hvordan brukervedvirkning ivaretas på individnivå av helsepersonell med en utøvende rolle overfor pasienter i rusbehandling. En dypere innsikt i denne tematikken vil kunne bidra til å konkretisere det praktiske aspektet ved brukervedvirkning, samt som grunnlag til refleksjon over hvorvidt brukervedvirkning ivaretas godt nok, og hvordan brukervedvirkning kan ivaretas på best mulig måte.

Følgende problemstilling er valgt:

«Hva opplever helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling som viktig for å ivareta brukervedvirkning i praksis?»

2 Kunnskapsstatus og tidligere forskning

En oppdatering av kunnskap på feltet har pågått kontinuerlig gjennom forskningsprosessen. Innhenting av kunnskap ble gjort trinnvis, først ved åpne enkeltsøk for å skape oversikt og deretter systematisk for å gjennomgå hva forskning som kunne belyse denne studiens problemstilling. Enkeltsøk ble foretatt i databaser som Google Scholar og Oria. En rekke systematiske søk ble foretatt i PubMed, CINAHL og PsycInfo, basert på ulike kombinasjoner av relevante emne- og nøkkelord fra forskningsspørsmålet; patient participation, consumer involvement, service user involvement, shared decision making, substance dependence og substance abuse treatment ble benyttet - i kombinasjon med følgende MeSH ord; decision making, patient participation og substance related disorders/therapy. Oversatt til norsk ble brukervedvirkning, rusbehandling, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern benyttet. Noen artikler ble videre funnet gjennom referanseartikler til ulike artikler som ble gjennomgått. Totalt resulterte litteratursøket i 9 studier, herav 7 med bruk av kvalitativ tilnærming.

Det var flere grunner til at det var utfordrende å finne litteratur som er relevant for problemstillingen. Brukermedvirkning som begrep tolkes og oversettes på ulikt vis på internasjonal basis, hvilket kan ha vanskeliggjort søkeprosessen med å finne relevant kunnskap. Begrepet har også tre dimensjoner; individnivå, systemnivå og et politisk nivå, slik at å spesifisere et søk etter kunnskap gir en viss risiko for at et søk utelukker relevant litteratur. En tredje grunn er at brukermidvirkning innen rusbehandling er relativt nytt sammenlignet med eksempelvis brukermidvirkning innen psykisk helsearbeid, og at det derfor finnes få tilgjengelige studier. Imidlertid er artikler i psykisk helsearbeid med overføringsverdi inkludert og presentert nedenfor.

2.1 Tidligere forskning av relevans for denne studien

I en systematisk oversikt undersøkte Goodhew et al. (2018) betydningen av brukermidvirkning i rusbehandling, samt fremmende og hemmende faktorer. Forfatterne fant at pasienter som deltok i utformingen av egen behandling opplevde i høyere grad tilfredshet. Det å involvere pasienter i egen behandling fremmet myndiggjøring hos pasienter, i den grad deres deltakelse bidro til å endre maktforholdet mellom partene, samt begrense stigmatisering av pasienter. Videre resulterte brukermidvirkning i å redusere avstanden mellom helsepersonell og pasienter ved å åpne for at partene i større grad kunne se hverandres mellommenneskelige kvaliteter, samt skape en felles forståelse. Som konsekvens, opplevde pasienter økt selvtillit og tok eierskap over egen behandling.

Blant fremmende faktorer for brukermidvirkning fremkom støttende holdninger blant helsepersonell og medpasienter. Støttende holdninger reflekterte at brukermidvirkning var grunnleggende for pasientorientert behandling, og forståelse for den enkeltes kunnskap og behov. Videre fremgikk brukermidvirkning i organisert og strukturert form som fremmende, herunder avsatt tid til å kommunisere og avklare forventninger, og arenaer for systematisk tilbakemelding på egen behandling. Blant begrensende faktorer for brukermidvirkning ble helsepersonells oppfattelse av pasienter trukket frem. Resultatene viste at helsepersonell var kritiske til pasienters evne til å medvirke, og manglet i den forbindelse tillit til at pasienter kunne ta avgjørelser som var til det beste for seg selv. Helsepersonell var videre kritiske til organiserte former for brukermidvirkning og uttrykte tvil omkring brukerorienterte praksiser da de oppfattet pasienter til å være manipulative, maktesløse, sårbare og upålitelige. Helsepersonell var nølende til å la pasienter medvirke grunnet mulige negative konsekvenser for tilbakefall, samt å potensielt utsette medpasienter for rus. Et annet funn var at

helsepersonell var ambivalente til å involvere pasienter i utforming av egen behandling, i den grad det ville utjevne maktforholdet mellom partene og dermed undergrave deres autoritet (Goodhew et al., 2018).

Basert på data fra 492 rusavhengige individer i Australia undersøkte Brener et al. (2009) betydningen av brukermedvirkning i rusbehandling. Resultatene viste at det å bli involvert i å utforme egen behandling, samt å ha kjennskap til egne rettigheter var en prediktor for tilfredshet i behandling. Pasienters opplevelse av å nå mål var assosiert med å gi tilbakemelding på egen behandling. Et annet funn var at brukermedvirkning var assosiert med pasienters opplevelse av å oppnå behandlingsmål, uavhengig av hvor tilfreds pasienter var med opplevelsen av behandling. Resultatene indikerer dermed at økt brukermedvirkning fører til økt tilfredshet med behandling, og derav økt opplevelse av å oppnå mål.

I en omfattende, kvalitativ studie basert på data fra Skottland og England undersøkte Fischer et al. (2007) utbredelsen og betydningen av brukermedvirkning innen rusbehandling, helsepersonells og pasienters erfaringer med ivaretagelsen av brukermedvirkning i praksis, samt hemmende og fremmende faktorer. Forfatterne avholdt semistrukturerte intervjuer (n=79) innledningsvis i studien, med både helsepersonell og pasienter fra to kommebaserte behandlingstiltak og to institusjoner innen døgnbehandling for ruslidelser. Femtini deltakere deltok i et oppfølgingsintervju tre måneder etter. Både helsepersonell og pasienter erfarte begrepet brukermedvirkning som uklart. Pasienter erfarte at brukermedvirkning kunne innebære forskjellige ting for forskjellige pasienter, til forskjellige tider. Derfor kunne brukermedvirkning være vanskelig å ivareta i praksis.

Til tross for en uklarhet rundt hva brukermedvirkning innebar var det bred enighet rundt viktigheten av brukermedvirkning. Resultater fra studien viste at diskusjon og grunnleggende kommunikasjon basert på empati, lytting og utveksling av informasjon var sentrale forutsetninger for alle former for brukermedvirkning. Diskusjon ble ansett som viktig i den grad det åpnet for å undersøke om pasienters behov og preferanser var i tråd med behandlingen som ble gitt. Resultatene viste videre at helsepersonell var opptatt av å veilede pasienter i diskusjon for å finne gode løsninger, og at de dermed anså seg som veiledere og mentorer overfor pasienten. Samtidig ble det fremhevet av deltakerne at en ikke alltid har rett, og at det å lære fra hverandre var grunnleggende for å forbedre behandlingsforløp. Pasienter hevdet at å få tid, muligheten til å stille spørsmål, å få forklaringer, samt en opplevelse av trygghet i behandling var grunnleggende for god brukermedvirkning (Fischer et al., 2007).

En kvalitativ studie fra King (2011) undersøkte deltageres forståelse av brukermedvirkning i rusbehandling i Irland. Semistrukturerte intervjuer (n=20) med helsepersonell, pasienter og representanter fra brukerorganisasjoner ble gjennomført. Studien var spesifikt rettet mot metadonbehandling, tilsvarende legemiddelassistert behandling for ruslidelser (LAR) i Norge. Resultatene viste at det var enighet om at pasienters kunnskap og erfaring var verdifull, og noe som bør og kan benyttes i individuell utforming av rusbehandling. Til tross for en ideologisk enighet ble pasienter i liten grad involvert i en slik utforming. Helsepersonell var kritiske til pasienters evne til å medvirke i gitte situasjoner, eksempelvis hvor pasienter brukte illegale rusmidler. Pasienter uttrykte frustrasjon over en manglende tro på reell innflytelse, samt at en opplevelse av å måtte fremstå som ansvarlige og stabile for å bli anerkjent av helsepersonell – og dermed få medvirke.

For å utforske erfaringer med å involvere pasienter i utforming av egen behandling i en avrusningsfase i England, gjennomførte Sharp et al. (2021) kvalitative dybdeintervjuer med tverrfaglig helsepersonell (n=13) i spesialisthelsetjenesten. Et hovedfunn var at helsepersonell benyttet en behandlingsplan i tråd med retningslinjer for å avklare pasienters behov, preferanser og mål for behandling, samt for å måle progresjon i behandlingsforløpet. Det viste seg dog at helsepersonells forståelse for en behandlingsplan som verktøy for brukermedvirkning var uklar, samt hvilken relevans en behandlingsplan hadde for deres yrkesutøvelse. Ansvar for hvem som skulle utarbeide behandlingsplanen var uklar. Motstridende og tvetydige erfaringer fremkom blant helsepersonell om hvorvidt pasientene ble involvert i prosessen eller ikke (Sharp et al., 2021).

Bee et al. (2015) undersøkte britisk helsepersonells (n=51) erfaringer med å inkludere pasienter i å utforme behandling sammen med pasienter i psykisk helsearbeid. Både semistrukturerte intervjuer og fokusgruppeintervjuer ble gjennomført. Resultatene viste at både helsepersonell og pasienter mente at det var viktig å utforme behandling i fellesskap. Ved å la pasienten medvirke i prosessen fikk helsepersonell tilgang til pasientens erfaring og kunnskap, hvilket kunne være vanskelig å få tilgang til på andre måter. Involvering av pasienten bidro videre til dannelsen av sterkere relasjoner, et redusert maktforhold mellom partene og økt kvalitet på behandlingen. Til tross for utbredt enighet om ideologien bak brukermedvirkning, viste resultatene at det var vanskelig å ivareta brukermedvirkning i praksis. En grunn til dette var at helsepersonell kontinuerlig måtte håndtere og vurdere risiko av ansvaret som eventuelt ble tildelt pasienten i behandling. I lys av pasienters preferanser og behandlingsmål var det enighet blant helsepersonell om at en i høyere grad burde fremme

pasienters autonomi og selvstendighet, men at det sjeldent ble gjennomført i praksis begrunnet i helsepersonells ansvar for å utøve forsvarlig behandling (Bee et al., 2015).

Resultatene viste videre at pasienters innsikt i egen situasjon var førende for hvordan brukermedvirkning ble ivaretatt. På den ene side førte en stor innsikt til sterkere relasjoner, bedre samarbeid og en høy grad av brukermedvirkning. På den annen side førte en liten grad av innsikt til at brukermedvirkning ble vanskelig å ivareta i praksis. Spesielt gjaldt dette rusavhengige pasienter, som ble oppfattet til å ha en svært kaotisk livsstil, en tvetydig og konkurrerende atferd samt varierende motivasjon og mål for behandling. Som konsekvens ble helsepersonells tro og evne til å holde en åpen og ærlig dialog rundt utforming av behandling begrenset. Et annet betydningsfullt forhold ved å ivareta brukermedvirkning i praksis var helsepersonells relasjonskompetanse. Kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom helsepersonell og pasient ble ansett som en nøkkelfaktor for en vellykket ivaretagelse av brukermedvirkning (Bee et al., 2015).

I en annen studie fra England undersøkte Anthony og Crawford (2000) hvordan helsepersonell i psykisk helsearbeid erfarte å involvere pasienter i utforming av egen behandling. Ni spesialisertepleiere fra både allmen- og akuttpsykiatriske døgnposter i spesialisthelsetjenesten deltok i semistrukturerte intervju. Resultatene viste at å involvere pasienter i utformingen av egen behandling var grunnleggende for å ivareta brukermedvirkning. Forutsetninger for å involvere pasienten i egen behandling var at helsepersonell evnet å anerkjenne pasientens erfaring og kunnskap for å fastsette realistiske mål sammen med pasienten. En dømmende holdning, og tanken om at en som profesjonell «tror» en vet best kunne være til hinder for dette. Det kunne være spesielt vanskelig i tilfeller hvor pasienter manglet innsikt i egen situasjon, ble oppfattet til å ha en svekket dømmekraft eller manglende motivasjon til å medvirke i egen behandling. Rusavhengige pasienter ble her trukket frem som eksempel. Resultatene viste at å overstyre pasienters ønsker og behov var nødvendig i visse tilfeller, eksempelvis hvor brukermedvirkning i seg selv åpenbart ikke var hensiktsmessig. Helsepersonell ønsket klarere retningslinjer for hvordan brukermedvirkning skulle ivaretas i praksis. Videre ble systematiske tilbakemeldinger fra pasienter fremhevet som viktig, samt å sikre at pasienten fikk tilstrekkelig informasjon til å kunne ta informerte valg i prosessen (Anthony & Crawford, 2000).

I en svensk studie utforsket Keresi et al. (2019) hvordan helsepersonell erfarte å ivareta brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Forfatterne gjennomførte semistrukturerte intervjuer (n=8) med helsepersonell som arbeidet både på- og utenfor institusjon for å undersøke hva helsepersonell vektla, samt hvordan de handlet for å øke brukermedvirkning for den enkelte pasient. Resultatene viste at en terapeutisk relasjon mellom partene var en forutsetning for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Den terapeutiske relasjonen var avhengig av en ikke-dømmende holdning og en pasientorientert tilnærming til pasienten, hvilket åpnet for at pasienter var mer tilbøyelige til å medvirke i egen behandling. Det å føre en åpen dialog ble videre fremhevet som viktig for å ivareta brukermedvirkning. Gjennom åpen dialog kunne pasientene ytre sine ønsker og behov for behandling, samt forklare hva de forventet av helsepersonell i prosessen. På følgende måte kunne helsepersonell tilpasse behandling til hver enkelt, samt åpne for diskusjon rundt eventuelle problemer og løsninger. I den sammenheng var det viktig å respektere pasientens ønsker, å anerkjenne vedkommendes behov, å ikke dominere samtalen, samt tilstrekkelig med tid til å lytte og forstå. Som konsekvens kunne en slik prosess fremme tillit og en sterkere relasjon mellom partene, og derav øke grad av brukermedvirkning i praksis (Keresi et al., 2019).

Et annet betydningsfullt funn var å tilrettelegge for en åpen og inkluderende arena for pasientene. Resultatene viste at det å holde pasientene informert om både vedkommendes tilstand og behandling bidro til at pasientene i høyere grad kunne innta en aktiv rolle, fremfor en passiv rolle i egen behandling. En forutsetning for informasjon var å involvere pasienten i diskusjon, hvilket ble gjort i behandlingsmøter. Gjennom dialog og refleksjon kunne pasientens erfaring, kunnskap og synspunkter fremkomme i slike sammenhenger. Ifølge helsepersonell ble brukermedvirkning realisert når pasientene forstod meningen bak sine behandlingsmål og når de selv tok ansvar for å nå dem. Derav var helsepersonells rolle å tilrettelegge, oppfordre og motivere pasienten til å delta i diskusjon og refleksjon rundt egen behandling. Resultatene viste at det å involvere pasienter var avhengig av pasienters innsikt og tilstand, hvilket kunne medføre at brukermedvirkning ble urealistisk å gjennomføre (Keresi et al., 2019).

