

# **BSOBAC Bacheloroppgaven med forskningsmetode**

Hvordan sosialarbeidere utøver brukermedvirkning i møte med ROP-brukere

- En litteraturstudie



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det samfunnsvitenskapelige fakultet  
Bachelor i sosialt arbeid**

UiS Mai 2021

Antall ord i besvarelsen: 10870

Kandidatnummer: 3046

# 1. Innholdsfortegnelse

## Innholdsfortegnelse

<b>BSOBAC Bacheloroppgaven med forskningsmetode</b>	<b>1</b>
	<b>1</b>
<b>1. Innholdsfortegnelse</b>	<b>2</b>
<b>2. Innledning</b>	<b>3</b>
2.1 Bakgrunn for valg av tema	3
2.2 Problemstilling	4
2.3 Begrepsavklaring	4
2.3.1 Bruker	4
2.3.2 Pasient	4
2.3.3 ROP-bruker	5
2.3.4 Beboer	5
2.3.5 Sosialarbeider og tjenesteyter	5
2.3.6 Brukermedvirkning	5
2.4 Formål med oppgaven	6
<b>3 Faglig kunnskap og teoretisk referanseramme</b>	<b>6</b>
3.1 Faglig kunnskap	7
3.1.1 Lovbestemmelser	7
3.1.2 De yrkesetiske retningslinjene	8
3.1.3 Opptrappingsplan for psykisk helsehjelp	8
3.1.4 Opptrappingsplan for rus	9
3.1.5 Betydningen av brukermedvirkning	9
3.1.6 Brukers mestringsfølelse	9
3.1.7 Selvopplevelse	10
3.1.8 Brukerkunnskap	10
3.1.9 Funksjonsnivå	10
3.2 Teoretisk referanseramme	11
3.2.1 Relasjon og kommunikasjon	11
3.2.2 Kommunikasjon	11
3.2.3 Relasjon	12
3.2.4 John Bowlby sin tilknytningsteori	12
3.2.5 Relasjon innenfor sosialt arbeid	13
3.2.6 Den gode relasjon	13
3.2.7 Verdier i en god relasjon	14
3.2.8 Anerkjennelse, respekt og tillit	14
<b>4 Metode</b>	<b>15</b>
4.1 Valg av metode	15
4.1.1 Litteraturstudie	15
4.1.2 Kvalitativ og kvantitativ metode	16
4.1.3 Begrunnelse for valg av metode	16
4.2 Datainnsamling	17
4.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	17
4.2.2 Databaser	18
4.2.3 Utelukkingsprosess	18

4.3 Studiens troverdighet	19
4.4 Analysemetode	19
4.4.1 Tematisk analyse	19
<b>5. Presentasjon av funn</b>	<b>21</b>
5.1 Sammendrag	22
<b>6. Drøfting av funn</b>	<b>23</b>
6.1 Tema i artiklene	23
6.2 Ulike problemstillinger	24
6.3 Drøfting av tema	24
6.3.1 Brukermedvirkning	24
6.3.2 Tjenesteperspektiver:	28
<b>7. Avslutning</b>	<b>30</b>
7.1 Konkret brukermedvirkning	30
7.2 Råd og veiledning som konkret brukermedvirkning	31
<b>Litteraturliste</b>	<b>32</b>

## 2. Innledning

### 2.1 Bakgrunn for valg av tema

Som sosialarbeider skal man prøve å hjelpe mennesker med ulike problemstillinger. Dette kan være alt fra psykisk syke til personer som har mistet jobben. I dag er det blitt mer og mer fokus på psykisk helse, og ikke minst mer åpenhet om dette. En undersøkelse av Folkehelseinstituttet viser at 16-22% av den voksne befolkningen vil i løpet av et år ha en psykisk lidelse. (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 26). I tillegg til dette er det ofte sammenheng mellom å ha en psykisk lidelse og rusbrukslidelse. Etersom disse personene har to psykiske lidelser, vil de gjerne trenge hjelp med sammensatte problemer. I hjelpen med disse sammensatte problemene skal man som sosialarbeider utøve brukermedvirkning. Dette er en lovfestet rettighet, men brukermedvirkning har også en egenverdi. Denne egenverdien i at mennesker som trenger hjelp gjerne ønsker å styre viktige deler av sitt liv, få hjelp på egne premisser, og ikke minst bli sett og respektert. (Helsedirektoratet, 2017). Dette er viktig å tenke over i utøvelsen av brukermedvirkning, men sier ikke noe om hvordan man skal utøve nettopp dette.

I mitt arbeid ved hjemmetjenesten for rus og psykiatri jobber jeg med brukere med samtidige psykiske lidelser og ruslidelser. Man lærer på skolen at brukermedvirkning er viktig og man skal utøve dette, men det er ikke alltid like lett. Brukermedvirkning handler om at bruker skal være med å bestemme i hjelpen vedkommende får, men det er ikke alle psykisk syke som er

stand til å ta disse valgene alene. Man finner også brukere som gjerne ønsker noe annet enn hva sosialarbeideren mener er forsvarlig.

## 2.2 Problemstilling

Brukermedvirkning er en grunnleggende del av mitt arbeid som sosialarbeider, men hvordan man skal utøve dette vil variere fra hvilke situasjoner og utfordringer man står ovenfor. Dette er grunnlaget for valg av problemstillingen i denne oppgaven. ”Hvordan utøver sosialarbeidere brukermedvirkning i møte med ROP-brukere?”. Etersom brukermedvirkning er vidt og brukes i hele helse- og omsorgssektoren, har jeg valgt å begrense min oppgave til brukermedvirkning i møte med ROP-brukere. I tillegg til dette, har jeg mest erfaring innen dette feltet, og har sett hvordan man kan utøve brukermedvirkning, og utfordringer man kan møte.

## 2.3 Begrepsavklaring

### 2.3.1 Bruker

Bruker begrepet er et relativt nytt begrep innen lovbestemmelser. I 2017 ble dette begrepet tatt inn i flere bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven (heretter pbrl.), og trådte i kraft i januar 2018. I pasient- og brukerrettighetsloven er bruker definert som ”en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp etter bokstav c.” (Helsedirektoratet, 2015). Etter denne bestemmelsen er det da vesentlig å se på hva helsehjelp er. Helsehjelp er ”handlinger som har forebyggende , diagnostisk, behandlende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell;” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3 bokstav c). I kommentarer fra helsedirektoratet skrive de om hva behandlende formål er. Dette formålet tar sikte på hel eller delvis helbredelse, og endring i pasientens helsesituasjon både somatisk og psykisk. (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg står det at spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk også er å anse som helsehjelp. (Helsedirektoratet, 2015). I denne oppgaven handler det om rus og psykisk helsehjelp, og etter bestemmelser i Pasient- og brukerrettighetsloven skal pasientbegrepet brukes.

### 2.3.2 Pasient

Definisjon på pasient finner man i Pbrl. § 1-3 bokstav a. Her står det at pasient er en person som gis eller tilbys helsehjelp, eller som henvender seg til helsetjenesten fordi man trenger

hjelp. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3 bokstav a). Det er altså helsehjelp som er forskjellen mellom pasient og bruker. De fleste rettighetene til pasient og bruker etter pasient- og brukerrettighetsloven er derimot regulert felles. (Helsedirektoratet, 2015). Dette vil si at både pasient og bruker er omtalt i disse lovbestemmelsene. Begrepet pasient har man brukt i alle år og er blitt knyttet til å være i en hjelpeløs og passiv rolle. (Westerlund, 2012, s. 12). Å være hjelpeløs og passiv vil ikke være noe mennesker ønsker, og begrepet bruker er blitt et alternativ til begrepet pasient. En bruker skal betegne en person som er i en aktiv og fri rolle, hvor bruker er ekspert på eget liv og sykdom. (Westerlund, 2012, s. 12). Dette har mer overenstemmelse med brukermedvirkning, og begrepet bruker er dermed valgt i denne oppgaven.

### 2.3.3 ROP-bruker

En ROP-bruker er en person med samtidige psykiske- og ruslidelser.

### 2.3.4 Beboer

I den ene artikkelen jeg har valgt er begrepet beboer brukt, men dette er i sammenheng med boliger for funksjonshemmede. Dette begrepet vil dermed ikke være relevant for min oppgave. Det er derfor valgt å ikke gå i dybden på dette.

### 2.3.5 Sosialarbeider og tjenesteyter

Ettersom problemstillingen i denne oppgaven tar for seg hvordan sosialarbeidere utøver brukermedvirkning i møte med ROP-brukere, vil sosialarbeider begrepet være sentralt. En sosialarbeider, også kalt sosionom, har i oppgave å forebygge, redusere og løse sosial problemer blant barn, ungdom, familier, lokalsamfunn, grupper og voksne. (FO, 2017, s. 2). Videre i oppgaven blir det også brukt tjenesteyter. En tjenesteyter vil være en person som yter en tjeneste. Ettersom en sosialarbeider yter tjenester i hjelpen man utøver til bruker, vil både sosialarbeider og tjenesteyter bli brukt i denne oppgaven.

### 2.3.6 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning blir utdypet mer i kunnskaps- og teori delen av oppgaven, jeg har dermed fattet meg kort her. En mulig definisjon på brukermedvirkning er; ”Pasienter og brukere har rett til å medvirke og tjenestene har plikt til å involvere pasient og bruker i undersøkelse, behandling og valg av tjenestetilbud”. (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Med dette ser vi at

brukermedvirkning er en rett og en plikt, men det står ikke noe om hvordan og i hvor stor grad man skal utøve brukermedvirkning. Det er ikke sikkert denne retten og plikten viser noe reell brukermedvirkning. Reell brukermedvirkning innebærer at bruker deltar i beslutningsprosessen på en slik måte at vedkommende sine oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov kommer til uttrykk og blir lagt til grunn for beslutninger. (Helsedirektoratet, 2014, s 17).

