

# **MASTEROPPGAVE**

**Ernæring, helse- og miljøfag  
Avdeling for yrkeslærerutdanning  
2011**

## **BRUKERERFARING OM BRUKERMEDVIRKNING**

**En kvalitativ studie av brukerlæreres sin opplevelse med brukermedvirkning i møte  
med kommunens psykiske helsetjenester.**

**Arild Ringstad**



**Høgskolen i Akershus**

## **SAMMENDRAG**

**Bakgrunn:** I den forlengede Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008 har det overordnede mål vært å styrke brukerrettede tiltak, slik at tjenestemottakeren selv skal ha mulighet til å påvirke egen behandlingssituasjon og utforming av tjenestetilbud.

**Hensikt:** Studien har som hensikt å studere brukerlæreres sine opplevelser med brukermedvirkning, i møte med kommunens psykiske helsetjenester. Brukerkunnskap er nødvendig for å kunne yte riktig hjelp og aktivere tjenestemottakeres iboende ressurser. Erfaringsbasert kunnskap kan være et middel til å bedre kvaliteten på tilbud og tjenester.

**Studiens tema:** Brukermedvirkning i lys av empowermentideologien. En kvalitativ studie med brukerlæreres opplevelser med brukermedvirkning.

**Metode:** Kvalitativt forskningsdesign hvor det er brukt halvstrukturert, individuelle forskningsintervju med seks brukerlærere.

**Funn:** Studien viser at kommunene under opptrappingsplanen har laget differensierte og tilfredsstillende tjenestetilbud, med tjenesteytere som ivaretar og tilrettelegger brukermedvirkning på individnivå.

Et sentralt funn i studien tyder på at utfordringene ved ytterligere brukermedvirkning ligger på system/tjenestenivå og ikke så mye på individnivået. Informasjonstilgjengeligheten for de ulike tjenestene er ofte mangelfull samt vanskelig å finne på egenhånd.

Tjenestetilbudene fremstår derfor som anonyme.

Nedskjæringer i kommunens psykiske tjenestetilbud etter endt opptrappingsplanen gjør at tjenesten ses på som ressursavhengig. Den blir da fremover avhengig av et aktivt engasjement på administrerende/politisk nivå.

**Konklusjon:** Midlene gitt under opptrappingsplanen for psykisk helse har betydd en positiv utviklingen av differensierte, brukertilpassede tjenestetilbud med høy kvalitet på det utøvende psykiske helsearbeidet.

## **ABSTRACT**

**Background:** In the extended National Programme for Mental Health 1999 – 2008 the overall goal has been to strengthen the user-oriented measures, so that the service recipient will be able to influence their own treatment situation and the design of service.

**Aim:** A study of client teachers` experience with user involvement, in meeting with local authority mental health services. Client knowledge is necessary for providing the right help and to enable the recipient`s inherent resources.

**Study theme:** Client participation in light of relation to the ideology of empowerment. A qualitative study of client teachers` experiences with client participation.

**Method:** Qualitative research design using semi-structured, individual interviews with six client teachers.

**Findings:** The study shows that the municipality under the National Action Plan has created differentiated and satisfactory services, with service that maintains and facilitates client intervention at the individual level.

A key finding of the study suggests that the challenges with increased client participation are on the system/service level and not so much on the individual level. The different services information availability is often inadequate and difficult to find on your own. Service Offerings therefore appears as anonymous.

Cutbacks in local authority psychiatric services after the completion of the upgrading plan means that the plan is seen as resource dependent. In the future it will depend on an active involvement on a managing/political level.

**Conclusion:** The extra funds provided under the National Action Plan for Mental health has meant a positive development of differentiated, personalized service with a high quality in the practice of mental healthcare.

## FORORD

Studien er den avsluttende delen i masterutdannelsen. Det har for meg vært en prosess på fire år, hvor jeg har fått et innblikk i forskningens verden. Jeg sitter igjen med en følelse av at kunnskap er som jordens gravitasjonsfelt. Ved mer kunnskap jo sterkere gravitasjonskraft. Fra å sveve rundt og vite til fast trygg gange med ydmykhet til viten.

I denne studien vil jeg først takke de brukerlærerne som ville delta ved å fortelle om sine opplevelser og livssituasjon. Jeg vil også takke ledelsen ved Lærings- og Mestringssenteret som formidlet mitt prosjekt til aktuelle brukerlærere.

Jeg rette en stor takk til mine to veiledere, førsteamanuensis Rikard Eriksson og førstelektor Dag Willy Tallaksen. Deres veiledningsmåte har utfordret, inspirert samt gitt meg nok tid og trygghet under prosessen.

Tusen takk til deg også Arne. Din optimistiske livsfilosofi har vært til stor hjelp når jeg har blitt for selvsentrert i denne prosessen. Din måte å ta livet på gjør at dine sanger blir sommerhitter og landeplager år etter år. Etter å ha hørt om mitt prosjekt kom følgende strofe: *Du som kjenner skoen trykke, ta på deg sandaler og nyt sommerens lykke.*

Til sist vil jeg takke mine to barn samt min tålmodige og forståelsesfulle kone. Uten deres støtte og klokkeklare tro på at dette klarer jeg, selv med ny fulltids jobb, hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne masterutdannelsen.

