

Bachelorgradsoppgave

**Sykepleieres holdninger til rusmisbrukere –
en utfordring i brukermedvirkningen?**

**Nurses' attitudes to drug addicts –
a challenge in terms of patient
participation?**

Caroline Fosland Karlsen

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i

sykepleie

2013

Antall ord: 10 176



Avdeling for helsefag

Abstrakt

Innledning: Rusproblematikk er et økende problem i Norge. Pasientene opplever å ikke få medvirke tilstrekkelig, tross at brukermedvirkning har vært et politisk satsingsområde i mange år. **Hensikt:** Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan sykepleieres holdninger påvirker brukermedvirkningen i behandlingen av rusavhengige pasienter. **Metode:** Oppgaven er en allmenn litteraturstudie, og ble basert på 9 kvalitative artikler, 6 kvantitative artikler og 1 artikkel benyttet metodetriangulering. **Resultat:** Funnene viste at sykepleieres holdninger kunne hemme eller fremme brukermedvirkningen, og at informantene opplevde å ha for lite kunnskaper om rusproblematikk. Det ble observert en mønster i sykepleiernes holdninger på bakgrunn av hvor de arbeidet. **Diskusjon:** Det var grunn til å tro at sykepleieres holdninger kunne være en årsak til at pasientene rapporterte manglende brukermedvirkning. Sykepleiere anså det som viktig at pasientene medvirket i behandlingen. Sykepleieres holdninger til rusmisbrukere kunne påvirkes av deres kunnskaper og erfaringer. Funnene kunne tyde på at en paternalistisk holdning fremdeles preger helsevesenet. **Konklusjon:** Det kan tenkes at en balanse mellom autonomi og paternalisme burde etterstrebes, og at en holdningsendring kan være nødvendig enkelte steder. Fokus på kunnskapsutvikling og kontinuerlig refleksjon og dialog i praksis, samt satsing på en reduksjon av frykten hos tjenesteyterne kan tenkes å bidra til fremming av brukermedvirkning i behandlingen av rusmisbrukere.

Keywords: Attitude of health personnel, drug-related disorders, patient participation, nurse, in-patient, unsystematic review

Om at hjælpe

At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der.

Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.

Soren Kierkegaard (1859)

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Hensikt | 2 |
| 2.0 Metode | 3 |
| 2.1 Datainnsamling | 3 |
| 2.2 Utvalg | 4 |
| 2.2.1 Inklusjonskriterier..... | 5 |
| 2.2.2 Eksklusjonskriterier..... | 5 |
| 2.3 Etiske overveielser | 6 |
| 2.4 Analyse | 6 |
| 3.0 Resultat | 9 |
| 3.1 Holdninger som kan hindre brukervedvirkning | 9 |
| 3.1.1 Negative holdninger..... | 9 |
| 3.1.2 Paternalisme..... | 9 |
| 3.1.3 Manglende tillit..... | 10 |
| 3.1.4 Frykt for egen sikkerhet..... | 10 |
| 3.1.5 Urealistiske forventninger hos pasienten..... | 11 |
| 3.2 Holdninger som kan fremme brukervedvirkning | 11 |
| 3.2.1 Respekt..... | 11 |
| 3.2.2 Innsikt i pasientens situasjon..... | 11 |
| 3.2.3 Tilstrekkelig og tilpasset informasjon..... | 12 |
| 3.2.4 Anerkjennelse av pasientens kunnskap..... | 12 |
| 3.3 Kunnskaper om rusmisbruk | 13 |
| 3.3.1 Sykepleieres kunnskapsnivå..... | 13 |
| 3.3.2 Undervisning som tiltak på arbeidsplassen..... | 13 |
| 4.0 Diskusjon | 15 |
| 4.1 Resultatdiskusjon | 15 |
| 4.1.1 Brukervedvirkning handler om holdninger..... | 15 |
| 4.1.1.1 Erfaringene påvirker holdningene..... | 16 |
| 4.1.2 Maktforholdet mellom sykepleieren og pasienten..... | 17 |
| 4.1.2.1 Mot en ny hjelperolle?..... | 18 |
| 4.1.3 En felles forståelse..... | 20 |
| 4.1.3.1 De kunnskapsrike pasientene..... | 20 |
| 4.1.3.2 Kunnskap er makt..... | 21 |
| 4.1.4 Kunnskapene påvirker holdningene..... | 23 |
| 4.1.4.1 Behov for en holdningsendring..... | 23 |
| 4.2 Metodediskusjon | 24 |
| 4.2.1 Forslag til videre forskning..... | 28 |
| 6.0 Konklusjon | 29 |
| Litteraturliste | 30 |

Vedlegg 1: Litteratursøk

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

1.0 Innledning

Selv om brukermedvirkning har vært et politisk satsingsområde i mange år uttrykker brukere at de ikke får medvirke tilstrekkelig (Hansen m.fl 2004; Larsen m.fl 2006; Storm 2009).

Helsesektoren er preget av en lang tradisjon med paternalisme. Tilrettelegging for brukermedvirkning og omfordeling av makten i relasjonen mellom sykepleieren og pasienten kan derfor være en utfordring i dagens helsevesen (Tveiten og Meyer 2009).

Begrepet brukermedvirkning kommer av det engelske ordet empowerment (Askheim og Starrin 2007). Empowerment defineres som en prosess som bidrar til å sette folk i stand til økt kontroll over forhold som påvirker egen helse (WHO 1998). Brukermedvirkning er pasientenes rett til å medvirke i gjennomføringen av helsetjenestene. Pasienten har med dette rett til å medvirke i sin behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 3-1). I denne oppgaven anvendes begrepene brukermedvirkning og medvirkning da lovverket og norsk forskning opererer med disse begrepene.

Rusmisbruk kan defineres som et sykdomskompleks bestående av kognitive, fysiologiske og atferdsmessige symptomer som gjerne medfører at personen har mindre kontroll på bruk av rusmidler (WHO 2013). Rusproblematikk er et økende problem, og det antas at omfanget vil fortsette å øke de neste 20 årene (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Brukerne opplever at mange i samfunnet har dårlige holdninger til dem, og de anses som en stigmatisert gruppe. Rusmisbruk og psykiske lidelser opptrer ofte sammen, og rusmisbruket øker risikoen for en rekke somatiske lidelser (Evjen m.fl 2007). Pasientene kan ha hyppige sykehusbesøk som et resultat av sykdommer og skader relatert til rusmisbruket (Popova m.fl 2007).

Sykepleiere kan med dette møte rusavhengige pasienter i både psykiatrien og somatikken (Evjen m.fl 2007). Denne oppgaven skrives ut fra et sykepleierperspektiv. Mennesker som bruker rusmidler og kategoriseres som misbrukere og avhengige er gjerne de som opplever mest problemer i forbindelse med sitt rusmisbruk (Helse- og omsorgsdepartementet 2003). Begrepene misbruk og avhengighet vil brukes synonymt i denne oppgaven da begrepene er overlappende og ofte brukes synonymt (Evjen m.fl 2007; Lund og Bretteville-Jensen 2010).

I følge Håkonsen (2010) består holdninger av av en tankemessig, en følelsesmessig og en atferdsmessig del. Dette innebærer at opplevelser og erfaringer bidrar til at meninger dannes, kunnskaper tilegnes og negative eller positive følelser utløses. Holdninger kan også påvirke

hvordan man handler og reagerer (Håkonsen 2010). På bakgrunn av dette kan en vurdere det som spesielt viktig å belyse hvordan sykepleieres holdninger til rusavhengige kan påvirke deres prioritering av brukermedvirkning til disse pasientene i praksis.

Sykepleieren skal vise omsorg overfor mennesker som lider, uavhengig av hvilken lidelse det er. Å fremme helse er et av sykepleierens grunnleggende ansvarsområder (Norsk Sykepleierforbund 2011). Helsefremming kan forstås som å støtte opp under pasientens egne ressurser og bidra til å utvikle disse slik at helsen fremmes (Alvsvåg 2012). I Norge har folkehelsepolitikken hatt som mål å gjøre det enklere for den enkelte å ta ansvar for egen helse (Helse- og omsorgsdepartementet 2002-2003). Målet bygger på Ottowacharterets ideologi, der tanken er at makten skal omfordeles fra sykepleierne til pasientene. Dette kan bidra til å styrke pasientenes ressurser, uavhengighet og tro (WHO 1986). Helselovgivningen vektlegger i stor grad pasienters rett til medvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 3-1), og sykepleieres arbeid skal gjenspeile samfunnsutviklingen og være i samsvar med helse- og utdanningspolitiske føringer (Kunnskapsdepartementet 2008; Norsk Sykepleierforbund 2011).

1.1 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleieres holdninger påvirker brukermedvirkningen i behandlingen av rusmisbrukere.

2.0 Metode

Denne oppgaven er en allmenn litteraturstudie. Denne typen studie kan beskrives som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt (Forsberg og Wengstrøm 2003). Funn fra tidligere studier er den viktigste informasjonskilden til allmenne litteraturstudier (Dalland 2007). Utvalgte artikler er kritisk gransket og analysert usystematisk. Målet med slike studier kan være å lage en beskrivende bakgrunn som motiverer til empirisk forskning, eller til å beskrive kunnskapsgrunnlaget på et område (Forsberg og Wengstrøm 2003).

2.1 Datainnsamling

Etter å ha utarbeidet en hensikt med studiet ble kjernebegrepene i hensikten oversatt til engelsk og anvendt som emne- og søkeord. Databasene Medline og Cinahl ble brukt da de dekker referanser til flere tusen tidsskrifter innenfor sykepleie (Polit og Beck 2012). SveMed+ ble brukt for å finne relevant nordisk forskning. For å finne gode artikler innenfor psykiatrien ble PsycInfo anvendt. Søk ble også utført i Helsebiblioteket og Idunn. De mest sentrale søkeordene var:

- Attitudes/attitude of health personnel
- Drug-related disorders/drug abuse/substance abuse
- Patient participation/user involvement/client participation
- Nurse*

På søkeordet «Nurse» er trunkering anvendt for å inkludere ulike endelser og varianter av ordet (Kunnskapsbasert praksis 2012). Ulike kombinasjoner av søkeordene ble søkt og avgrenset i de forskjellige databasene. Det ble haket av på "Explode" på søkeordene for å utvide søket, og sørge for at ingen potensielle relevante artikler skulle gå tapt. Søkestrategien ble også dokumentert i en egen tabell (Vedlegg 1).

Tabell 1: Eksempel på et litteratursøk 14.01.13

| Database | Avgrensninger | Søkeord | Treff | Utvalg 1 | Utvalg 2 | Utvalg 3 | Utvalg 4 |
|-----------|--|--------------------------------|-------|----------|----------|----------|----------|
| PsychInfo | Full text and language: published last 10 years and language: english, | Client participation AND | 164 | 164 | 15 | 7 | 2 |

| | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|
| | danish, norwegian and swedish | attitudes | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|

2.2 Utvalg

Kombinasjonen av søkeordene ledet i flere tilfeller til mange hundre treff. For å ikke gå glipp av relevant forskning ble titlene på alle artiklene gjennomgått i det første utvalget. Det ble gjort søk som ikke medførte resultater. Disse redegjøres ikke nærmere i denne oppgaven. Artiklenes tittel og sammendrag ble i første omgang undersøkt. Etter å ha gjennomført et utvalg av disse studiene ble artiklene lest i sin helhet. Av disse artiklene ble 15 valgt ut for gransking og vurdering (Vedlegg 1). I alle stegene ble artiklene vurdert opp mot oppgavens hensikt for å avgjøre om de var relevante for oppgaven. Artikler som ble ekskludert møtte ikke oppgavens krav i henhold til hensikten og dens begrensninger.

Flere håndsøk ble gjennomført med utgangspunkt i artiklenes litteraturlister. Kun en artikkel ble utvalgt. Artikkelen ble lagt merke til på bakgrunn av tittelen. Søket vises i tabell 2.

Artikkelen ble vurdert opp mot oppgavens hensikt på samme måte som de andre artiklene.

Tabell 2: Manuelt søk

| Database | Referanseliste i artikkel | Søk | Treff | Inkludert |
|----------|---|-----------------------|-------|-----------|
| Medline | Specialist substance misuse nurses' assessment and decision making in the management of drug misusers | Grafham E (forfatter) | 1 | 1 |

I de 16 utvalgte artiklene hadde 3 studier brukt samme utvalg, men utforsket ulike hypoteser (Sahlsten 2007; Sahlsten 2005^a; Sahlsten 2005^b). Studiet til Ford m.fl (2008) var en del av en større undersøkelse. Studiet til Ford (2011) bygget videre på disse dataene i sin undersøkelse.