I relasjon til en norsk kontekst undersøkte Jansen og Hanssen (2017) helsepersonells perspektiver på å ivareta brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Fokusgruppeintervjuer ble avholdt med (n=9) spesialsykepleiere i døgntilrettelagt innen spesialisthelsetjenesten. Resultatene viste at brukermedvirkning var vanskelig å ivareta på individnivå grunnet begrepets vage og abstrakte innhold, hvilket førte til en stor grad av ansvar og en opplevelse

av moralsk stress. Det var konsensus blant deltakerne rundt det ideologiske aspektet ved brukermedvirkning og dets betydning for behandlingsutfall og dannelsen av relasjoner, men på den annen side erfarte helsepersonell at brukermedvirkning i praksis var svært begrenset. Eksempelvis ble behandlingsmål og agenda for behandlingsmøter satt av helsepersonell, ofte uten av pasienten selv var til stede. På den måten foregikk brukermedvirkning i stor grad på helsepersonells premisser. Det medførte at en som helsepersonell kontinuerlig måtte ta en rekke etiske vurderinger på pasientens vegne, hvilket førte til en opplevelse av moralsk stress.

I lys av tidligere kunnskap, hva opplever helsepersonell som viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis? Gjengående resultater fra tidligere kunnskap peker på en personorientert tilnærming til pasienten basert på gjensidig respekt og tillit som viktig, hvor den enkelte pasients kunnskap og erfaring fremheves og benyttes i utforming av behandling gjennom dialog og diskusjon (Anthony & Crawford, 2000; Bee et al., 2015; Fischer et al., 2007; Keresi et al., 2019). I tråd med Storm, Rennesund, Jensen og Mikkelsen (2009) og Haukelien, Møller og Vike (2011) peker kunnskapsfeltet i retning av en ideologisk enighet rundt brukermedvirknings betydning i rusbehandling, samtidig som litteratur karakteriseres som normativ i den grad den forteller mer om brukermedvirknings hensikt og rolle fremfor hvordan det skal ivaretas for den enkelte i praksis. Et gjennomgående trekk i overnevnte studier er at brukermedvirkning som begrep fremstod som vagt og abstrakt, hvilket vanskeliggjør overføring til klinisk praksis (Bee et al., 2015; Fischer et al., 2007; Goodhew et al., 2018; Jansen & Hanssen, 2017; Keresi et al., 2019; King, 2011). På den bakgrunn kan det argumenteres for at det finnes både en diskrepans og et sprik mellom hvordan brukermedvirkning skal ivaretas ut henhold til teori, og hvordan det overføres til klinisk praksis. Sett i lys av at erfaringer fra helsepersonell med en utøvende rolle tradisjonelt har blitt underrepresentert, etterlyses helsepersonells erfaringer med å ivareta brukermedvirkning i et flertall av studier innen kunnskapsfeltet (Bee et al., 2015; Brener et al., 2009; Goodhew et al., 2018; King, 2011; Sharp et al., 2021). Ved å undersøke helsepersonells perspektiver kan en kaste lys over hvordan brukermedvirkning ivaretas i praksis, øke forståelsen hos fagutøvere i rusbehandling og bidra til å konkretisere det praktiske aspektet ved brukermedvirkning.

3 Teoretisk rammeverk

En abduktiv tilnærming har vært førende for teori som er utvalgt. Det innebærer at etablert teori har vært utgangspunktet for studien, og at analyse av studiens datamateriale har gitt grunnlag for nye teoretiske perspektiver (Thagaard, 2018). I kapitlene under redegjøres det for rusavhengighet som lidelse og behandling av lidelsen, brukervedvirkning som middel for å oppnå aktiv deltakelse og mestringstro, samt hva som kan være viktig for å ivareta brukervedvirkning i praksis.

3.1 Tverrfaglig spesialisert behandling for mennesker med rusavhengighet

Rusmiddelavhengighet er en lidelse som omhandler en rekke atferdsmessige, fysiologiske og kognitive fenomener som utvikles etter gjentakende bruk av narkotiske stoffer, og kan ifølge ICD 10 defineres som:

«Et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi» (Statens helsetilsyn & World Health Organization, 1999).

Rusavhengighet er et økende problem for både individ og samfunn på internasjonal basis. Mennesker med rusavhengighet har i Norge en forhøyet dødsrate sammenliknet med resten av befolkningen (Heiberg et al., 2018). Fra et globalt perspektiv beregnes levealderen blant rusavhengige til å være 15 år kortere enn gjennomsnittet blant kvinner, og 20 år blant menn (Frasch et al., 2013; Merikangas & McClair, 2012; Vancampfort et al., 2016). Blant årsaker til en forhøyet dødsrate fremheves en kombinasjon av levekår, ulike rusmidlers effekt på kroppen, økt sårbarhet for somatisk sykdom, død som følge av overdoser, og eventuelle selvmord, ulykker og vold (Frasch et al., 2013; Merikangas & McClair, 2012; Vancampfort et al., 2016).

I Norge ble det i 2020 registrert 324 narkotikautløste dødsfall, et tall som ikke har vært høyere siden 2001. Pandemirestriksjoner og meget sterke opioid-baserte rusmidler pekes på som mulige forklaringer (Folkehelseinstituttet, 2021). I USA økte antall overdosedødsfall med over 200 % fra år 2000 til 2014. I 2016 ble det registrert 63 632 narkotikautløste dødsfall i landet (Rudd, Aleshire, Zibbell & Gladden, 2016). I lys av norske forhold omhandler ikke den

økte dødeligheten rusavhengighet medfører nødvendigvis hvilke somatiske og psykiske lidelser de har, men heller hvordan livet med somatiske og psykiske lidelser mestres av den enkelte.

For rusavhengige mennesker er rusbehandling et tilbud som tilrettelegger for at den enkelte kan mestre egen avhengighet og medfølgende konsekvenser av lidelsen, et tilbud som siden 2004 har vært organisert under spesialisthelsetjenesten. Døgnbehandling for rusavhengighet baseres på tverrfaglig og spesialisert kompetanse, og heter derav «tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (TSB). Pakkeforløpet for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2018) er en gjeldende nasjonal føring for rusbehandling og påvirker dermed behandlingen som tilbys den enkelte. Målet med pakkeforløpet er blant annet økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner og sammenhengende pasientforløp (Helsedirektoratet, 2018). Med dette menes at et hvert pasientforløp skal tilpasses den enkeltes situasjon, preferanser og mål. I praksis innebærer det at helsepersonell skal tilrettelegge for at pasienten kan medvirke som en aktiv deltaker i egen behandling, omtalt som *brukermedvirkning*.

3.2 Brukermedvirkning som verktøy for å fremme aktiv deltakelse og mestringstro

Brukermedvirkning for mennesker med rusavhengighet kan på individnivå defineres som den enkeltes lovfestede rettighet til å medvirke i egen behandling, og reguleres av; Helseforetaksloven (2002), Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og Psykisk helsevernloven (1999). I den forbindelse er helsepersonell pliktige til å inkludere pasienter i beslutninger- og evaluering omhandlende egen behandling, samt at pasienten har rett til å motta informasjon om behandling og egen lidelse (Szmukler & Appelbaum, 2008). Det forutsetter at helsepersonell legger pasientperspektivet til grunn når behandlingen utformes, hva gjelder vedkommendes behandlingsmål, preferanser og behov (Helsedirektoratet, 2018). Ved å involvere pasienten i egen behandling kan pasientrollen endres fra passiv mottaker til en aktiv deltager med en grad av medvirkningsrett (Lorem, Frafjord, Steffensen & Wang, 2014). Hvilken betydning har brukermedvirkning for praksis?

En systematisk oversikt viser at mellom 10 – 60 % av rusavhengige pasienter avbryter behandling før den er fullført, hvor en manglende opplevelse av brukermedvirkning fremheves som en av flere hovedårsaker (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert,

2013; Årseth, Torjussen & Johannessen, 2019). Til tross for at nasjonale føringer (2018) tilrettelegger for behandling på pasientens premisser, viser en rapport at 76 % av helsepersonell opplever at nevnt føring bidrar i liten eller ingen grad til økt brukermedvirkning for rusavhengige pasienter i behandling (Ådnanes et al., 2020). På den ene side erfarte et flertall av rusavhengige pasienter å ikke bli inkludert i å utforme en behandlingsplan til tross for et ønske om å gjøre dette, hvor på den annen erfarte helsepersonell at det ikke var vanlig praksis å involvere pasientene i denne prosessen (Ådnanes et al., 2021). Det kan beskrives som urovekkende, i lys av at det å aktivt involvere pasienten i egen rusbehandling har vist seg å være en sterk prediktor for positive behandlingsutfall (Borkman, 1998; Carman et al., 2013; Dakof, Tejada & Liddle, 2001; Simon et al., 2017).

Det å involvere pasienter forutsetter at helsepersonell viser engasjement og transparens i behandlingsprosessens samtlige faser. Videre fremheves positive interaksjoner med helsepersonell som en viktig faktor for å involvere pasienten, hvilket bygger på helsepersonells evne til å kommunisere (Dakof et al., 2001; Schaefer, Ingudomnukul, Harris & Cronkite, 2005). I likhet med å danne terapeutiske relasjoner for å skape en felles forståelse, er *pasientorientert kommunikasjon* relevant. Gjennom effektiv utveksling av informasjon, basert på relasjonelle karakteristikk som empati, samarbeid og fremhevelse av autonomi kan helsepersonell tilrettelegge for aktiv deltakelse fra pasientens side (Epstein et al., 2005; Matalon, 2008; Noordman, van der Weijden & van Dulmen, 2012; Smith, Dwamena, Grover, Coffey & Frankel, 2011; Zolnierek & DiMatteo, 2009). Relatert til utforming av behandling på pasientens premisser kan helsepersonells evne til å kommunisere pasientorientert antas å være av stor betydning, i den grad aktiv deltakelse i denne fasen er erfart av helsepersonell til å øke sannsynligheten for at vedkommende involveres og engasjeres i prosessen (Sharp et al., 2021; Tryon & Winograd, 2011).

Involvering av pasienten og vedkommende sitt brukerperspektiv fremstår som avgjørende for at den enkelte skal kunne mestre, ta kontrollen tilbake over eget liv og derav oppnå tilfriskning (Helsedirektoratet, 2014, 2018). Å mestre er her et nøkkelord, da en kan hevde at mennesker som mottar behandling i TSB behøver bistand til å mestre egen avhengighet. På det grunnlag kan en hevde at mestring er en nødvendig forutsetning for tilfriskning. I den sammenheng besitter helsepersonell merkompetanse i form av profesjonell kunnskap og klinisk erfaring, og har i prosessen et ansvar for å involvere pasienten, samt tilrettelegge for at mestring kan styrkes. Hva kreves så for å mestre? Ifølge Bandura (1977) forutsetter mestring

troen på at hvordan en handler for å oppnå et ønsket utfall, vil føre til at ønsket utfall oppnås (self-efficacy).

Mestringstro er stadfestet som en sterk prediktor for utfall av rusbehandling (Burlison & Kaminer, 2005; Kadden & Litt, 2011). I behandling for alkoholavhengighet viste Adamson, Sellman og Frampton (2009) at mestringstro var den mest konsistente prediktoren, blant andre troverdige prediktorer som motivasjon og mål for behandling. Lozano og Stephens (2010) fant en klar sammenheng mellom mestringstro og både frekvens for inntak- og mengde alkohol konsumert etter behandling. I lys av mestringstro som prediktor for behandlingsutfall, hvordan kan mestringstro fremmes i behandling for å skape et best mulig behandlingsutfall? Flere studier peker på at aktiv deltakelse i målsetting for rusbehandling, og deltakelse i meningsfulle, mestringstrøfremmende aktiviteter var assosiert med økt mestringstro (Ilgen, McKellar & Moos, 2007; Lozano & Stephens, 2010). På det grunnlag kan det hevdes at pasientens engasjement og deltakelse er betydningsfulle faktorer for mestringstro og brukervedvirkning i praksis.

3.3 Kritiske aspekter ved brukervedvirkning

Betydningen av brukervedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid er stadfestet, men samtidig rettes kritikk mot flere aspekter ved begrepet (Storm et al., 2009). Haukelien et al. (2011) karakteriserer litteratur omhandlende brukervedvirkning som normativ i den grad den forteller mer om brukervedvirkningens formål og hensikt, fremfor hvordan brukervedvirkning bør ivaretas for den enkelte. En konsekvens av dette er at brukervedvirkning som konsept kan være vanskelig å overføre til klinisk praksis (Jørgensen & Rendtorff, 2018). Valenta og Berg (2010) påpeker at brukervedvirkning som begrep er abstrakt og mangler kontekst, hvilket bidrar til å skape utfordringer og dilemmaer for både helsepersonell og pasienter. Et annet kritisk aspekt ved brukervedvirkning er ifølge Mathisen, Obstfelder, Lorem og Måseide (2015) at begrepets positive sider kaster skygge over at det tidvis er pasienter med omfattende behov for helsehjelp som skal inkluderes i beslutninger og delvis ansvarliggjøres for dem. Det kan føre til at helsepersonell pålegger rusavhengige pasienter et ansvar for sin tilfriskningsprosess som de ikke nødvendigvis har ressurser til å håndtere, og derav bidrar til å marginalisere pasientene, samt redusere vedkommendes mestringstro (Cowden & Singh, 2007; Engebretsen & Haldar, 2010; Kristeva & Engebretsen, 2010). På den bakgrunn er det nødvendig å se nærmere på det praktiske aspektet ved brukervedvirkning, og hva som er viktig for helsepersonell for å ivareta brukervedvirkning

for den enkelte (Beresford, 2002; Mathisen et al., 2015; Petersen, Hounsgaard & Nielsen, 2008).