Arild Ringstad

Lillestrøm 14. September 2011

## INNHALDFORTEGNELSE

1	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Hensikt .....	2
1.3	Problemstilling og forskningsspørsmål .....	3
1.4	Formålet .....	3
1.5	Avgrensning og begrepsforklaring .....	3
1.5.1	Brukerlærer .....	4
1.5.2	Empowerment .....	4
1.5.3	Brukermedvirkning .....	5
1.5.4	Tjenestemottaker .....	5
1.5.5	Tjenesteyter .....	5
1.5.6	Psykiatrisk hjemmetjeneste .....	5
1.6	Oppgavens oppbygning .....	6
2	TEORETISK REFERANSERAMME .....	7
2.1	Empowermentideologien .....	7
2.2	Empowerment i praksis .....	8
2.3	Lovverket .....	11
2.4	Oppsummering av empowerment begrepet .....	12
2.5	Fra maktbruk til bruker med makt – psykiatrihistorisk utsnitt .....	13
2.5.1	Definisjoner .....	13
2.5.2	Oldtiden .....	14
2.5.3	Middelalderen .....	14
2.5.4	18. og 19. århundre .....	15
2.5.5	Loven .....	16
2.5.6	Psykofarmakologien .....	16
2.5.7	Nyere tid .....	16
2.5.8	Makt .....	18
3	METODE .....	20
3.1	Design .....	20
3.2	Hermeneutikk .....	21
3.3	Metodevalg .....	22
3.4	Utvalg .....	23
3.5	Intervju .....	24
3.6	Transkribering .....	25
3.7	Analyse .....	26
3.8	Validitet .....	27
3.9	Etisk refleksjon .....	28
4	PRESENTASJON AV FUNN .....	31
4.1	Innledning .....	31
4.2	Opptappingsplanen for psykisk helse brukertilpasser tjenestetilbudene .....	31
4.2.1	Informasjonstilgjengelighet .....	31
4.2.2	Tilfredsstillende tjenestetilbud .....	33
4.2.3	Fleksibilitet .....	35
4.2.4	Opptappingsplanen .....	36
4.2.5	OPPSUMMERING .....	36
4.3	Brukermedvirkning og mestring .....	37
4.3.1	Kompetanse .....	37

4.3.2	Engasjement .....	39
4.3.3	Medvirkning .....	40
4.3.4	Tverrfaglig samarbeid .....	42
4.3.5	Modenhet .....	43
4.3.6	OPPSUMMERING .....	44
4.4	Brukerlærer og empowerment.....	45
4.4.1	Tidligere erfaring.....	45
4.4.2	Mestringsfølelse .....	45
4.4.3	Holdningsarbeid .....	46
4.4.4	Mestringsstrategier .....	47
4.4.5	OPPSUMMERING .....	47
5	DRØFTING .....	49
5.1	Innledning .....	49
5.2	Opptrappingsplanen for psykisk helse brukertilpasser tjenestetilbudene .....	49
5.2.1	Tjenestetilbudet .....	49
5.2.2	Tilgjengelighet.....	52
5.2.3	Oppsummering .....	54
5.3	Brukermedvirkning og mestring .....	54
5.3.1	Medvirkning .....	54
5.3.2	Samarbeid .....	55
5.3.3	Oppsummering .....	58
5.4	Brukerlærer og empowerment.....	59
5.4.1	Mestringsfølelse .....	59
5.4.2	Mestringsstrategier .....	60
5.4.3	Oppsummering .....	61
6	AVSLUTNING .....	62
6.1	Konklusjon .....	62
6.2	Forslag til videre forskning .....	63
7	LITTERATURLISTE .....	64

## **1 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Egen utdanning består av klinisk spesialist i sykepleie, med fordypning i sykepleie innen kommunehelsetjenesten. I tillegg har jeg videreutdanning i psykisk helsearbeid, med fordypning i psykiatrisk sykepleie. Min erfaring er over 10 år som psykiatrisk sykepleier innen spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. For tiden arbeider jeg som psykiatrisk sykepleier/saksbehandler i en kommune sitt Tjenestekontor. Mitt ansvarsområde er blant annet å vurdere søknader om helsetjenester innen psykiatri og rus. Tjenestekontoret er etter bestiller- utfører modellen en egen avdeling for vurdering og tildeling av tjenester til personer over 18 år som ble opprettet i 2005. I 2007 ble tjenester som utøves av kommunens psykiske helsetjenester også underlagt denne avdelingen ved mitt arbeidssted.

Alle som mottar kommunale tjenester har krav på et vedtak som beskriver hvilken tjeneste som er innvilget og omfanget av disse. Kommunen har ansvar for at nødvendige helse-, sosial- og omsorgstjenester og andre kommunale tjenester er tilgjengelige for sine innbyggere, og bestemmer på hvilket nivå disse skal gis. Tjenestekontoret har til hensikt å sikre likebehandling og rettsikkerheten for mottakerne av tjenesten ved at saksbehandlere utreder og tar stilling til om det foreligger et hjelpebehov og i så fall hvilke tjenester som skal tildeles. Som saksbehandler er det derfor svært viktig å utarbeide gode enkeltvedtak som bestemmer og beskriver utformingen samt innholdet i tjenesten som skal gis. Saksbehandlerne skal også kunne revurdere disse vedtakene ved endringer i omfang og hjelpebehov.

Brukermedvirkning på individnivå betyr for den enkelte bruker at det er ens egne bidrag som betyr noe. Slik at egne bidrag får konsekvenser både for hvordan tilbudet blir utformet og hvordan møtet mellom brukeren og tjenesteyter er. Hvis det ikke foreligger en slik innflytelse er det ikke brukermedvirkning. Brukermedvirkning på individnivå forutsetter at tjenestemottaker får god nok informasjon som gir grunnlag for å kunne medvirke til valg

om egen helse. En slik informasjon må tilpasses brukerens forutsetninger og understøttes med skriftlig materiale (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Som saksbehandler registrerer jeg at mennesker med psykiske lidelser i liten grad selv tar kontakt med Tjenestekontoret for å få hjelp. De fleste blir henvist av andre instanser som blant annet fastleger, akutt psykiatriske avdelinger på sykehus, døgn avdelinger på distrikt psykiatriske sentre, polikliniske psykologer m.m. Det er en utfordring der hvor de med psykiske lidelser i liten grad medvirker i utformingen av sitt tjenestetilbud og behandlingsopplegg. Det gjør det også vanskelig å invitere til brukermedvirkning da involverte tjenesteytere allerede har skissert frem et behandlingsopplegg og tjenestetilbud for tjenestemottakeren selv om dette ikke er i tråd med lovverk, forskrifter og nye sentrale føringer om brukermedvirkning. Kari Martinsen bruker begrepet svak paternalisme om situasjoner der for eksempel tjenesteytere har mer kunnskap enn tjenestemottaker og ut fra dette handler på vegne til dens beste. Det faglige skjønnet er således styrende, og handlingen er basert på empati, slik at tjenesteyterne handler slik dem tror tjenestemottaker selv ville ønsket det. Faren er da tilstede for at det blir standardiserte løsninger som tar mindre hensyn til den enkelte mottaker.