Etter at studienes kvalitet ble bedømt ved hjelp av sjekklister utarbeidet av Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2006) ble infomasjonen overført i en oversiktstabell (Vedlegg 2). En av artiklene i utvalget benyttet metodetriangulering, 9 artikler var kvalitative og 6 var kvantitative. Kvalitativ og kvantitativ forskning gir ulike typer data, som begge kan belyse problemstillingen. Kvalitativ forskning gir ikke målbare tall, men uttalelser om et

fenomen (Dalland 2007). Studiene som benyttet en kvalitativ metode tilførte informasjon om sykepleiernes opplevelser og erfaringer. Den kvantitative forskningen uttrykker dataene i målbare størrelser (Dalland 2007). I et av studiene ble det for eksempel undersøkt hvor stor prosentandel av sykepleierne som følte de hadde tilstrekkelige kunnskaper om rusproblematikk.

2.2.1 Inklusjonskriterier

På grunn av at sykepleiere kan møte rusavhengige pasienter i både psykiatrien og somatikken ble begge arenaene inkludert (Evjen m fl. 2007). Det var også ønskelig å utforske om holdningene til rusavhengige varierer ut fra om sykepleierne arbeider i somatikken eller psykiatrien. Utvalget besto av samtykkekompetente pasienter (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 4-3). Type rusmidler ble avgrenset til illegale rusmidler, alkohol og misbruk av legemidler. Dette på grunn av at misbruk av disse rusmidlene ofte forbindes med stigmatisering (Evjen m.fl 2007).

Det ble fokusert på brukermedvirkning på individnivå i denne oppgaven. Graden av brukermedvirkning ble ikke avgrenset da forskningen skiller lite på dette. I januar 2001 tredje Pasient- og brukerrettighetsloven og Helsepersonelloven i kraft, og sørget for at brukermedvirkning ble lovpålagt i helsevesenet (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 3-1, Helsepersonelloven 2012, § 4). I 2004 sørget Rusreformen for at rusavhengige pasienter fikk pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet 2004). På bakgrunn av disse endringene i lovverket, i tillegg til et ønske om å utforske den nyeste forskningen ble litteratur publisert i løpet av de 10 siste årene inkludert. I resultatkapittelet ble det kun brukt originalstudier da dette var et krav i oppgaven. Studiene ble avgrenset på bakgrunn av språkferdigheter, der norsk, engelsk, svensk og dansk ble inkludert (Dalland 2007).

2.2.2 Eksklusjonskriterier

Studier om gravide rusavhengige, tvangsinnleggelses og rusavhengige i fengsel ble ekskludert på bakgrunn av tid og ordbegrensning. Studier gjennomført på sykepleierstudenter er ekskludert da målet med denne oppgaven er å undersøke ferdigutdannede sykepleieres holdninger.

2.3 Ethiske overveielser

I alle studier der det fokuseres på mening og innhold er etiske overveielser av betydning. Det anses som viktig å være selvkritisk til egne tolkninger, samt tydeliggjøre og skille informantenes og egne tolkninger (Fangen 2010). Artiklernes forfattere og deres bidrag i oppgaven ble anerkjent ved å henvise til dem som kilde. Plagiering ble unngått, og resultatene ble ikke fabrikkert. Det ble forsøkt å tilsidesette forforståelsen, da en objektiv tilnæringsmåte er ideelt. Alle artiklene som belyste problemstillingen ble inkludert, tross eventuelle motforestillinger i forkant av oppgaven (Polit og Beck 2012). Begrepet rusmisbruker ble anvendt i denne oppgaven, tross at begrepet kan oppleves stigmatiserende av noen. Faglitteratur og forskning anvender begrepet, og det ble derfor ansett som legitimt å anvende det i dette studiet. I 9 studier fremkom det tydelig at deltagerne hadde fått informasjon om studiet og hadde samtykket til å delta. 10 artikler var godkjent av etisk komité, og det fremkom i 3 studier at det ikke var behov for godkjenning da deltagelsen var frivillig og informantene ble ikke ansett som en sårbar gruppe. I 2 artikler fremkom det ikke at deltagerne hadde fått informasjon, hadde samtykket til deltagelsen eller at studiet var godkjent i etisk komité. Ved å søke etter ISSN-nummeret til artiklene i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2013) kom det frem at artiklene var fagfellevurdert. Artiklene var også publisert i anerkjente tidsskrift. På bakgrunn av dette ble artiklene inkludert i oppgaven. Enkelte studier hadde både tjenesteytere og pasienter som informanter. Her er etiske overveielser spesielt viktig da det er viktig å beskytte pasientene mot unødvendig risiko, ubehag eller fare (Clarke 2010; Polit og Beck 2012). I 2 av disse studiene mottok pasientene penger for å delta i forskningen. Polit og Beck (2012) mener at det kan anses som uetisk å tilby lønn for deltagelse i forskning. Spesielt pasientgrupper som står i en dårlig økonomisk status. Forskerne i disse studiene reflekterer over det etiske aspektet med å betale deltagerne, og viser med dette at de er bevisst på problematikken. Disse artiklene er godkjent av etisk komité og er med dette inkludert i oppgaven.

2.4 Analyse

En kategoribasert analyse inspirert av Graneheim og Lundman (2004) ble gjennomført for å tolke artiklene. Analysen startet allerede da artiklene ble lest gjennom første gang. Artiklene ble lest gjennom flere ganger for å få et helhetsinntrykk av hva som var viktig i hver enkel artikkel. Polit og Beck (2012) mener at dette er viktig, da analysen handler om å identifisere et mønster i funnene og sammenfatte disse videre til kategorier. Meningsenhetene som ble ansett som relevant for hensikten ble identifisert og notert i stikkordsform. Dette utgjorde til

slutt 6 dataskrevne sider. Det neste steget var å undersøke meningsenhetene i lys av oppgavens hensikt for å danne relevante subkategorier. Stikkordene ble klippet ut og separert. Deretter ble stikkordene samlet i grupper med utgangspunkt i hvilket område de belyste. Det ble så undersøkt om noen av disse kunne slås sammen, og teksten ble videre behandlet. Underkategoriene ble utformet på bakgrunn av denne teksten. De viktigste temaene i artiklene ble så sammenfattet i 3 kategorier og beskrevet nærmere i resultatet. Eksemplet i figur 2 er basert på 10 artikler, og danner 5 subkategorier.

Tabell 3: Eksempel på analysen av temaet «Holdninger som kan hindre brukermedvirkning»

| Meningsfulle enheter | Subkategori | Kategori |
|--|---|--|
| <p>Anså brukerne som utfordrende og vanskelige. Fordommer påvirket brukermedvirkningen (Patterson m.fl 2008). Tenkte at pasientene var vanskelige. Stereotype karakterer (Natan m.fl 2009). Dømte pasientene. Anså ikke pasientene som syke. Pasientene ble stigmatisert. Ønsket ikke å arbeide på avdelingen. Anså problemene som selvpåførte (Lovi og Barr 2009). Holdninger til rusmisbrukere som et hinder for brukermedvirkning. Oss-og-dem-holdning (Patterson m.fl 2009). Kun 30% var motivert til å arbeide med pasientene (Ford m.fl 2008).</p> | <p>1. Tenker at pasientene er utfordrende</p> <p>2. Tenker at pasientene er stereotype</p> <p>3. Lite motivert til å arbeide med pasientene</p> | <p>Holdninger som kan hindre brukermedvirkning</p> |
| <p>Paternalistisk tradisjon påvirket holdningene til brukermedvirkning (Patterson m.fl 2009). Paternalistisk holdning som hinder for medvirkning. Utfordrende å endre arbeidsmåte etter mange år. Lite erfaring kunne føre til behov for kontroll (Sahlsten m.fl 2005^b). Tenkte at pleierne visste best. Stilte spørsmål om legitimiteten ved å involvere pasienter med selvpåførte problemer (Patterson m.fl 2008). Brukermedvirkning burde begrenses i enkelte tilfeller for at behandlingen skal bli vellykket. Sykdommen gjorde at pasientene ikke kunne ta ansvarlige valg (Fischer og Neale 2008). Usikre på om pasientene var kapable til å mestre ansvaret med å medvirke (Mccann m.fl 2008).</p> | <p>4. Paternalisme som hinder</p> <p>5. Tenker at problemene er selvpåførte</p> <p>6. Tenker at pasientene er maktesløse</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>Manglet tillit til pasientene (Patterson m.fl 2009). De fleste tenkte at pasientene var ærlige. Noen stolte ikke på pasientene, tenkte de var manipulerende. Fryktet at de skulle utnytte medvirkningsprosessen (Fischer og Neale 2008). Tenkte at pasientene ikke er ærlige (Ford 2011). Tenkte at pasientene lyver og er manipulerende. Stilte spørsmål ved pasientenes motivasjon for medikamenter. Ødela tilliten til dem (Ford 2011). Fryktet manipulering (Natan m.fl 2009). Fryktet at pasientene skulle utnytte medvirkningsprosessen ved å stille urealistiske krav (Patterson m.fl 2008).</p> | <p>7. Manglende tillit 8. Tenker at pasientene er manipulerende 9. Fryktet at pasientene skulle utnytte sin posisjon</p> | |
| <p>Potensiell vold skapte frykt for egen sikkerhet. Har følt seg truet flere ganger. Har påvirket holdningene. Økt sannsynlighet for voldelige og aggressive responser ved ruset tilstand. Ga etter pasientenes krav i frykt for vold. Kunne ikke gi omsorg under slike forhold (Ford 2011). Fryktet vold (Natan m.fl 2009).</p> | <p>10. Frykten hadde påvirket holdningene 11. Ga etter krav i frykt for egen sikkerhet</p> | |
| <p>Pasientene hadde urealistiske forventninger. Utfordrende å veilede pasienten mot passende behandling. Viktig med god informasjon. Sterke meninger om behandling de ønsket. Noen skrev seg ut da de ikke fikk behandlingen de ønsket. Ønsket å holde brukerne i systemet. Ga noen ganger etter pasientenes krav. Ønsker kunne stride mot fagkunnskapen (Matheson m.fl 2006). Kunne ha urealistiske forventninger til behandlingen. Medvirkningen burde begrenses i enkelte tilfeller for at behandlingen skulle bli vellykket (Fischer og Neale 2008).</p> | <p>12. Opplevelse av pasientens forventninger som urealistiske 13. Behov for å begrense medvirkningen</p> | |

3.0 Resultat

Med utgangspunkt i Håkonsens (2010) definisjon av holdninger ble resultatet basert på de tre elementene tanker, følelser og atferd. Funnene belyste holdninger som kan hemme eller fremme brukermedvirkning, sykepleieres kunnskapsnivå og hvordan det kan påvirke brukermedvirkningen, samt undervisning som tiltak for å bedre holdningene.

3.1 Holdninger som kan hindre brukermedvirkning

3.1.1 Negative holdninger

I både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten hadde flere tjenesteytere negative holdninger til rusmisbrukere (Ford 2011; Lovi og Barr 2009; Natan m.fl 2009; Patterson m.fl 2008). Et studie viste at sykepleiere uten videreutdanning hadde dårligere holdninger i psykiatrien (Lovi og Barr 2009). Noen studier viste at negative holdninger kan påvirke pasientenes evne til å medvirke i negativ forstand (Patterson m.fl 2009; Patterson m.fl 2008). Disse holdningene kunne komme til syne ved negative bemerkelser blant personalet (Lovi og Barr 2009), eller ved at personalet distanserte seg fra pasientene med en oss og dem-holdning (Patterson m.fl 2009). Noen studier viste at enkelte tjenesteytere oppfattet pasientene som stereotype med for eksempel lav sosioøkonomisk status og smittsomme sykdommer (Natan m.fl 2009; Lovi og Barr 2009). Tjenesteyternes holdninger kunne påvirke pleien og omsorgen pasientene fikk. Et studie fra somatikken viste at sykepleiere med fordommer ga dårligere pleie til rusmisbrukere (Natan m.fl 2009). Kun 30 % av deltagerne rapporterte at de var motiverte til å arbeide med rusmisbrukere i somatikken (Ford m.fl 2008), og noen lite villige til å ta vakter i ruspsykiatrien (Lovi og Barr 2009).

3.1.2 Paternalisme

Tanken om den fagkyndige som ekspert bidro til en negativ innstilling til brukermedvirkning hos noen sykepleiere (Patterson m.fl 2009; Patterson m.fl 2008). Pleiere med en lang yrkeskarriere kunne fremdeles bære preg av den paternalistiske tradisjonen i somatikken. Andre med lite erfaring kunne på den andre siden ha større behov for makt og kontroll på grunn av usikkerhet i yrkesutøvelsen (Sahlsten m.fl 2005^b). I enkelte tilfeller tenkte informantene at brukermedvirkning verken var hensiktsmessig eller gjennomførbart. I disse tilfellene kunne pasientenes kognitive funksjon være nedsatt, og kunne videre påvirke deres evne til å ta informerte valg. Noen tenkte på pasientene som maktesløse i primærhelsetjenesten. De anså lidelsen og utfordringene som følger med som overveldende

for pasienten, og tenkte at dette kunne gjøre dem uegnet til å medvirke (Fischer og Neale 2008). I primærhelsetjenesten stilte noen informanter spørsmål om legitimiteten ved å involvere pasienter med selvpåførte problemer i behandlingen (Patterson m.fl 2008). I psykiatrien var tjenesteyterne uenige om pasientene hadde evne til å mestre ansvaret brukermedvirkningen førte med seg (McCann m.fl 2008).