3.4 Hva er betydningsfullt for å ivareta brukermedvirkning i praksis?

For å ivareta brukermedvirkning fremheves dialogens betydning for å etablere en felles forståelse mellom helsepersonell og pasient som grunnleggende (Davidson et al., 2005; Kartalova - O'Doherty & Tedstone Doherty, 2010; Kidd, Kenny & McKinstry, 2015; Szmukler, 2000). Innen TSB har det blitt utført få studier av brukermedvirkning, men flere studier er utført innen psykisk helsearbeid som helhet og kan i den forbindelse hevdes å ha overføringsverdi. Et flertall av følgende studier er rettet mot hvordan selve involveringen erfares av helsepersonell og pasienter (Borg, 2007; Hem, 2008; Norvoll, 2007; Rise, 2012; Skorpen & Øye, 2009; Storm, 2011; Terkelsen, 2010). Et fellestrekk her er at gjensidig tillit og respekt er av betydning for hvorvidt pasienten inkluderes i egen behandling. En annen forutsetning for å ivareta brukermedvirkning i praksis er at helsepersonell i større grad må tre ut av en tradisjonell rolle, og åpne for å diskutere beslutninger sammen med pasienten (Storm, 2011; Sundet, 2009). I tråd med nasjonale retningslinjer for TSB (2018) kan en slik praksis bidra til å gi mer effektiv behandling rettet mot den enkelte, og dermed fremme mestring og eierskap til egen tilfriskningsprosess. Hva bør helsepersonell så vektlegge for å ivareta brukermedvirkning i praksis?

I en analyse av begrepet brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid pekte Millar, Chambers og Giles (2016) på forutsetninger for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Blant dem fremgår; *en personsentrert tilnærming, tilgang til pasientperspektivet, samarbeid, informert beslutningstaking og beslutningspåvirkning.*

3.4.1 Personorientert tilnærming og samarbeid fremmer brukermedvirkning

For å ivareta brukermedvirkning i praksis bør helsepersonell vektlegge en *personorientert tilnærming*. I praksis innebærer det å vise empati, å vise respekt gjennom å lytte, å respektere pasienten som en unikt individ, samt det å vise tillit (Millar et al., 2016). Uten tillit avskjæres pasienten fra å delta aktivt i sin egen prosess, hvilket er avgjørende for troen på at en kan handle for oppnå sine mål og dermed mestre - uavhengig om målene innebærer total rusfrihet, økt livskvalitet eller utvikling av en meningsfull hverdag (Bandura, 1977; Lozano &

Stephens, 2010). Ved å vise tillit til at pasienten handler til det beste for seg selv kan helsepersonell åpne for læringsmuligheter og erfaring. Erfaring basert på suksess kan bidra til å fremme mestringstro, og dermed føre til at pasienten oppnår mestring (Bandura, 1986; Gwaltney, Shiffman, Balabanis & Paty, 2005). Hva innebærer det å vise tillit til mennesker hvor avhengighet er styrende for valg og behov? I hvilken grad bør helsepersonell vise tillit til at pasienter handler til det beste for seg selv, når valgene som tas bryter med helsepersonells profesjonelle kunnskap og kliniske erfaring? I den forstand er det nødvendigvis ikke enkelt for helsepersonell å tre ut av sin profesjonelle rolle. Askheim (2012) hevder at kunnskapen en tilegner seg gjennom en mangeårig profesjonsutdanning plasserer helsepersonell i en posisjon som kan være kompleks å forlate, for det å forlate sin profesjonelle rolle vil kunne innebære å miste autoritet over eget fagfelt.

En kan hevde at en kritisk vurdering av tillitsforholdet mellom partene må sees i lys av *samarbeid* som forutsetning for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Millar et al. (2016) hevder at å fremheve pasienten som ekspert på seg selv og likeverdig partner er essensielt for et samarbeid mellom partene. Kan et slikt premiss forsvares i alle tilfeller? Hva tilsier at den rusavhengige er ekspert på seg selv, når vedkommende er i behov for hjelp for å mestre egen avhengighet? En kan hevde at et likeverdig samarbeid kan utfordre å arbeide i tråd med kunnskapsbasert praksis. Det å utøve kunnskapsbasert praksis innebærer at faglige avgjørelser tas på bakgrunn av følgende kunnskapskilder; forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienters preferanser og behov i en gitt situasjon (Dawes et al., 2005; Nortvedt, Graverholt, Jamtvedt, Gundersen & Nortvedt, 2021).

Definisjonen av kunnskapsbasert praksis (2021) gir ingen tydelige instruksjoner for hvordan helsepersonell skal vekte de ulike kunnskapsformene i praksis. For å vekte de ulike kunnskapsformene i praksis bør helsepersonell ha evnen til å reflektere rundt hva det å være ekspert på seg selv innebærer. Eksempelvis er ikke pasientens ekspertise nødvendigvis synonymt med at vedkommende selv vet hva som skal til for å overvinne egen avhengighet, men heller hva den enkelte opplever å ha behov for, tenker eller mener om noe. En kan hevde at evnen til å kritisk refleksjon kan vise seg spesielt viktig i tilfeller hvor pasientens ekspertise fremgår som selve problemet i behandling. Eksempelvis kan pasienters mål for rusbehandling være avhold fra opioider, mens samtidig et ønske om å opprettholde bruk av sentralstimulerende rusmidler. I hvilken grad bør helsepersonell akseptere at pasienten er ekspert på seg selv i slike tilfeller?

I den sammenheng er *samvalg* et relevant begrep, hvilket benyttes synonymt med brukermedvirkning, og som verktøy for å ivareta brukermedvirkning i pakkeforløpet for TSB (2018). Samvalg innebærer at både pasient og helsepersonell tar del i beslutningsprosessen, og utfordrer dermed hvordan autonomi skal ivaretas hos partene i samarbeidet (Friedrichs, Spies, Härter & Buchholz, 2016). I den første systematiske litteraturgjennomgangen omhandlende samvalg i rusbehandling viste Friedrichs et al. (2016) at rusavhengige pasienter ønsket å bli inkludert i beslutningstaking, og at gruppen bør inkluderes i beslutninger angående egen behandling på lik linje med pasienter som lider av andre lidelser. I en scoping review fastslo dog Marshall et al. (2021) at det finnes en liten grad av forskning som utforsker hvorvidt *Shared Decision Making* er fordelaktig for behandling av ruslidelser, men at innledende resultater er lovende. I lys av pakkeforløpet for TSB (2018) er det dog ikke alltid slik at pasienten skal få etterkommet sine ønsker, men heller at samvalgsprosessen kan bidra til å skape en dypere innsikt i hva som er viktig for den enkelte, og dermed bidra til pasientorientert behandling.

Ifølge Millar et al. (2016) er informasjon grunnleggende for beslutningstaking, uavhengig av hvilken grad pasienten får medvirke i beslutninger. Millar et al. (2016) omtaler forutsetningen som *informert beslutningstaking*, hvilket omhandler informasjon om pasientens valgmuligheter, behandlingsalternativer og aktiv deltakelse fremhevet som betydningsfullt. Et fremtredende trekk i litteratur er pasientens mangel på informasjon omhandlende egen behandlingsprosess, hvilket kan begrense pasientens mulighet til å medvirke (Millar et al., 2016). I den forbindelse har helsepersonell en veiledende rolle overfor pasienten, og har et overordnet ansvar for å informere pasienten om valg og muligheter.

3.4.2 Relasjonens betydning for brukermedvirkning

Utover tillit og samarbeid, hvilket samsvarer med allianse, avhenger brukermedvirkning i praksis av helsepersonells evne til å skape terapeutiske relasjoner (Millar et al., 2016). Bordin (1979) hevdet at all behandling av psykiske lidelser forutsetter en terapeutisk allianse, og at effekten av behandling er avhengig av styrken på alliansen mellom helsepersonell og pasient. Styrken av den terapeutiske alliansen er videre styrt av pasientens behov og påvirkes av de ulike karakteristikker hos partene i relasjonen. I likhet med mestringstro har en terapeutisk relasjon, spesielt i en tidlig fase i behandling, vist seg å være en konsistent prediktor for utfall av rusbehandling (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005). Hva utgjør en terapeutisk relasjon i praksis? Ifølge Bordin (1979) inneholder en terapeutisk relasjon følgende tre konstrukter;

dannelsen av bånd, fordeling av oppgaver og enighet om behandlingsmål. Dannelsen av bånd forutsetter tilstedeværelsen av ulike relasjonelle verdier som tillit, respekt og omsorg i samarbeidet mellom partene. Fordeling av oppgaver omhandler helsepersonells ferdigheter til å oppfatte pasientens behov og tilrettelegge for oppgaver deretter. Ved å tilrettelegge for realistiske oppgaver som er i tråd med pasientens preferanser, behov og forventninger, vil pasienten kunne mestre oppgaver som er meningsfulle for en selv, og samtidig oppfatte helsepersonellet som kompetent og profesjonell. Målsetting handler om at partene i relasjonen utarbeider- og kommer til enighet om behandlingsmål. Innen rusbehandling kan slike mål eksempelvis bestå av totalt rusfrihet eller økt livskvalitet, og i den sammenheng må helsepersonell vise engasjement og interesse for at pasienten skal kunne nå sine mål (Bordin, 1979).

På det grunnlag kan en argumentere for at evnen til å skape relasjoner er av vesentlig betydning for helsepersonell for å ivareta brukermedvirkning i praksis. I lys av nasjonale føringer for TSB kan en hevde at slik pakkeforløpet er strukturert vektlegges flere av Bordin (1979) sine konstrukt for hva en terapeutisk relasjon skal bestå av – og derav demonstrer en klar sammenheng mellom brukermedvirkning og en terapeutiske relasjon. Eksempelvis legger nasjonale føringer til rette for at helsepersonell og pasient i fellesskap skal utarbeide mål for behandling basert på vedkommendes preferanser og behov, samt hvordan oppgaver skal fordeles for å kunne nå nevnt mål. I den sammenheng er helsepersonells tilgang til pasientperspektivet grunnleggende, og fremheves videre som en forutsetning for å ivareta brukermedvirkning i praksis (Millar et al., 2016).

4 Metode

Følgende kapittel beskriver fremgangsmåten som er benyttet for å undersøke problemstillingen.

4.1 Valg av forskningsmetode

Formålet med denne studien var å undersøke hva helsepersonell innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling erfarte som viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Derav er en kvalitativ tilnærming benyttet. Denne studiens problemstilling har vært førende for valg av metode, og med bruk av individuelle semi-strukturerte intervjuer (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2019; Malterud, 2017).

4.2 Forforståelse

Forskerens forståelse kan bidra til en dypere innsikt og forståelse av deltakernes erfaringer, men også til at forskeren i for stor grad farges av subjektive erfaringer og synspunkter. Hvis forskeren ikke er sin egen forforståelse bevisst vil en kunne overse kunnskap som det empiriske materialet kunne ha levert, og som konsekvens påvirke studiens gyldighet og troverdighet (Malterud, 2017). For å motvirke et slikt utfall ble et refleksjonsnotat utarbeidet innledningsvis i studien i tråd med Polit og Beck (2020) og Malterud (2017). Notatet bestod av refleksjoner knyttet til egen klinisk erfaring, sett i lys av nåværende forskningsstatus samt hva forskeren antok å finne av resultater.

4.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Et strategisk utvalg av informanter er benyttet i hensikt om å generere datamateriale som kan belyse den aktuelle problemstillingen på en mest hensiktsmessig måte, samt å sikre intern validitet (Malterud, 2017; Tjora, 2021).

Det strategiske utvalget var basert på følgende inklusjonskriterier;

- Deltagerne skal ha minimum en helse/sosialfaglig bachelorgrad
- Deltagerne skal ha minimum ett års erfaring fra nåværende arbeidsplass, hvilket innebar arbeid med rusavhengige mennesker innen TSB

Bakgrunnen for et minimumskrav om arbeidserfaring var for å tilstrebe at deltagerne skulle ha tilstrekkelig kompetanse og erfaring til å kunne gi reflekterte svar. Det påfølgende kravet om kompetanse var først og fremst for å sikre en faglig standard utover kompetanse og erfaring, hvilket samsvarer med hva Helsepersonelloven (1999) definerer som helsepersonell. Føringer for kjønn og alder utover atten år har ikke vært vektlagt da forskeren ikke fant argumenter for dets betydning i studiens sammenheng, samt for å sikre variasjonsbredde og et heterogent utvalg. Et gitt antall informanter ble ikke forhåndsbestemt, men grunnet i hensyn til planlegging og studiens omfang tok undertegnede sikte på et utgangspunkt mellom 4-7 deltagere (N=4-7). I henhold til inklusjonskriteriene ble konseptet *information power* (2016) benyttet som ledetråd for antall deltagere, hvilket omhandler at datamaterialets styrke og relevans er førende for antall deltagere.

For å rekruttere deltagere til studien ble en søknad sendt til enhetsleder ved en avdeling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, bestående av informasjonsskriv og samtykkeskjema

(vedlegg 1) og godkjenning fra Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (vedlegg 2).

Vedkommende sendte informasjon videre til aktuelle deltagere som innfridde inklusjonskriterier for å delta. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble sendt til fem deltagere som innfridde inklusjonskriteriene, hvorav fire intervjuer ble planlagt samme uken. Intervjuer, påfølgende transkripsjon og notering ble gjort trinnvis for å fortløpende vurdere råmaterialets styrke opp imot behov for antall deltakere. Etter transkripsjon av fire intervjuer ble det bestemt å inkludere en femte deltaker for å sikre et tilstrekkelig innholdsrikt og relevant datamateriale.

Under følger en kort og anonymisert fremstilling av deltakerne;

Kjetil (30 årene) er utdannet sosionom og har arbeidet som behandler og miljøterapeut i over 5 år i rusfeltet.

Egil (30 årene) er utdannet sosionom og har arbeidet som behandler og miljøterapeut i over 5 år i rusfeltet.

Manuel (40 årene) er utdannet sykepleier og har arbeidet som behandler og miljøterapeut i over 10 år i rusfeltet.

Anna (40 årene) er utdannet sykepleier og har arbeidet som behandler og miljøterapeut i over 10 år i rusfeltet.

Elin (40 årene) er utdannet vernepleier og har arbeidet som behandler og miljøterapeut i over 10 år i rusfeltet.

4.4 Intervjuguide og pilotintervju

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 3) som inneholdt en oversikt over emner som skulle utforskes, samt forslag til spørsmål for å dekke nevnte emner. Spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av studiens problemstilling, og var åpne for å tilrettelegge for refleksjon hos deltagerne. For å kvalitetssikre intervjuprosessen ble et prøveintervju foretatt, hvilket åpnet for refleksjoner rundt spørsmål og struktur. I etterkant av prøveintervjuet ble noen spørsmål spisset, og rekkefølgen endret for å sikre bedre sammenheng og flyt.

4.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i løpet av overgangen mellom oktober og november 2021. Alle intervjuer ble gjennomført digitalt via Microsoft Teams og tatt opp via Nettskjema-diktafon i henhold til retningslinjer fra UiT. Det digitale aspektet tilrettela for en effektiv prosess, hvilket åpnet for at transkripsjon, notering og forberedelser lot seg gjennomføre i tiden mellom hvert intervju. På den ene siden lå erfaringen fra intervjuene ferskt i minnet, men i lys av den annen kunne det vært hensiktsmessig å bruke lengre tid mellom intervjuene for ytterligere refleksjon. I samtlige intervju ble informasjon om studien gitt, samt en oppsummering av etiske betraktninger og forløpet videre. Samtykkeerklæring ble skriftlig signert av samtlige deltagere, samt gitt muntlig i forkant av hvert intervju. Trinnsvis transkripsjon gav inntrykk av at intervjueren åpnet for pauser, slik at deltageren fikk tid til å reflektere og svare – men tidvis ikke benyttet muligheten for å stille oppfølgingsspørsmål i relevante sammenhenger. Nevnt refleksjon ble loggført og brukt som forbedringspunkt til neste intervju.