Ideologien til Opptappingsplanen for psykisk helse bygger nettopp på et humanistisk perspektiv, der det skal tas mer hensyn til individets og dets opplevelse enn til diagnosen den enkelte har. Målet er ikke nødvendigvis å bli frisk i medisinsk forstand, men å leve godt og fullverdig hjemme i sin egen kommune med opplevelsen av å medvirke i eget liv (Antonsen, 2008b). Dette har fått meg til å undres på: Hvordan oppleves brukermedvirkning i møte med kommunens psykiske helsetjenester? Dette resulterte i temavalget: Brukermedvirkning i lys av empowermentideologien. For å få svar på opplevelser om brukermedvirkning valgte jeg å henvende meg til brukerlærere.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med denne studien ble således å studere brukerlæreres sine opplevelser med brukermedvirkning, i møte med kommunens psykiske helsetjenester. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en problemstilling og forskningsspørsmål.



### **1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål**

I den forlengede Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008 har det overordnede mål vært å styrke brukerrettede tiltak, slik at tjenestemottakeren selv skal ha mulighet til å påvirke egen behandlingssituasjon og utforming av tjenestetilbud. Min egen refleksjon rundt dette med brukermedvirkning ble utgangspunktet for utarbeidelse av problemstillingen:

#### **Hva er brukerlæreren sin opplevelse med brukermedvirkning i møte med kommunens psykiske helsetjenester?**

For å besvare denne problemstillingen ble tre forskningsspørsmål utarbeidet:

1. Hva er brukerlæreren sin opplevelse med kommunens psykiske helsetjenester?
2. Hva er brukerlæreren sin opplevelse av brukermedvirkning?
3. Hva er brukerlæreren sin opplevelse av å være brukerlærer?

### **1.4 Formålet**

Brukerkunnskap er nødvendig for å kunne yte riktig hjelp og aktivere brukerens iboende ressurser. Helse- og sosialtjenester skal ytes basert på oppdatert kunnskap. Tradisjonelt sett har psykiatrisk forskning vært basert på klinisk kontrollerte forsøk med standardiserte opplegg. Dette har medført at det også etterlyses forskningsbasert kunnskap basert på humanistiske og samfunnsvitenskaplige forskningstradisjoner med utgangspunkt i brukerens egne erfaringer. Erfaringsbasert kunnskap kan være et middel til å bedre kvaliteten på tilbud og tjenester (Sosial- og helsedepartementet, 2005).

### **1.5 Avgrensning og begrepsforklaring**

I denne studien har jeg valgt å samle noen begreper til enkelt ord som benyttes i oppgaven og avklarer min forståelse av disse her i begrepsavklaringen. Andre ulike begrep redegjøres for fortløpende i studien.

### **1.5.1 Brukerlærer**

Brukerlærere er mennesker med psykiske lidelser som deler sine erfaringer som er gjort med tjenesteapparatet, ved å informere og forelese om det å leve med psykiske helseplager. Dette prosjektet, som ble startet på initiativ fra Mental Helse, har gått ut på at brukere med erfaring har lært opp andre brukere som vil bli brukerlærere, eller vil lære om brukermedvirkning. Brukerlærerne fikk først støtte fra Stiftelsen Helse og Rehabilitering men etter innsamlingsaksjonen ”Hjerterom” på NRK i 2005 ble de tildelt 300 000,- kr. fra Rådet for psykisk helse. Dette har vært en prosjektperiode fra 2005 til 2007, hvor det ble foretatt en styrt avvikling og det nå er innlemmet i Erfaringsakademiet som er tilknyttet Mental Helse.

Det har det vært flere samarbeidsprosjekt mellom Høgskoler og Mental helse om brukermedvirkning i psykiatrien. Høgskolen i Vestfold og i Lillehammer er to eksempler (Løken, 2003, Andvig, 2005). Høgskolen i Vestfold startet høsten 2000 med et 3-årig prosjekt hvor prosjektet bidro til å støtte brukermedvirkningspolitikken som var gitt gjennom sentrale føringer. Prosjektet hadde fire mål hvor det første var å skape en sosial arena der brukerne kunne møtes og arbeide sammen om utfordringene omkring økt medvirkning som kunne bidra til økt bevisstgjøring av egne ressurser hos brukerne. Dette er et sentralt område innen både helsefremmede arbeid og psykisk helsearbeid. Det andre målet var hvordan brukerne kunne utvikle brukerkompetanse gjennom arbeide med hvordan de kunne få større medvirkning og innflytelse på utformingen av psykiatriske tjenestetilbud. Det tredje målet var å gi brukerne kompetanse innen dialogkonferanse metodikk slik at de kunne være med å utvikle dialog mellom brukere av psykisk helsetjenester og fagfolk innen psykiatrien. Det fjerde og siste målet var å bidra til større åpenhet omkring psykiske lidelser ved å utdanne brukerlærere som kan undervise i ulike skoleslag (Andvig, 2005).

### **1.5.2 Empowerment**

Definisjonen og bruken av begrepet empowerment varierer i ulike felt. Innenfor health promotion - litteraturen blir begrepet brukt med henvisning både til et mål som skal oppnås, det vil si å komme seg ut av en undertrykt posisjon, og som et virkemiddel for å oppnå sosial endring. Begrepet brukes også på flere nivåer. På makronivå brukes det i

betydningen å øke en sosial gruppes kollektive makt, mens det på mikronivå skildrer prosessen med å utvikle enkeltindividers egenkontroll og tro på seg selv (Andrews, 2003).