3.1.3 Manglende tillit

I somatikken og kommunene tenkte flere informanter at pasientene ikke var til å stole på. Dette kunne være en utfordring i brukermedvirkningsarbeidet (Fischer og Neale 2008; Ford 2011; Natan m.fl 2009; Patterson m.fl 2009). Tjenesteyterne i somatikken uttrykte bekymring over å skulle gi omsorg til pasienter de manglet tillit til. I flere tilfeller hadde tilliten blitt ødelagt av manipulerende atferd fra pasientenes side. Dette kunne oppleves i forbindelse med smertelindring. En deltager fortalte at hun anså det som vanskelig å skulle vurdere om pasienten ønsket smertestillende på grunn av faktiske smerter, eller på grunn av rusmisbruket når hun ikke kunne se fysiske tegn på smerten (Ford 2011). I primærhelsetjenesten rapporterte informantene at dårlige erfaringer med rusmisbrukere og tanken på dem som manipulerende kunne føre til en frykt for at pasientene skulle utnytte medvirkningsprosessen. Dette ble videre utdypet med at pasientene er i en posisjon der de kan utnytte medvirkningen for å få gjennom urimelige krav om for eksempel medikamenter. Men resultatet viste at hovedvekten av informantene i dette studiet tenkte at pasientene var ærlige med dem (Fischer og Neale 2008). Et annet studie viste også at noen informanter var bekymret for at pasientene skulle utnytte sin rett til å medvirke ved å stille urealistiske krav (Patterson m.fl 2008).

3.1.4 Frykt for egen sikkerhet

Flere informanter i somatikken fryktet voldelige pasienter (Ford 2011; Natan m.fl 2009). Erfaringene deres tilsa at pasientene kunne være aggressive og voldelige. Dette hadde farget deres syn på pasientene. Spesielt under ruspåvirket tilstand kunne pasientene oppleves som aggressive (Ford 2011). En deltager uttrykte frustrasjon over at rusmisbruket påvirket pasientenes evne til å være rasjonell og kunne lede til at pasientene ble aggressive. Frykten for en voldelig respons førte i noen tilfeller at sykepleierne ga etter pasientenes krav. En annen informant følte det var vanskelig å ha omsorg for pasienten når han var aggressiv (Ford 2011).

3.1.5 Urealistiske forventninger hos pasienten

Noen informanter hadde erfaring med at pasientene kunne ha sterke meninger om hvilke behandlingsmetode de ønsket. Disse ønskene var ikke alltid i tråd med sykepleierens faglige kunnskaper og erfaringskompetanse (Matheson m.fl 2006). Urealistiske forventninger hos pasientene om lengden på behandlingen og behandlingen i seg selv kunne i enkelte tilfeller gjøre det aktuelt for sykepleieren å begrense graden av brukermedvirkning. Ved å begrense medvirkningen kunne de forhindre at pasientene stresset inn i behandlingen med urealistiske mål, og kunne med dette bidra til at behandlingen ble mer vellykket (Fischer og Neale 2008). For å kunne oppnå et best mulig resultat var det i noen tilfeller ansett som nødvendig å veilede pasienten mot et mer passende behandlingsalternativ. Dette fungerte ikke i alle tilfellene. Noen ganger ønsket pasientene en spesiell behandlingsmetode så sterkt at de ikke hørte på andre forslag. I noen tilfeller resulterte det i at pasienten fikk gjennomslag for sitt ønske, tross sykepleierens motforestillinger. Dette på bakgrunn av en redsel for at pasientene skal forsvinne ut av systemet (Matheson m.fl 2006).

3.2 Holdninger som kan fremme brukermedvirkning

3.2.1 Respekt

Siden rusreformen har det skjedd en holdningsendring innenfor psykisk helsevern. Dette har informantene observert ved at pasientene møtes med mer respekt i avdelingene (Sælør og Biong 2011). Deltagerne tenkte at det er viktig å respektere pasientens ønsker og behov. De tenkte at trygghet og respekt kunne bidra til at pasienten i større grad uttrykte sine ønsker og meninger (Patterson m.fl 2009; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Respekt fremmet brukermedvirkning (Patterson m.fl 2009). Flere sykepleiere i somatikken tenkte at pasientene fortjente like god omsorg som andre pasienter, og pasientene ble ikke stilt ansvarlig for sine problemer (Natan m.fl 2009). I psykiatrien hadde pleierne en aksepterende og tolererende holdning til rusmisbrukere, og hadde lite stereotype holdninger (Richmond og Foster 2003).

3.2.2 Innsikt i pasientens situasjon

Sykepleieren burde prøve se mennesket bak pasientrollen og forstå årsaken til pasientens situasjon uttrykte deltagerne. Hun burde ha som mål å forstå situasjonen slik pasienten forstår den (Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Deltagerne uttrykte at det var viktig å ha innsikt i pasientens situasjon og kunnskaper om årsaken til den for å kunne kartlegge hans ressurser. Dette kunne gi sykepleieren et innblikk i pasientens forutsetninger til å medvirke

(Sahlsten m.fl 2005^a; Sahlsten m.fl 2005^b). Dette kunne videre gi sykepleieren en mulighet til å legge til rette for den enkelte pasient, slik at han kunne medvirke på et nivå som passet ham (Sahlsten m.fl 2005^a). I arbeidet med brukermedvirkning ble et fokus på pasientens ressurser ansett som viktig (Mccann m.fl 2008; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Sykepleieren burde støtte pasienten slik at han får tro på egne evner mente informantene (Sahlsten m.fl 2007). I psykiatrien sa informantene at det var viktig å la pasientene ta ansvar for egen behandling (Grafham m.fl 2004). Noen tenkte at mange rusmisbrukere er velfungerende mennesker med familie og arbeid, som burde gis en sjanse på lik linje med andre pasienter (Lovi og Barr 2009). Informantene uttrykte også at det var viktig å reflektere over hvordan sykepleierens tilnæringsmåte kunne påvirke pasientens evne til brukermedvirkning (Sahlsten m.fl 2005^a).

3.2.3 Tilstrekkelig og tilpasset informasjon

Sykepleierne rapporterte at det var viktig å dele nødvendig og tilpasset informasjon med pasienten om behandlingen. Dette krevde at sykepleieren tilpasset språket i møte med pasienten. Slik kunne forholdene legges til rette for pasientens deltagelse i beslutningsprosesser (Matheson m.fl 2006; Mccann m.fl 2008; Sahlsten m.fl 2005^a). Ved å gi pasienten informasjon og valgmuligheter ha sykepleieren pasienten mulighet til å ta avgjørelser (Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Tjenesteyterne mente at pasientens kognitive funksjon var av betydning i brukermedvirkningen, da dette kunne påvirke pasientenes evne til å huske informasjon (Fischer og Neale 2008).

3.2.4 Anerkjennelse av pasientens kunnskap

Utvexling av kunnskap med pasientene, samt en anerkjennelse av deres kunnskaper og erfaringer ble ansett som faktorer som kunne fremme brukermedvirkning (Mccann m.fl 2008; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Slik kunne pasientens kompetanse verdsettes (Sahlsten m.fl 2005^a). For å kunne arbeide mot samme mål anså deltagerne det som viktig at partene delte informasjon og kunnskaper (Sahlsten m.fl 2005^a; Sahlsten m.fl 2005^b). For å tørre dele kunnskapene tenkte informantene at det var viktig for pasienten at han ble akseptert av sykepleieren (Sahlsten m.fl 2007). Flere tenkte at pasientene burde ha en sentral rolle i avgjørelsesprosesser da pasienten selv har kunnskapene om seg selv og sine behov (Grafham m.fl 2004; Mccann m.fl 2008; Patterson m.fl 2008; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a; Sahlsten m.fl 2005^b). Et studie viste at pasientene hadde sterk innflytelse på behandlingen i

praksis (Matheson m.fl 2006).

3.3 Kunnskaper om rusmisbruk

3.3.1 Sykepleieres kunnskapsnivå

I psykiatrien rapporterte deltagerne at mangelfull kompetanse fremdeles er et faktum, og at kompetanseutvikling på dette området nedprioriteres (Sælør og Biong 2011). Lite teoretisk og praktisk kunnskap om pasientenes helsesituasjon ble ansett som et potensiell hinder for brukermedvirkning (Sahlsten m.fl 2005^b). Et studie viste at kun 25 % av tjenesteyterne følte seg kvalifisert til å arbeide med rusmisbrukere i somatikken (Ford m.fl 2008). Informantene uttrykte at rusproblematikk har blitt underprioritert i utdanningen. I praksis viste det seg at sykepleiere uten videreutdanning kunne ha et lavere kunnskapsnivå på området (Lovi og Barr 2009). Årsaken til at noen informanter ønsket arbeide på egne avdelinger for rusproblematikk var nettopp for å få mer kunnskap om rusmisbrukere og deres problemer (Grafham m.fl 2004).

Et studie viste at lite erfaring kunne medføre usikkerhet og et behov for makt og kontroll (Sahlsten m.fl 2005^b). Noen hadde lite erfaring med rusmisbrukere (Lovi og Barr 2009). Andre som hadde erfaring med disse pasientene ytret et ønske om å arbeide mer med dem. Dette på grunn av at erfaringene hadde vekket deres interesse for rusproblematikk (Grafham m.fl 2004). Noen informanter uttrykte at manglende kunnskap og erfaring med rusmisbrukere kunne bidra til et negativt syn på disse pasientene (Lovi og Barr 2009).

Noen sykepleiere i somatikken følte de hadde de nødvendige kunnskapene for å kunne gi god pleie til pasientene (Natan m.fl 2009). Sykepleiere i psykiatrien fortalte at dersom de var usikre angående håndteringen av pasientene, diskuterte de dette med sine kolleger (Grafham m.fl 2004). En deltager uttrykte at avdelingene kunne bli flinkere å samarbeide, og foreslo at avdelinger med innlagte rusmisbrukere kunne henvende seg til ruspsykiatrien ved behov (Lovi og Barr 2009). Norske sykepleiere i psykiatrien uttrykte et ønske om å lære mer om rusmisbruk slik at deres kompetanse på området kunne forbedres (Sælør og Biong 2011).

3.3.2 Undervisning som tiltak på arbeidsplassen

Det ble undersøkt om undervisning om rusproblematikk på arbeidsplassen hadde effekt på sykepleieres kunnskaper og holdninger til rusmisbrukere. I et studie viste det seg at

undervisning hadde en positiv innvirkning på både holdningene og kunnskapene umiddelbart etter studiet og ytterligere ved oppfølgingen etter 6 måneder (Munro m.fl 2006). Undervisning på arbeidsplassen som tiltak er utprøvd av flere. I studiet til (Ford m.fl 2008) ble det konkludert med at undervisningens effekt på holdningene var tilstedeværende, men at ansatte hadde større behov for støtte fra medarbeidere og mulighet til å kunne diskutere og reflektere over pasienter og situasjoner sammen (Ford m.fl 2008). Sykepleiere rapporterte at refleksjon var viktig i arbeidet med brukermedvirkning. De anså det som viktig å prøve å betrakte seg selv utenfra, slik at endringer kunne gjøres ved behov. For å kunne gjøre dette var det viktig å reflektere over egne følelser og handlinger, samt hvordan disse kunne påvirke pasientene (Sahlsten m.fl 2005^b). Dette synet ble støttet av flere informanter som anså det som viktig å kjenne seg selv og reaksjonene som kunne forekomme i møtet med pasienten (Sahlsten m.fl 2005^a). Informantene uttrykte at reflekterte sykepleiere hadde større forutsetning til å forstå pasientene. Manglende refleksjon kunne føre til lite personlig vekst, og kunne påvirke samarbeidet med pasienten i negativ forstand (Sahlsten m.fl 2005^b).