## 2.4 Formål med oppgaven

Som sosialarbeider er brukermedvirkning et grunnleggende element i hvordan man jobber, men dette er et vidt begrep. Man kan snakke om konkret brukermedvirkning, lovfestet brukermedvirkning, og reell brukermedvirkning. Det finnes mange aspekter ved utøvelsen av dette. Å informere bruker om retten til brukermedvirkning er en ting, men å hjelpe bruker til å ha reell innflytelse i egen hjelp er noe annet. Det er mange faktorer som skal vurderes i denne utøvelsen. I tillegg til dette kan det dukke opp ulike utfordringer ved brukermedvirkning. Med denne oppgaven er det ønskelig å få frem hva konkret og reell brukermedvirkning er. Oppgaven vil også få frem hvilke utfordringer man som sosialarbeider kan møte i utøvelsen av brukermedvirkning. I svaret på dette ønsker man å få frem hvor viktig og grunnleggende verdiene relasjon, kommunikasjon, tillit, respekt og anerkjennelse er, for både bruker og sosialarbeider i utøvelsen av brukermedvirkning.

## 3 Faglig kunnskap og teoretisk referanseramme

For å kunne besvare problemstillingen i denne oppgaven er det sentralt å vite mer om brukermedvirkning. Brukermedvirkning er et grunnleggende begrep i hele helse- og omsorgssektoren, og er dermed ganske vidt. Jeg har derfor valgt å ha et kapittel hvor jeg snakker om kunnskap, og et kapittel hvor jeg snakker om teorier. Hva brukermedvirkning er, hvor det er lovfestet, og hvorfor dette er så sentralt i arbeidet man som sosialarbeider utøver, har jeg valgt å skrive om i kapitlet om faglig kunnskap. Sentrale teorier som relasjon og kommunikasjon, og verdier som er viktige i utøvelsen av brukermedvirkning, er skrevet om i kapitlet om teori.

### 3.1 Faglig kunnskap

Brukermedvirkning er brukers rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). En lignende definisjon ser vi også i NOU2004:18, hvor det understrekes at tjenestemottaker skal ha innflytelse på egen livssituasjon og utforming av den hjelpen man ønsker. Brukers egne mål for fremtiden blir også lagt vekt på. (NOU 2004:18, s. 90). Her understrekes det hva brukermedvirkning er i forhold til brukeren, altså individnivå. Vi ser hva brukermedvirkning er og hvordan brukere kan påvirke sine egne tjenestetilbud. Hensikten med brukermedvirkning på individnivå er å sikre bruker innflytelse i egen sak. (Biong & Ytrehus, 2019, s. 258). Brukermedvirkning på systemnivå handler om tjenesteutvikling og endringer av tilbudene. (Biong & Ytrehus, 2019, s. 258). Dette kan gjøres ved for eksempel brukerråd og brukerrepresentasjon. (Biong & Ytrehus, s. 258). Brukermedvirkning omhandler pasientsikkerhet og er dermed en av de viktigste verdiene i helse- og omsorgstjenester. Vi finner derfor retten til brukermedvirkning i flere lovverk, og er et sentralt element i de yrkesetiske retningslinjene.

#### 3.1.1 Lovbestemmelser

Lov om pasient og brukerrettigheter omhandler pasienter og brukeres rettigheter i helse- og omsorgstjenester. Kapittel tre i denne loven handler om brukermedvirkning og retten til informasjon. Pbrl. § 3-1 er mest sentral i forhold til problemstillingen i denne oppgaven. Denne bestemmelsen sier noe om brukernes rett til medvirkning. ”Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Dette gjelder blant annet valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses og behandlingsmetoder. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). En utfordring med dette er at bruker har også rett til å velge bort helsehjelp, og det blir da vanskelig å kunne hjelpe bruker. Helse- og omsorgstjenesteloven (heretter hol.) § 9-3 sikrer også brukers rett til medvirkning og informasjon. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9-3). I tillegg til disse lovene finner man også retten til brukermedvirkning i sosialtjenesteloven (heretter Sotjl.) § 42. (Sosialtjenesteloven, 2009, §42). Brukergruppen i denne oppgaven er personer med samtidige psykiske lidelser og rusproblemer. For denne gruppen er psykisk helsevernlov (heretter Phvl.) relevant. Phvl. § 1-5 sier at pasient og brukerrettighetsloven er gjeldende for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernlov, 1999, § 1-5). Dette vil si at Pbrl. § 3-2 også er gjeldende for vedtak etter psykisk helsevernlov.

### 3.1.2 De yrkesetiske retningslinjene

I de yrkesetiske retningslinjene for blant annet sosialarbeidere er en av de sentrale verdiene å ha respekt for den enkeltes integritet. (FO, 2015). Her står det at man skal ha respekt for enkeltes verdier og ønsker, og skal gjennom kommunikasjon tilrettelegge for medvirkning. (FO, 2015). For å kunne vise respekt for brukernes verdier og ønsker, må man legge til rette for brukermedvirkning. Man må høre på hva brukerne har å si og deres ønsker, og utfra dette finne ulike tiltak som kan hjelpe dem.

### 3.1.3 Opptappingsplan for psykisk helsehjelp

I st. Meld. Nr. 63 (1997-98) la regjeringen frem en opptappingsplan for å styrke psykisk helsehjelp for perioden 1999-2006. (St.prp. nr. 63 (1997-1998)) En sentral satsing i denne opptappingsplanen var mer fokus på brukerperspektiv og brukermedvirkning. Grunnlaget for denne satsingen var at brukere har erfaring, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer. I tillegg kunne aktiv deltakelse styrke brukernes muligheter til å mestre eget liv. (St. Prop. Nr. 63 (1997-1998)). En annen viktig grunn var at brukermedvirkning kunne gi mer åpenhet om psykisk lidelser og gi dem et ansikt, og bidra til en holdning om at psykisk syke kan også styre eget liv. (St. Prop. Nr. 63 (1997-1998)). Ved hjelp av brukermedvirkning måtte tjenesteytere høre deres meninger og med dette skape en relasjon til brukerne. Gjennom dette vil man kanskje forstå mer av psykisk lidelser og få mer åpenhet og forståelse for å ha psykisk lidelser.

#### *3.1.3.1 Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse*

Det er verdt å nevne at det ikke bare er voksne som kan slite med sin psykiske helse. Det finnes også barn og unge som trenger hjelp med dette. I opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse finner man også understreket hvor viktig brukermedvirkning er. Her står det at det er viktig å utvikle et samfunn som er tilpasset barn og unge, slik at man bedre kan forebygge og behandle psykiske lidelser. Videre understreker de at for å få dette til må man sikre brukermedvirkning. (Prop. 121 S (2018-2019), s. 5). Etersom barn og unge er fremtiden vil brukermedvirkning være svært viktig for videre tjenesteutvikling og forebygging av videre lidelser. Dersom man klarer å utøve god brukermedvirkning i tidlig alder og dermed hjelpe bruker med å håndtere sin psykiske lidelse, vil man gjerne unngå dannelsen av flere psykiske lidelser. Man vil med dette kunne hindre at personer utvikler ROP-lidelser.



### 3.1.4 Opptrappingsplan for rus

Opptrappingsplanen for rus omhandler også brukervedvirkning, men her er det mer fokusert på brukervedvirkning på systemnivå. (Prop. 15 S (2015-2016), s. 28). Her står det at de ønsker å styrke brukervedvirkning på systemnivå ved å ansette personer med erfaringskompetanse og bedre samarbeid med bruker og pårørendeorganisasjoner (Prop. 15 S (2015-2016), s. 28). Ved hjelp av erfaringskompetanse vil tidligere brukere kunne hjelpe brukere som ønsker hjelp med den samme problematikken.

### 3.1.5 Betydningen av brukervedvirkning

”Autonomi, medbestemmelse og deltakelse er sentrale og anerkjente verdier i vår norske velferdsstat og rettsstat”. (Storm et al., 2009, kap. 2). Disse verdiene sikrer befolkningen rettigheter til å delta i samfunnet og ha innflytelse over beslutninger som tas.

Brukermedvirkning er et svar på å sikre disse verdiene i samfunnet. Ved hjelp av brukervedvirkning er brukeren med å bestemme og deltar i utformingen av sitt tjenestetilbud. Når man selv kan være med å delta og ha innflytelse over tjenestetilbud vil bruker også kjenne på autonomi og selvstendighet. Dette beskytter brukere mot maktmisbruk. (Storm et al., 2009, kap. 2).

### 3.1.6 Brukers mestringsfølelse

Ved brukervedvirkning vil bruker ha innflytelse i egen behandling og gjennom dette bli en mer aktiv deltaker i egen behandling og eget liv. (Storm et al., 2009, kap. 3). Gjennom å delta mer i behandling og ta mer ansvar for dette vil bruker oppleve en mestringsfølelse (Storm et al., 2009, kap. 3). I tillegg til at brukervedvirkning kan gi en mestringsfølelse vil man gjennom medvirkning lære å takle egen livssituasjon og dermed bli mer uavhengig helsetjenester. (Storm et al., 2009, kap. 1). Dette er viktig når man skal tenke fremover. Uten brukervedvirkning vil gjerne flere og flere trenge hjelp, samtidig som få brukere klarer å bli uavhengige den hjelpen de får. En annen grunn til at brukervedvirkning er så sentralt og viktig i helse- og omsorgstjenester, er for å kunne forbedre tjenestetilbudene. (storm. 2009, kap. 1). Ved å høre hva brukerne ønsker og mener, kan man se på hvilke helse- og omsorgstjenester som er tilgjengelige, og eventuelt hva som kunne blitt bedre. Dette ser vi også beskrevet fra Helsedirektoratet, hvor kvalitetsforbedring skal skje gjennom brukerinvolvering og brukerinnsflytelse. (Helsedirektoratet, 2014, s. 109).