### **1.5.3 Brukermedvirkning**

Empowerment og brukermedvirkning forstås svært gjerne ut i fra to perspektiver. Det er demokratiperspektivet og forbrukerperspektivet (Andvig, 2004, Askheim, 2007). Jeg vil i denne oppgaven kun fokusere på demokratiperspektivet, som kort kan forklares følgende: Sosial- og helsetjenestene er for det meste offentlige tjenester. En forutsetning for offentlig sektor, som opptrer på fellesskapets vegne, er at både styringen og utøvelsen er demokratisk. Det er derfor viktig at tjenesteytere har kunnskap og forståelse om tjenestemottakerens demokratiske rettigheter, og hva som skal til for at medbestemmelsesretten blir reell. Rådet for psykisk helse skiller mellom tre nivåer hvor det skal være brukermedvirkning. Det er på det politiske nivået, tjenestenivået og individnivået. Disse tre nivåene henger sammen og er et lederansvar for å etablere gode fungerende systemer som kan sikre at kunnskapen omsettes i praktisk handling (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette blir utdypet ytterligere senere i oppgaven.

### **1.5.4 Tjenestemottaker**

Ved ”tjenestemottaker” mener jeg alle ulike mennesker som mottar en eller annen form for helsehjelp av tjenesteyter, eksempel: pasient, klient, bruker, e.t.c.

### **1.5.5 Tjenesteyter**

Ved ”tjenesteyter” mener jeg alle ulike proffisjoner med autorisasjon, som utøver en eller annen form for helsehjelp til tjenestemottaker.

### **1.5.6 Psykiatrisk hjemmetjeneste**

Under intervjuene kom det frem at ulike kommuner hadde ulike navn på samme tjenestetilbud. I denne studien er det valgt å bruke ”psykiatrisk hjemmetjeneste” som et felles betegnende navn for denne tjenesten.

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

Det blir innledningsvis gjort rede for oppgavens tema, hensikt, problemstilling samt forskningsspørsmålene. I kapittel 2 blir studiens teoretiske referanseramme presentert. Oppgavens metode blir beskrevet i kapittel 3. Ulike funn blir presentert i kapittel 4 og som drøftes i kapittel 5. Avslutningsvis i kapittel 6 er det en oppsummering og en konklusjon av studien samt forslag til videre forskning.

## 2 TEORETISK REFERANSERAMME

### 2.1 Empowermentideologien

I ulike forskningsartikler innen helse, blir ordet empowerment sagt seg vanskelig oversatt til et annet like meningsbetydende norsk ord. For å prøve å forstå hvorfor må man se litt på historien for dette uttrykket. Selve ordet empowerment har sine historiske røtter og ideologi fra Sør-Amerikas pedagog Paulo Freire (1921-1997). Han utviklet en teori om å bevisstgjøre den underprivilegerte gruppe (Askheim, 2007). Empowerment begrepet dukket først opp på 1960- og 1970- tallets grasrotsbevegelser i USA, hvor ulike undertrykte grupper i samfunnet kjempet for like rettigheter. Dette var grupper som kvinnebevegelsen, homofile og de sortes kamp for likestilling. Således ser man at begrepet empowerment ikke stammer fra helsevesenet, og kan av den grunn være vanskelig å oversette til et begrep som tjenesteytere med enkelthet kan identifisere seg med. Det at dette begrepet ble trukket inn i helsevesenet var WHO sin lansering, at empowerment er en prosess som skal gjøre folket i stand til å ta egne sunne valg.

Innenfor forebyggende helsearbeid hadde det vokst frem en ny dominerende tenkemåte. Utover 1970- årene tilkjenner WHO en rekke dokumenter med et nytt sett av tanker om hvordan helseproblemer kan forhindres. Et nytt begrep som avspeilet vendingen i tenkemåten var "health promotion" eller "helsefremmende arbeid" (Andrews, 2003). I denne perioden stimulerte WHO stadig til diskurs om helsefremmende arbeid. Dette ledet til den første internasjonale konferanse om helsefremmende arbeid som fant sted i Ottawa i Canada i 1986 (Tveiten, 2007). Tenkningen som ligger til grunn for det som omtales som health promotion eller "the new public health", er begrepene myndiggjøring og befolkningsdeltakelse sentrale. Dette fordi man mener at veien til en bedre folkehelse går via en omfordeling av makt i samfunnet. Health promotion litteraturen trekker frem viktigheten med økt bevissthet om sin egen situasjon. For eksempel om hvordan man kan påvirke omgivelsene og utvikle personlige ferdigheter. Det regnes som avgjørende at man setter egne mål, og deltar i beslutninger som gjelder eget liv og helse (Andrews, 2003). Retningsskiftet i det forebyggende helsearbeidet hadde sitt utspring i kritikk mot det som da var rådende oppfatninger og praksis. Misnøyen var særlig rettet mot forhold som den biomedisinske vitenskapens hegemoni. Dens fokusering på sykdom og snevre måte å forstå helse på. Hvor tradisjonelle helseopplysningens individorientering og "victim blaming", førte til en lite merkbar helsegevinst av et stadig mer utviklet og teknologisert helsevesen

(Andrews, 2003). Også WHO's ambisiøse målsetting om "Helse for alle i år 2000" krevde at andre virkemidler enn de tradisjonelle ble tatt i bruk. Den enkelte har et ansvar for egen helse og vil på mange områder ha valgmuligheter og stå ansvarlig for sine valg. Men samfunnet kan og bør påvirke valgene gjennom å informere, tilføre kunnskap og påvirke holdninger. Kunnskapsformidling og holdningspåvirkning må suppleres med andre tiltak. Det kan innebære og gjøre de sunne valgene lettere og mer attraktive. Men det kan også bety og gjøre de helsenedbrytende valgene vanskeligere, uten samtidig å fremme negative holdninger overfor de som allikevel velger annerledes (St. meld. nr. 16, (2002-2003)).