4.6 Transkripsjon

Transkripsjonen ble utført av forskeren etter hvert enkelt intervju i hensikt om å få en større grad av kjennskap til råmaterialet, for å kunne vurdere råmaterialets styrke, samt lære om egen intervjustil med tanke på forbedring av teknikk (Malterud, 2017). En enkel transkripsjonsstil ble valgt for å skape en oversiktlig, strukturert tekst som også var enkel å lese når teksten skulle analyseres. Av den grunn ble ikke tegnsetting, pauser og lydord vektlagt i nevneverdig grad. Følgende tilnærming bidro til å skape en overordnet sammenheng og fremstod med likhet til det originale opptaket. Til tross for en likhet med det originale opptaket var forskeren dog bevisst på at transkripsjonen kun er en indirekte tolkning av virkeligheten, hvilket videre bærer relevans for denne studiens pålitelighet (Malterud, 2017). I den sammenheng er det digitale aspektet ved prosessen relevant. En grunn til det er at ulike sider ved kommunikasjon vil fordreies i en transkriberingsprosess, hvilket åpner for at nyanser som stemmeleie og kroppsspråk tapes i det tale omgjøres til tekst (Kvale et al., 2019). En refleksjon er at slike nyanser kan være desto vanskeligere å med seg når intervjuer foregår på digitale plattformer, slik det er gjort i denne studien. Intervjuene varte i gjennomsnitt mellom 35-45 minutter og ble transkribert på bokmål uavhengig av deltagerens dialekt for å ivareta konfidensialitet. Kun 22 av 20 031 ord var utydelige ved transkribering, i en tekst bestående av 31 tettskrevne sider med skriftstørrelse 12 og enkel linjeavstand.

4.7 Analyse

I denne studien søkes det å utforske helsepersonells erfaringer innen et spesifikt felt. Derav kan en fenomenologisk analyse forsvares, hvor en systematisk tekstkondensering basert på Malterud (2017) fremgår som et hensiktsmessig analytisk verktøy.

Analysens første trinn bestod i å bli kjent med eget datamateriale (Malterud, 2017).

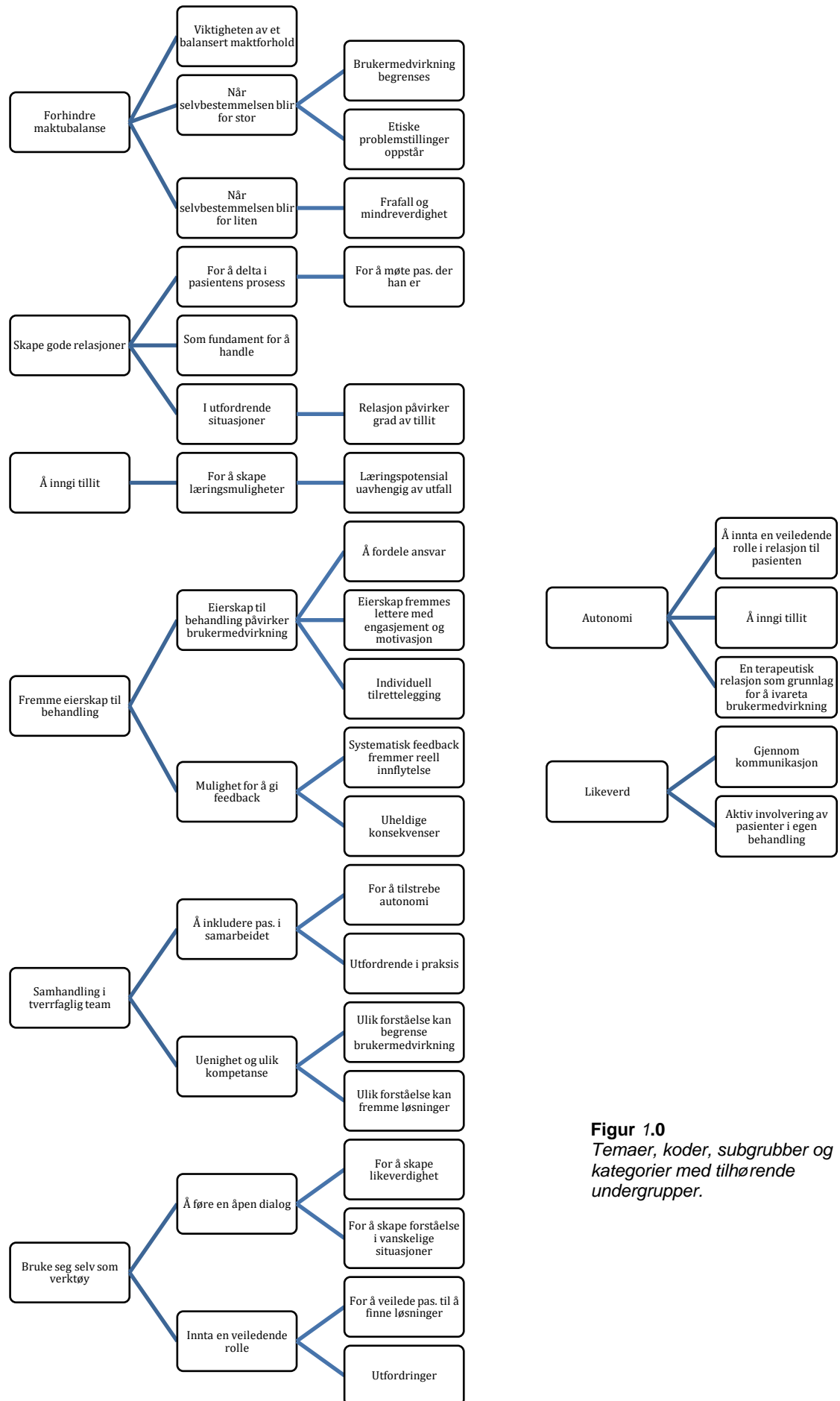
I den sammenheng ble 31 sider med transkripsjon gjennomlest i lys av en tentativ problemstilling for å skape helhetsinntrykk, samt for å lete etter gjengående temaer i teksten. Forfatteren forsøkte her å legge egen forforståelse og teoretisk referanseramme til side i hensikt om å være åpen for nye inntrykk i prosessen (Malterud, 2017). Grunnet den tentative problemstillingens vaghet opplevdes det som noe utfordrende å finne gjengående temaer, hvilket førte til at problemstillingen ble spisset fra; «*hvordan erfarer helsepersonell å ivareta brukermedvirkning i sin arbeidshverdag innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling?*» til «*hva opplever helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling som viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis?*». Deretter ble 6 temaer identifisert.

Trinn to i prosessen ble utført ved bruk av Nvivo for å enklere systematisere og sortere tekst som bar med seg kunnskap om de foregående temaene fra forrige trinn. Datamaterialet ble gjennomgått linje for linje for å finne meningsbærende enheter som kunne representere ulike sider av problemstillingen (Malterud, 2017). Her ble meningsbærende enheter med noe til felles kodet på systematisk ut ifra sammenheng og forskjeller, med utgangspunkt i forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme. Resultatet ble 13 koder.

I trinn tre ble kunnskap abstrahert fra de 13 meningsbærende enhetene som ble kodet i forrige trinn. Kodegruppene ble videre sortert i 20 subgrupper etter nyanser og ulike aspekter som beskrev samme fenomen (Malterud, 2017). På bakgrunn av de ulike subgruppene ble kondensater skrevet, og hvert kondensat fikk et tilhørende gullsitat som bidro til å illustrere den abstraherte kunnskapen på enkelt vis. Kondensatene ble her skrevet så nært mulig original formulering, med utgangspunkt i jeg-form slik at teksten på best mulig vis skulle representere de aktuelle deltagerne. I analysens fjerde og siste trinn ble den abstraherte kunnskapen rekontekstualisert, hvilket innebar at kondensatene av subgruppene ble sammenfattet til analytisk tekst i form av 2 hovedkategorier; *Å fremme autonomi* og *Å fremme likeverd* (Malterud, 2017).

En prosjektlogg ble ført underveis for dokumentasjon av valg, begrunnelser og refleksjoner i hensikt om å gjøre prosessen oversiktlig hvis endringer måtte foretas underveis (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2020). En rekke endringer ble gjort, spesielt ved inklusjon og eksklusjon av koder og temaer. Utfordringer knyttet til dobbelt -og trippelkoding var fremtredende innledningsvis i analysen, hvilket kan tyde på at kodene ikke har vært presise nok (Malterud, 2017). Dette førte dog til at forskeren måtte gjennomføre en påfølgende analyserunde, hvilket bidro til å sortere utsagn, koder og subgrupper på en mer hensiktsmessig måte.

Figur 1 viser en skjematisk oversikt for å illustrere prosessen, og vise hvordan temaer, kodegrupper med subgrupper og kategorier ble til.



Figur 1.0
 Temaer, koder, subgrupper og kategorier med tilhørende undergrupper.

4.8 Pålitelighet og gyldighet

Reliabilitet, sett i lys av forskningsresultatenes troverdighet og konsistens, er i denne studien forsøkt sikret gjennom ulike tiltak i flere ledd. Blant annet i form av prøveintervjuer i hensikt om å unngå ledende spørsmål, gi tid for refleksjon og å oppsummere tolkninger underveis i høyst mulig objektiv grad (Kvale et al., 2019). Knyttet til transkripsjonsprosessen ble det aktuelle lydopptaket repetert etter transkripsjon for å sikre at teksten var tro til deltagerens uttalelser. For å validere hvorvidt aktuelle fortolkninger er gyldige i lys av datamaterialet ble ulike tiltak tatt (Kvale et al., 2019). Intervjuprosessen forsøkt validert ved valg av en enkel, lettlest og konsekvent stil som samsvarte med deltagerens uttalelser. I analysen ble tolkningene gjennomgått for å vurdere hvorvidt de samsvarte med uttalelsene. En logg ble som tidligere nevnt ført bestående av refleksjoner og begrunnelser slik at forskeren på enklere vis kunne gå et steg tilbake, eller endre om nødvendig.

4.9 Ethiske betraktninger

Ethiske hensyn ble forsøkt ivaretatt gjennom ulike faser i studien. I en intervjuprosess deler deltager sine kunnskaper og erfaringer med forskeren, og i sammenheng kan det oppleves som sensitivt i den grad kunnskap søkes om deltagerens profesjonelle- og personlige rolle (Malterud, 2017). Grunnet i at intervjuene ble gjennomført digitalt ble det lagt stor vekt på å skape en trygg og avslappet ramme for hver enkelt deltaker. Konfidensialitet omhandler hvorvidt studiens deltakere er informert, samt samtykke til hvordan datamaterialet behandles (Kvale et al., 2019). For å ivareta konfidensialitet ble navn, stedsnavn og opplysninger som kunne avsløre identitet under transkripsjon ekskludert i transkriberingsprosessen – samt at datamaterialet ble kun lagret i ekstern Office 365 og kryptert med tofaktorautentisering fra UiT.

5 Presentasjon av resultater

I følgende kapittel vil studiens funn presenteres i form av kategoriene *autonomi* og *likeverd* bestående av sammenfattede, kondenserte kodegrupper fra analyseprosessen.

For å ivareta brukermedvirkning i praksis erfarte helsepersonell at å fremme autonomi i samarbeidet mellom partene var betydningsfullt. Dette ble gjort på to ulike måter; ved å innta en veiledende rolle, slik at pasienten kunne få ta både eierskap og styring over egen behandlingsprosess – og gjennom å vise tillit til at pasienten kan handle til det beste for seg selv. Likeverd ble erfart som en grunnleggende verdi for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Helsepersonell opplevde å fremme likeverd gjennom ulike aspekter ved kommunikasjon, og ved å inkludere pasienten i tverrfaglige team.

5.1 Å innta en veiledende rolle

Deltakerne erfarte at det å innta en veiledende rolle i relasjon til pasienter var viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Det innebar at stille seg på sidelinjen, i form av å ikke være den som drev pasienters tilfriskningsprosess. En gjengående årsak til det var at det var enklere for pasienter å styre sin egen prosess hvor helsepersonell gav rom til pasienter, hvilket stod i kontrast til å ta for mye ansvar i samarbeidet mellom partene. En av informantene sa det slik;

«Hvis en tenker at dette er en fotballtrening, må en noen ganger sparke i gang ballen og sette seg selv på tribunen og se hvordan dette utvikler seg» - Egil.

For å innta en veiledende rolle var det betydningsfullt å fordele ansvar og avklare forventninger mellom partene innledningsvis i behandlingen. Desto tidligere en fikk avklart ansvar og forventninger, desto bedre ble forutsetningene for samarbeidet mellom partene. Utarbeiding av individuelt tilpassede behandlingsplaner var et verktøy som ble brukt i den anledning, hvor helsepersonell spurte pasienten om hvordan vedkommende ønsket at samarbeidet mellom partene skulle se ut, hvilken betydning brukermedvirkning hadde for pasienten, samt hvem som skulle gjøre hva. Ved å utforme en behandlingsplan i fellesskap erfarte helsepersonell at pasienten på i høyere grad tok eierskap til egen behandling. Betydningen av en felles forståelse var derav av stor. I kontrast til aktiv deltakelse og en høy grad av eierskap, erfarte helsepersonell at pasientene ofte ikke lærte noe selv hvis helsepersonell tok for mye ansvar i samarbeidet. Videre ble individuell tilrettelegging

fremhevet som betydningsfullt for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Eksempelvis kunne dette innebære å se bort ifra avdelingens obligatoriske aktiviteter og gjøremål hvis en pasient ønsket å gjennomføre meningsfulle aktiviteter, som arbeidstrening eller liknende. En annen informant forklarte det slik;

«Det er jo ikke min prosess dette her, det er jo ikke mitt prosjekt, og derfor er vi nødt til å møte det aktuelle mennesket som ønsker å få til ting i sin behandling. De føler seg mer likeverdig, får mer selvtillit og tro på at de driver sitt eget prosjekt – og det å få være med på å bestemme» - Manuel.