4.0 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleieres holdninger påvirker brukermedvirkningen i behandlingen av rusmisbrukere. Hovedfunnene viser at sykepleiere har holdninger som både hindrer og fremmer brukermedvirkning. Det er ulike holdninger til pasientene på bakgrunn av hvor sykepleierne arbeider. Disse mønstrene er identifisert med utgangspunkt i funnene. I somatikken og primærhelsetjenesten frykter sykepleiere voldelige og manipulerende pasienter. Flere sykepleiere i somatikken rapporterer at de ikke ønsker å arbeide med denne pasientgruppen. Resultatene viser at hovedvekten av informantene i psykiatrien har en god holdning til pasientene, og at de møtes med respekt i avdelingene. Funnene viser tegn til at en paternalistisk holdning fremdeles preger helsevesenet. Flere studier viser at tjenesteyterne tenker at det er viktig at pasientene får ta ansvar i egen behandling i både somatikken og psykiatrien. Det er lite fokus på rusproblematikk i utdanningen. Sykepleiere i somatikken og psykiatrien rapporterer at de har for lite kunnskaper om rusproblematikk, og ønsker å lære mer. Undervisning har blitt utprøvd som tiltak på arbeidsplassen med varierende effekt.

4.1.1 Brukermedvirkning handler om holdninger

Resultatet viser at negative holdninger til rusmisbrukere er tilstedeværende i både spesialist- og primærhelsetjenesten (Lovi og Barr 2009; Natan m.fl 2009; Patterson m.fl 2009; Patterson m.fl 2008). Denne oppfatningen deles av pasientene (Fischer m.fl 2008; Patterson m.fl 2008). Noen rusavhengige opplever møtet med hjelpeapparatet som vanskelig (Dahl 2012). Mange har dårlig selvtillit og føler seg liten i møtet med tjenesteutøverne. Pasientene opplever at de må være sterke for å bli hørt, og at det er vanskelig å stå på sine krav (Larsen m.fl 2006; Løken 2006). Flere pasienter føler seg maktesløse og at helsetjenesten motarbeider dem. Dette kan gjøre at pasientene ikke ser hvordan de kan samarbeide med tjenesteyterne, men at de heller prøver å leve med eller kjempe mot systemet (Dahl 2012). Sykepleieres holdninger kan påvirke brukermedvirkningen (Patterson m.fl 2009; Patterson m.fl 2008). Gullestad (2010) mener at tjenesteyternes holdninger ofte er den egentlige årsaken til at manglende brukermedvirkning rapporteres av pasientene. Selv om tjenesteyterne tar utgangspunkt i brukermedvirkningsprinsippet i møtet med pasientene, behøver det ikke å automatisk medføre at pasientene blir møtt på en bedre måte (Gullestad 2010). En kan ut fra dette tolke at brukermedvirkning handler om holdninger.

I praksis kan brukermedvirkning forstås og praktiseres ulikt. Sykepleieres tolkning og interesse av brukermedvirkning gjør den personavhengig (Løken 2006; Storm 2009). Askheim (2009) stiller spørsmål om manglende praktisering av brukermedvirkning i praksis har en sammenheng med at noen tjenesteytere anser rusmisbrukere som ikke-verdige trengende. Resultatet viser at noen tjenesteytere i kommunene tenker at pasientene har påført seg problemene selv. Dette fikk dem til å vurdere om det var legitimt å involvere pasientene i avgjørelsesprosessene (Fischer og Neale 2008; Patterson m.fl 2008). Opplevelsen av å bli møtt med en slik holdning kan hindre pasientenes brukermedvirkning (Fisher og Neale 2008). Resultatet viste derimot at tjenesteytere i somatikken og psykiatrien ikke klandret pasientene for situasjonen de hadde kommet opp i (Lovi og Barr 2009; Natan m.fl 2009).

4.1.1.1 Erfaringene påvirker holdningene

Resultatet viser at sykepleieres holdninger i noen tilfeller har blitt farget av erfaringene med pasientene. Noen tjenesteytere i somatikken og kommunene har erfart at disse pasientene kan være manipulerende eller truende (Fischer og Neale 2008; Ford 2011; Natan m.fl 2009; Patterson m.fl 2009). Slike erfaringer kan gi sykepleieren en bekreftelse på hennes fordommer, og kan resultere i at tjenesteyterne tenker at pasientene ikke er til å stole på (Askheim 2009). Fugelli (2010) mener at tillit ofte medfører en maktoverføring. Ut fra dette kan en tolke at maktoverføringen kan svekkes dersom sykepleierne ikke stoler på pasientene. Brukermedvirkning handler om å overføre makt til pasientene (Larsen m.fl 2006; Askheim og Starring 2007). På bakgrunn av dette kan man tolke at manglende tillit kan være en barriere for brukermedvirkningen. Brukermedvirkning i samarbeid med rusavhengige kan med dette være utfordrende for tjenesteutøverne (Askheim 2009). Selv om det kan være utfordrende, har sykepleiere fremdeles et ansvar for å sikre at rusavhengige får mulighet til å medvirke på lik linje med andre pasienter (Larsen m.fl 2006). Et studie viser på den andre siden at man kan ha fordommer før man blir kjent med pasientene og begynner å samarbeide med dem. Ved å få innsikt i de bakenforliggende årsakene til misbruket kan sykepleieren få en forståelse for deres situasjon og en kan utvikle empati for dem (McLaughlin m.fl 2006).

Rusmisbruket kan påvirke pasientenes evne til å være rasjonelle, og kan gjøre dem aggressive. Flere tjenesteytere er av den grunn redd for sin egen sikkerhet i møtet med rusmisbrukerne (Ford 2011). Frykt er i følge Håkonsen (2010) en tankemessig vurdering av

en situasjon som farlig, som kan oppleves med uro og ubehag. Et studie viser at noen tjenesteutøvere i somatikken gir etter pasientenes krav om medikamenter dersom de føler seg truet av pasientene (Ford 2011). Dette kan tolkes som en forsvarsstrategi der sykepleieren gir etter pasientens krav for å unngå en konflikt. Videre kan dette tolkes som en avmaktssituasjon, der sykepleieren kanskje ikke ser noen annen utvei enn å gi etter pasientens krav (Nordvoll 2010^a).

Bang (2011) sier at det er en direkte sammenheng mellom sykepleieres arbeidssituasjon og kvaliteten i pasientbehandlingen. Et høyt stressnivå kan hemme sykepleierens empati, og kan i seg selv medføre en økt risiko for konfliktsituasjoner (Arbeidstilsynet 2009). Et godt arbeidsmiljø er også viktig for å unngå sykefravær (Johannessen 2010). Det er derfor viktig å ha kunnskap om arbeidsmiljøet i avdelingene, og hvilke tiltak som kan bedre forholdene (Bang 2011). Organisering av arbeidet er en viktig oppgave arbeidsgiveren har for å forebygge helseskadelig stress hos arbeidstakerne (Arbeidsmiljøloven 2012, § 4-1). Dette kan gjøres ved å redusere risikoforholdene. I situasjoner der sykepleiere skal håndtere potensielt utagerende pasienter kan arbeidsgiver tilrettelegge arbeidet slik at to sykepleiere kan arbeide sammen. Virksomheten burde ha klare retningslinjer for hvordan vold kan takles, og voldsepisoder burde registreres og meldes. De ansatte burde ha opplæring og trening i å takle vold, og det burde være et opplegg for sykepleiere som har blitt utsatt for vold (Arbeidstilsynet 2009).

4.1.2 Maktforholdet mellom sykepleieren og pasienten

Maktforholdet mellom sykepleieren og pasienten er i utgangspunktet skjevt (Nordvoll 2010^a). Sykepleierens profesjonelle kompetanse bidrar til at hun opprettholder sin ekspertstatus (Tveiten og Severinsson 2005). Et studie i resultatet viser at tjenesteyterne er lite villige til å gi opp denne statusen (Patterson m.fl 2009). Pasientene er avhengige av de fagkyndiges hjelp, og forskning viser at pasientene anser tjenesteyterne som ekspertene (Fischer m.fl 2008; Larsson m.fl 2007; Patterson m.fl 2008). Det skjeve maktforholdet gir sykepleieren mulighet til å opptre paternalistisk (Antonsen 2008; Nordvoll 2010^a). En paternalistisk holdning anses som en barriere for brukermedvirkning av både sykepleiere og pasienter (Larsson m.fl 2011; Patterson m.fl 2009). En paternalistisk holdning kan bidra til å forsterke pasientenes avmakt, samt skape diskriminerende holdninger til pasientene (Nordvoll 2010^b). På bakgrunn av tanken om at den fagkyndige vet best eller at pasientene ikke har kunnskapene eller evnene til

å være en aktiv deltager, kan sykepleiere mistenkes for å ikke involvere pasientene tilstrekkelig i avgjørelsesprosesser (Fischer m.fl 2008; Larsen m.fl 2006). Et studie viser at pasientene opplever at sykepleieren ikke tar hensyn til deres ønsker og meninger, og at hun tenker at hun vet best hvilke behov pasientene har (Larsson m.fl 2011). Ut fra dette kan en tolke at sykepleieren er i en posisjon der hun kan avgjøre hvor mye pasienten skal få medvirke, og at denne makten kan utgjøre et hinder for pasientenes brukervedvirkning. Pasientene har på den andre siden en rett til å medvirke, og sykepleieren er med dette pliktet til å respektere denne rettigheten (Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 3-1).

Brukermedvirkning krever at sykepleieren er bevisst på maktforholdet, og at hun arbeider for at pasienten skal være likeverdig (Fisher og Neale 2008; Løken 2006). For å unngå unødvendig krenkelse av pasienten burde sykepleieren være bevisst på måten hun bruker sin makt i behandlingen. Dette endrer ikke maktforholdet, men kan forhindre at maktutøvelsen oppleves ubehagelig for pasienten (Nordvoll 2010^a). Et mål med brukervedvirkningen er et likeverdig samarbeid, der makten og innflytelsen deles mellom partene (Askheim og Starrin 2007; Larsen m.fl 2006). For å kunne nå dette målet må pasientene tørre å ta mer makt, mens sykepleierne må tørre å gi makten fra seg (Løken 2006). Forskning viser at noen pasienter i kommunene er redde for å ta mer makt, da de frykter at de har lite å bidra med i behandlingen (Patterson m.fl 2008). Pasienter i psykiatrien kan ha en ekstra utfordring. Psykiske lidelser kan ofte involvere tilbaketrekning og en avmaktsfølelse. Dette kan gjøre det vanskelig å være en aktiv deltager i behandlingen (Antonsen 2008). På bakgrunn av dette kan brukervedvirkning tenkes å være spesielt viktig innen psykisk helsefeltet. Sykepleiere i psykiatrien tar ofte de endelige avgjørelsene dersom partene er uenige (Hansen m.fl 2004; Oeye m.fl 2009). Ut fra dette kan en tolke at manglende brukervedvirkning kan være utpreget her, og at dette kan potensielt være et resultat av en paternalistisk holdning. Dette kan videre indikere at psykiatriske avdelinger burde få et økt fokus på brukervedvirkning, samt en balanse mellom autonomi og paternalisme.

4.1.2.1 Mot en ny hjelperolle?

Det kan tenkes at ideologien om brukervedvirkning sørger for at sykepleierens rolle endrer seg. Sykepleierens rolle omhandler i en større grad veiledning av pasienten enn før, da hennes rolle i større grad handlet om å løse pasientens problemer (Tveiten 2012).

Brukermedvirkningen utfordrer tjenesteyternes tradisjonelle makt, og har påvirket

tjenesteytneres holdninger slik at de fokuserer mer på pasientenes ressurser og evne til å medvirke (Nordvoll 2010^b). Resultatet viser at fokus på pasientens ressurser anses som viktig i arbeidet med brukermedvirkning (McCann m.fl 2008; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Generelt er brukermedvirkningsperspektivet preget av et positivt syn på brukeren. Brukeren ses på som et menneske som vil sitt eget beste, som kan være aktiv og handlende hvis forholdene legges til rette for det (Askheim 2009). Løken (2006) sier at alle pasienter har ressurser og at de burde utnyttes slik at pasientene har større forutsetning for å ta kontroll over eget liv. Sykepleieren bør ha en grunnleggende tanke om at alle pasienter har evner og ressurser som kan utnyttes, og at det er viktig for pasienten å ha kontroll og innflytelse på egen livssituasjon (Larsen m.fl 2006). For at pasientene skal tørre å ta ansvar er det viktig å støtte pasienten slik at han får tro på sine egne evner (Sahlsten m.fl 2007). Resultatet viser at sykepleiere tenker at det er viktig å ha innsikt i pasientens situasjon for å kunne kartlegge klientens ressurser og hans forutsetninger for å medvirke (Sahlsten m.fl 2005^a; Sahlsten m.fl 2005^b). For å kunne kartlegge pasientens ressurser kan en samtale i begynnelsen av forløpet mellom sykepleieren og pasienten gjennomføres. Dette også for at pasientene skal få mulighet til å uttrykke sine ønsker og forventinger (Matheson m.fl 2006; Sahlsten m.fl 2005^a). En god dialog med pasienten er grunnleggende for at partene skal forstå hverandre (Larsen m.fl 2006). Gjennom dialogen kan sykepleieren stille sin kompetanse til rådighet. Dette ved å hjelpe pasienten til å tenke over mulige resultater og konsekvenser av ulike beslutninger (Askheim 2009).