*"People's health is not just an individual responsibility; our health is, to a large extent, governed by the physical, social, cultural and economic environment in which we live and work. To cajole individuals into taking responsibility for their health, while at the same time ignoring the social and environmental circumstances which conspire to make them ill, is a fundamentally defective strategy – and unethical. It is, in short, victim blaming. For these reasons, building healthy public policy is considered to be at the very heart of health promotion."* (Tones, K. & Tilford, S., 2001, Ch. 1., pp. 26-27).

## **2.2 Empowerment i praksis**

Askheim (2007) mener at empowerment er et begrep som kan være vanskelig å forstå. Det at det blir definert på ulike måter kan medføre at begrepet kan miste noe av sin kraft. Begrepet, som i utgangspunktet har til hensikt å myndiggjøre undertrykt mennesker slik at de skal få tilbake kontroll og makt over eget liv, står i fare for å bli utvannet og annektert av tjenesteapparatet (Askheim, 2007). Han trekker ut begrepet "power" i ordet empowerment som lettere kan la seg oversette. Ved å gjøre det ser han begrepet empowerment i et treleddet begrep: styrke → kraft → makt. Askheim (2007) benytter ordet "sjølstyrking" som et mulig tilnærmet ord til empowerment.

Tradisjonelt har folkehelsearbeidet dreid seg om å forebygge sykdom, mens det nye folkehelsearbeidet er mer orientert mot ressurser, helhetstenkning, helsefremming og salutogenesetenkning (Tveiten, 2007). Salutogenese er læren om hva som gir god helse. Utviklet av den israelske sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994), som var professor i medisinsk sosiologi. Begrepet salutogenese har fokus på hvilke faktorer som fremmer

helse. Motsatte av salutogenese er patogenese som fokuserer på sykdom. Antonovsky utviklet en teori om hvordan vi takler sykdom og sykdomsutvikling. Han kalte det ”sense of coherence”, som kan oversettes med opplevd sammenheng eller forutsigbarhet. Det vil si at reaksjonen på motgang eller sykdom er individuell og avhengig av tidligere erfaringer (Walseth og Malterud, 2004).

Ideen om empowerment kan betraktes som en fundamental kritikk av hierarkisk tenkning og autoritet, og et underliggende oppgjør med paternalismens umyndiggjørelse av mennesker. Tjenesteytere har for eksempel på statens vegne gått inn i vanlige menneskers liv for å fortelle dem hvordan de skal leve det. De har fungert som mellommenn mellom tjenestemottakerne og statsapparatet. Slikt sett har de hatt en nøkkelposisjon mellom det offentlige og samfunnets borgere. Dermed har tjenesteyterne i prinsippet vært blant de fremste aktørene i undertrykking (Andrews, 2003). Empowerment tenkningen uttrykker således et ideal om å redusere maktdiskrepansen mellom leg og lærd.

Tjenesteytere må derfor avgi makt og styring, slik at tjenestemottakeren selv kan påvirke situasjonen. Men empowermentprosessen kan misbrukes hvis tjenesteyters mål er å gjennomføre egne ideer og planer på mottakers vegne, såkalt skjult paternalisme (Walseth og Malterud, 2004).

Eriksson (1996) skiller mellom naturlig omsorg og faglig omsorg. Den naturlige omsorg sees på som selve kjernen i og formålet med den profesjonelle omsorg. Den faglige omsorg er en form for naturlig omsorg, men innenfor profesjonalitetens rammer. Kari Martinsen bruker begrepet svak paternalisme om situasjoner der for eksempel tjenesteytere har mer kunnskap enn tjenestemottaker og ut fra dette handler på vegne av tjenestemottaker til dens beste. Det faglige skjønnet er styrende, og handlingen er basert på empati, slik at tjenesteyter handler slik dem tror tjenestemottakeren selv ville ønsket det (Eriksson, 1996). Det er altså et skille her mellom svak paternalisme og ren paternalisme. Tveiten (2007) trekker frem at det er problem med nettopp dette skillet. Paternalisme i hjelpeapparatet kommer til uttrykk når tjenesteyter ikke bare gir hjelp med de behovene tjenestemottakeren melder, men også definerer behovene. På grunn av sårbare tjenestemottakere som har lave forventninger til sin egen innsats i utarbeidelsen av et tjenestetilbud, blir det alt for ofte til at tjenesteyter også skisserer løsningene for dette tilbudet (Tveiten, 2007). For noen kan dette også føre til psykologisk reaktans. Reaktans er en vanlig måte å motreagere på når

andre forsøker å påvirke ens egen selvforståelse. Enkelte ganger fører motreaksjonen til mer ekstrem posisjon enn det man egentlig mener (Barth, Børtveit, og Prescott, 2001).

Tveiten (2007) viser til WHO sin definering av begrepet empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Dette stemmer godt med det ordbøker sier om betydningen; gi tillatelse til, gi makt til, istandsette, eller bemyndige (Tveiten, 2007). Men selv om myndighetene legger klare føringer på hvordan maktfordeling og brukermedvirkning skal utøves er man allikevel avhengig av holdningene til tjenesteyterne for at dette skal kunne la seg gjennomføre i praksis.

Empowerment forutsetter en arena fri for bruk av makt og en relasjon basert på likeverd. Det er brukers egne verdier som må stå i fokus (Tveiten, 2007). Er tjenesteytere i stand til å anerkjenne tjenestemottakers ekspertkompetanse? Dette er et viktig poeng i forhold til å skille mellom våre personlige verdier og holdninger, og våre faglige verdier, holdninger og kunnskaper. Tjenesteyter må ha kjennskap til seg selv for å unngå å projisere egne følelser og behov over på tjenestemottaker. Samt at det er behov for begge kompetanse, og at begge kompetanse må anerkjennes (Walseth og Malterud, 2004).