### 3.1.7 Selvpålevelse

Selvpålevelse er en annen grunnleggende viktig faktor for hvorfor brukermedvirkning er viktig. Psykisk syke brukere kan oppleve å miste kontroll over seg selv og sitt liv, og våger gjerne ikke å ta egne valg. (Lauveng, 2020, s. 131). Hickey og Kipping (1998) utformet en modell for brukermedvirkning i det psykiske helsefeltet hvor man blant annet snakker om et partnerskap mellom bruker og tjenesteyter. (Storm et al., 2009, kap. 3). I dette samarbeidet er bruker aktivt med å ta beslutninger om tiltak som kan hjelpe. (Storm et al., 2009, kap. 3). Dette partnerskapet kan være til god hjelp for psykisk syke når de ikke er i stand til å ta egne valg. Bruker kan snakke med tjenesteyter og man kan sammen komme frem til en beslutning.

Brukere har gjerne dårlig selvbilde og kan tenke at deres meninger og deres valg ikke har noe å bety, og vil dermed ikke ta disse valgene selv. Det er dermed viktig å styrke brukers evne og mulighet til å ta egne valg og styre sitt eget liv. (Lauveng, 2020, s. 131). Gjør man nettopp dette, vil bruker føle på mer kontroll, og ved bruk av tid gjerne styrke sitt selvbilde. I tillegg vil bruker kjenne på en mestringsfølelse og kompetanse på egen sykdom (Storm et al., 2009, kap. 3). Dette ser vi også er beskrevet i veilederen ”Sammen om mestring”. Her står det at å involvere brukers kompetanse gjennom brukermedvirkning er viktig for at brukers ressurser og mestringsevne skal beholdes og styrkes. Videre er det også viktig for å få kontroll på eget liv. (Helsedirektoratet, 2014, s. 18).

### 3.1.8 Brukerkunnskap

En annen viktig grunn for brukermedvirkning er den kunnskaper bruker sitter med. Brukeren er den viktigste aktøren i behandlingen, og forebygging, kartlegging og behandling skal ha grunnlag i brukers kunnskap. (Helsedirektoratet, 2014, s. 66). Det er bruker som kjenner sin situasjon best og sitter med en unik kunnskap om hva som kan fungere for vedkommende. Dersom bruker har fått hjelp før vil man vite hva som har fungert, og hva som ikke har fungert. For mange brukere har pårørende spilt en stor rolle og vil dermed sitte på kunnskap om bruker. Både bruker og pårørende vil sitte på kunnskap om hvordan helsetjenestene skal utformes for å være mest mulig nyttige for brukere. (Lauveng, 2020, s. 131).

### 3.1.9 Funksjonsnivå

Et av de overordnede prinsippene i opptrappingsplanen for psykisk helse var ”mest mulig normalt liv”. (St. Prop. nr. 63 (1997-1998)). Det er med dette understreket at målet ikke er at

alle skal få et helt normalt liv, men ”mest mulig” normalt. Ved brukermedvirkning i helse- og omsorg er det viktig å ta hensyn til brukers funksjonsnivå. (Storm et al., 2009, kap. 3.). Man må tenke over hvor syk bruker er, og i hvilken grad bruker er i stand til å ta egne beslutninger om tjenestetilbud. (Storm et al., 2009, kap. 3). Det er ikke alltid bruker er frisk nok til å ta beslutninger som omhandler hjelpen man kan få. I st. Meld nr. 16 2010-2011 snakker man om viktigheten av å legge til rette for reell brukermedvirkning. Videre står det at bruker skal delta aktivt i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak, men dette må ses i sammenheng med hvor godt bruker er i stand til å være aktiv med på dette. (Meld. St. 16 (2010-2011), s. 85). Relasjon, negative holdninger og dårlig strukturelle forhold er også faktorer man må tenke over ved brukermedvirkning. (Storm et al., 2009, kap. 3).

## 3.2 Teoretisk referanseramme

### 3.2.1 Relasjon og kommunikasjon

Det er flere faktorer som spiller inn ved brukermedvirkning. Å informere om brukers rettigheter og krav er en ting, men det å kunne høre og forstå hva bruker ønsker å få hjelp med, er noe annet. Relasjon og kommunikasjon står sentralt når man skal utøve god brukermedvirkning. I kommunikasjon med bruker er det viktig at man er personorientert. Det vil si at man ser hele personen med ressurser, muligheter, verdier, ønsker og ikke minst mål, og ikke bare vedkommende som en bruker av helsetjenester. (Eide & Eide, 2019, s. 16). God kommunikasjon kan være med å motivere brukerne til å se hvilke ressurser og muligheter de selv har. (Eide & Eide, 2019, s. 18). Det er ikke alltid like lett å selv se hvor sterk man er og hvilke muligheter man har. Da er kommunikasjon svært viktig. Man kan med dette si at kommunikasjon er grunnleggende for god og reell brukermedvirkning. Gjennom kommunikasjon vil man danne en relasjon til bruker, dermed er relasjon også grunnleggende i utøvelsen av brukermedvirkning. Dette ser vi også i st. Meld. Nr 29 2012-2013 hvor de understreker at ”Gode kommunikasjonsferdigheter blant helse- og omsorgspersonell har stor betydning for brukermedvirkning og mobilisering av brukernes egne krefter.” (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 53).

### 3.2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan ”... defineres som en utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter.” (Eide & Eide, 2011, s. 17). Denne definisjonen beskriver en enkel form for kommunikasjon. I sammenheng med sosialt arbeid og kommunikasjon med en bruker, vil

denne definisjonen komme til kort. Eide & Eide beskriver kommunikasjon som sammensatt og kompleks. Videre understreker de hvor viktig tillit er for en åpen kommunikasjon, som igjen er en forutsetning for god relasjon. (Eide & Eide, 2011, s. 12). I tillegg til tillit, legges det vekt på anerkjennelse. Ved bruk av anerkjennelse og tillit skal kommunikasjon være et redskap man som sosialarbeider kan bruke til å hjelpe. Stortingsmelding nr. 29 2012-2013 understreker betydningen av kommunikasjon ved brukermedvirkning. Her står det ”Gode kommunikasjonsferdigheter blant helse- og omsorgspersonell har stor betydning for brukermedvirkning og mobilisering av brukernes egne krefter”. (Meld.st.nr. 29 (2012-2013), s. 53).

### 3.2.3 Relasjon

Relasjon handler om å ha et forhold eller en forbindelse med en annen person. (Eide & Eide, 2011, s. 17). Som sosialarbeider vil man da ha en relasjon til bruker. Å bygge relasjon vil også være en måte å få en tilknytning til en annen person på. Har man da en relasjon til en person vil man også ha en tilknytning til denne personen. I hvilken grad denne tilknytningen er sterk eller ikke, vil være avhengig av hvor god relasjon man har til vedkommende.

Tilknytning vil også dermed være viktig for brukermedvirkning. Det blir derfor tatt opp tilknytningsteori av John Bowlby. Denne teorien viser betydningen av å ha trygge og sterke bånd til andre. Dette er grunnleggende hos ethvert menneske. (Eide & Eide, 2011, s. 143).

Teorien tar for seg tilknytning fra barndom til tidlig voksen, men brudd på tilknytning i disse fasene kan skape psykiske vanskeligheter og kommunikasjonsmønstre det kan være nyttig for en sosial arbeider å kjenne til. (Eide & Eide, 2011, s. 143). Tilknytning er altså viktig hele livet. Denne oppgaven tar for seg ROP brukere. Disse brukerne er gjerne i krise, og trygghet og tilknytning vil være viktig å tenke over. (Eide & Eide, 2011, s. 143).

### 3.2.4 John Bowlby sin tilknytningsteori

I følge Bowlby vil det å ha en tilknytning bety at man er sterkt disponert for å søke nærhet og kontakt med den gjeldende personen, spesielt når vedkommende trenger støtte, hjelp eller beskyttelse. (Bowlby (1988:28), Referert i Eide & Eide, 2011, s. 143). Å ha en tilknytning til vedkommende sin sosialarbeider ser man kan være viktig for god hjelp, men dette kan også være en ulempe. Slik Bowlby beskriver tilknytning kan dette bli for nært i forhold til en sosialarbeider. En bruker skal få støtte og hjelp, men man må passe på at bruker ikke blir avhengig av denne tilknytningen. Man må huske på at et av formålene med

brukermedvirkning er å få bruker mer uavhengig helse- og sosialtjenester. (Storm et al., 2009, kap. 1).

ROP brukere kan ha vært gjennom mye og har gjerne utviklet en utrygg tilknytning til sine foreldre. Dette kan vedvare til voksen alder, og slike utrygge barn kan ha en tendens til å utvikle uhensiktsmessige, og i noen tilfeller destruktive atferdsmønstre også senere i livet. (Eide & Eide, 2011, s. 146). Å hjelpe bruker med å bli trygg og å bryte slike atferdsmønstre, kan man som sosial arbeider blant annet skape en trygg og tillitsfull relasjon, gi støtte, hjelpe med brukers selvbilde og være stabil. (Eide & Eide, 2011, s. 148).