Med tiden har pasientene utviklet seg fra å være passivt mottakende til å bli mer etterspørrende og krevende (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Noen pasienter rapporterer at de får medvirke for lite (Hansen m.fl 2004; Larsen m.fl 2006; Storm 2009). På den andre siden er det noen pasienter som ikke ønsker å medvirke. Noen pasienter anser det som en byrde og at det oppleves stressende å skulle medvirke. Dette gjelder spesielt i begynnelsen av behandlingen der pasientene kan oppleve sin situasjon som uoversiktlig (Fischer og Neale 2008). En pasient i studiet til Fischer m.fl (2008) uttrykker at en ikke har evne til å forstå sitt eget beste i begynnelsen av behandlingen. Noen føler at situasjonen deres er overveldende, og at de ikke har overskudd til å medvirke (Patterson m.fl 2008). Brukermedvirkning skal ikke oppleves som belastende for pasienten (Larsen m.fl 2006). Ved å fokusere på pasientens ressurser og ved å lytte til pasienten kan medvirkningen skje på en nivå som er passende for pasienten (Sahlsten m.fl 2005^a). Noen pasienter ønsker ikke å medvirke i behandlingen (Fischer og Neale 2008). Dette valget om å ikke medvirke er også

medvirkning, kanskje ikke bare den typen brukermedvirkning sykepleieren ønsker (Tveiten 2012).

4.1.3 En felles forståelse

For å kunne oppnå et godt samarbeid med pasienten bør sykepleieren se mennesket bak lidelsen og forstå årsakene til hans situasjon. Hun burde prøve å forstå situasjonen som pasienten forstår den (Eldh m.fl 2006; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Dette synet fremmes også av Kierkegaards (1859) dikt som er anvendt innledningsvis i denne oppgaven (Aakre og Biong 2012). Resultatet viste at noen tjenesteytere så ikke årsakene til rusmisbrukernes problemer (Lovi og Barr 2009). Rusmisbrukere er ofte mennesker med dypt rotfestede problemer. Deres rusproblem kan representere et forsøk i å finne en løsning på en situasjon som kan oppleves som håpløs (Evjen m.fl 2007). Gjennom en dialog med pasienten kan sykepleieren få økt kunnskap om pasientens situasjon. Dette kan bidra til å øke sykepleierens forståelse for hans situasjon (Tveiten og Severinsson 2005). Det kan tenkes at gjennom å utvikle en felles forståelse legges forutsetningene til rette for at sykepleieren og pasienten kan arbeide mot samme mål.

4.1.3.1 De kunnskapsrike pasientene

Sykepleieren har en støttende funksjon og burde anerkjenne pasientenes kunnskaper, slik at pasienten får mulighet til å være en aktiv deltager i behandlingen (Askheim og Starrin 2007). Resultatet viser at en anerkjennelse av pasientenes kunnskaper og erfaringer anses som viktig for å fremme brukermedvirkning (McCann m.fl 2008; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a; Sahlsten m.fl 2005^b). Medvirkning i helsetjenesten handler om at pasientenes kunnskaper og erfaringer anerkjennes og anvendes for å skape endring (Tveiten 2012). I behandlingen er det sentralt at partene arbeider mot samme mål, og med dette at sykepleierne vet hva brukerne anser som viktig (Askheim 2009). Et studie i resultatet viser at tjenesteyterne tenker at pasientene kjenner seg selv og sine behov best (Patterson m.fl 2008). Pasientene har også i større grad tilgang til informasjon nå enn tidligere om egen helse og tilgjengelige behandlingstilbud gjennom for eksempel internett (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Brukermedvirkningen i seg selv forutsetter at sykepleieren lytter til pasienten (Tveiten 2012). Ved å spørre etter pasientenes meninger anerkjenner sykepleierne pasientenes kunnskaper (Tveiten og Severinsson 2005). Ut fra dette kan en tenke at sykepleierne og pasientene burde kommunisere sammen for å skape en felles forståelse, slik at de slik kan samarbeide mot samme mål. Pasientenes erfaringsbaserte

kompetanse er av stor verdi for tjenesteytøverne. Denne kompetansen burde tas på alvor da det å bli tatt på alvor kan påvirke pasientenes evne til og motivasjon til å medvirke (Løken 2006).

Pasienter som medvirker i planleggingen av egen helsehjelp er i bedre stand til å mobilisere egne ressurser (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009). Et studie viste at pasienter som fikk medvirke i behandlingen var mer fornøyd og hadde nådd flere av sine mål (Brener m.fl 2009). Pasientene selv uttrykker at det er viktig at de deler sine kunnskaper og erfaringer med tjenesteyterne. De anser det som en barriere for brukervedvirkningen dersom deres kunnskaper ikke anerkjennes, og at deres ønsker og meninger ikke tas hensyn til (Eldh m.fl 2006). Det anses som viktig å invitere pasienten til å uttrykke sine meninger, men det ikke alltid er like enkelt å oppmuntre pasienten til å uttrykke dem (Oeye m.fl 2009). Et studie viser at dersom pasientene opplever at tjenesteyterne har dårlige holdninger til dem kan de reagere med å kommunisere mindre med dem (Fischer m.fl 2008). Da brukervedvirkning krever at partene deler informasjon (Larsen m.fl 2006), kan dette tenkes å ha en negativ innvirkning på samarbeidet. Det kan derfor være spesielt viktig at sykepleieren er bevisst på sine egne holdninger i møtet med pasienten (Løken 2006). Anerkjennelse av pasientens kunnskaper er lettere sagt enn gjort. En lang tradisjon i helsevesenet som er preget av paternalisme kan gjøre ideologien om brukervedvirkning krevende å gjennomføre i praksis (Tveiten og Meyer 2009). Tjenesteyterne uttrykker frustrasjon over at idealet om brukervedvirkning og realiteten er sprikende (Patterson m.fl 2008).

4.1.3.2 Kunnskap er makt

Brukermedvirkning handler i stor grad om holdninger. Holdningene burde gjenspeiles i sykepleierens handlinger hvis brukervedvirkningen skal få en reell betydning for pasienten (Løken 2006). Pasienten burde med dette få mulighet til å ha innflytelse på egen behandling. Ved å blant annet få tilstrekkelig informasjon kan dette oppnås (Larsen m.fl 2006). Resultatet viste at brukervedvirkning krevde at pasientene hadde den nødvendige kunnskapen, slik at de kunne ta informerte valg (Mccann m.fl 2008; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Dette støttes av Larsen m.fl (2006) som mener at informasjonen som gis er avgjørende for pasientens medvirkning i behandlingen. Informasjonen burde tilpasses ut fra hvilke forutsetninger pasienten har for å ta imot informasjonen, med utgangspunkt i pasientens alder, modenhet, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Det er viktig at sykepleieren tilrettelegger

forholdene for hver enkelt bruker slik at pasientene får mulighet til å medvirke (Larsen m.fl 2006; Pasient- og brukerrettighetsloven 2012, § 3-1). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) sier også at sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige valg ved å gi pasienten tilpasset og tilstrekkelig informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon anses som viktig for å kunne medvirke av pasientene (Eldh m.fl 2006). De anser lite kunnskap om egen helsesituasjon og behandling som en barriere for brukermedvirkning. Flere pasienter har liten tro på egen evne til å forstå og huske informasjon (Fischer og Neale 2008; Larsson m.fl 2011). Sykdom og lidelse kan påvirke pasientenes evne til å motta og bearbeide informasjon. Informasjonen burde derfor tilpasses pasientene individuelt. Nettopp på grunn av at det kan være vanskelig å huske informasjon kan skriftlig informasjon være positivt for pasienten (Larsen m.fl 2006).

Et studie viser at tjenesteutøvere i stor grad deler informasjon med brukerne, men at deltagerne har en svært liten rolle når de faktiske avgjørelsene skal tas (Bryant m.fl 2008). Noen tjenesteutøvere uttrykker at brukermedvirkning er lite hensiktsmessig i noen tilfeller. Dette på grunn av at pasientenes ønsker ikke står i tråd med sykepleiers forsknings- og erfaringsbaserte kunnskap, og at pasientenes ønsker ikke lar seg påvirke av informasjonen de mottar av sykepleieren (Matheson m.fl 2006; Patterson m.fl 2008). Selv om det er viktig at pasientene skal være aktive deltagere i behandlingen, er det viktig å ha en paternalistisk holdning til en viss grad (Larsen m.fl 2006). Sykepleiere har den nødvendige fagkunnskapen, og et ansvar for at behandlingen er i tråd med forskning og erfaringsbasert kunnskap (Norsk Sykepleierforbund 2011). Gullestad (2010) mener at tjenesteytere burde anvende forskning og erfaringsbasert ekspertise i tillegg til å se dette i sammenheng med pasientenes egenskaper og ønsker. Dette innebærer at hver pasient skal vurderes individuelt (Gullestad 2010). En kan ut fra dette tolke at sykepleieren er pliktig til å holde seg oppdatert og burde ha kunnskaper om pasientenes helseplager, i tillegg til å se den enkelte pasient. Det kan tenkes at brukermedvirkning i noen tilfeller kan føre til at sykepleieren skriver fra seg ansvaret. Pasienter har imidlertid et behov for å vite at tjenesteyteren er eksperten når de ikke selv er i stand til å ta beslutninger (Gullestad 2010). Ut fra dette kan en tolke at det handler om å finne en balanse der både pasienten som ekspert på seg selv og sitt eget liv, og sykepleieren som ekspert på fagområdet anerkjennes. Men at det er viktig å huske på at sykepleieren fremdeles har det faglige ansvaret i samarbeidet.

4.1.4 Kunnskapene påvirker holdningene

Flere studier i resultatet viser at sykepleiere i både somatikken og psykiatrien føler at de ikke har den nødvendige kompetansen for å arbeide med rusmisbrukere (Ford m.fl 2008; Sælør og Biong 2011). Dette kan ha en sammenheng med at rusproblematikk er lite prioritert i utdanningen, at kompetanseutvikling på området nedprioriteres, eller at noen tjenesteytere har lite erfaring med denne pasientgruppen (Lovi og Barr 2009; Sælør og Biong 2011). Lite kunnskaper om rusproblematikk kan føre til at tjenesteyterne ønsker å få mer kunnskap og at de ønsker å arbeide med pasientene, eller det kan gjøre at sykepleierne får dårlige holdninger til pasientene (Grafham m.fl 2004; Lovi og Barr 2009). Ut fra dette kan en konkludere med at sykepleieres holdninger til rusmisbrukere kan bli påvirket av deres kunnskaper og erfaringer.

Resultatet viser at lite kunnskaper om pasientenes helsesituasjon er et mulig hinder for brukermedvirkning (Sahlsten m.fl 2005^b). Rusmisbrukere har en økt risiko for somatiske problemer, og mange sliter med psykiske problemer. Dette er med andre ord pasienter en kan møte i både somatikken og psykiatrien. Det er derfor av betydning at sykepleiere har kunnskaper om helseplagene rusmisbrukere kan slite med (Evjen m.fl 2007).

I studiet til Lovi og Barr (2009) uttrykker en informant at avdelingene kan bli flinkere å samarbeide. Denne deltageren foreslår at avdelingene kan henvende seg til spesialistavdelinger med fokus på rusproblematikk dersom de har innlagte rusmisbrukere (Lovi og Barr 2009). Dette forslaget er i tråd med Samhandlingsreformen (2008-2009), der et av målene er å få de ulike tjenestene til å samarbeide bedre. Brukermedvirkning kan i seg selv fremme samhandling. Pasientene sitter med mye erfaringsbasert kunnskap om tjenestene. De kan med dette bidra til å utvikle tjenestene og sørge for at tilbudet blir mer helhetlig dersom tjenesteyterne er villige til å lytte til dem (Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009).

4.1.4.1 Behov for en holdningsendring

Funnene viser at pasientene møtes med mer respekt i avdelingene etter rusreformen (Sælør og Biong 2011), og at sykepleiere anser det som viktig å møte pasientene med respekt for å fremme brukermedvirkning (Patterson m.fl 2009; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Respekt kan fremme brukermedvirkning da det kan signalisere åpenhet til pasientene, slik at de tør å uttrykke sine ønsker og behov (Eldh m.fl 2006; Patterson m.fl 2009; Sahlsten m.fl 2007; Sahlsten m.fl 2005^a). Sykepleieren har en grunnleggende plikt å vise omsorg for alle pasienter uansett årsak til lidelsen, og er etisk forpliktet til å møte pasientene med verdighet

og respekt for deres intergritet (Norsk Sykepleierforbund 2011). Dette kan anses som spesielt viktig i møtet med pasientgrupper med lav status (Askheim 2009).