Et særtrekk ved mennesker er jo nettopp det at vi tillegger egne handlinger og andre fenomener mening. Vi gir selv beskrivelser og fortolkninger av det vi gjør, og av det samfunnet vi lever i. Thagaard (2006) sier at: *"All forståelse bygger på en forforståelse"* (Thagaard, 2006, s. 38). Slike forutsetninger kalles ofte for forståelser eller fordommer. Forforståelse er et nødvendig vilkår for at forståelse overhodet skal være mulig. Vi møter aldri verden nakent, uten forutsetninger vi tar for gitt. Håkonsen (1995) kaller dette persepsjonspsykologi. Persepsjon er hentet fra latin, og kan forstås som sansing eller oppfattning. Han viser til at dette er et svært viktig felt fordi atferd og opplevelse er helt avhengig av vår evne til å sanse, oppfatte fortolke og gi begivenheter mening, samt hvordan vi skaper en helhetlig forståelse av det som sanseapparatet mottar av informasjon (Håkonsen, 1995). Det blir således viktig at det er tjenestemottakers egne verdier og ressurser som må stå i fokus. Tjenesteyter må da passe på at ikke tjenestemottakeren sitter igjen med skyldfølelse, følelsen av ikke være "flink nok" til å ta kontroll over eget liv helse (Walseth og Malterud, 2004).



Tjenesteyter må tillate brukermedvirkning samtidig som tjenestemottakeren styrkes i egen selvfølelse. Hovedprinsippene i det helsefremmede arbeidet som er kommet fra WHO i løpet av de siste 30 årene, og rettighetstenkningen som grunnlaget for dagens helsepolitiske føringer, er nettopp brukermedvirkning og synet på mottakeren som ekspert på seg selv. Tjenesteytere skal ikke innta en "vi vet best"- holdning, men se på mottakeren som ekspert på seg og på brukermedvirkning som en forutsetning. Brukermedvirkning er en forutsetning for empowerment (Tveiten, 2007).

Både tjenesteyter og mottaker kan ha liten bevissthet og lav kompetanse i forhold til å medvirke i empowermentprosessen. For at tjenestemottakeren skal kunne være aktivt deltakende, må de anerkjennes som samarbeidspartnere, og tjenesteyterne må både være bevisst egen rolle i samhandlingen og ha kompetanse til å samhandle (Tveiten, 2007). Et tydelig hinder når tjenestemottakere skal tolke eksperters budskap består i det faktum at de ikke snakker samme språk. At de ikke forstår ekspertene er ofte fordi myndighetene og ekspertene tar utgangspunkt i et makroperspektiv når de skal beskrive helserelaterte risikoer, mens tjenestemottakeren er fokusert på et mikronivå (Jarlbro, 2004). Wikman og Fältholm (2006) påpeker at pasienten må få de nødvendige verktøyene som behøves for at de kan ta kontroll over deres eget liv. Først når pasienten har lært nok om sin sykdom og således kunne ta hvilke valg av behandling som skal velges, er empowerment oppnådd. Viktigheten med en god helseopplæring er at denne kan være med å påvirke tjenestemottaker til å nå "health literacy" eller kunnskapsøkning (Tones og Tilford, 2001).

### **2.3 Lovverket**

WHO legger altså en føring i forhold til helsefremmende arbeid som gjør at den enkelte og samfunnet generelt øker kontrollen over avgjørelser og handlinger som berører helse. Et hovedprinsipp i denne prosessen er og omfordele makt fra tjenesteytere til tjenestemottakerne. Hensikten med denne omfordelingen av makt er å styrke den enkeltes ressurser, tro på seg selv og uavhengighet. Denne føringen kom tydelig frem her til lands gjennom nye lover og forskrifter.

I sosialtjenesteloven (1991) står det under § 8-4: Plikt til å rådføre seg med klienten.

*”Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Det skal legges stor vekt på hva klienten mener.” (Lov om sosiale tjenester, 1991).*

I kvalitetsforskriften (1997) står det blant annet i § 3, første ledd:

*”Brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, tas med på råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med daglige utførelse av tjenestene.”*  
(Kvalitetsforskriften, 1997).

I pasientrettighetsloven står det under § 3-1: Pasientens rett til medvirkning.

*”Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.”* (Lov om pasientrettigheter, 2001).

Retten til å medvirke betyr at tjenestemottaker skal la sitt syn komme til kjenne, og at det skal legges vesentlig vekt på dette ved valg av og utmåling av tjenester. Det er verdt å merke seg at blant annet kvalitetsforskriften gir mottakeren medbestemmelse i den daglige utførelsen av tjenestene. Både pasientrettighetsloven, kvalitetsforskriften og sosialtjenesteloven gir mottakeren rett til å medvirke ved utformingen av tjenestetilbudet. Først og fremst har bestemmelsene fokus på valg av tjenester, men vil i praksis også gjelde tjenestevolum.

#### **2.4 Oppsummering av empowerment begrepet**

Litteraturen legger vekt på at health promotion har erstattet den tradisjonelle helseopplysningstradisjonen, som tidligere var en av grunnsteinene i det forebyggende helsearbeidet. Opplærings- og utdanningsprofilen har vært et tyngdepunkt i dette arbeidet. Målet er kunnskapsøkning (health literacy), holdningspåvirkning, utvikling av personlige ferdigheter (health skills) og selvaktelse, for å få enkeltindivider til å ta de riktige valgene.

Ideen om empowerment som fremstilles i health promotion litteraturen, vil kontroll over eget liv være å betrakte som nøkkelen til god helse og det gode liv. Ikke bare for den enkelte men også for fellesskapet (Andrews, 2003).