### 3.2.5 Relasjon innenfor sosialt arbeid

Mary Richmond, som blir regnet som grunnleggeren av sosialt arbeid, mente at sosialt arbeid blant annet handlet om bevisst bruk av sosiale relasjoner. (Richmond, 1917. Referert i Aamodt, 1997, s. 24). Sentrale sosialarbeidere er enige om at relasjon er grunnleggende i sosialt arbeid, men man finner mange ulike måter å forstå dette begrepet på. Felix Biesteck forstår relasjon som en dynamisk samhandling bestående av følelser og holdninger, som har som mål å hjelpe brukeren til en bedre tilpasning i sitt miljø. (Biesteck (1957), referert i Aamodt, 1997, s. 25). Med denne forståelsen viser man til relasjon som et redskap til å kunne hjelpe bruker. I tillegg viser man til at relasjonen blir til ved aktiv deltakelse fra begge parter. (Aamodt, 1997, s. 25). Hvor aktiv bruker er vil være individuelt, men denne forståelsen bygger på at det er en samhandling mellom begge parter.

Relasjonen vil bli påvirket av hvilken sammenheng den brukes i. Ingen brukere er like og som sosialarbeider kan man komme i relasjon til brukere som gjerne ikke er like mottakelige for hjelp. Dette vil påvirke relasjonen. Det å la bruker få si hva man mener om hjelpen, selv om dette blir sagt på en aggressiv måte, kan være bra for bruker (Aamodt, 1997, s 48). Det kan være gode grunner til at bruker er skeptisk, og ved å høre på hva bruker har å si vil man bedre kunne hjelpe. Ved å vise at man hører etter og ikke bare avfeier bruker vil man kanskje danne en relasjon hvor bruker kan gå fra å ha mistillit, til tillit til sosial arbeider.

### 3.2.6 Den gode relasjon

Vi har sett på at relasjon er grunnleggende for sosialarbeid, og er svært viktig for å utføre godt sosialt arbeid. For å kunne danne en god relasjon er det flere verdier som er viktige. "Uten

gjensidig relasjon, vil partene ikke fullt ut kunne ta i bruk sine kunnskaper, sine ressurser og sine muligheter, noe som igjen vil kunne hindre at nødvendige, og kanskje etterlengtede, endringsprosesser starter i klientens liv” (Aamodt, 1997, s. 185). Ved å se på hvordan sosialarbeidere vurderer sitt samarbeid med en bruker, og hvordan bruker vurderer sitt samarbeid med sosialarbeider har Laila Aamodt funnet frem til begreper som utgjør en god relasjon mellom bruker og sosialarbeider. (Aamodt, 1997, s. 167).

### 3.2.7 Verdier i en god relasjon

Likeverdighet, innlevelse og anerkjennelse er begreper som utgjør den gode relasjon mellom bruker og sosialarbeider. Likeverdighet er en forutsetning for gjensidig samarbeid. (Aamodt, 1997, s. 185). Har man et gjensidig samarbeid vil man også ha likeverdighet i denne relasjonen, og gjensidighet blir derfor omfattet sammen med likeverdighet. Det er tidligere blitt sagt at det er viktig at bruker er aktiv i sitt hjelpe- og tjenestetilbud for å få best mulig hjelp. Dette vil også være viktig i forhold til å bygge en relasjon med bruker. Aamodt mener at det ikke er mulig å leve seg inn i andres liv uten aktiv deltakelse, og deltakelse er derfor omfattet i begrepet innlevelse. (Aamodt, 1997, s. 185).

### 3.2.8 Anerkjennelse, respekt og tillit

Videre i sitt arbeid finner Aamodt ut at anerkjennelse er et av de bærende elementene ved en god relasjon. (Aamodt, 1997, s. 186). Til tross for maktforskjellen og rolleforskjellen mellom sosialarbeider og bruker vil man finne gjensidighet og likeverd, en anerkjennelse av at begge er likeverdige mennesker. (Aamodt, 1997, s. 186). Forskjellen mellom disse partene er funksjonen deres. Sosialarbeideren skal hjelpe bruker. For at det skal oppstå en god relasjon må man finne anerkjennelse av dette. En annen forutsetning for en god relasjon er å respektere at bruker og sosialarbeider er forskjellige. (Aamodt, 1997, s. 186). Sosialarbeider Ulla Holm (1987:40) mener at det å vise respekt vil være å forholde seg til brukeren som en person som tar ansvar for seg selv og som eier sine egne følelser og tanker. (Aamodt, 1997, s. 58). Denne holdningen finner man i Carl Rogers sin klient-sentrerte terapi, hvor han understreker at å vise respekt er grunnleggende i all kontakt med bruker. (Rogers, 1967:74. Referert i Aamodt, 1997, s. 58). I materialet til Aamodt ser man at både sosialarbeiderne og brukerne legger stor vekt på at tillit er en viktig faktor i relasjonsbyggingen. (Aamodt, 1997, s. 188). Det at brukeren følte de kunne stole på sosialarbeideren var grunnleggende for videre hjelp.

Disse verdiene er viktige for å kunne kommunisere og bygge en relasjon med bruker. Skal man utøve brukermedvirkning uten en relasjon vil ikke bruker ta råd og veiledning til seg på samme måte som dersom man har bygget en relasjon. Dette kan vi se i dagliglivet også. Man hører gjerne mer på de man kjenner enn fremmede personer man ikke har en relasjon til. Har man en relasjon vil man ha gjensidig respekt, og verdsette hva man sier mer. For å danne denne vesentlige relasjonen står kommunikasjon, tillit og anerkjennelse sentralt. Vi ser med dette hvordan disse verdiene henger sammen.

## 4 Metode

### 4.1 Valg av metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap” (Vilhelm Aubert, 1985, s. 169. Referert i Dalland, 2020, s. 53). Vi trenger altså en metode for å finne informasjon og kunnskap. Hvilken fremgangsmåte man velger å bruke vil variere fra hvilken type kunnskap du ønsker å belyse. Etersom en metode er en fremgangsmåte vil man da kunne velge mellom ulike metoder, alt etter hvilken kunnskap du leter etter. I denne oppgaven ønsker jeg å belyse ”hvordan sosialarbeidere utøver brukermedvirkning i møte med ROP-brukere”. Vi kan skille mellom litteraturstudie, kvalitativ metode og kvantitativ metode. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som metode.

#### 4.1.1 Litteraturstudie

Litteraturstudie er en av metodene man kan bruke for å finne kunnskap til en problemstilling. Ved litteraturstudie bruker man litteratur, hvor andre forfattere har undersøkt en problemstilling, som metode (Støren, 2019, s. 16). Den litteraturen man studerer ved litteraturstudie har gjerne brukt enten kvantitativ metode, eller kvalitativ metode. Ved å bruke litteraturstudie vil man da altså kunne lese litteratur som har brukt begge disse metodene. Dette gjør at man gjerne får et større bilde av hva man undersøker. Vi kan med dette se på både beskrivelser og opplevelser av brukermedvirkning, og tall i forhold til dette. Tallene ved kvantitativ metode kan her gjerne være hvor mange som opplever brukermedvirkning.

#### 4.1.2 Kvalitativ og kvantitativ metode

Både kvalitativ og kvantitativ metode kan belyse meninger og opplevelser, men vil belyse dette på ulike måter. Ved kvantitativ metode vil man belyse dette ved hjelp av tall. Ved kvalitativ metode kan svarene la seg tallfeste, men her ønsker man å gå mer i dybden på de ulike individuelle meningene og opplevelsene. Man vil gjerne se på hvorfor svarene er ulike og hvorfor brukerne har ulike opplevelser. Ønsker man å belyse individuelle meninger og eventuelle grunner til disse meningene vil kvalitativ metode dermed være best egnet.

Kvantitativ metode gir deg svar i form av tall, og lar seg dermed tallfeste og måle. (Dalland, 2020, s. 54). Med denne metoden kan man blant annet regne ut ulike gjennomsnitt av befolkningen, eller en spesifikk gruppe i befolkningen. Gjennomsnittlig inntekt i befolkningen er eksempel på hvordan man kan bruke kvantitativ metode som fremgangsmåte. ”Hvor mange med ROP-lidelser opplever brukervedvirkning?” Er et mer spesifikt eksempel i forhold til den gjeldende problemstillingen i denne oppgaven. Ved kvantitativ metode kan man tolke de funnene man ser, og dermed ha noen kvalitative trekk ved metoden. Man ser med dette at begge disse metodene har trekk som ligner på den andre metoden.

#### 4.1.3 Begrunnelse for valg av metode

Litteraturstudie ble valgt som metode for å belyse min problemstilling. Jeg ønsker da å studere artikler som andre forfattere har skrevet for å belyse den gjeldende problemstillingen. Med problemstillingen ”hvordan sosialarbeidere utøver brukervedvirkning i møte med ROP-brukere”, ønsker jeg å få frem meninger og opplevelser av brukervedvirkning. Kvalitativ metode brukes når man ønsker å få frem nettopp dette, og hadde dermed vært en god metode å bruke. Jeg har dog valgt å bruke litteraturstudie. Gjennom bruk av litteraturstudie har jeg muligheten til å studere artikler hvor både kvalitativ og kvantitativ metode er brukt. Jeg vil da kunne lese hva andre forfattere har kommet frem til ved bruk av disse metodene. Tidsaspektet og gjennomførbarhet er en viktig faktor å ta med i valget av metode. Man har ikke veldig god tid til å skrive denne oppgaven og litteraturstudie er ikke like tidkrevende som kvalitativ metode. I tillegg til selve utførelsen av kvalitativ metode, må man bruke tid på vurderinger som ”hvem skal være med” og ”hvilke spørsmål man skal stille”. Jeg har dermed, sett i forhold til tidsaspektet, vurdert at litteraturstudie vil være den beste løsningen i denne oppgaven. Jeg har valgt artikler som i hovedsak har brukt kvalitativ metode ettersom jeg tenker de vil egne seg best til å belyse min problemstilling.