I relasjon til eierskap og deltakelse viste resultatene at det var utfordrende å tilstrebe autonomi i brukermedvirkningen hvis pasienten manglet engasjement og motivasjon til å medvirke. Det førte til at helsepersonell ofte opplevde å måtte drive prosessen for dem. I tillegg til motivasjon og engasjement var pasientens innsikt, evne til refleksjon samt det å lytte en forutsetning for å innta en veiledende rolle overfor pasienten. Ved å inneha evnen til å refleksjon kunne helsepersonell og pasient utfordre hverandre, samt diskutere for å finne løsninger på eventuelle problemer og behandling. Evnen til å kunne lytte var nødvendig for å ta til seg kunnskap, i forbindelse med at helsepersonell noen ganger vet bedre, til tross for at pasienten er ekspert på sitt eget liv.

5.2 Å inngi tillit til pasienter

Deltakerne vektla å inngi tillit i relasjon til pasienter for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Tillit var noe som måtte inngis, og helsepersonell erfarte å gi tillit på nærmest uforbeholdent vis for at pasientene skulle få ta egne valg grunnet handlingens læringspotensial. Uavhengig av handlingens utfall fantes det muligheter for å lære, og om det så skulle gå galt kunne situasjonen benyttes til å finne løsninger. En informant trakk en parallell til øvelseskjøring og fortalte det slik ;

«Når en er ute og øvelseskjører, så er en nødt til å kjøre bil selv for å lære å kjøre alene. Man kan ikke bare sitte på og plutselig kjøre i trafikken alene» - Kjetil.

Tidvis kunne det dog være utfordrende å gi tillit når pasientenes valg og behov brøt tydelig med helsepersonells kompetanse og kliniske erfaring. Slike situasjoner skapte etiske dilemmaer og løsninger kunne være utfordrende å finne. Deltakerne opplevde at rollen mellom veileder og fagutøver kunne være vanskelig å skille i den grad en som en likeverdig

veileder skulle fremme autonomi hos pasienten, men som fagutøver var uenig i valgene pasienten ønsket å ta. Dette kunne omhandle struktur i egen hverdag, medisinske behov og ønsker om permisjonsreiser. En informant sa det slik;

«Hva gjør man da, når pasienten tross alt skal være det viktigste, men samtidig er jeg uenig i hva som skal skje?» - Anna.

I situasjoner hvor pasientens valg medførte åpenbare negative konsekvenser for andre medpasienter, eller var uforenlige med institusjonens rammer og verdier erfarte helsepersonell å måtte begrense tillit gjennom bruk av makt. Et asymmetrisk maktforhold mellom partene var uunngåelig, men at en som fagutøver burde tilstrebe å bruke makt i positiv forstand. Eksempler på dette kunne være å stille spørsmål ved pasientens væremåte og atferd, eller det å korrigere. Dette ble ansett som en naturlig del av samarbeidet mellom pasient og ansatt. Til tross for bruk av makt ble pasientens autonomi fremhevet i situasjoner hvor tillit og brukervedvirkning i praksis ble begrenset, da pasientens til syvende og sist var i behandling på frivillig basis og dermed hadde valget om å være der eller ikke. Det å begrense tillit i praksis var dog ansett som en siste utvei i da det kunne påvirke behandlingsforløpet i stor grad. Deltakerne erfarte at det å ikke vise tillit kunne føre til tidlig frafall i behandling, og tilrettela i liten grad for at pasienten kunne medvirke. Utover dette var det å vise tillit av stor betydning i den grad pasientgruppen ofte opplever mistillit og stigma, og at som en som helsepersonell bør stå i kontrast til dette. Det var videre grunnleggende å vise tillit for å unngå at pasienten skulle føle seg diskvalifisert til å mene noe om egen behandling, hvor brukervedvirkning kun fremstod som fine ord på papiret, og ikke i praksis.

5.3 En terapeutisk relasjon som grunnlag for å ivareta brukervedvirkning

Deltakerne opplevde at den terapeutiske relasjonen mellom helsepersonell og pasient var førende for i hvilken grad tillit ble vist og derav av stor betydning for hvordan brukervedvirkning ble ivaretatt i praksis. Til tross for en lav terskel for å vise tillit kunne helsepersonell på den ene siden inngi mye tillit hvis relasjonen mellom partene var god, og på den annen side inngi en liten grad av tillit hvis relasjonen var svak eller manglende. Kvaliteten på relasjonen mellom helsepersonell og pasient kunne dermed medføre ulike konsekvenser for behandling. Hvis den kvaliteten på den terapeutiske relasjonen var god kunne det føre til at en ikke rammet pasienten godt nok inn, eller fulgte pasienten opp i

tilstrekkelig grad. Derimot, kunne en ramme pasienten for godt inn hvis den terapeutiske relasjonen var svak. Deltakerne erfarte at tillit i gode relasjoner var betydningsfulle i situasjoner hvor en pasientens rusavhengighet var vanskelig å skille fra pasientens personlighet. I den forbindelse kunne det være vanskelig å handle hvor en som helsepersonell hadde en mistanke om at pasientens rusavhengighet var førende for valgene som enten ble tatt, eller ønsket tatt. Mistillit var noe en tidvis kunne bli farget av i slike situasjoner, og en var her avhengig av en god relasjon for å kunne konfrontere pasienten med kritiske tanker. En informant beskrev det slik;

«For å ivareta brukermedvirkning og samtidig få til en samtale rundt tvilsomme situasjoner knyttet til rus uten å åpenlyst mistenke må relasjonen være der, fordi det er mye bedre å få til en åpen samtale rundt rus, fremfor å mistenke og mistro» - Manuel.

En tillitsfull relasjon ble videre fremhevet som betydningsfull for å vise at en som helsepersonell ønsker sine pasienter vel, hvilket kunne være utfordrende av ulike grunner. En av årsakene var at et asymmetrisk maktforhold kunne være fremstå hindrende for å vise at en som fagutøver kun hadde gode intensjoner i samarbeidet mellom partene. Hvis tilliten var stor i relasjonen kunne dette være enklere å akseptere. Samtidig var det viktig å fremheve at det var opp til pasientene å avgjøre hvor stor grad av tillit de ønsket at relasjonen skulle inneholde. En annen informant forklarte det slik;

«Pasienten må selv få lov til å velge hvor mye tillit i relasjonen skal bety for en. Det er veldig stor forskjell på hvor mye jeg kan kreve av tillit fra pasientene våre, fordi det er mange som har opplevd tillitsbrudd og relasjonsbrudd som gjør at jeg ikke bare kan anta at vi har et nøytralt utgangspunkt» - Elin.

For å skape nevnt relasjon ble en kombinasjon av faglig tyngde og mellommenneskelige egenskaper fremhevet. Helsepersonell erfarte at slike relasjoner var i stor grad betydningsfulle for å skape samhandlingsrom hvor reell innflytelse på egen behandling kunne oppnås, og dermed ivareta brukermedvirkning i praksis.

5.4 Bruk av kommunikasjon

Deltakerne fremhevet ulike aspekter ved kommunikasjon som viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Blant disse ble dialog fremhevet grunnet dens potensial til å fremme likeverd mellom partene. Deltakerne opplevde at ulike sider ved rusbehandling

potensielt kunne medføre krenkende og invaderende opplevelser for pasientene, som eksempelvis ved urinprøvetaking og romgjennomgang ved mistanke om rus. I den forbindelse var det å føre en dialog med åpne kort grunnleggende, for ved å dele tanker og refleksjoner i slike situasjoner kan en bidra til å løfte perspektivet om at helsepersonell til syvende og sist er likeverdige mennesker som utfører en jobb, og ikke kun fagutøvere som følger prosedyrer. Ved å føre en åpen dialog kunne deltakerne skape forståelse rundt utfordrende situasjoner som kunne prege forutsetningene for å ivareta brukermedvirkning i praksis i negativ grad. Manipulasjon, løgn og konflikter var elementer en kunne bli utsatt for i sin arbeidshverdag, hvilket kunne føre til at en som helsepersonell ble unnvikende og usikker i kommunikasjonen med pasienten. Dette kunne vedvare over tid hvis slike situasjoner ikke ble oppklart. I den forbindelse ble det å løfte egne opplevelser i åpenhet med pasienten viktig. En informant sa det slik;

«Det å kunne vise hva løgner og manipulasjon gjør med mennesker en har en relasjon til, det å kunne bruke det tilbake gjennom dialog er et fint verktøy, synes jeg» - Manuel.

Et annet aspekt ved kommunikasjon som var viktig for å ivareta brukermedvirkning var pasientenes mulighet til å gi tilbakemeldinger på systematisk vis. Det å gi individuell tilbakemelding via digitale plattformer var et nyttig verktøy for å fremme likeverd mellom partene. Gjennom individuell systematisk tilbakemelding kunne pasienten gi tilbakemelding på hvordan samarbeidet med sin kontaktperson var, hvordan de erfarte behandlingen, hvorvidt en erfarte å bli likt av sin kontaktperson og om en opplevde at nevnt kontaktperson var engasjert i behandlingen. En annen mulighet for å gi tilbakemeldinger var i fellesskap, hvilket lot seg gjøre i en brukerstyrt arena hvor møter og diskusjoner ble avholdt uten ansatte til stede. Nevnte verktøy åpnet for en form for gjensidig kommunikasjon basert på likeverdighet, i den grad pasientene gav tilbakemeldinger som ble tatt til betraktning for videre behandling. Elin sa det slik;

«Dermed kan de gi tilbakemeldinger til oss systematisk uten å måtte si det til oss personlig og direkte, og vi kan justere deretter på deres premisser» - Elin.

Samtidig erfarte deltakerne at til tross for tilbakemeldingenes hensikt, kunne fellesskapsarenaer tidvis oppleves som et klagefora hvor negative holdninger var førende. Paralleller ble trukket til sosiale medier hvor misnøye dyrkes i fellesskap. En konsekvens av

en slik misnøye var at avstanden mellom pasienter og ansatte økte, hvilket kunne utfordre helsepersonells holdning til å ivareta brukermedvirkning i praksis. Et annet aspekt ved systematisk tilbakemelding var at det tidvis kunne oppleves som at pasienter kun gav politisk korrekte tilbakemeldinger i frykt for å skape konflikter med personalet, og eventuelt andre negative påvirkninger på eget behandlingsforløp. I den forbindelse ble viktigheten av å ivareta det anonyme aspektet i prosessen poengtert, hvor en kunne svare fritt uten å bli stilt til ansvar for sine svar.

5.5 Aktiv involvering av pasienter i egen behandling

Det å aktivt involvere pasienter i egen behandling ble fremhevet som betydningsfullt for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Sentrale, gjengående momenter av betydning var at pasientene kjente til diskusjonen som foregikk rundt dem og deres prosess, samt deres rett til å spørre eller og være kritiske underveis. I den forbindelse var det grunnleggende å inkludere pasienten i tverrfaglige team, hvor pasientene fikk lede sine egne møter, samt ta beslutninger i den grad vedkommende klarte det. Deltakerne erfarte i slike situasjoner å ha en veiledende rolle, samt å bidra til å holde en rød tråd gjennom møtet. Viktigheten av å inkludere pasienten i diskusjon og beslutninger rundt egen behandling ble videre fremhevet da pasientgruppen ofte opplever å bli forbigått i slike prosesser, samt inklusjonens rolle i utvikling av en positiv selvhedelse. Et annet aspekt ved tverrfaglig samarbeid som var viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis var uenighet. En årsak til det var at uenigheter førte til løsningsfremmende diskusjon som likeverdige samarbeidspartnere. Følgende diskusjon kunne bidra til å belyse situasjoner fra ulike sider og dermed skape forståelse. En informant sa det slik;

«Det å fortelle pasienten at her er vi uenige, og ikke klare å komme til en beslutning om hva som er riktig. Det å spille den ballen tilbake til pasienten, slik at vedkommende kan forklare hva en tenker om de ulike perspektivene. Å være uenige er ingen fare, det avhenger kun av hvordan en løser det» Kjetil.

Deltakerne erfarte videre at det å involvere pasienter i tverrfaglige team til tider kunne være utfordrende. Det gjaldt spesielt i situasjoner hvor det tverrfaglige teamet ikke hadde drøftet tilstrekkelig i forkant av samarbeidsmøter, hvilket kunne føre til at noen diskusjoner ble vanskelige å ta i plenum. I noen tilfeller kunne det råde uenighet innad i det tverrfaglige teamet, noe som kunne føre til at det ble vanskelig å ta opp med pasienten til stede.

Tilgjengelig tid i en travel hverdag var et annet aspekt som vanskeliggjorde det å inkludere pasienten i alle møter, men viktigheten av å gjøre nettopp dette ble poengtert ved flere anledninger. Betydningen av en løsningsfremmende diskusjon ble videre fremhevet, da en mangel på diskusjon i ytterste konsekvens kunne føre til å begrense brukermedvirkning i praksis. Et eksempel var situasjoner hvor parter innad i teamet hadde ulike forventninger til hverandre, samt som en ikke tok hensyn til hverandres roller og kompetanse. Egil forteller;

«Jeg som arbeider i miljøet har en helt annen helhetsvurdering enn hva psykologen har, fordi de tenker gjerne ikke på miljø og struktur i avdelingen» - Egil.

Det at ulike profesjoners kompetanse skulle veie tyngre enn et annet kunne skape utfordringer i teamet, hvilket igjen påvirket pasientens behandling. Deltakerne viste dog forståelse for at det tidvis måtte være slik, men fremhevet nødvendigheten av åpen diskusjon før avgjørelser ble tatt.

6 Diskusjon

Denne studien har undersøkt hva helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling erfarer som viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Blant overordnede funn erfarte deltakerne at det å innta en veiledende rolle i relasjon til pasienten, å utforske betydningen av brukermedvirkning, å inngi tillit til pasienter, samt det å involvere pasienter i behandlingens samtlige faser var viktige elementer for å ivareta brukermedvirkning på individnivå.

6.1 Å innta en veiledende rolle

Resultatene viste at deltakerne inntok en veiledende rolle, både i relasjon til pasienter og i utforming av behandling for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Det førte til at pasienter i større grad involverte seg og tok eierskap til egen behandling, samt å fordele ansvar og oppgaver på en likeverdig måte.

Det å innta en veiledende rolle kan forstås som et verktøy for å tilrettelegge for et likeverdig samarbeid, hvor en ifølge Millar et al. (2016) møter den enkelte pasient som et individ, anerkjenner vedkommendes kunnskap og erfaring og dermed oppfylle en forutsetning for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Samtidig kan det argumenteres for at det å innta en veiledende rolle kan bidra til å møte pasienten med en personorientert tilnærming (Millar et al., 2016). En grunn til det er at en veiledende rolle i større grad åpner for å la pasienten føre

samtalen, hvilket i praksis innebærer å vise vedkommende respekt gjennom å lytte. Resultatet kan videre forstås som et middel for å få tilgang til pasientperspektivet, hvor dialog og diskusjon kan åpne for en dypere innsikt i hva pasienten opplever som betydningsfullt for sin behandling. På den bakgrunn kan en argumentere for at det å innta en veiledende rolle i større grad kan bidra til å involvere pasienten i egen behandling, hvilket er vist å være en sterk prediktor for positive behandlingsutfall (Borkman, 1998; Carman et al., 2013; Dakof et al., 2001; Simon et al., 2017).