Hvas og Thesen (2002) trekker frem en konklusjon om at empowerment er mest relevant i relasjon til de svakeste grupper. I dag brukes begrepet i forhold til ulike grupper som anses å stå i en avmaktsposisjon, som for eksempel innvandrere, homofile, rusmisbrukere, funksjonshemmede, eller personer med psykiske lidelser (Askheim, 2007). Hvas og Thesen (2002) mener at det primært handler om at den profesjonelle må legge fra seg sin ekspertrolle. Heller bli en likeverdig samarbeidspartner som er interessert i å dele ut av sin kunnskap og tørre å avgi noe av sin makt. Askheim (2007) trekker også frem disse momentene samt understreker viktigheten med å tro på at tjenestemottakere kan og vil bidra med sin kunnskap. Å tillate brukermedvirkning og stimulere til at dette skjer blir derfor viktig i empowermentprosessen (Wikman og Fältholm, 2006).

For at tjenestemottakere skal settes i stand til å kunne selv gjøre noe med sin situasjon, må pasienten ha lært og forstått nok om sin situasjon eller sykdom. Slik at det kan tas valg og beslutning som føles rett og riktig for seg. For å klare nettopp dette fremhever Walseth og Malterud (2004) at tjenesteytere må opptre som veileder, slik at den undertrykte kan opparbeide nok kompetanse til å bli deltakende. Denne veileder teknikken ligger i å ha en god kommunikasjonskompetanse (Tveiten, 2007). Rinder (2004) oppfordrer at dette må vektlegges i helse- og sosialfaglige utdanninger.

## **2.5 Fra maktbruk til bruker med makt – psykiatrihistorisk utsnitt**

### **2.5.1 Definisjoner**

Ordet psykiatri kommer av psyko- og -iatri, som betyr læren om sjelens eller sinnets lidelser. Psykiatri er en spesialitet innen medisin som omhandler hvordan man skal forstå, utrede, behandle og forebygge psykiske lidelser (<http://snl.no/psykiatri>). Begrepet psykiske lidelser, forstås som sykdommer og lidelser av psykisk eller mental karakter; ofte medfører de endret oppførsel og væremåte hos pasienten ([http://snl.no/psykiske\\_lidelser](http://snl.no/psykiske_lidelser)).

Psykiske lidelser er et folkehelseproblem. Internasjonale studier anslår at ca. 10 % av befolkningen til enhver tid er behandlingstrengende for sine psykiske lidelser. I Norge

regner vi med at 20 % av befolkningen har klare psykiske problemer til enhver tid. Det vil si over 800 000 mennesker (St. meld. 25, (1996-1997)). Psykiske lidelser innebærer at tanke og følelseslivet er forstyrret. Det vil igjen påvirke atferden og omgangen med andre. Lidelsen er et annet ord for sykdom. Ved bruk av ordet sykdom, knyttes det ofte fort opp mot en diagnose. Når en derimot bruker ordet lidelse, rettes oppmerksomheten mot personen som lider. Mot den enkeltes opplevelse av sin situasjon og sitt liv (Aanderaa, 1996, Topor, 2004).

### **2.5.2 Oldtiden**

Fra gammelt av har mennesker med psykiske lidelser fått tildelt mye myter og sagn. I de fleste gamle kulturer rådet det et syn på kroppen at den var todelt. Også kalt dualismen. Sjelen var skilt fra kroppen og det åpnet for den forståelse at de sinnsyke var besatt av onde ånder (Hermundstad, 1999). Man tenkte seg at sjelen under vanlig søvn kunne forlate legemet og dra ut på egen hånd. Det den opplevde da, var drømmene. Mens legemet stod tomt kunne ånder trenge inn i det. Enten som inspirasjon fra guddommen eller som djevelens, demonens verk. Slik kunne de sinnsyke oppfattes som hellige menn, profeter eller som hekser og djevelbesatte. Dette ga også tanker om at sjelen ble borte i lange perioder, eller ikke hadde vært tilstede fra fødselen av. Slike tilstander gav forklaring til sløvhets og idioti (Bøe, 1994). Synet på at mennesket var delt i verdener, skapte grobunn for overtro og magi. Trollmenn, medisinner eller prester kunne forårsake sjelebyttning ved sine kunstner og formularer. De kunne også drive de onde åndene ut, slik at den riktige sjelen kunne innta sin bolig. Denne behandlingen ble kalt for eksorsisme, også kalt djevelutdrivelse (Bøe, 1994).

### **2.5.3 Middelalderen**

På 1500- tallet begynner en trend med å sperre de sinnsyke inne. I middelalderen hadde de gale hatt en selvfølgelig plass i samfunnet. Under kapitalismens fremmarsj ble de sett på som sand i maskineriet. Spedalskhet var på dette tidspunktet nærmest utryddet. De gale overtok dermed deres stilling som syndebukker for all verdens lidelser. Isolert og sammenstuet ble de værende på tukthus og i de gamle leprosariene, som fungerte som anstalter. Først i 1855 stod Gaustad asyl ferdig som Norges første sykehus for sinns lidende (Hermundstad, 1999).

De ulike fortolkningene framstod med tydelighet i overgangen mellom middelalderen og den nyere tid. De var to oppfatninger som skilte seg ut. Galskap som sykdom og galskap som djevelbesettelse. Uenigheten mellom disse forståelsene holdt seg helt frem til 1700-tallet. Da gikk den over i et kompromiss. Det eksisterte to former for galskap som kunne gi lik uttrykksform. Den ene var djevelbesettelse som teologene kunne gripe inn mot. Den andre var sykdom som legene kunne gjøre noe med. Dette kompromisset var til fordel for legevitenskapen. Både i Norge og i andre land var reglen slik at det var legens oppgave og først avgjøre hvilken form for galskap det var snakk om. Deretter kunne teologene overta (Bøe, 1994).