Selv om det har skjedd en holdningsendring enkelte steder rapporterer pasienter fremdeles at pleiere har dårlige holdninger til dem (Patterson m.fl 2008). Holdninger er noe den enkelte tar med seg over tid. En holdningsendring krever ofte mye arbeid i form av bevissthet hos sykepleieren og tid, og endrer seg derfor kanskje ikke på en enkel måte (Håkonsen 2010). Det er viktig for pasientenes evne til å medvirke at miljøet i avdelingene preges av trygghet, forståelse og likeverd (Larsen m.fl 2006). Dette er også verdier sykepleiens grunnlag bygger på (Norsk Sykepleierforbund 2011). På bakgrunn av dette kan en konkludere med at en holdningsendring kan være nødvendig hos noen pleiere for at pasientene skal få muligheten til å være en aktiv deltager i avgjørelsesprosessene.

Undervisning på arbeidsplassen har blitt utprøvd som tiltak i flere studier for å bedre tjenesteytneres holdninger til rusmisbrukere. Effekten av tiltaket har vært varierende. Et studie viste at undervisning hadde en god effekt på deltagernes kunnskaper og holdninger til rusmisbrukere (Munro m.fl 2006). Et annet studie viste at undervisning alene var mindre effektivt. Her ble det konkludert med at tjenesteyterne har større behov for støtte fra medarbeidere, samt mulighet til å reflektere sammen (Ford m.fl 2008). Dette understøttes av Ford m.fl (2009) som også viser at undervisning uten samtidig støtte fra medarbeidere er mindre effektivt for deltagernes holdninger til rusmisbrukere. Flere studier viser at refleksjon med kolleger anses som viktig. Ved hjelp av refleksjon kan sykepleiere forstå seg selv og pasientene bedre (Grafham m.fl 2004; Sahlsten m.fl 2005^a; Sahlsten m.fl 2005^b). På bakgrunn av disse funnene kan en tolke at undervisning og refleksjon kan bidra til å bedre sykepleieres holdninger til pasientgruppen. Dette kan bety at man burde satse på kunnskapsutvikling og kontinuerlig refleksjon og dialog i praksis for å fremme brukermedvirkning i behandlingen av rusmisbrukere.

4.2 Metodediskusjon

I begynnelsen av søkeprosessen var søkene vide og ga mange treff. Dette bidro til å skape et bilde av problemområdet. På bakgrunn av oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier ble søkene videre avgrenset for å gjøre treffene mer relevante. En utfordring var å finne gode kombinasjoner av søkeordene. Få søkeord ble kombinert i de fleste søkene for å unngå at

relevante artikler skulle overses. Selve søkestrategien er gjennomført usystematisk. Dette kan vurderes som en mulig svakhet med denne typen studie da verdifulle artikler kan gå tapt. Tidsbegrensningen gjorde det utfordrende å finne de mest aktuelle artiklene som kunne bidra til å belyse problemområdet.

Selve utvalget av artiklene foregikk i flere trinn. Alle trinnene tok utgangspunkt i om studiene bidro til å belyse oppgavens hensikt. Mange artikler ble ekskludert som følge av eksklusjonskriteriene. Eksempler på dette er studier fra fengsler eller forskning som omhandlet gravide rusmisbrukere. Utvalget bestod av artikler fra Australia, Storbritannia, Israel og Sverige. Det viste seg ikke å være noen tydelige forskjeller i sykepleiernes holdninger på bakgrunn av hvilket land forskningen ble gjennomført i, tross at helse- og utdanningspolitikken i disse landene kan være ulik. Det kunne derfor tenkes at disse studiene også kunne være relevant i en norsk sammenheng. I studiet fra Israel rapporterte informantene at de følte at de hadde et tilfredsstillende kunnskapsnivå. Dette funnet var et motstridende funn i resultatet. Ved å inkludere studier som ble gjennomført i ulike land kunne mulige tilnæringsmåter, holdninger og kunnskaper belyses, og kunne potensielt tilføre oppgaven kunnskap om tiltak som kan bidra til læring og utvikling på området i Norge.

I dette studiet er rusmisbrukere i både somatikken og psykiatrien inkludert. Ved å fokusere på både somatikken og psykiatrien er et veldig stort felt valgt ut. På bakgrunn av en begrenset oppgave i forhold til ord og tid er det mulig at hensikten ikke blir besvart best mulig. Dersom kun en av disse arenaene hadde blitt utforsket kunne kanskje hensikten blitt bedre belyst. Sykepleiere i somatikken og psykiatrien kan kanskje ha ulikt fokus på brukervedvirkning. Begge arenaene er inkludert på tross av dette da denne oppgaven ønsker å utforske hvordan sykepleieres holdninger påvirker brukervedvirkningen i behandlingen av rusmisbrukere. Med dette kan en undersøke hvordan møtet med tjenesteyterne kan påvirke pasientenes evne til brukervedvirkning. Det er også ansett som viktig å utforske begge feltene da pasientenes opplevelse med tjenesteyterne kan påvirke deres ønske og evne til å medvirke i en senere anledning (Dahl 2012). På den andre siden kan det anses som positivt å fokusere på begge områdene, da potensielle forskjeller og likheter kan kartlegges, og årsakene til disse kan vurderes. Ved å se på dette kan mulige løsninger utarbeides i fremtiden. Begge områdene er valgt ut på bakgrunn av en tanke om at det er ansett som viktig å utforske begge disse feltene, da sykepleiere møter pasientene både i somatikken og i psykiatrien. Disse pasientene er utsatt for helseplager (Evjen m.fl 2007), og det anses derfor som viktig å se på hvordan disse

pasientene blir møtt.

Litteraturgjennomgangen viste at det var forsket mye på brukermedvirkning og sykepleieres holdninger til rusmisbrukere hver for seg. Artikler som generelt belyste sykepleieres holdninger til rusmisbrukere ble inkludert, og satt i forbindelse med artiklene som omhandlet brukermedvirkning. Dette var en løsning da det ble funnet mindre forskning som omhandlet begge emnene kombinert. I inklusjonskriteriene påpekes det at oppgaven ønsker å utforske sykepleieres holdninger i somatikken og psykiatrien. 3 artikler fra primærhelsetjenesten ble inkludert, da disse artiklene tydelig viste sammenhengen mellom sykepleieres holdninger til rusmisbrukere og hvordan holdningene kan påvirke brukermedvirkningen. Disse artiklene ble ansett som svært relevante. Anvendelsen av disse artiklene kan på den andre siden anses som en svakhet. Somatikken og psykiatrien er et stort og omfattende felt. Ved å inkludere artikler fra primærhelsetjenesten er det mulig at relevante artikler fra somatikken eller psykiatrien ble oversett eller utelatt. Funnene viste seg imidlertid å gå igjen i flere av artiklene, tross at de utforsket holdninger og brukermedvirkning på ulike arenaer. Det ble derfor ansett som legitimt å bruke disse artiklene i oppgaven.

Hovedvekten av informantene var sykepleiere. Utsagn som ble inkludert i oppgaven ble primært basert på disse informantene på bakgrunn av at oppgaven har et sykepleierperspektiv. En potensiell feilkilde ved å bruke sykepleiere selv som informanter er at de kan rapportere bedre holdninger enn det som er reelt for å ikke sette seg selv i et dårlig lys (Løken 2006). Det kan derfor være en mulig styrke at kolleger vurderer hverandres holdninger som det gjøres i studiet til Lovi og Barr (2009). Det ble vektlagt at sårbare grupper som for eksempel rusmisbrukere har krav på særlig beskyttelse i forskning (Ruyter 2009). Det er derfor spesielt lagt vekt på at studiene som har pasienter som informanter er godkjent av etisk komité, eller at studien er fagfellevurdert.

Av de 16 utvalgte artiklene brukte 3 artikler det samme utvalget, men utforsket ulike hypoteser (Sahlsten 2007; Sahlsten 2005^a; Sahlsten 2005^b). Av de resterende 13 artiklene var 2 studier deler av et større studie (Ford 2011; Ford m.fl 2008). Litteraturgjennomgangen viste at disse forfatterne hadde forsket en del på området. Det ble derfor ansett som positivt å inkludere dem. Ved å inkludere flere artikler fra samme forskningsprosjekt, kunne et helhetsinntrykk av resultatene dannes. Det at forskerne hadde valgt å dele studiene i flere deler kunne indikere at det var et behov for å undersøke flere elementer for å belyse

problemområdet. På den andre siden kan det tenkes at disse artiklene kan ha gått på bekostning av annen relevant forskning, da disse studiene utgjør en stor andel av utvalget. De utvalgte artiklene bidrar til å belyse hensikten, og alle tilfører viktige funn til oppgaven.

Graneheim og Lundman (2004) sier at en tekst alltid kan tolkes i ulike retninger, og at en alltid tolker en tekst man leser. For å unngå feilkilder er det forsøkt å unngå å trekke meningsenhetene ut av konteksten, slik at artiklenes innhold og mening skulle bevares. Tolkningen av artiklene kan ha blitt påvirket av en forforståelse som er preget av tidligere praksiserfaring. Dette kan gjøre oppgaven mindre objektiv. Det har blitt søkt etter data som kan både bekrefte og avkrefte hypotesen som følge av en bevissthet for forforståelsen. Dette kan anses som en styrke i oppgaven da flere sider ved hensikten kan belyses ved å inkludere artikler som både bekrefter og avkrefter forforståelsen.

Temaet ble ansett som svært sammensatt. På bakgrunn av dette var det utfordrende å utforme kategoriene. Kategoriseringen krevde mye arbeid, og flere variasjoner ble utprøvd. Forarbeidet med artiklene var en lang og omstendig arbeidsprosess. Tross dette forarbeidet er muligheten for en feiltolkning av artiklene til stede. Selve oversettelsen av artiklene kan også ha bidratt til mulige feilkilder (Dalland 2007). Noen subkategorier ble mindre som følge av at noen funn belyses i få artikler, eller at funnene avviker fra det resterende resultatet.

En utfordring i forbindelse med utformingen av teksten var å tydeliggjøre om studiene var gjennomført i somatikken, psykiatrien eller i kommunene. Spesielt da det var ønskelig å unngå gjentakelse i oppgaven. Det var ønskelig å gjøre dette tydelig for å belyse forskjeller og likheter. Det at mange ulike rusmidler er inkludert trenger ikke å ha en praktisk betydning for oppgaven, men muligheten er til stede for at oppgaven kunne blitt bedre besvart dersom type rusmidler hadde blitt ytterligere avgrenset. Da artiklene utforsker sykepleieres holdninger til denne pasientgruppen skiller artiklene lite på hvilke rusmidler pasientene bruker. Det kunne vært spennende å utforske nærmere om sykepleieres holdninger påvirkes av rusmidlene pasientene misbruker, og hvor lenge pasientene har brukt dem.

Dalland (2007) sier at det er en kunst å avgrense seg. Oppgaven kunne kanskje blitt bedre besvart dersom hensikten var mer avgrenset. Dette er kanskje mest synlig i diskusjonen der enkelte områder kunne blitt enda dypere diskutert. Det ble forsøkt å begrense antall funn som skulle diskuteres på grunn av at det var ønskelig å skrive utfyllende om de utvalgte områdene.

Det er mulig at det kunne blitt valgt ut enda færre områder for diskutering, da noen elementer kanskje ikke blir godt nok diskutert. Dette kan potensielt svekke strukturen og innholdet i diskusjonen. Flere forskningsartikler kunne blitt inkludert i diskusjonen for å styrke oppgaven. Spesielt reviewer som ikke anvendes i det hele tatt i denne oppgaven. På bakgrunn av tidsbegrensningen ble antall nye forskningsartikler begrenset.

4.2.1 Forslag til videre forskning

Gjennom arbeidsprosessen er mange spennende problemområder identifisert. Det kunne for eksempel vært spennende å se nærmere på hvordan rusmisbrukeres sosioøkonomiske status kan påvirke sykepleieres holdninger. Noen artikler kommer inn på temaet, men ikke i den grad at det er naturlig å inkludere dette i oppgaven. Det kunne også vært interessant å utforske pasientenes syn på hvordan sykepleieres holdninger påvirker deres evne til brukermedvirkning. På bakgrunn av oppgavens ord- og tidsbegrensning har disse problemområdene blitt ekskludert i denne oppgaven. Samt at hensikten kan undersøkes dypere desto mer avgrenset området er (Dalland 2007).

6.0 Konklusjon

Det finnes grunn til å tro at negative holdninger er den egentlige årsaken til at pasientene rapporterer manglende brukermedvirkning. Et mønster i sykepleieres holdninger ble observert. Artiklene viser at noen sykepleiere i somatikken er lite villige til å arbeide med rusavhengige, og at noen frykter vold og manipulasjon. Dette kan ha en negativ innvirkning på brukermedvirkningen. Ut fra disse funnene kan det tenkes at arbeidsgiver burde satse på å redusere frykten hos ansatte. Dette kan oppnås ved å gi ansatte trening og opplæring i å håndtere situasjoner der de føler seg truet.