## 4.2 Datainnsamling

Ved datainnsamlingen må man tenke på hva man ønsker å belyse. I dette tilfelle er det problemstillingen ”hvordan sosialarbeidere utøver brukermedvirkning i møte med ROP-brukere”, man ønsker å belyse. Åpenhet, etterprøvbarehet, vitenskapelig redelighet og kritisk diskusjon er verdier som viser hvor viktig det er med gode og pålitelige kilder i en oppgave. (Dalland, 2020, s. 137). For å oppfylle disse verdiene er det viktig å være kritisk til de kildene man skal bruke. Evnen til å søke og lokalisere informasjon, og vurdere informasjonens relevans og pålitelighet kalles informasjonskompetanse. (Rafste, 2008, s. 20. Referert i Dalland, 2020, s. 140). Denne kompetansen er vesentlig ved litteraturstudie. Man må kunne finne relevant og pålitelig litteratur. Dette kan man gjøre ved å bruke ulike kriterier når man søker.

### 4.2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

De ulike databasene har flere tusen artikler tilgjengelige. For å innskrenke dette kan man bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier. Disse kriteriene kan være språk, tidsrom og søkeord. (Støren, 2019, s. 37-39). Jeg begynte med å søke på Oria, hvor jeg søkte på norske artikler. Her søkte jeg først på brukermedvirkning uten å innskrenke det noe mer. Da fikk jeg opp mer enn 2000 artikler og så at det måtte flere kriterier til for å finne relevant litteratur. For å få mer relevant og nyere litteratur begrenset jeg publiseringstidspunktet til et intervall fra 2015 til 2020. Etersom vi er i begynnelsen på 2021 tenkte jeg det var større sannsynlighet for å finne ny litteratur fra 2020. Ut fra min problemstilling valgte jeg å søke etter artikler med kvalitativ metode.

I tillegg til språk, tidsrom og søkeord må man tenke over påliteligheten til litteraturen. Man kan si det finnes et kildehierarki hvor vitenskapelig tidsskrifter er øverst. (Dalland, 2020, s. 144). Vitenskapelige tidsskrifter er blitt vurdert av uavhengige fagpersoner, og artiklene i disse tidsskriftene er dermed kvalitetssikret. Dette kalles fagfelleevaluering. (Dalland, 2020, s. 145). Dette ble brukt som et av kriteriene ved alle søk. Med kriterier for språk, tidsrom, fagfelleevaluering og søkeordet brukermedvirkning ble søkeresultatet 150 treff. Dette var det mest relevante søkeordet, men jeg har også tatt for meg flere andre ord som kunne være til hjelp.

## 4.2.2 Databaser

### 4.2.2.1 Oria

I databasen Oria ble det søkt på ordene brukermidvirkning, psykisk helsearbeid, ROP, relasjon, selvbestemmelse og rus- og psykiatri. Disse ordene ble søkt på alene og i kombinasjon med hverandre. Da det ble søkt på disse ordene, ble det også brukt kriterier som språk, tidsrom og fagfellevurdering. Dette gjorde det enklere å se hvilke artikler som var relevante for min oppgave.

### 4.2.2.2 Ebsco og Scopus

I databasene Ebsco og Scopus ble det også gjort søk. I begge disse brukte jeg søkeordene user participation og mental health. De artiklene som dukket opp handlet om både psykisk helse og rus. Jeg valgte dermed å fokusere mer på søkeordet mental health, enn substance abuse. Treffene handlet for det meste om eldre, og handlet ikke om den brukergruppen jeg søkte etter.

### 4.2.2.3 Google scholar

Google scholar ble også brukt i søket på litteratur. Her ble mange av de samme søkeordene jeg hadde brukt i Oria brukt. Ettersom jeg fikk mest relevante artikler ved å søke på brukermidvirkning i de andre databasene, valgte jeg her å legge hovedvekten på nettopp dette. Treffene varierte fra bacheloroppgaver til fagfellevurderte tidsskrifter. Ved å se på overskriftene til bacheloroppgavene kunne jeg se om disse handlet om brukermidvirkning i rus- og psykiatri feltet. I de bacheloroppgavene som var relevante for meg kunne også deres kilder være relevante. I litteraturlisten til disse bacheloroppgavene var det relevant litteratur, men mange var eldre enn jeg ønsket. Jeg så også at de artiklene jeg allerede hadde funnet ved hjelp av Oria var blitt brukt her.

## 4.2.3 Utelukkingsprosess

For å finne artikler til en oppgave må man gjennom en utelukkingsprosess. Man må hele tiden utelukke artikler som ikke vil være like relevant til oppgaven. I tillegg til å bruke ulike databaser, søkeord, tidsramme og fagfellevurdering som kriterier til denne prosessen, måtte jeg se på overskrifter og sammendrag for å finne artikler. Jeg begynte først med å se på overskrifter og utelukke de som åpenbart ikke omhandlet min problemstilling. Deretter valgte jeg meg ut 10-11 artikler hvor jeg leste sammendraget. Etter å ha lest sammendragene hadde jeg en god oversikt over hvilke artikler som var relevante for meg. 7 artikler ble lest før jeg

bestemte meg for de 4 hovedartiklene mine. Dette ble gjort på grunnlag av relevans til min problemstilling og hvilken brukergruppe artikkelen omhandlet.

### 4.3 Studiens troverdighet

”I hvilken grad resultatet er holdbart eller gyldig, avhenger av hvor godt vi er i stand til å gjøre rede for de valgene vi har tatt i løpet av prosessen, og hva de har hatt å bety for resultatet”. (Dalland, 2020, s. 57). Jeg har nå gått gjennom prosessen for hvordan de gjeldende artiklene ble funnet. Hva disse valgene i prosessen har hatt å si for resultatet er blant annet hvilken brukergruppe artiklene handler om. Alle artiklene handler om psykiatri, deriblant ROP brukere. Artiklene omhandler brukere fra DPS, kommunale helsetiltak, brukerorganisasjon, pårørendeorganisasjon, SMP, tildelingskontor og uføreenhet. I tillegg tar artiklene for seg de ansatte ved disse tiltakene, og hvordan de arbeider med brukermedvirkning.

### 4.4 Analysemetode

Analysemetode handler om hvordan man finner og tolker tekster. I dette tilfelle er det valgt fire fagfellevurderte tekster. Første del av en slik analyse er i følge Aveyard å være kritisk til hvilke tekster man skal velge. Del to av denne analysen mener hun er å se hvilke tema og resultater tekstene har, og vurdere styrker og svakheter med disse resultatene. (Aveyard, 2014, s. 137). I denne oppgaven er det valgt tematisk analyse. Dette er en forenklet analysemetode som er blitt brukt av mange studenter innen helse- og omsorgsfeltet. (Aveyard, 2014, s. 143). Den er derfor blitt utbedret flere ganger, og passer bra til denne oppgaven.

#### 4.4.1 Tematisk analyse

Aveyard forteller at man i tematisk analyse skal begynne med å skaffe en oversikt og sammendrag av artiklene. (Aveyard, 2015, s. 143). I tråd med dette er det skrevet sammendrag av de fire artiklene. I tillegg er det lagt en tabell med oversikt over tema, forfattere, formål, og utvalg. Det neste steget i en tematisk analyse er å finne tema i de ulike artiklene. (Aveyard, 2014, s. 144). I tillegg til dette sier Aveyard at temaene man finner bør helst gjenspeile problemstillingen. (Aveyard, 2014, s. 144). I tabellen med oversikt over artiklene finner man de ulike temaene. Her kan man se at brukermedvirkning er tema i nesten alle artiklene. Etersom problemstillinger er ”hvordan sosialarbeidere utøver brukermedvirkning i møte med ROP-brukere” blir temaet brukermedvirkning speilet.

Et annet viktig moment i denne analysen er å vurdere hvor bra artiklene er, og hvor sterke kunnskapsmessig og resultatmessig de er. (Aveyard, 2014, s.146). En slik vurdering blir allerede gjort ved å søke på fagfellevurderte artikler. I tillegg vil man vurdere hvilke artikler som er mest relevante. Noen av de valgte artiklene handler mer spesifikt om brukermedvirkning og ROP brukere, og vil dermed være mer relevant for denne oppgaven.