Goodhew et al. (2018) fant i en systematisk gjennomgang av hemmende og fremmende faktorer for brukermedvirkning i rusbehandling, at det å utforme behandling sammen med pasienter fremmet brukermedvirkning. En forklaring til det var at pasienter opplevde en høyere grad av tilfredshet med egen behandling. En høy grad av tilfredshet kan sees i sammenheng med effekten positive interaksjoner med helsepersonell har for pasienter, hvilket er vist å være en konsistent prediktor for å involvere pasienten i egen behandling og derav fremme brukermedvirkning (Dakof et al., 2001; Schaefer et al., 2005). Til tross for å være en konsistent prediktor kan en argumentere for at helsepersonell ikke kan vektlegge tilfredshet som eneste premiss for å ivareta brukermedvirkning. En grunn til det er at brukermedvirkning skal ivaretas innen forsvarlige rammer, hvilket innebærer at helsepersonells merkompetanse legges til grunn for handling.

Resultatene viste videre at det å fordele ansvar og oppgaver i en tidlig fase var av betydning for å ivareta brukermedvirkning. Betydningen av å fordele ansvar og oppgaver i en innledende fase kan underbygges i den grad det å aktivt involvere pasienten i rusbehandling er en sterk prediktor for positive behandlingsutfall (Borkman, 1998; Carman et al., 2013; Dakof et al., 2001; Simon et al., 2017). Det kan tolkes dithen at en klar og tydelig fordeling av ansvar og oppgaver skaper transparens for pasienter, hvilket kan bidra til at en enklere kan involvere seg i egen behandling. En veiledende rolle i fordelingen kan bidra til løfte pasientperspektivet, og i større grad tilrettelegge for at pasienten selv kan forme egne mål- og delmål for behandling, samt medvirke i prosessen for å finne ut av hvordan nevnte mål kan nås. Sett i lys av at mestringstro er en konsistent prediktor for utfall av rusbehandling, kan helsepersonell på følgende vis fremme mestringstro hos den enkelte (Bandura, 1977, 1986; Ilgen et al., 2007; Lozano & Stephens, 2010).

Sett i sammenheng med funn fra tidligere kvalitative studier, samsvarer det å innta en veiledende rolle i utforming av behandling med Fischer et al. (2007) og Keresi et al. (2019).

Et funn hos Fischer et al. (2007) var at en veiledende rolle bidro til at en kunne finne frem til gode løsninger sammen med pasienten. *Sammen* kan her tenkes å være et nøkkelord, da helsepersonell gjennom veiledning kan benytte sin profesjonelle merkunnskap til å lede pasienten til løsninger. På den måten kan helsepersonell tilrettelegge for at pasienten kan ta eierskap til løsninger og planer som utformes, og samtidig ivareta brukermidvirkning i praksis. En kausal slutning kan naturligvis ikke trekkes på det grunnlag, men det kan argumenteres for at Fischer et al. (2007) sine funn underbygger hva deltakerne i denne studien erfarte som viktig for å ivareta brukermidvirkning. Keresi et al. (2019) utforsket betydningen av en terapeutisk relasjon for å ivareta brukermidvirkning, og kan hevdes å underbygge Fischer et al. (2007) sine resultater. Keresi et al. (2019) fant at veiledende dialog og diskusjon ble lagt til grunn for at pasientene skulle kunne forstå hensikten bak sine mål og derav ta ansvar for dem. Det kan tolkes dithen at det å innta veiledende rolle åpner for flere faktorer som kan fremme brukermidvirkning i praksis; en veiledende rolle åpner at pasienten kan ha en førende rolle når behandling utformes, og ved at pasienten tar en aktiv rolle får helsepersonell i større grad tilgang til pasientperspektivet samtidig som pasienten enklere kan involvere seg i egen behandling. Når behandling utformes på følgende måte møter helsepersonell den enkelte med en personorientert tilnærming, basert på tillit og respekt – samtidig som grunnlaget for et likeverdig samarbeid dannes (Millar et al., 2016).

6.2 Å utforske hva brukermidvirkning betyr for den enkelte

Resultatene viste at deltakerne utforsket hva brukermidvirkning innebar for den enkelte pasient i behandling, og anså dette som et betydningsfullt verktøy for å ivareta brukermidvirkning i praksis. I forbindelse med å innta en veiledende rolle overfor pasienten i fordelingen av ansvar og oppgaver, ble pasientens subjektive opplevelse av brukermidvirkning systematisk utforsket.

Som tidligere nevnt, blir litteratur omhandlende brukermidvirkning i psykisk helsearbeid karakterisert som normativ i det den i stor grad beskriver hva brukermidvirkning er, fremfor hvordan helsepersonell skal ivareta brukermidvirkning i praksis (Haukelien et al., 2011; Klausen, 2016). Spriket mellom hvordan aktuell teori beskriver hvordan brukermidvirkning skal ivaretas og hvordan brukermidvirkning ivaretas i praksis kan tyde på et klart skille mellom ideal og realitet. Det grunnes i diffust innhold og en mangel på konkrete retningslinjer, som resulterer i at brukermidvirkning er vanskelig å overføre til klinisk praksis (Jørgensen & Rendtorff, 2018). Skillet mellom ideal og realitet fremheves i en rekke ulike

studier, og underbygger utfordringen med å overføre begrepet til klinisk praksis (Bee et al., 2015; Fischer et al., 2007; Jansen & Hanssen, 2017; Keresi et al., 2019; Sharp et al., 2021).

Det kan tolkes dithen at ansvaret for å ivareta brukermedvirkning for pasienter i rusbehandling i stor grad legges på det enkelte helsepersonell, og avhenger derav av vedkommendes forståelse av begrepet.

Ved å avklare hva brukermedvirkning betyr for den enkelte pasient kan helsepersonell bidra til å skape en felles forståelse av begrepet, og dermed sikre at vedkommende opplever å få medvirke ut ifra ens aktuelle forventninger og forståelsesramme. Hvorfor kan det hevdes å være av betydning? Mellom 10 – 60 % av rusavhengige pasienter i behandling dropper ut før den fullføres, hvorav en manglende opplevelse av brukermedvirkning fremgår som en av flere hovedårsaker til frafall (Brorson et al., 2013; Årseth et al., 2019). Et nøkkelord her er *opplevelsen* av brukermedvirkning, hvilket skiller seg ut i denne sammenheng. En grunn til det er at uavhengig av hvor godt helsepersonell ivaretar brukermedvirkning for den enkelte, kan pasientens opplevelse av brukermedvirkning være en annen. Ved å systematisk utforske hva brukermedvirkning betyr for den enkelte pasient kan helsepersonell skape en felles forståelse av brukermedvirkning, og videre legge den til grunn for behandling. I den grad brukermedvirkning kan ansees som en dynamisk prosess, kan helsepersonell sikre et utgangspunkt hvor *opplevelsen* av brukermedvirkning enklere kan innfris. I praksis vil det å systematisk utforske hva brukermedvirkning betyr for den enkelte kunne føre til en økt opplevelse av brukermedvirkning, og videre hindre frafall i behandling. Samtidig kan det tenkes at det ikke gitt at det å utforske hva brukermedvirkning innebærer for pasienter fører til utelukkende positive utfall, men det kan argumenteres for at kostnadene ved å sikre en felles forståelse av begrepet er betydelig mindre enn å forvente at ens forståelsesramme som helsepersonell samsvarer med pasientens forståelsesramme.

6.3 Å inngi tillit til pasientene

Resultatene viste at det å gi nærmest uforbeholden tillit til pasientene viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Å vise tillit var sett på som grunnleggende for at pasientene skulle få ta egne beslutninger, lære av sine konsekvenser og dermed ta eierskap til egen behandling. Å inngi tillit var likevel ikke alltid like enkelt i praksis, grunnet i at deltakernes evne til å vise tillit tidvis ble utfordret når pasienters valg brøt med deres profesjonelle kunnskap og kliniske erfaring. I den sammenheng var den terapeutiske relasjonen mellom partene avgjørende for grad av tillit som ble inngitt.

Ifølge Millar et al. (2016) er det å vise tillit en forutsetning for å ivareta brukermedvirkning, og et sentralt element i å møte pasienten med en personorientert tilnærming. Betydningen av å vise tillit kan illustreres ved å ta utgangspunkt i det motsatte; ved å ikke vise tillit til at pasienten kan være en aktiv part i medvirkningsprosessen avskjæres vedkommende fra å delta i egen behandling. I lys av mestringstro kan en argumentere for at tillit er avgjørende for troen på at hvordan en handler for å oppnå et ønsket utfall vil føre til at ønsket utfall oppnås, og dermed påvirke utfall av behandlingen som gis (Bandura, 1977, 1986; Kadden & Litt, 2011; Sitharthan & Kavanagh, 1991). På den bakgrunn kan en argumentere for at tillit både er en grunnleggende og nødvendig faktor for å ivareta brukermedvirkning.

På den annen side viste deltakerne i denne studien at deres evne til å vise tillit ble utfordret når pasientens valg brøt med deres profesjonelle merkompetanse. Nevnte resultat samsvarer med funn i tilsvarende studier, hvor pasienters innsikt og sykdomsbilde, samt hvordan helsepersonell oppfatter den enkelte påvirker hvordan brukermedvirkning ivaretas (Anthony & Crawford, 2000; Bee et al., 2015; Keresi et al., 2019; King, 2011). Samtidig kan deltakernes erfaringer fra denne studien bidra til å belyse spørsmålet om hvorvidt brukermedvirkning alltid er hensiktsmessig å ivareta. King (2011) viste at helsepersonell var kritiske til å la pasienter som ble oppfattet som ruset, medvirke i beslutninger omhandlende egen behandling. Ingen kausal slutning kan trekkes på denne bakgrunn, men det kan tolkes dithen at en mangel på tillit kan påvirke i hvilken grad brukermedvirkning ivaretas. Kan det hevdes å være utelukkende negativt? Et kritisk perspektiv fra helsepersonells side kan være grunnet i profesjonell merkompetanse, bestående av kunnskap og erfaring, og bør derav ikke tolkes i negativ forstand. Følgende eksempel kan illustrere et poeng; bør helsepersonell ivareta brukermedvirkning for pasienter som ønsker å ruse seg i behandling? Kan premisset forsvares hvis pasienten gitt uttrykk for et behov om hjelp til å holde seg rusfri timen før? Ved å blindt følge pasienters preferanser kan helsepersonell pålegge pasienten et ansvar for sin egen tilfriskningsprosess som en ikke nødvendigvis har ressurser til å håndtere, og en mangel på et kritisk perspektiv kan derav bidra til å marginalisere pasienten, samt redusere vedkommendes mestringstro i prosessen (Cowden & Singh, 2007; Engebretsen & Haldar, 2010; Kristeva & Engebretsen, 2010). Motivasjon kan være en flyktig tilstand, og i forlengelse av pasientens manglende innsikt eller ressurser kan en argumentere for at helsepersonell har et ansvar for å bistå pasienten i sårbare situasjoner. På det grunnlag kan en hevde at tillit en nødvendig forutsetning for å involvere pasienten og fremme mestringstro,

men at et kritisk perspektiv bør foreligge for å vurdere når og i hvor stor grad tillit bør gis for å ivareta brukermedvirkning i praksis.

6.4 En terapeutisk relasjon som grunnlag for å ivareta brukermedvirkning

Resultatene viste at kvaliteten på den terapeutiske relasjonen mellom partene påvirket hvor mye tillit som ble inngitt pasientene. På den ene side var tillit lettere å inngi når den terapeutiske relasjonen var sterk, hvor på den annen side vanskeligere å inngi hvis den terapeutiske relasjonen var svak eller manglende.

Tidligere studier peker på at en terapeutisk relasjon mellom partene påvirker hvordan brukermedvirkning ivaretas og samsvarer derav med erfaringer fra deltakerne i denne studien (Bee et al., 2015; Keresi et al., 2019). I den grad en terapeutisk relasjon er en sterk prediktor for utfall av rusbehandling, kan en argumentere for at Meier et al. (2005) underbygger deltakernes erfaringer med at tillit lettere inngis hvis en sterk relasjon foreligger.

Sammenhengen mellom tillit og en terapeutisk relasjon kan videre forklares i lys av Bordin (1979). Ifølge Bordin (1979) består en terapeutisk relasjon av dannelsen av bånd basert på relasjonelle verdier som tillit og respekt, fordeling av oppgaver i samarbeidet mellom partene og det å komme til enighet om behandlingsmål. Ved å ta utgangspunkt i hva en terapeutisk relasjon består av, kan en argumentere for at prosessen ved å skape en slik relasjon i stor grad samsvarer med hvordan et behandlingsforløp utformes i tråd med nåværende retningslinjer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (2018). Synlige likheter fremgår i hvordan en som helsepersonell, basert på verdier som tillit og respekt, i fellesskap legger pasientens kunnskap og preferanser til grunn for behandlingsmål. Utover Bordin (1979) finnes flere likhetstrekk hos Millar et al. (2016), hvor relasjonelle verdier, samt det å legge pasientens preferanser og kunnskap til grunn for behandlingsmål fremheves som forutsetninger for å ivareta brukermedvirkning. Kan en på det grunnlag hevde at retningslinjer for å ivareta brukermedvirkning i praksis er klarere enn hva kunnskapsfeltet tilsier at det er? Det kan forstås i lys av at brukermedvirkning før øvrig ikke er et nytt fenomen, men grunnet begrepets vaghet kan essensen av begrepets praktiske side være vanskelig presisere. En konsekvens av det er at begrepet vanskelig lar seg overføre til klinisk praksis (Jørgensen & Rendtorff, 2018).

Videre viste resultatene fra denne studien at det var betydningsfullt å måle kvaliteten på relasjonen på systematisk vis. Gjennom bruk av individuelle og fellesskapsorienterte

systematiske feedbackverktøy fikk deltakerne innsikt i hvordan pasientene erfarte relasjonen mellom partene, og hvordan behandlingen opplevdes for den enkelte. Hvis en legger premisset om enighet og forståelse for behandlingsmål, oppgaver og ansvar, samt relasjonelle verdier til grunn for en terapeutisk relasjon, kan en argumentere for at bruk av systematiske feedbackverktøy kan bidra til å opprettholde nevnte relasjon, og dermed ivareta brukermedvirkning for den enkelte. Fischer et al. (2007) bidrar til å belyse et slikt aspekt i sin studie, hvor det fremkommer at brukermedvirkning kan bety forskjellige ting for forskjellige pasienter, til forskjellige tider. Hva pasienter og helsepersonell erfarte i Fischer et al. (2007) sin studie er ikke direkte overførbart, men en kan hevde at ved å få tilgang til systematisk tilbakemeldinger kan en som helsepersonell ta høyde for at både brukermedvirkning og en terapeutiske relasjoner er dynamiske prosesser. Med det menes at pasienters opplevelse av brukermedvirkning og terapeutiske relasjoner vil variere ut ifra flere faktorer. På det grunnlag kan en argumentere for at bruk av systematiske tilbakemeldinger åpner for gjensidig kommunikasjon på et metanivå, hvor muligheten for å sikre at pasientens opplevelse av behandling, relasjon og brukermedvirkning samsvarer med behandlerens opplevelse.