Hovedvekten av studiene viste at sykepleiere i psykiatrien har gode holdninger til rusavhengige, mens et studie viste at sykepleiere uten videreutdanning har dårligere holdninger til pasientene. Resultatet viste tegn til at en paternalistisk holdning fremdeles preger helsevesenet, og da spesielt i psykiatrien. Pasienten har rett til å medvirke, og har en erfaringsbasert kompetanse som kan være av stor verdi. Den fagkyndige har på den andre siden ansvaret for forsvarlig behandling. Det finnes derfor grunn til å tro at det er viktig å finne en balanse mellom autonomi og paternalisme.

Flere studier viser at tjenesteyterne tenker at det er viktig at pasientene får ta ansvar i egen behandling. På bakgrunn av funnene kan det tenkes at det er viktig å fokusere på pasientenes ressurser, anerkjenne pasientenes kunnskaper og supplere hans kunnskaper med fagkunnskap for å gi pasienten muligheten til å være en aktiv deltager i beslutningsprosessene. Det finnes grunn til å tro at dette kan oppnås gjennom dialog, og at sykepleieren burde være bevisst på egne holdninger da funnene indikerer at dårlige holdninger kan ha en sammenheng med kommunikasjonsproblemer.

Funnene viser at lite kunnskaper kan hemme brukermedvirkningen og sykepleiere tenker at de har for lite kunnskaper om rusproblematikk. Det er grunn til å tro at sykepleieres holdninger til rusmisbrukere kan påvirkes av deres kunnskaper og erfaringer. Enkelte steder har det skjedd en holdningsendring, men pasienter rapporterer fremdeles at de møter pleiere med dårlige holdninger. For å fremme brukermedvirkning her synes en holdningsendring å være nødvendig. Ut fra disse funnene kan en konkludere med at man burde satse på kunnskapsutvikling og kontinuerlig refleksjon og dialog i praksis for å fremme brukermedvirkning i behandlingen av rusmisbrukere.

Litteraturliste

Aakre M og Biong S (2012) Etiske utfordringer og etisk kompetanse – om makt, verdighet og dømmekraft i rusomsorgen, i: Biong S og Ytrehus S (red.) *Helsehjelp til personer med rusproblemer*, s. 78-96, Oslo, Akribes

Alvsvåg H (2012) Helsefremming og sykdomsforebygging – et historisk og sykepleiefaglig perspektiv, i: Gammersvik Å og Larsen T (red.) *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*, s 79-97, Bergen, Fagbokforlaget

Antonsen EB (2008) Et stykke på vei, men likevel langt igjen?, *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 4, s. 235-354

Arbeidsmiljøloven (2012) Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern, LOV-2012-12-14-80 fra 2013-01-01, <<http://www.lovdatab.no/all/nl-20050617-062.html>> [lastet ned 13.05.2013]

Arbeidstilsynet (2009) *Vold og trusler på arbeidsplassen – Forebygging, håndtering og oppfølging*, <<http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103760>> [lastet ned 11.05.2013]

Askheim OP (2009) Brukermedvirkning – Kun for verdige trengende?, *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 6 (1), s. 52-59

Askheim OP og Starrin B (2007) *Empowerment i teori og praksis*, Oslo, Gyldendal Akademisk

Bang K (2011) Vi må belyse sykepleiernes hverdag, *Sykepleien forskning*, 6 (4), s. 367-367

Brener L, Resnick I, Ellard J, Treloar C og Bryant J (2009) Exploring the role of consumer participation in drug treatment, *Drug and Alcohol Dependence*, 105, s. 172-175

Bryant J, Saxton M, Madden A, Bath N og Robinson S (2008) Consumer participation in the planning and delivery of drug treatment services: the current arrangements, *Drug and Alcohol Review*, 27, s. 130-137

- Clarke S (2010) Introduction to research I: Johnson BM og Webber PB (red.) *Theory and reasoning in nursing*, 3 utg., s. 217-249, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins
- Dahl T (2012) Ambulant brukerstyrt Samarbeid I: Lossius K (red.) *Håndbok i rusbehandling til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*, 2 utg., s. 345-362, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Dalland O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*, 4 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk
- Eldh AC, Ekman I og Ehnfors M (2006) Conditions for patient participation and non-participation in health care, *Nursing Ethics*, 13 (5), s. 503-514
- Evjen R, Kielland KB, Øiern T (2007) *Dobbelt opp – Om psykiske lidelser og rusmisbruk*, 2 utg., Oslo, Universitetsforlaget
- Fangen K (2010) Kvalitativ metode (sist oppdatert 7 januar 2010). De nasjonale forskningsetiske komiteene, <<http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>> [lastet 23.april 2013]
- Fischer J og Neale J (2008) Involving drug users in treatment decisions; An exploration of potential problems, *Drugs, education, Prevention and Policy*, 15 (2), s. 161-175
- Fischer J, Neale J, Bloor M og Jenkins N (2008) Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 3 (21)
- Ford R (2011) Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses care of patients who use illicit drugs, *Contemporary Nurse*, 37 (2), s. 241-252
- Ford R, Bammer G og Becker N (2009) Improving nurses therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: Workplace drug and alcohol education is not enough, *International Journal of Nursing Practice*, 15, s. 112-118
- Ford R, Bammer G og Becker N (2008) The determinants of nurses therapeutic attitude to patients who use illicit drugs and implications for workforce development, *Journal of Clinical Nursing*, 17, s. 2452-2462

Forsberg C og Wengstrøm Y (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur

Fugelli P (2010) Grunnstoffet tillit, *Sykepleien forskning*, 6 (5), s. 104-105

Grafham E, Matheson C, og Bond CM (2004) Specialist drug misuse nurses motivation, clinical decision making and professional communication: an exploratory study, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, s. 690-697

Graneheim UH og Lundman B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse education today*, 24, s. 105-112

Gullestad SE (2010) Brukermedvirkning er ikke løsningen, *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 47, s. 547-549

Hansen T, Hatling T, Lidal E og Ruud T (2004) The user perspective: respected or rejected in mental health care?, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, s. 292-297

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak*, (NOU 2003:4), Oslo, Statens forvaltningstjeneste

Helse- og omsorgsdepartementet (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*, (St.meld.nr.16), Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2004) *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv (I-8/2004), Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*, (St.meld.nr.47), Oslo

Helsepersonelloven (2012) *Lov om helsepersonell*, LOV-2012-06-22-47, <<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>> [lastet ned 13.03.2013]

Håkonsen KM (2010) *Innføring i psykologi*, 4 utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Johannessen LB (2010) Arbeidsmiljø og sykefravær, *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 7, s. 130

Kunnskapsbasert praksis (2012) *Søketeknikker*, Mediesenteret, Høgskolen i Bergen, <<http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/soketeknikker/>> [lastet ned 10.03.2013]

Kunnskapsdepartementet (2008) Rammeplan for sykepleierutdanning (fastsatt 25. januar 2008), Oslo

Larsen E, Aasheim F og Nordal N (2006) *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*, Oslo, Sosial og Helsedirektoratet

Larsson IE Sahlsten MJM Segesten K og Plos KAE (2011) Patients perceptions of barriers for participation in nursing care, *Journal of Clinical Nursing*, 25, s. 575-582

Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Lindencrona CSC og Plos KAE (2007) Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21 (3), s. 313-320

Lovi R og Barr J (2009) Stigma reported by nurses related to those experiencing drug and alcohol dependency: A phenomenological Geori study, *Contemporary Nurse*, 33 (2), s. 166-178

Lund I og Bretteville-Jensen AL (2010) *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang* (Nr. 4/2010), Oslo, Statens Institutt for Rusmiddelforskning

Løken KH (2006) Å lykkes med brukermedvirkning, i: Almvik A og Borge L (red.) *Psykisk helsearbeid i nye sko*, s. 187-200, Bergen, Fagbokforlaget

Matheson C, Van Teijlingen E, Bond CM, Cameron IM og Cronkshaw G (2006) Specialist substance misuse nurses' assessment and decision making in the management of drug misusers, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 13 (6), s. 551-562

Mccann TV, Baird T, Clark E og Lu S (2008) Mental health professionals attitude towards consumer participation in inpatient units, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, s. 10-16

Mclaughlin D, Mckenna H, Leslie J, Moore K. og Robinson J (2006) Illicit drug users in Northern Ireland: perceptions and experiences of health and social care professionals, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, s. 682-686

Munro A, Watson HE og Mcfadyen A (2006) Assessing the impact of training on mental health nurses therapeutic attitude and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial, *International Journal of Nursing Studies*, 44, s. 1430-1438

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*, <<http://www.kunnskapssenteret.no/Verktøy/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskningsartiklar.2031.cms>> [lastet ned 13.11.2012]

Natan MB, Beyil V og Neta O (2009) Nurses perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action, *International Journal of Nursing Practice*, 15, s. 566-573

Nordvoll R (2010)^a Makt og avmakt i: Brodtkorb E og Rugkåsa M (red.) *Mellom mennesker og samfunn – sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2 utg., s. 67-97, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Nordvoll R (2010)^b Sosiale avvik og sosial kontroll, i: Brodtkorb E og Rugkåsa M (red.) *Mellom mennesker og samfunn – sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2 utg., s. 99-121, Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2013) *Publiseringskanalar*, <<http://dbh.nsd.uib.no/kanalar/>> [lastet ned 12.11.2012]

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICN's etiske reglar*, Oslo, Norsk Sykepleierforbund

Oeye C, Bjelland AK, Skorpen A og Anderssen N (2009) User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible?, *Nursing Inquiry*, 16 (4), s. 287-296

Pasient- og brukarrettighetsloven (2012) *Lov om pasient- og brukarrettigheter*, LOV-2012-12-14-86 fra 2013-01-01 <<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>> [lastet ned 13.03.2013]

Patterson S, Weaver T, Agath K, Albert E, Rhodes T, Rutter D og Crawford M (2008) They can't solve the problem without us: a qualitative study of stakeholder perspectives on user involvement in drug treatment services in England, *Health and Social Care in the Community*, 17 (1), s. 54-62

Patterson S, Weaver T, Agath K, Rutter D, Albert E og Crawford MJ (2009) User involvement in efforts to improve the quality of drug misuse services in England: A national survey, *Drugs: education, prevention and policy*, 16 (4), s. 364-377

Polit DF og Beck CT (2012) *Nursing research – Generating and assessing evidence for nursing practice*, 9 utg., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Popova S, Rehm J, Patra J, Baliunas D og Taylor B (2007) Illegal drug-attributable morbidity in Canada 2002, *Drug and Alcohol Review*, 26, s. 251–63

Richmond IC og Foster JH (2003) Negative attitudes towards people with co-morbid mental health and substance misuse problems: An investigation of mental health professionals, *Journal of Mental Health*, 12 (4), s. 393-403

Ruyter KW (2009) *Medisin og helsefag*, (sist oppdatert 6 oktober 2009). De nasjonale forskningsetiske komiteene. <<http://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Medisin-og-helsefag/>> [lastet 23.april 2013]

Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC og Plos KAE (2005)^a Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses, *Journal of Clinical Nursing*, 14, s. 35-42

Sahlsten MJM, Larsson IE, Plos K og Lindencrona CSC (2005)^b Hindrance for patient participation in nursing care, *Scandinavian Journal of Caring Services*, 19, s. 223-229

Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Lindencrona CSC og Plos KAE (2007) Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective, *Journal of Clinical Nursing*, 16, s. 630-637

Storm M (2009) Teoretisk forankring av brukermedvirkning, i: Storm M, Botnevik Rennesund Å og Frahm Jensen M (red) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*, 1 utg., s. 18-24, Oslo Gyldendal Norsk Forlag

Sælør KT og Biong S (2011) Endringer i sykepleieres arbeid etter rusreformen, *Sykepleien Forskning*, 6 (2), 170-176

Tveiten S og Meyer IS (2009) Easier said than done – empowering dialouges with patients at the pain clinic – The health professionals perspective, *Journal of Nursing Managment*, 17, s. 804-812

Tveiten S (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i: Gammersvik Å og Larsen T (red.) *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, s. 173-193, Bergen, Fagbokforlaget

Tveiten S og Severinsson E (2005) Public health nurses supervision of clients in Norway, *International Nursing Review*, 52, s. 210-218

World Health Organization (1986) *The Ottawa charter for health promotion*, <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>> [lastet ned 13.03.2013]

World Health Organization (1998) *Health promotion glossary*, <[http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR %20Glossary%201998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf)> [lastet ned 13.03.2013]