## 5. Presentasjon av funn

Tittel og årstall	Formål	Utvalg	Tema	Land	Søkeord
Hvordan praktisere brukermedvirkning uten bruker. 2018.	Hvordan brukere, pårørende og tjenesteytere opplever brukermedvirkning.	4stk – pårørende organisasjoner 5stk – brukerorganisasjoner 4stk – DPS 5stk – SMP 5stk – tildelingskontoret 5stk – utføreenheten	Brukermedvirkning, ROP, tjenesteutvikling.	Norge	Brukermedvirkning, psykiatri
Brukermedvirkning – fra politikk til praksis. Hvordan implementere de politiske målsettingene på bakkenivå. 2020.	I hvilken grad brukermedvirkning er iverksatt blant ansatte.	Observasjon av fokusgruppeintervju. 8 intervju med 3-5 deltakere. Deltakerne var ansatt i kommunale helsetjenester.	Kommunale tiltak, tjenesteytere (bakkebyråkrater), etisk dilemma.	Norge	Brukermedvirkning
Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av brukermedvirkning gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. 2015.	Trekker frem situasjoner og dilemmaer for å øke kunnskap om brukermedvirkning. Fra perspektivet til fagpersoner.	En del av en større studie, hvor første forfatter bruker observasjon og intervjuer som metode. Ved DPS. 69 fagpersoner og 25 pasienter ble intervjuet.	Brukermedvirkning, psykisk helse dilemma, miljøterapi.	Norge	Brukermedvirkning, psykisk helse.
Brukermedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei. 2018.	Eksemplifiserer hva konkret brukermedvirkning kan være. Handler om å informere brukere om muligheten til å skrive i egen journal.	Bruker ved akutt C ved et sykehus. Psykiatrisk avdeling.	Brukermedvirkning, journalføring, pasientperspektiv.	Norge	Brukermedvirkning, psykisk helse.

## 5.1 Sammendrag

”Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner: Praktisering av brukermedvirkning gjennom miljøterapeutiske aktiviteter” Fra Nordisk tidsskrift for Helseforskning nr. 2-2015, 11 årgang, S. 16-31. Vår Mathisen mfl.

Denne artikkelen handler om hvordan fagpersoner praktiserer brukermedvirkning, og hvilke problemer de kan støte på. I denne studien har de intervjuet personer som jobber ved DPS avdelinger hvor psykisk syke kan få midlertidig behandling. Artikkelen belyser balansen mellom å prøve å motivere brukerne til å bli med på miljøterapeutiske aktiviteter, og det å presse dem til å være med på disse aktivitetene. Kan man si det er brukermedvirkning å prøve å overtale en bruker til å være med på en aktivitet man ikke ønsker å være med på? På den andre siden belyser artikkelen at det å få brukere i gang med miljøterapeutiske aktiviteter igangsetter bedringsprosessen og gir brukerne struktur i hverdagen. Artikkelen peker ut tre forhold som bidro til utfordringer for de ansatte når de skulle sette i gang miljøterapeutiske aktiviteter. En slik aktivitet kan være å gå tur. De tre forholdene var mangel på engasjement hos brukerne, balansering mellom de kollektive og individuelle hensynene, og et konstant press effektivitet og behandlingseffekt.

“Brukermedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei” Fra Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 15. Nr. 2-3, 2018, side 214-223. Turid Nordvik og Rolf Sundest.

Artikkelen handler i hovedsak om betydningen av å kunne skrive i sin egen journal. Vi får lese en bruker sin mening om dette. Hensikten med artikkelen er å gi eksempel på konkret brukermedvirkning ved akuttavdelinger innfor psykisk helsevern for voksne. Brukeren mener dette er et uvurderlig verktøy innen brukermedvirkning. I dette tilfelle gjelder det journalføring ved en akutt post. Artikkelen belyser hvor stor betydning brukermedvirkning har for kommunikasjonen mellom bruker og sosialarbeider. Brukeren som er intervjuet peker på problemer som kan oppstå ved dårlig kommunikasjon. Dette er blant annet misforståelser, man har glemt å ta noe opp, eller vanskeligheter for å uttrykke sitt problem. Det blir konkludert med at å kunne skrive sin egen journal er verdifullt både for både bruker og sosialarbeider. Brukerne vil få en bedre oversikt av hva behandling faktisk går ut på, og får en sjanse til å skrive hva de selv føler fungerer.

”Brukermedvirkning – fra politikk til praksis, hvordan implementeres de politiske målsettingene på bakkenivå?” Fra tidsskrift for velferdsforskning. Årgang 23, nr. 3-2020, s. 170-186. Ole Petter Askheim.

Handler om hvordan brukermedvirkning er iverksatt på bakkenivå, altså hvordan ansatte tar i bruk brukermedvirkning. I denne artikkelen er det gjort observasjon og intervjuer i kommunale omsorgstiltak. De konkrete tiltakene var sykehjem, hjemmesykepleien og boliger for psykisk utviklingshemmede og personer med psykisk lidelser. Tar opp spenningen mellom hva bruker ønsker og hva de ansatte mener er det rette, og hvilke ressurser og rammer man må forholde seg til som ansatt. Det å kjenne bruker og skape en relasjon blir nevnt som grunnmuren til brukermedvirkning. Samtidig som man opplever ressursmessige og organisatoriske utfordringer skal de ansatte tenke på dilemmaet mellom hva bruker ønsker og hva de mener er faglig forsvarlig.

”Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren? Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatri feltet. Fra tidsskrift for velferdsforskning. Årgang 21, nr. 4-2018, s. 296-312. Guro Huby mfl.

I denne artikkelen er intervjuobjektene brukere, pårørende og tjenesteytere i rus og psykisk helsevern på kommunalt nivå, og de samarbeidende spesialisthelsetjenester. Blir presentert for to motsigende prinsipper. Det ene er medvirkning gjennom deltakelse. Det andre er retten til å velge tjenester, inkludert retten til å avslå hjelp. Hvordan bruker kan ”forsvinne” i systemet og hvordan brukermedvirkning og relasjon kan være med å hjelpe, er sentrale temaer i artikkelen. Artikkelen snakker også om viktigheten av brukermedvirkning i kommunale tjenester som ROP ettersom man her har sammensatte problemer og er avhengig av tverrfaglig tilbud.

## 6. Drøfting av funn

### 6.1 Tema i artiklene

Man finner flere temaer i disse fire artiklene, men det er valgt å legge hovedfokuset på de temaene man ser går mest igjen. Disse er utøvelsen av brukermedvirkning og tjenesteperspektiver. Dilemma er også et sentralt tema, men ettersom dilemma i artiklene handler om utfordringer i forhold til brukermedvirkning, er dette temaet valgt å utdype i kapitlet om utøvelse av brukermedvirkning. Man finner også andre temaer i artiklene, men

disse blir tatt opp i sammenheng med de to hovedtemaene. Artikkene har brukt ulike teorier til å forklare disse temaene, samtidig som de også har ulike brukergrupper. Videre handler artiklene om psykisk helsetjenester og hvordan man skal utøve brukervedvirkning overfor brukere med psykiske lidelser. Artikkelen ”Brukervedvirkning – fra politikk til praksis” skriver generelt om utøvelsen av brukervedvirkning i kommunale omsorgstiltak. Artikkelen har dermed tatt for seg sykehjem og hjemmesykepleie, i tillegg til boliger for personer med psykiske lidelser. (Askheim, 2020, s. 170). Artikkene ”Brukervedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei” og ”Brukervedvirkning i psykiatriske institusjoner” tar for seg brukervedvirkning ved distrikts psykiatriske sentre (DPS). (Nordvik & Sundet, 2018, Mathisen et al., 2015). Den siste artikkelen ”Hvordan praktisere brukervedvirkning uten brukeren?” handler om brukere med samtidige rus og psykiske lidelser og er dermed mest relevant for denne oppgaven. (Huby, 2018).

## 6.2 Ulike problemstillinger

Alle fire artiklene handler om utøvelsen av brukervedvirkning innen psykiske helsetjenester, men har ulike problemstillinger innen dette. Man finner problemstilling om hvordan politiske målsettinger om brukervedvirkning er iverksatt i praksis. Her er det i den ene artikkelen fokus på tverrfaglig samarbeid, og i den andre er det fokus på ansatte på bakkenivå. Hvordan fagpersoner praktiserer brukervedvirkning med fokus på miljøterapeutiske aktiviteter er en annen problemstilling man finner. Den siste problemstillingen handler om hvorfor man ikke har innført journalføring for brukere som et verktøy for brukervedvirkning som flere tiltak. Ettersom artiklene har ulike problemstillinger innen psykiatriske helsetjenester, har de også noe ulik teori.

## 6.3 Drøfting av tema

### 6.3.1 Brukervedvirkning

Selv om problemstillingene stiller fokus på ulike faktorer ved brukervedvirkning, tar alle opp utfordringer ved utøvelse av brukervedvirkning. Man kan se i oversiktstabellen lengre opp i teksten at dilemma er et av temaene i to av artiklene. Dilemma er ikke brukt som tema i de to andre artiklene, men også her finner man dilemma og utfordringer i utøvelsen av brukervedvirkning. Til tross for at artiklene har undersøkt ulike ansattgrupper og brukergrupper er de enige om at man som sosialarbeider må ta hensyn til ulike forventinger hele tiden.



### *6.3.1.1 Motsigende prinsipper*

I artikkelen ”Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren?” snakkes det om to motsigende prinsipper; om samhandling og valg av tjenester. ”Et prinsipp var medvirkning gjennom deltakelse i samhandling, mens det andre var rett til å velge tjeneste og hvem som skal være med i samhandling, inkludert retten til å avslå hjelp” (Huby et al., 2018, s. 302). Prinsippet om samhandling går på både bruker, tjenesteyter og andre tjenesteytere. (Huby et al., 2018, s. 302). Dette inkluderer individuell plan og tverrfaglig oppfølging. I møte med ROP-brukere vil samhandling mellom bruker og tjenesteyter, samtidig med tverrfaglig samhandling, være svært viktig ettersom brukeren har sammensatte problemer. Felix Biesteck forstår relasjon som en dynamisk samhandling, hvor målet er å hjelpe bruker til å bli bedre tilpasset sitt miljø. (Aamodt, 1997, s. 25). Vi kan dermed si at både relasjon og samhandling er viktige instrumenter i utøvelsen av brukermedvirkning. En god samhandling vil da være betinget av relasjon. I følge Biesteck krever dannelsen av en relasjon aktiv deltakelse fra begge parter. (Aamodt, 1997, s. 25).