I den sammenheng kan bruken av et slikt kommunikasjonsverktøy bidra til å fremme positive interaksjoner mellom partene, hvilket er vist å være en betydningsfull prediktor for både pasienters opplevelse av brukermedvirkning og utfall av rusbehandling (Brenner et al., 2009; Dakof et al., 2001; Schaefer et al., 2005). En kan argumentere for at bruk av tilbakemeldingsverktøy åpner for at pasienter i større grad kan involvere seg i egen behandling av flere årsaker. Gjennom å systematisk tilrettelegge for å gi tilbakemeldinger kan helsepersonell forebygge at pasienter enten forblir, eller faller tilbake i en rolle som passiv mottaker av behandling, og heller deltar aktivt som en deltaker med en grad av medvirkningsrett (Lorem et al., 2014). Muligheten for å medvirke kan dermed økes, samt bidra til at det blir enklere for helsepersonell å ta stilling til den enkeltes behov, erfaring og kunnskap (Millar et al., 2016; Slade, Lambert, Harmon, Smart & Bailey, 2008). Betydningen av å bruke systematiske feedbackverktøy kan videre forankres i gjeldende føringer for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2018).

6.5 Aktiv involvering av pasienter i egen behandling

Resultatene fra denne studien viste at det å aktivt involvere pasienter i behandlingens samtlige faser var viktig for å ivareta brukermedvirkning i praksis. Aktiv involvering av pasienter innebar å inkludere pasienter i tverrfaglige møter og diskusjon som omhandlet den enkelte,

hvor det ble tilstrebet at pasienter i stor grad fikk ha en førende rolle. Resultatene viste at deltakerne opplevde å tilrettelegge for en høy grad av involvering, hvilket kunne bidra til å skape transparens for den enkelte pasient, samtidig som pasientperspektivet ble fremhevet. Resultatet samsvarer med hva Millar et al. (2016) hevder at brukermedvirkning innebærer i praksis, og kan forstås i lys av at tilfriskning og brukermedvirkning er dynamiske prosesser. Det innebærer at en som helsepersonell har et ansvar for å utforske pasientens behov, preferanser og mål jevnlig, og deretter tilpasse behandling. Når pasienter aktivt får lede egne møter gjennom et behandlingsforløp kan helsepersonell sikre at pasientperspektivet ivaretas og opprettholdes, og samtidig tilrettelegge for at pasienter kan oppleve å få sin kunnskap anerkjent.

Det kan tolkes dithen at helsepersonell i større grad tildeler pasienter ansvar for egen behandling – hvilket kan medføre positive behandlingsutfall *hvis* pasienten evner å mobilisere ressursene som kreves for å ta ansvar for egen behandling. På den ene side kan det å gi pasienten en stor grad av ansvar for egen behandling føre til en styrking av en terapeutisk relasjon mellom partene, i den grad relasjonelle verdier som tillit, respekt vises, samtidig som partene gjennom diskusjon kommer til enighet om oppgaver og behandlingsmål (Bordin, 1979). En styrket terapeutisk relasjon vil videre kunne predikere utfall av rusbehandling (Meier et al., 2005). Samtidig kan det å bli aktivt involvert i behandling tenkes å føre til en økt grad av behandlingstilfredshet for pasienter, hvilket er vist å ha en sammenheng mellom økt brukermedvirkning (Brener et al., 2009). Utover nevnte positive konsekvenser, kan det å aktivt involvere pasienten sees i lys av mestring på ulike plan. I den grad erfaring basert på suksess kan fremme mestringstro, kan det å la pasienter lede egne møter fremme mestringstro hos den enkelte (Ilgen et al., 2007). Samtidig kan mestringstro fremmes ved at pasienter får fremme sitt perspektiv, hvor vedkommendes perspektiv så legges til grunn for videre behandling (Lozano & Stephens, 2010).

En kan samtidig argumentere for at å involvere pasienten i samtlige av behandlingens faser er et nærmere et ideal fremfor realitet, og at kritisk refleksjon bør legges til grunn for å vurdere i hvilken grad pasienten bør eller skal involveres. I lys av Mathisen et al. (2015) kan brukermedvirknings positive sider tidvis kaste skygger over at begrepets negative sider, hvilket kan hevdes å være særdeles aktuelt for pasienter i rusbehandling. Helsepersonell bør her være bevisst på at det i visse tilfeller er pasienter med kritiske hjelpebehov som skal inkluderes i beslutninger og delvis ansvarliggjøres for dem. Resultater fra tilsvarende studier underbygger nevnte poeng, og peker på at pasienters innsikt i egen situasjon er avgjørende for

hvorvidt brukermedvirkning ivaretas (Anthony & Crawford, 2000; Bee et al., 2015; Fischer et al., 2007; Keresi et al., 2019; King, 2011; Wenaas, Andersson, Kiik & Juberg, 2021).

Wenaas et al. (2021) belyser i sin studie hvordan rusavhengige pasienter erfarer brukermedvirkning under tverrfaglige møter i behandlingsforløp. Til tross for å bli inkludert i møtene, erfarte pasientene i liten grad å bli involvert. Pasientene erfarte at en kombinasjon av å få lite informasjon og det å ha en underordnet rolle i møtene hindret deres mulighet til å delta aktivt. For å sikre økt brukermedvirkning i tverrfaglige møter ble tilstrekkelig informasjon påpekt som en løsning, samt en klar rollefordeling og fremhevelse av pasientperspektivet. Et interessant aspekt ved studien til Wenaas et al. (2021) er at nevnte løsninger for å ivareta brukermedvirkning samsvarer i stor grad med hva helsepersonell erfarte som viktig i for å ivareta brukermedvirkning denne aktuelle studien. Det indikerer at å aktivt involvere pasienten i tverrfaglige møter og diskusjon kan være av betydning for å ivareta brukermedvirkning i praksis, under forutsetninger om at helsepersonell er sin egen rolle og funksjon bevisst.

6.6 Metodiske overveielser

Reliabilitet omfavner spørsmålet om hvorvidt en kritisk vurdering av studien gir inntrykk av at den aktuelle forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018). En kan argumentere for at studien har ekstern validitet i den grad den kan replikeres av andre forskere. En grunn til det er at både fremgangsmåte, tilnærming og metode er beskrevet, samt at forskeren har forsøkt å sikre studiens pålitelighet og gyldighet kontinuerlig gjennom intervju- og transkriberingsprosessen (Kvale et al., 2019; Thagaard, 2018). Til tross for at studien kan hevdes å ha repliserbarhet, tilsier det likevel ikke at en annen forsker ville kunne komme frem til samme resultat. Det kan grunnes i at studiens deltakere ikke vil ha en statisk oppfatning av intervjuguidens spørsmål, samt at mennesker over tid vil tilegne seg ny kunnskap som påvirker ens holdninger og meninger. Intern reliabilitet omhandler hvordan forskningsprosess- og fremgangsmåte rapporteres, og samsvarer med konstruksjon av data (Thagaard, 2018). Slik nevnt ovenfor, har forskeren tilstrebet å beskrive forskningsprosessen på en nøyaktig og presis måte, samt tilstrebet å være transparent å samtlige av studiens faser – hvilket ifølge Thagaard (2018) bidrar til å styrke en studies reliabilitet.

Validitet omhandler hvorvidt metoden er egnet til å undersøke studiens formål, samt hvorvidt forskerens fortolkning fremstår som rimelige (Kvale et al., 2019; Thagaard, 2018). I den

forbindelse har forskeren forsøkt å være bevisst egen forforståelse for å farge studiens resultater i minst mulig grad. I tråd med Malterud (2017) har det vært betydningsfullt å innta et metaperspektiv ved å drøfte forskningsprosess- metode og resultater med andre. Slik nevnt tidligere, har forskeren gjennom transparens forsøkt å styrke studiens validitet. Hva gjelder overførbarhet kan en argumentere for at resultatene kan være nyttige for helsepersonell med en klinisk utøvende rolle for pasienter med rusavhengighet. Samtidig representerer resultatene ingen fasit eller entydig virkelighet. Med det menes at resultatene er subjektive fortolkninger av erfaringer fra et utvalg (n=5) som kun representerer én side av samarbeidet mellom helsepersonell og pasienter.

En styrke ved denne studien er at den kan bidra til å belyse et begrenset kunnskapsfelt. Til tross for at brukermidvirkning ikke er et nytt fenomen i seg selv, kan det argumenteres for at en strukturert form for brukermidvirkning i rusfeltet er nytt (2018). Kunnskapsfeltet peker på både manglende forståelse og retningslinjer for hvordan brukermidvirkning skal ivaretas på individnivå, både fra helsepersonells og pasienters perspektiv. Fordelen med en kvalitativ studie som denne er at den kan bidra til å kaste lys over erfaring som kan forklare hva som er viktig for å ivareta brukermidvirkning i praksis, og derav øke innsikt og forståelse hos helsepersonell som har en utøvende rolle overfor pasienter i rusbehandling. En annen styrke ved studien er at den kan bidra til å generere nye problemstillinger og derav være et utgangspunkt for nye studier i et tidsaktuelt kunnskapsfelt. Et eksempel kan være å undersøke hva pasienter erfarer som viktig for å ivareta brukermidvirkning i praksis. Ved å høste erfaringer fra pasienter kan en få en dypere innsikt i hvordan brukermidvirkning oppleves ivaretatt for den enkelte, hvilket kan bidra til å kaste lys over hvorfor brukermidvirkning oppleves som mangelfullt eller utfordrende.

6.7 Kliniske implikasjoner

Resultatene representerer kun hva helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling erfarer som viktig for å ivareta brukermidvirkning i praksis. På den ene side innebærer det at en ikke kan fastslå at resultatene er av betydning for pasienter som brukermidvirkning ivaretas for. På den annen kan en argumentere for at resultatene er av relevans for helsepersonell i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvor en implikasjon kan være en konkretisering av hvordan begrepet brukermidvirkning omsettes til klinisk praksis. På det vis kan det tenkes at resultatene kan legges til grunn for å reflektere over de nåværende uklare retningslinjer for å ivareta brukermidvirkning, og i prosessen bidra til å redusere spriket

mellom teoretiske retningslinjer og klinisk praksis. En annen implikasjon kan være at helsepersonell i større grad kan bli bevisst på å ivareta pasienters opplevelse av brukervedvirkning gjennom å etablere og opprettholde en felles forståelse for hva brukervedvirkning betyr på individnivå. På paradoksal vis kan en dermed bidra til å tilpasse standardiserte retningslinjer for å ivareta brukervedvirkning og samtidig ivareta individet.

Resultatene kan legges til grunn for å øke bevissthet blant helsepersonell på hvordan brukervedvirkning ivaretas i praksis og hvorvidt brukervedvirkning ivaretas i tilfredsstillende grad. Ved å legge følgende resultater til grunn for refleksjon kan helsepersonell med en utøvende rolle øke innsikt i egen rolle og ansvarsområde når brukervedvirkning skal ivaretas:

- Å innta en veiledende rolle
 - Er behandling utformet i fellesskap?
 - Hva betyr brukervedvirkning for pasienten?
 - Hvordan er oppgaver, ansvar og mål fordelt i samarbeidet?
 - Er pasientperspektivet godt nok ivaretatt?
- Å inngi tillit
 - Hvordan er tillitsforholdet i relasjon til pasienten?
 - Hva påvirker hvor mye tillit jeg inngir?
- En terapeutisk relasjon
 - Hvordan påvirker den terapeutiske relasjonen hvordan jeg ivaretar brukervedvirkning?
- Kommunikasjon
 - Har vi etablert en felles forståelse?
 - Klarer vi opprettholde en felles forståelse?
 - Hva forteller systematiske feedbackverktøy oss?
- Å aktivt involvere pasienten i egen behandling
 - Tilrettelegger vi for å involvere pasienter i høy nok grad?
 - Er behandlingsprosessen transparent nok for pasienter?

Overnevnte punkter kan videre legges til grunn for diskusjon for eventuelle fagdager i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, internundervisning, og opplæringsprosedyrer med formål om å ivareta brukervedvirkning på best mulig måte på egen arbeidsplass.

7 Avslutning

Refleksjon rundt å innta en *veiledende rolle* i relasjon til pasienter, samt i utforming av behandling vil kunne bidra til en dypere innsikt i hvordan samarbeidet mellom helsepersonell og pasient fungerer i praksis; hvilken forståelse er legges til grunn for brukervedvirkning? Er forståelsen av brukervedvirkning delt mellom helsepersonell og pasient, på lik linje med ansvar, oppgaver og mål? Refleksjon rundt *terapeutiske relasjoner* og det å *inngi tillit* vil kunne bidra til en dypere innsikt i rammene som brukervedvirkning ivaretas under; hvor mye ansvar og tillit inngis pasienten for sin egen tilfriskningsprosess? Følges pasienten tilstrekkelig opp i lys av tilliten som inngis og relasjonen som foreligger? Refleksjon rundt bruk av *kommunikasjon* vil kunne bidra til å bevisstgjøre helsepersonell på at brukervedvirkning er en dynamisk prosess som kontinuerlig må følges opp; har pasientens behov, mål og preferanser endret seg? Hvilken betydning har det for hvordan brukervedvirkning ivaretas? Refleksjon rundt det å *aktivt involvere pasienten i egen behandling* kan bidra til en dypere innsikt i hvorvidt en som helsepersonell tilrettelegger for å inkludere pasienten i egen behandling; hvilke retningslinjer foreligger for å inkludere pasienter i møter? Finnes det en møtestruktur slik at pasienter kan forberede seg og dermed ta styring?

I lys av resultatene fra denne studien kunne det vært interessant å utforske hva pasienter opplever som viktig for at brukervedvirkning ivaretas i rusbehandling. Ved å inkludere ulike perspektiver og ved å anvende ulike metodiske tilnærminger kan vår kunnskap og forståelse utvides ytterligere, slik at reell og forsvarlig brukervedvirkning optimaliseres innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Referanseliste

- Adamson, S. J., Sellman, J. D. & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75-86.
- Anthony, P. & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 425-434. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00332.x>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bee, P., Brooks, H., Fraser, C. & Lovell, K. (2015). Professional perspectives on service user and carer involvement in mental health care planning: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1834-1845. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.008>
- Beresford, P. (2002). User involvement in research and evaluation: liberation or regulation? *Social policy and Society*, 1(2), 95-105.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. 10.1037/h0085885
- Borg, M. (2007). Hverdagslivet gjennom bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse (doktoravhandling). *Norwegian University of Science and Technology. Faculty of medicine. Department of Public Health and General Practice*.
- Borkman, T. J. (1998). Is recovery planning any different from treatment planning? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(1), 37-42.
- Brener, L., Resnick, I., Ellard, J., Treloar, C. & Bryant, J. (2009). Exploring the role of consumer participation in drug treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 105(1), 172-175. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.06.016>
- Brorson, H., Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K. & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Burleson, J. A. & Kaminer, Y. (2005). Self-efficacy as a predictor of treatment outcome in adolescent substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1751-1764. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.006>
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C. & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231.
- Cowden, S. & Singh, G. (2007). The 'User': Friend, foe or fetish?: A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy*, 27(1), 5-23.
- Dakof, G. A., Tejada, M. & Liddle, H. A. (2001). Predictors of engagement in adolescent drug abuse treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(3), 274-281.
- Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201.