World Health Organization (2013) *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*, <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/> [lastet ned 26.04.2013]

Vedlegg 1: Litteratursøk

Litteratursøk 17.11.12

| Database | Avgrensninger | Søkeord | Treff | Utvalg 1 | Utvalg 2 | Utvalg 3 | Utvalg 4 |
|----------|----------------|-------------|-------|----------|----------|----------|----------|
| Medline | Abstract, full | Attitude of | 262 | 262 | 18 | 4 | 2 |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|
| | text, published last 10 years and language: english, danish, norwegian and swedish | health personnel, patient participation, nursing* | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|--|--|

Litteratursøk 05.01.13

| Database | Avgrensninger | Søkeord | Treff | Utvalg 1 | Utvalg 2 | Utvalg 3 | Utvalg 4 |
|----------|---------------|------------------------------|-------|----------|----------|----------|----------|
| SveMed | Norsk | Substance abuse AND attitude | 21 | 21 | 2 | 1 | 1 |

Litteratursøk 14.01.13

| Database | Avgrensninger | Søkeord | Treff | Utvalg 1 | Utvalg 2 | Utvalg 3 | Utvalg 4 |
|-----------|--|--|-------|----------|----------|----------|----------|
| PsychInfo | Full text and published last 10 years and language: english, danish, norwegian and swedish | Client participation AND attitudes | 164 | 164 | 15 | 7 | 2 |
| Cinahl | Abstract, full text, last 10 years | Substance abusers AND attitude of health personnel | 43 | 43 | 5 | 4 | 3 |

Litteratursøk 25.02.13

| Database | Avgrensninger | Søkeord | Treff | Utvalg 1 | Utvalg 2 | Utvalg 3 | Utvalg 4 |
|-----------|-------------------------|-------------------------------------|-------|----------|----------|----------|----------|
| PsychInfo | Published last 10 years | Nurses AND attitudes AND drug abuse | 33 | 33 | 7 | 6 | 3 |

Litteratursøk 28.02.13

| Database | Avgrensninger | Søkeord | Treff | Utvalg 1 | Utvalg 2 | Utvalg 3 | Utvalg 4 |
|-----------|-------------------------|--|-------|----------|----------|----------|----------|
| PsychInfo | Published last 10 years | Drug abuse AND client participation OR | 127 | 127 | 24 | 3 | 2 |

| | | | | | | | |
|--------|---------------------------------------|--|----|----|---|---|---|
| | | participation | | | | | |
| Cinahl | Full text and published last 10 years | Nurse AND attitude AND substance abuse | 35 | 35 | 8 | 8 | 1 |

Litteratursøk 05.03.13

| Database | Avgrensninger | Søkeord | Treff | Utvalg 1 | Utvalg 2 | Utvalg 3 | Utvalg 4 |
|----------|--|---|-------|----------|----------|----------|----------|
| Medline | Published last 10 years and language: english, danish, norwegian and swedish | Substance-related disorders AND attitude AND nursing* | 101 | 101 | 9 | 4 | 1 |

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel

Utvalg 2: Lest artikkelens sammendrag

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikkelen er valgt ut for gransking og vurdering

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|---------------------|---------|--------|--------------------|---------------|-----------|
|---------------------|---------|--------|--------------------|---------------|-----------|

| | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|--|---|
| Biong S og Sælør T (2011) Norge | Øke kunnskapen om hvordan sykepleiere i psykiatriske avdelinger har erfart sin kliniske hverdag etter rusreformen. | Kvalitativ Fokus-gruppe intervju | Deltagere: 4 Frafall: 2 | De opplever at rusmisbrukere blir bedre ivaretatt i psykiatrien, men at sykepleiere fremdeles har lite kunnskaper om pasientgruppen. | God kvalitet. Deltagerne ble informert, godkjent av personvernombudet for forskning. |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|--|---|

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|--|------------|--|--|---|
| Fischer J og Neale J (2008) Storbritannia | Utforske potensielle problemer som kan oppstå ved å involvere rusmisbrukere i avgjørelsesprosesser i behandlingen deres. | Kvalitativ | Deltagere: 79 brukere 27 ansatte Frafall: 1 bruker (1 intervju) 20 brukere (oppfølgingintervju) | Faktorer som kunne gjøre det utfordrende å involvere pasientene i behandlingen var ansattes holdninger og urealistiske forventninger hos pasientene. | God kvalitet. Svært relevant for oppgaven. Fagfellevurdert. |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|------------------------------|---|----------------------|-------------------------------------|---|--|
| Ford R (2011) * Australia | Beskrive hvordan pasientenes atferd kan begrense pleien de får. | Metode-triangulering | Deltagere: 1605 (del 1) 311 (del 2) | Vold og manipulering ble ansett som faktorer som kunne begrense pleien. | God kvalitet. Godkjent av etisk komité. |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|---|-------------------------------|----------------------------------|--|---|
| Ford R, Bammer G og Becker N (2008) * Australia | Utforske faktorer som påvirker sykepleieres holdninger til rusmisbrukere. | Kvantitativ, tverrsnittstudie | Deltagere: 1605 Frafall: 1636 | Støtte fra kolleger viste seg å være faktoren som hadde størst betydning for sykepleiernes holdninger til rusmisbrukere. | God kvalitet. Stort frafall. En stor del av frafallet skyldtes at sykepleierne ikke passet til studiet. Godkjent av |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------|
| | | | | | etisk komité. |
|--|--|--|--|--|---------------|

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|---|------------|-----------------------------|--|---|
| Grafham E, Matheson C og Bond CM (2004) Storbritannia | Utforsker sykepleieres motivasjon for å arbeide med rusmisbrukere, samhandlingen med andre yrkesgrupper og deres rolle i kliniske beslutningsprosesser. | Kvalitativ | Deltagere: 17 Frafall: 7 | De fleste ønsket å arbeide med pasientene for å øke kunnskapsnivået eller på grunn av en interesse for rusproblematikk | God kvalitet. Viser at informantene har gode holdninger til rusmisbrukere. Godkjent av etisk komité. |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|---|------------|--------------------|---|---|
| Lovi R og Barr J (2009) Australia | Beskrive sykepleiernes opplevelser med stigma i arbeidshverdagen. | Kvalitativ | Deltagere: 6 | Deltagerne rapporterer at pasientene blir urettmessig bedømt og at det er behov for å øke kunnskapsnivået hos sykepleiere uten videreutdanning. | God kvalitet. Kommer ikke tydelig frem størrelsen på frafallet. Deltagerne ble informert, godkjent av etisk komité |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|---|--|------------------------------|--|--|
| Matheson C, Van Teijlingen E, Bond CM, Cameron IM og Cronkshaw G (2006) Storbritannia | Utforske sykepleieres rolle i vurderingen av pasienten og i beslutningstaking, samt pasientens rolle i denne prosessen. | Kvalitativ, semi-strukturelle intervju | Deltagere: 38 Frafall: 41 | Tilnæringsmåten viste seg å være svært pasientsentrert, der pasientene har størst innflytelse i avgjørelsesprosesser. Sykepleieren måtte i noen tilfeller håndtere situasjoner der | God kvalitet. Frafallet skyldtes at forskerne ikke hadde behov for alle informantene. Godkjent av etisk komité. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|
| | | | | partene hadde ulike meninger. | |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|---|--|-------------|------------------------------|---|---|
| Mccann TV, Baird J, Clark E og Lu S (2008) Australia | Beskrive tjenesteyternes holdninger til brukermedvirkning hos innlagte psykiatriske pasienter. | Kvantitativ | Deltagere: 47 Frafall: 21 | Informantene hadde fordelaktige holdninger til brukermedvirkning relatert til behandling, pleie og planlegging. | God kvalitet. Godkjent av etisk komité |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|---|------------------|-------------------------------|--|---|
| Munro A, Watson HE og Mcfadyen A (2007) Storbritannia | Utforske om utdanning som intervensjon kan bedre sykepleieres holdninger og kunnskaper til rusmisbrukere. | Kvantitativ, RCT | Deltagere: 49 Frafall: 127 | Intervensjonen viste seg å bedre deltageres kunnskaper og holdninger umiddelbart etter undervisningen og ved oppfølgingen. | God kvalitet. Deltagerne ble informert, godkjent av etisk komité |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|---|-------------|-------------------------------|--|--|
| Natan MB, Beyil V og Neta O (2009) Israel | Utforske sykepleieres holdninger og normer, og om disse har betydning for pleien de ønsker å gi eller faktisk gir pasientene. | Kvantitativ | Deltagere: 135 Frafall: 65 | De hadde moderate negative holdninger. Noen tenkte at pasientene var stereotype, og anså det som utfordrende å gi pleie til rusmisbrukere. | God kvalitet. Deltagerne ble informert, godkjent av etisk komité. |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|---------------------|---------|--------|--------------------|---------------|-----------|
|---------------------|---------|--------|--------------------|---------------|-----------|

| | | | | | |
|--|---|-----------------------------|----------------|---|--|
| Patterson S, Weaver T, Agath K, Albert E, Rhodes T, Rutter D og Crawford M (2008) Storbritannia | Analysere informantenes erfaringer og syn, og ut fra dette utvikle en beskrivelse av brukermedvirkning i behandling av rusmisbrukere. | Kvalitativ Dybdeintervju | Deltagere: 139 | Rusmisbrukere stigmatiseres i helsetjenesten, noe som kan påvirke brukermedvirkningen. Det er uenighet angående målet og hensikten med brukermedvirkning. | God kvalitet. Både tjenesteytere og pasienter er informanter i studiet. Størrelsen på frafallet kommer ikke tydelig frem. Deltagerne ble informert, godkjent av etisk komité. |
|--|---|-----------------------------|----------------|---|--|

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|---|---|-------------|-------------------------------|--|--|
| Patterson S, Weaver T, Agath K, Rutter D, Albert E og Crawford MJ (2009) Storbritannia | Undersøke graden av brukermedvirkning, identifisere resultatene brukermedvirkning fører med seg, og utforske faktorer som kan fremme og hindre brukermedvirkning. | Kvantitativ | Deltagere: 129 Frafall: 35 | De fleste involverer brukerne for å utvikle tjenestene. Få rapporterer at brukerne får selv bestemme type behandling. Negative holdninger og fordommer kunne hindre medvirkning. | God kvalitet. En stor andel av Englands tjenesteutøvere ble undersøkt. Pasientene er også informanter. Deltagerne ble informert, godkjent av etisk komité |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|--|-------------|------------------------------|--|---|
| Richmond IC og Foster JH (2003) Storbritannia | Utforske tjenesteyternes holdninger til rusmisbrukere. | Kvantitativ | Deltagere: 56 Frafall: 47 | Deltagerne viste seg å ha optimale holdninger til rusmisbrukere, der de hadde lite stereotype antakelser og en tolererende og aksepterende | God kvalitet. Viser motstridende funn i forhold til hovedvekten av artiklene. Fagfellevurdert. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--------------------------|--|
| | | | | holdning til pasientene. | |
|--|--|--|--|--------------------------|--|

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|---|---|------------|------------------------------|--|---|
| Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC og Plos KAE (2005)** Sverige | Undersøke sykepleieres tolkning og forståelse av brukermedvirkning og hvordan det gjennomføres i praksis. | Kvalitativ | Deltagere: 31 Frafall: 12 | En god mellom-menneskelig relasjon, en terapeutisk tilnærming, fokus på pasientens ressurser og mulighet for innflytelse anses som viktig for pasientenes evne til å medvirke. | God kvalitet. Deltagerne ble informert, ikke nødvendig med godkjenning fra etisk komité. |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|--|---|------------|--------------------|---|---|
| Sahlsten MJM, Larsson IE, Plos KAE, og Lindencrona CSC (2005)** Sverige | Utforske sykepleieres oppfattelse av potensielle barrierer for brukermedvirkning. | Kvalitativ | Deltagere: 31 | Manglende kompetanse i form av innsikt og kunnskaper ble ansett som hindre for brukermedvirkning. | God kvalitet. Deltagerne ble informert. Ikke nødvendig med godkjenning fra etisk komité. |

| Forfatter, år, land | Hensikt | Design | Deltagere/ frafall | Hovedresultat | Kommentar |
|---|--|------------------------------------|--------------------|---|---|
| Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Lindencrona CSC og Plos KAE (2007)** Sverige | Utforske betydningen av brukermedvirkning i sykepleien fra et sykepleierperspektiv | Kvalitativ Fokusgruppe-intervju | Deltagere: 31 | En likeverdig dialog blir ansett som brukermedvirkning av deltagerne. | God kvalitet. Deltagerne ble informert. Ikke nødvendig med godkjenning fra etisk komité. |

*: 2 studier som var deler av et større studie.

** : 3 studier som brukte det samme utvalget, men som utforsket ulike hypoteser.