Prinsippet om samhandling for god brukermedvirkning er betinget av dannelsen av en god relasjon, som krever aktiv deltakelse. Utfordringen i dette dilemmaet er da at bruker må være aktiv for en god samhandling samtidig som brukers rett til å velge tjenester og velge de bort etter Pasient- og brukerrettighetsloven kap. 4. (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, kap. 4. Referert i Hubby et al., 2017, s. 302.). Man ønsker altså som tjenesteyter å ha en samhandling mellom bruker og andre tjenesteytere, men dette kan bruker da velge bort. I møte med ROP-brukere hvor det er sammensatte problemer vil det være viktig med tverrfaglig samhandling for å kunne hjelpe mest mulig, men dette kan bruker selv velge.

### *6.3.1.2 Brukers ønsker og forsvarlighet*

”Brukermedvirkning – fra politikk til praksis” har i likhet med forrige artikkel en problemstilling som handler om hvordan de politiske målsettingene til brukermedvirkning er iverksatt. Her har man derimot funnet to andre motsigende forventninger man står i som sosialarbeider. Artikkelen tar opp dilemma om hva bruker selv ønsker, og hva sosialarbeidere vurderer er det beste for denne brukeren, altså faglig forsvarlighet. (Askheim, 2020, s. 181). I tillegg til å vurdere det som er faglig forsvarlig, møter man som sosialarbeider forventninger

til hvordan tjenester skal utføres fra en byråkratisk struktur. (Askheim, 2020, s. 171). Dette kan for eksempel være krav om effektivitet i behandlingsprosessen.

Den samme utfordringen finner vi i artikkelen ”Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner”. Her snakkes det om at personalet ved DPS må ta hensyn til bruker ønsker og behov, samtidig som man må tenke på det strukturelle arbeidet, som daglige rutiner, bemanning og vaktskift. (Mathisen et al., 2015, s. 25). De strukturelle utfordringene var også institusjonelle forventninger til arbeidet man som sosialarbeider skulle utføre. (Mathisen et al., 2015, s. 25). Disse forventningene var at brukere skulle være med på aktiviteter. Mange av brukerne var så syke at de ikke ønsket å gjøre noe. Sosialarbeiderne ble da satt i en posisjon hvor de følte de presset brukerne til noe de ikke ønsket.

Disse artiklene handler om hvor mye man som sosialarbeider skal tenke over brukers ønsker, og hva du selv synes er faglig forsvarlig å presse på dem. I stortingsmelding ”Morgensdagens omsorg” står det at ”gode kommunikasjonsferdigheter blant helse- og omsorgspersonell har stor betydning for brukermidvirkning og mobilisering av brukernes egne krefter”. (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 53). Vi ser her at kommunikasjon i utøvelsen av brukermidvirkning er viktig for brukers egne evner. Ved å ha en god kommunikasjon med bruker får man gjerne vite hvorfor bruker ønsker noe annet enn hva sosialarbeider mener er det beste. Vi så i artikkelen om psykiatriske institusjoner at sosialarbeidere følte de presset brukerne til å gjøre aktiviteter. Dette var på grunnlag av institusjonsplanen, men også kunnskapen om at det å gjenoppta daglige aktiviteter er nødvendig for bedringsprosessen. (Mathisen et al., 2015, s. 21). Med hjelp av god kommunikasjon kan sosialarbeider få innsikt i hvorfor bruker ikke ønsker å være med på for eksempel aktiviteter, og gjerne kunnskap om hvordan man kan hjelpe bruker på best mulig måte.

### *6.3.1.3 Grad av brukermidvirkning*

Den siste artikkelen ”Brukermedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei” blir det tatt opp i hvor stor grad man skal utøve brukermidvirkning og utfordringer med dette. På den ene siden har man hva sosialarbeider mener er stor nok grad brukermidvirkning, og på den andre siden hva bruker selv mener er stor nok grad av brukermidvirkning. Artikkelen handler om pasientdeltagelse i skriving av egen journal som et konkret eksempel på brukermidvirkning. Brukeren man følger i artikkelen mener dette er et uvurderlig verktøy og mener dette burde utøves mer innen psykisk helse. (Nordvik & Sundet, 2018, s. 261). Full

innsynsrett nevnes til å være en av grunnene til at man ikke har praktisert denne typen journalføring mer. (Nordvik & Sundet, 2018, s. 221). En annen grunn som nevnes er det at man som sosialarbeider må gi fra seg litt av den makten man innehar. Man vil gjerne ikke gi fra seg den kontrollen man har ved journalføring, men dette kan føre til redusert maktforskjell og bedre samarbeid. (Nordvik & Sundet, 2018, s. 222). I NOU 2004:18 står det blant annet at bruker skal ha innflytelse på utforming av den hjelpen man ønsker. (NOU 2004:18, s. 90). I tillegg til dette sitter bruker med kunnskap om hva som vil være mest nyttig hjelp for vedkommende. (Lauveng, 2020, s. 131). Det at bruker har innsynsrett er dermed ikke stor nok grad av brukermedvirkning.

Til tross for ulike brukergrupper finner man likheter i utfordringene man møter i utøvelsen av brukermedvirkning. Man er enig i at man blir dratt i ulike retninger, og det er ulike forventninger fra ulike personer. På grunnlag av dette kan man se de ulike faktorene man som sosialarbeider må ta hensyn til i utøvelsen av brukermedvirkning. Man ser hvor komplisert og vanskelig det kan være å utføre brukermedvirkning som sosialarbeider. Dette kan særlig være vanskelig med denne brukergruppen. Personer med psykiske lidelser kan i mange tilfeller streve med tankekjør og liten motivasjon, og derfor streve med å si det de ønsker. Dette ser vi omtalt av en bruker ved en akuttpost; ”Siden jeg som person kan ha full storm med tankekjør [...]. Dermed ville jeg nærmest være ute av stand til å formidle hvordan jeg rent faktisk har det!”. (Nordvik & Sundet, 2018, s. 216) Brukere med samtidig rus og psykiske lidelser vil da kunne ha vanskeligheter med tankekjør og svært sammensatte problemer med rus.

#### *6.3.1.4 Relasjon, tillit og respekt*

Alle artiklene nevner at relasjon er viktig, noen nevner også faktorer som tillit, respekt og kommunikasjon som viktig for brukermedvirkning. Man ser at faktorer som respekt og tillit har betydning for om brukere blir inkludert i egen behandling, altså betydning for hvilken grad brukermedvirkning utøves. (Mathisen et al., 2015, s. 17). Vektlegging på respekt og relasjonsbygging finner man også hos ansatte i kommunale omsorgstiltak. (Askheim, 2020, s. 180). Å vise respekt til bruker vil være å se på bruker som en person med ansvar for seg selv, og som har rett til sine følelser og tanker. (Ulla Holm 1987:40 referert i Aamodt, 1997, s. 58). Respekt er dermed grunnleggende for dannelse av relasjon. Å stole på at sosialarbeideren ønsker å hjelpe bruker og ha tillit til hverandre er også vist grunnleggende for relasjonsbygging. (Aamodt, 1997, s. 188). Man kan med dette si at å møte bruker som en

person med egne følelser og tanker, og å vise dem tillit, er viktig i utøvelsen av brukermedvirkning.

#### *6.3.1.5 Relasjon og kommunikasjon*

”I følge alle deltakerne var det personlige relasjoner som bygget broer over systembetingede barriere for medvirkning.” (Huby et al., 2018, s. 308). Her var deltakerne ROP-brukere som følte de forsvant i systemet av tjenestetilbud, og mente at gode relasjoner til sosialarbeider var grunnleggende for hjelpen de trengte gjennom brukermedvirkning. At relasjon er svært grunnleggende for brukermedvirkning ser man også at sosialarbeiderne mener i artiklene. Man ser at for sosialarbeidere handler brukermedvirkning om å realisere verdier gjennom blant annet relasjonsbygging. (Askheim, 2020, s. 180).

I artikkel ”Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner” finner man at personalet ved institusjoner har liten tid til å bli kjent med brukerne og at dette har betydning for interaksjonen mellom bruker og personal. (Mathisen et al., 2015, s. 24). Man får altså ikke god nok tid til å danne en relasjon til bruker og dette påvirker hvordan kommunikasjonen og interaksjonen blir mellom partene. Å bygge relasjon vil være en måte å få en tilknytning til en annen person, og tilknytning vil dermed være sentral i brukermedvirkning. Teorien om tilknytning av John Bowlby snakker om hvor viktig det er å ha trygge og sterke bånd til andre personer. (Eide & Eide, 2011, s. 143). Har man dannet en relasjon og en tilknytning vil man lettere kunne kommunisere på en bra måte mellom bruker og sosialarbeider. Brukere med ROP-lidelser kan streve med tankekjør og kan streve med å kommunisere verbalt. I artikkelen om pasientdeltakelse i journalføring får man lese om hvor viktig vedkommende synes denne formen for brukermedvirkning er i forhold til kommunikasjon mellom vedkommende og sosialarbeider. (Nordvik & Sundet, 2018, s. 216).

#### *6.3.2 Tjenesteperspektiver:*

Artiklene skriver om viktigheten av relasjon, kommunikasjon, tillit og respekt i utøvelsen av brukermedvirkning. Selv om disse faktorene beskrives som grunnleggende i artiklene er det ikke lagt særlig mye vekt på dette. Forfatterne av disse artiklene har valgt å ha mer fokus på systembetingede faktorer i utøvelsen av brukermedvirkning. De skriver om hvordan sosialarbeidere forholder seg til å være en del av et system, og politiske målsettinger.