- Dawes, M., Summerskill, W., Glasziou, P., Cartabellotta, A., Martin, J., Hopayian, K., . . . Osborne, J. (2005). Sicily statement on evidence-based practice. *BMC Medical Education*, 5(1), 1-7.
- Engebretsen, E. & Haldar, M. (2010). Annerledeshet og medvirkning: Er det plass til en sårbar klient? I J. Kristeva & E. Engebretsen (Red.). *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*, 195-211.
- Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L. & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516-1528. 10.1016/j.socscimed.2005.02.001
- Fischer, J., Jenkins, N., Bloor, M., Neale, J. & Berney, L. (2007). Drug user involvement in treatment decisions.
- Folkehelseinstituttet. (2021). Høyeste antall overdoser på 20 år. Hentet 04.02.22 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2021/hoyeste-antall-overdoser-pa-20-ar/>
- Frasch, K., Larsen, J. I., Cordes, J., Jacobsen, B., Wallenstein Jensen, S. O., Lauber, C., . . . Munk-Jørgensen, P. (2013). Physical illness in psychiatric inpatients: comparison of patients with and without substance use disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(8), 757-764.
- Friedrichs, A., Spies, M., Härter, M. & Buchholz, A. (2016). Patient Preferences and Shared Decision Making in the Treatment of Substance Use Disorders: A Systematic Review of the Literature. *PLOS ONE*, 11(1), e0145817. 10.1371/journal.pone.0145817
- Goodhew, M., Stein-Parbury, J. & Dawson, A. (2018). Consumer participation in drug treatment: a systematic review. *Drugs and Alcohol Today*, 19. 10.1108/DAT-05-2018-0023
- Gwaltney, C. J., Shiffman, S., Balabanis, M. H. & Paty, J. A. (2005). Dynamic self-efficacy and outcome expectancies: prediction of smoking lapse and relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 661.
- Haukelien, H., Møller, G. & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren* (9788274014305,8274014308).
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., . . . Høye, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLOS ONE*, 13(8), e0202028. 10.1371/journal.pone.0202028
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb#!>
- Helseforetaksloven. (2002). *Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (§ 1-3). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§3>
- Hem, M. H. (2008). Mature care?: An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses.
- Ilgen, M., McKellar, J. & Moos, R. (2007). Personal and treatment-related predictors of abstinence self-efficacy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(1), 126-132.
- Jansen, T. L. & Hanssen, I. (2017). Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 388-394. 10.1111/scs.12358

- Jørgensen, K. & Rendtorff, J. D. (2018). Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 490-501. 10.1111/scs.12531
- Kadden, R. M. & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36(12), 1120-1126. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- Kartalova - O'Doherty, Y. & Tedstone Doherty, D. (2010). Recovering from recurrent mental health problems: Giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 3-15.
- Keresi, Z., Carlsson, G. & Lindberg, E. (2019). A caring relationship as a prerequisite for patient participation in a psychiatric care setting: A qualitative study from the nurses' perspective. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(4), 218-225. 10.1177/2057158519866393
- Kidd, S., Kenny, A. & McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181-192.
- King, A. (2011). Service user involvement in methadone maintenance programmes: The 'philosophy, the ideal and the reality'. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18(4), 276-284. 10.3109/09687637.2010.495098
- Klausen, R. K. (2016). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid – En oppsummering av kunnskap. *Oppsummering*.
- Kristeva, J. & Engebretsen, E. (2010). Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorem, G. F., Frafjord, J. S., Steffensen, M. & Wang, C. E. (2014). Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics*, 21(3), 347-358.
- Lozano, B. E. & Stephens, R. S. (2010). Comparison of participatively set and assigned goals in the reduction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 581.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. 10.1177/1049732315617444
- Marshall, T., Hancock, M., Kinnard, E. N., Olson, K., Abba-Aji, A., Rittenbach, K., . . . Vohra, S. (2021). Treatment options and shared decision-making in the treatment of opioid use disorder: A scoping review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 108646. 10.1016/j.jsat.2021.108646
- Matalon, A. (2008). Person centred care or public health improvement? *BMJ*, 337.
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av ”brukermedvirkning” gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 16. 10.7557/14.3710
- Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316. 10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x
- Merikangas, K. R. & McClair, V. L. (2012). Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779-789.

- Millar, S. L., Chambers, M. & Giles, M. (2016). Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health Expect*, 19(2), 209-221. 10.1111/hex.12353
- Noordman, J., van der Weijden, T. & van Dulmen, S. (2012). Communication-related behavior change techniques used in face-to-face lifestyle interventions in primary care: a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 89(2), 227-244.
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., Gundersen, M. W. & Nortvedt, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (3. utgave. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Norvoll, R. (2007). Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, K., Hounsgaard, L. & Nielsen, C. V. (2008). User participation and involvement in mental health rehabilitation: A literature review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15(7), 306-314.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>
- Rise, M. B. (2012). Lifting the veil from user participation in clinical work—What is it and does it work?
- Rudd, R. A., Aleshire, N., Zibbell, J. E. & Gladden, R. M. (2016). Increases in drug and opioid overdose deaths—United States, 2000–2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(50 & 51), 1378-1382.
- Schaefer, J. A., Ingudomnukul, E., Harris, A. H. & Cronkite, R. C. (2005). Continuity of care practices and substance use disorder patients' engagement in continuing care. *Medical Care*, 1234-1241.
- Sharp, A., Brown, B., Shreve, T., Moore, K., Carlson, M. & Braughton, D. (2021). Direct-Care Staff Perceptions of Patient Engagement and Treatment Planning in Detox. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 48(4), 566-582. 10.1007/s11414-021-09757-1
- Simon, C. B., Tsui, J. I., Merrill, J. O., Adwell, A., Tamru, E. & Klein, J. W. (2017). Linking patients with buprenorphine treatment in primary care: predictors of engagement. *Drug and Alcohol Dependence*, 181, 58-62.
- Sitharthan, T. & Kavanagh, D. J. (1991). Role of self-efficacy in predicting outcomes from a programme for controlled drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, 27(1), 87-94.
- Skorpen, A. & Øye, C. (2009). Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: en analyse av miljøterapeutiske praksiser.
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W. & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: the use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(5), 287-303. 10.1002/cpp.594
- Smith, R. C., Dwamena, F. C., Grover, M., Coffey, J. & Frankel, R. M. (2011). Behaviorally defined patient-centered communication—a narrative review of the literature. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 185-191.
- Statens helsetilsyn & World Health Organization. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders). Oslo: Universitetsforl.

- Storm, M. (2011). Service user involvement in in-patient mental health services.
- Storm, M., Rennesund, Å. B., Jensen, M. F. & Mikkelsen, A. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sundet, R. (2009). Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit: A study of the use of research generated knowledge in clinical practice.
- Szmukler, G. (2000). *Mental Health Law: Discrimination or Protection?* : Institute of Psychiatry.
- Szmukler, G. & Appelbaum, P. S. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17(3), 233-244.
- Terkelsen, T. B. (2010). Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration.
- Valenta, M. & Berg, B. (2010). User involvement and empowerment among asylum seekers in Norwegian reception centres: Brukermedvirkning blant beboere i norske asylmottak. *European Journal of Social Work*, 13(4), 483-501.
- Vancampfort, D., Hallgren, M., Mugisha, J., De Hert, M., Probst, M., Monsieur, D. & Stubbs, B. (2016). The prevalence of metabolic syndrome in alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*, 51(5), 515-521.
- Wenaas, M., Andersson, H. W., Kiik, R. & Juberg, A. (2021). User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 190-203. 10.1177/1455072520978353
- Zolnierek, K. B. H. & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826.
- Ådnanes, M., Høiseth, R. J., Magnussen, M., Thaulow, K. & Kaspersen, S. (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer.
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus - fagfolks erfaringer første året*: SINTEF.
- Årseth, A., Torjussen, E. & Johannessen, B. (2019). Hva hindrer unge voksne i å møte til rusbehandling? *Sykepleien Forskning*, e-76440. 10.4220/Sykepleienf.2019.76440

Vedlegg

1) Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Helsepersonells erfaringer med å ivareta brukermedvirkning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse blant annet hvilke forhold helsepersonell opplever å fremme eller begrense brukermedvirkning i praksis. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet søker å beskrive hvordan helsepersonell erfarer å ivareta brukermedvirkning for pasienter med rusproblematikk, i hensikt om å belyse blant annet hvilke forhold helsepersonell opplever å fremme eller begrense brukermedvirkning i praksis. Ved å skape forståelse- og økt kunnskap rundt situasjoner hvor helsepersonells evne til å ivareta brukermedvirkning påvirkes, vil helsepersonell i større grad kunne tilrettelegge for en høyere kvalitet i ivaretakelsen av brukermedvirkning i praksis.

Problemstillingen lyder som følger:

«Hvordan erfarer helsepersonell å ivareta brukermedvirkning i sin arbeidshverdag i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?»

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i forbindelse med «Master i psykisk helsearbeid» i regi av Universitetet i Tromsø.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget er strategisk utvalgt etter følgende inklusjonskriterier:

- Helsepersonell av begge kjønn med minimum en treårig bachelor i helsefag (sykepleie, vernepleie, sosionom, barnevernspedagoger og ergoterapeuter)
- Minimum ett års erfaring fra den aktuelle avdelingen innen TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju, enten digitalt via Microsoft Teams – eller fysisk, avhengig av situasjonen rundt Covid-19. Opplysningene registreres i form av lydopptak. Intervjuet vil vare i ca. 30 - 45 minutter. Spørsmålene vil omhandle om hvordan du som helsepersonell opplever å ivareta brukermedvirkning i din arbeidshverdag, og eventuelle situasjoner som fremmer/hemmer din evne til å utøve brukermedvirkning overfor pasientgruppen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun undertegnede og min veileder vil ha tilgang til dine opplysninger
- Ditt navn og dine kontaktopplysninger vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og dermed lagre datamaterialet på en kryptert forskningsserver (Nettskjema).
- Undertegnede vil selv samle inn data, bearbeide og transkribere datamaterialet.
- Opplysningene vil behandles konfidensielt, og vil ikke kunne gjenkjennes, eller knyttes til enkeltpersoner i publisering.
-

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene aidentifiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er våren 2023. Det vil bli aktuelt å publisere resultatene fra studien i et fagfelleurdert tidsskrift i etterkant. Etter dette vil personopplysninger og eventuelle lydopptak slettes permanent.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Førsteamanuensis ved Universitetet i Tromsø, Maria Bakland
 - maria.bakland@uit.no - +4777645463
- Masterstudent ved Universitetet i Tromsø, Njål Herman Eikeng Sterri
 - n.hermansterri@gmail.com - +4794350947
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, personvernombud@uit.no - 776 46 322 og 976 915 78

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Maria Bakland

Njål Herman Eikeng Sterri

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Helsepersonells erfaringer med å ivareta brukermedvirkning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

2) Godkjenningsbrev fra NSD

4/6/22, 9:58 AM

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

360722

Prosjekttittel

Helsepersonells erfaringer med å ivareta brukermedvirkning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Maria Bakland, maria.bakland@uit.no, tlf: +4777645463

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Njål Herman Eikeng Sterri, n.hermansterri@gmail.com, tlf: 94350947

Prosjektperiode

15.08.2021 - 20.07.2023

Vurdering (2)

21.10.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 13.09.2021. NSD registrer ingen andre endringer en at beskrivelsen av lengden på intervjuene er endret i informasjonsskrivet. Dette er ikke en endring som påvirker NSD sin vurdering.

Dersom det er gjort eller skal gjøres andre endringer i prosjektet ber vi om at du tar kontakt i dialogen, og her oppsummerer hvilke endringer som er lagt inn.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

29.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60c35b74-7b58-4bba-8341-cdc4ab4d0113>

1/3

vedlegg den 29.06.2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.07.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema og Teams er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut->

meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

3) Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvordan erfarer helsepersonell å ivareta brukermedvirkning i sin arbeidshverdag i tverrfaglig spesialisert rusbehandling?»

Hvert intervju vil innledes med informasjon til deltagerne om å ikke dele taushetsbelagte opplysninger om verken seg selv eller pasienter, og informasjon som kan avsløre/identifisere hvem opplysningene omhandler.

Tema 1: Forståelse av brukermedvirkning som begrep

- I. Hvordan vil du beskrive innholdet i begrepet brukermedvirkning?
- II. Hvorfor mener du at brukermedvirkning er viktig å ivareta i din arbeidshverdag?

Tema 2: Erfaringer med å ivareta brukermedvirkning

- I. Kan du fortelle meg om en situasjon eller et møte med en pasient hvor dette med brukermedvirkning ble ivaretatt på en fin måte? Dette uten å avsløre hvem pasienten er i situasjonen.
- II. Kan du fortelle meg om hvordan du som helsepersonell erfarer å ivareta brukermedvirkning i din arbeidshverdag?
 - a. Hvilke positive erfaringer har du med å ivareta brukermedvirkning?
 - b. Hvilke negative erfaringer har du med å ivareta brukermedvirkning?
- III. Hvilken kompetanse mener du er viktig å inneha for å ivareta brukermedvirkning innen TSB?
 - a. Kan du utdype? Hvorfor mener du det?

Tema 3: Forhold som hemmer ivaretakelsen av brukermedvirkning

- IV. Kan du beskrive situasjoner hvor det å ivareta brukermedvirkning har vært utfordrende?
 - a. Hvordan opplevde du det?
 - b. Hva gjorde at du opplevde det utfordrende?
- V. Er det noen forhold ved rusbehandling spesielt, som påvirker hvordan du ivaretar brukermedvirkning?
 - c. Opplever du at brukermedvirkning alltid er hensiktsmessig?

Tema 4: Forhold som fremmer ivaretakelsen av brukermedvirkning

- VI. Kan du beskrive situasjoner hvor det å ivareta brukermedvirkning har vært enkelt? Dette uten å avsløre hvem pasientene har vært i disse situasjonene.
 - a. Hvordan opplevde du det?
 - b. Hva gjorde at du opplevde det som enkelt?