I artiklene finner man blant annet temaene tjenesteutvikling og tjenesteytere. Disse er valgt å ta under tjenesteperspektiver. Disse temaene finner man særlig i artiklene ”Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren” og ” Brukermedvirkning – fra politikk til praksis”. Her er det fokus på hvordan de politiske målsettingene for brukermedvirkning er iverksatt blant sosialarbeidere. Alle sosialarbeidere eller tjenesteytere må forholde seg til strukturelle rammer ved sin arbeidsplass. I utøvelse av brukermedvirkning må man tenke på brukers ønsker, som man ser i de yrkesetiske retningslinjene. Her står det at man skal ha respekt for den enkeltes ønsker. (FO). I tillegg til dette må man arbeide innenfor strukturelle rammer. Dette ser man i Askheims artikkel hvor det står at man må tenke på å ivareta organisasjonens krav til effektivitet og optimal ressursutnyttelse. (Askheim, 2020, s. 171). Som sosialarbeider kan disse to hensynene skape spenninger.

#### *6.3.2.1 Tjenesteytere:*

Det finnes ulike strukturelle rammer på hver arbeidsplass, men effektivitet, bemanning og vaktskift vil være faktorer som kan skape spenning ved mange arbeidsplasser. Ved noen behandlingsplasser kan det være fokus på miljøterapeutiske aktiviteter hvor dette inngår som en del av strukturen. Dette kan føre til at sosialarbeidere føler de presser brukere lengre enn de ønsker og vil gjennom dette ikke høre på brukers ønsker, og underkjenner brukers innsikt i egen sykdom. (Mathisen et al., 2015, s. 24). Bruker sitter på kunnskap om hvordan helsetjenester skal utformes for å være mest mulig nyttig for vedkommende. (Lauveng, 2020, s. 131). Det vil dermed være lite gunstig å presse bruker til noe vedkommende ikke ønsker. Man ser med dette at strukturelle rammer kan påvirke hvordan tjenesteytere utøver brukermedvirkning, og bedringsprosessen til bruker.

#### *6.2.3.2 Tjenesteutvikling:*

Brukermedvirkning og de strukturelle rammene rundt dette henger sammen med tjenesteutvikling. Effektivitet er en sentral strukturell faktor som går igjen. Dette er grunnet tjenesteutviklingen. En viktig grunn til brukermedvirkning er at bruker skal kunne lære seg å mestre egen livssituasjon og gjennom dette bli mindre avhengig av helsetjenester. (Gibson, 1991; WHO, 1986, 2005. Referert i Storm, 2009, Kap. 1). Det er dermed viktig å hjelpe brukere nok til at de mestrer eget liv selv, slik at andre brukere som trenger mer hjelp kan få dette. I tillegg til at bruker mestrer livet bedre, vil brukermedvirkning gjøre at tjenesteutviklingen blir påvirket av brukers erfaringer og perspektiver. (Storm, 2009, Kap. 1).

Ettersom det er brukere som vet best hva som fungerer for vedkommende vil tjenestetilbudene gjennom brukermedvirkning bli forbedret.

## 7. Avslutning

Vi ser at de fire artiklene mener relasjon, kommunikasjon, respekt og tillit er grunnleggende faktorer for å utøve god brukermedvirkning. Med dette ser vi at teorien i denne oppgaven blir speilet i de fire artiklene. Til tross for at disse faktorene er grunnleggende viktig i alle artiklene, er det ikke lagt stort fokus på dette. Hovedfokuset i artiklene er utfordringer man møter i utøvelse av brukermedvirkning i forhold til å være en del av et system. Disse artiklene har fokus på at systembetingede og strukturelle rammer er årsaken til utfordringer med utøvelse av brukermedvirkning. Det er så klart utfordringer i forhold til hva brukere selv ønsker, og i hvor stor grad brukere ønsker å være involvert, men det er en påfallende sammenheng i alle artiklene at disse systembetingede og strukturelle rammene er hovedutfordringen med brukermedvirkning. Man ser dermed at teori om relasjon, kommunikasjon, respekt og tillit er svært viktig for brukermedvirkning, men strukturelle betingelser skaper utfordringer for disse teoriene.

Problemstillinger i denne oppgaven er hvordan man skal utøve brukermedvirkning. I artiklene blir det tatt opp utfordringer med nettopp denne utøvelsen, og man har sett på disse gjennom oppgaven. Til tross for at utfordringer ved brukermedvirkning ikke er problemstillingen, er det likevel relevant. For å kunne svare på hvordan man skal utøve brukermedvirkning, er det svært sentralt å ta for seg ulike utfordringer man kan møte i utøvelsen. I møte med disse utfordringene må man gjerne utøve brukermedvirkning på en annen måte. Man må utvikle strategier for å kunne utøve brukermedvirkning i møte med utfordringer, og gjerne finne andre måter å utøve brukermedvirkning på.

### 7.1 Konkret brukermedvirkning

Problemstillingen i denne oppgaven er ”Hvordan utøver sosialarbeidere brukermedvirkning i møte med ROP-brukere”. For å svare på dette må man se på hva de ulike artiklene har kommet frem til. Hva brukermedvirkning konkret kan være i møte med brukere er i følge artiklene blant annet måltider, turer, individuell plan, ukeplaner, hygiene og journalføring. Disse eksemplene for brukermedvirkning kommer gjerne under begrepet miljøterapi. Dette vil

si å gi bruker struktur og rammer for dagen slik at vedkommende kan delta i et fellesskap på egne premisser. (Hummervoll, 2012. Referert i Storm, 2009, s. 17).

## 7.2 Råd og veiledning som konkret brukermedvirkning

I tillegg til at brukermedvirkning kan være konkrete oppgaver og aktiviteter, finner man mindre konkrete måter å utøve brukermedvirkning på. Man kan komme med råd til brukerne om hva man som sosialarbeider mener vil være best eller man kan stille spørsmål på en annen måte. (Askheim, 2020, s. 178). En annen måte å utøve brukermedvirkning på er gjennom forhandling med bruker. (Mathisen et al., 2015, s. 21). Eksempel på dette kan være dersom man spør en bruker om å gå tur og denne brukeren sier at han/hun kan bli med å gå tur senere i uken. Da har bruker fått bestemme selv når vedkommende vil gå tur. Brukermedvirkning kan også utøves gjennom samhandling. For å kunne få hjelp må bruker kunne samhandle og samarbeide med sosialarbeider. Å kunne samarbeide med flere tjenesteytere er også viktig for god hjelp, men brukers rett til å velge hvem som er med på samhandlingen står sterkere enn selve samhandlingen. (Huby et al., 2018, s. 306).

## Litteraturliste

Valgfritt pensum er markert med: \*

Aamodt, L. (1997). *Den gode relasjon: støtte, omsorg eller anerkjennelse?* (1. Utg.). Ad Notam Gyldendal. \*211

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3rd edition). Open University Press.

Askheim, O. (2020). Brukermedvirkning – fra politikk til praksis: hvordan implementere de politiske målsettingene på bakkenivå? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(3-2020), 170-186. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-2052-2020-03-02> \*16

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgave skriving* (7.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS \*272

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Gyldendal Akademisk. \*52

Eide, H. & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3.utg.). Gyldendal Akademisk. \*25

FO, Fellesorganisasjonen. (2015). *Yrkes etisk grunnlagsdokument: for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere*. Hentet fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

FO, Fellesorganisasjonen. (2017). *Sosionomer og sosialt arbeid: Stå opp for trygghet*. [Brosjyre]. FO. <https://www.fo.no/getfile.php/1311738-1548957643/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Sosionomer%20og%20sosialt%20arbeid.pdf>. \*4

Folkehelseinstituttet. (2018). *Folkehelse rapporten – kortversjon: Helsetilstanden i Norge 2018*. Rapport 2018. Folkehelseinstituttet. \*22



Helsedirektoratet (2014). Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 28. februar 2014, lest 07. mai 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> \*148

Helsedirektoratet (2015). § 1-3 Definisjoner [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. januar 2018, lest 06. mai 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner> \*7

Helsedirektoratet (2017). Brukermedvirkning [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. oktober 2017, lest 05. mai 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> \*3

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L. E. & Klubben, M. (2018). Hvordan praktisere brukermedvirkning uten brukeren?: Organisatoriske utfordringer for brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenester i rus- og psykiatri-feltet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(4-2018). 296-312. \*16

Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: Det landskapet vi er mennesker i* (1.utg.). Universitetsforlaget.

Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner: Praktisering av ”brukermedvirkning” gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11 (2-2015), 16-31. \*15

Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/> \*10

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/> \*34

Nordvik, T. & Sundet, R. (2018). Brukermedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 15(2-3), 214-223. \*9

NOU 2004:18. (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene: samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og sosialdepartementet. \*5

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

Prop. 15 S (2015-2016). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/> \*39

Prop. 121 S (2018-2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/> \*3

Psykisk helsevernlov. 1999. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Sosialtjenesteloven. 2009. *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (LOV-2009-12-18-131). Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131>

St. Prop. Nr. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/> \*12

Storm, M., Rennesund, Å. & Jensen, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (1.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS \*27

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2.utg.). Cappelen Damm AS. \*14

Westerlund. (2012). Mer enn bare ord: ord og begreper i psykisk helsearbeid. 2012(4), 1-22, ISBN 978-82-93171-13-3. \*22

Ytrehus, S. (2019). Kommunalt rusarbeid. I Ytrehus, S. & Biong, S (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (2. Utg.,143-265). Cappelen Damm Akademisk.