#### **2.5.4 18. og 19. århundre**

Legevitenskapen ble gradvis det fagfeltet som best kunne argumenter for at de gale var syke, og som kunne tilby en ”vitenskaplig” behandling. For Englands del var det kong Georg den tredjes sinnslidelse som førte til en viss sosial aktelse og således fornyet interessen hos tidens legestand. Ved humaniseringen av sinnsykebehandlingen er det to personer som trekkes frem. Den ene var William Tuke (1732-1822) fra England. Tuke var kveker og ønsket at behandlingen skulle skje i lys av religionen. Ved å skille ut de sinnsyke fra de normale skulle religionen temme galskapen under ordnede forhold. Den andre var franskmannen Phillippe Pinel (1745-1826). Pinel fikk æren av å ha fjernet de sinnsykes lenker. Dette er en enkeltbegivenhet som betegnet et omslag i behandling av de gale. I 1789 fikk han med Nasjonalforsamlingens tillatelse fjernet lenkene til 49 sinnsyke på hospitalet Bicetre (Hermundstad, 1999).

Selv om Pinel fjernet lenkene, var det fortsatt ettertraktet med fysisk sterke menn som kunne arbeide på asylene. Vokterne, som var tittelen på pleiepersonellet den gang, skulle helst være båtsmenn. Disse var vant og hankses med fulle sjømenn og slåsskjemper. Det var også forslag om å benytte seg av krigsinnvalide, da dette ville være billigere lønnsmessig. Dette forslaget ble ikke satt ut i live men tidligere straffanger benyttet asylene seg av (Bøe, 1994).

### 2.5.5 Loven

I 1848 fikk Norge sin første "Sinnsykelov", etter et utkast skrevet i 1846 av daværende overlege Herman Wedel Major (1814 – 1854). Allikevel eksisterte det før denne loven en form for forpliktelse fra samfunnets side til å ta seg av de sinnsyke. Fra 1200- tallet sier Gulatingsloven at en morder som er sinnssyk, har ikke lenger vett. I 1325 ble en kvinne frikjent for hekseri grunnet sinnssykdom. Men loven ga anledning til å tvangsinnlegge pasienter hvis de har en alvorlig sinnssykdom. Først i 1935 åpnet loven opp for frivillig innleggelse på psykiatriske asyl (Bøe, 1994). "Sinnsykeloven" ble senere avløst av "Loven om psykisk helsevern" i 1961 og igjen i 1999 med "Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)" (Hermundstad, 1999, <http://www.lovdatab.no/>).

### 2.5.6 Psykofarmakologien

På 1950- tallet kom neuroleptikumet klorpromazin. Dette ble raskt tatt i bruk med meget god antipsykotisk effekt (Hermundstad, 1999). Medikamenter som Largactil og Serpasil ble tildelt blant annet ved uro. En pleier har fortalt etter at psykofarmaka ble introdusert på avdelingen: *"Ataraxia betyr fred i sinnet, skapte virkelig fred. Hele sykehusmiljøet ble forandret og pasientene ble fra da av mer tilgjengelig for annen terapi"* (Bøe, 1994, s. 136). Som pleieren beskriver ble pasientene mer mottakelige for andre typer behandling som ulike terapier. Pasientene ble også i stand til å leve et liv som var akseptabelt for samfunnet. Dette innebar at pasientene ikke måtte holdes innenfor institusjonens fire vegger. De kunne bo for seg selv, ofte ved hjelp av ulike trygde- og støtteordninger (Bøe, 1994). Det åpnet for en ny epoke innen det psykiske helsevernet. Mennesker med psykiske lidelser skulle så langt det var mulig bli boende i sitt nærmiljø. Det skulle derfor etableres støttende tiltak i nærområdet (Eriksson & Qvarsell, 1997).

### 2.5.7 Nyere tid

Fram til begynnelsen av 1980-tallet var psykisk helsevern preget av særomsorg. Fylkeskommunen var den sentrale aktøren. Etter hvert ble det en fremvekst av ideologier om desentraliserte tjenester og vektlegging på forebygging. Som et resultat av dette ble hjemmesykepleien etablert som en del av de kommunale helsetjenestene. Prøveordninger avdekket at hjemmesykepleien fanget opp personer med psykiske lidelser, men manglet

kompetanse til å følge opp. Til midten av 1990- tallet var det jevn økning i nedleggelse av institusjonsplasser. De som hadde vært på institusjon ble sendt hjem til sine kommuner. Selv om det var en økning i antall årsverk for kommunale psykiatriske sykepleiere, var ikke dette alene nok til å dekke behovet hos brukergruppen med psykiske lidelser. I 1995 kom staten på banen med virkemidler i form av øremerkede midler til kommunene for denne brukergruppen. Dette kuliminerte i en større satsning på feltet med en egen forlenget Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2008. Parallelt med økte midler til kommunene ble det utviklet en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Disse fikk navnene distriktpsikiatriske sentrer (DPSer) (Almvik & Borge, 2006).

Både i St. meld. 25 (1996-1997) og i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008 har det overordnede mål vært å styrke brukerrettede tiltak. En målsetning for denne velferdspolitikken har vært å legge til rette for brukermedvirkning. I St. meld. nr. 26 (1999-2000) ble brukermedvirkning tatt opp som ny kunnskap og en ny måte å sikre kvaliteten på tjenestene. I følge ”health promotion” litteraturen er forutsetningen for at folk flest kan ta kontroll over sitt eget liv at de får økt bevissthet om sin egen situasjon. For eksempel om hvordan de kan påvirke omgivelsene og utvikle personlige ferdigheter. Det regnes som avgjørende at de setter egne mål, at de deltar i beslutninger som gjelder eget liv og helse. Nøkkelpriippet her er deltakelse (Andrews, 2003). Tjenestemottakerne skal selv ha mulighet for innflytelse på egen behandlingssituasjon samt delta i utformingen av tjenestetilbudene sammen med tjenesteyterne (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Tjenesteyter tilfører tjenestemottaker sin faglige kunnskap. Tjenestemottakeren kan dermed ta informerte valg som føles best for sin egen situasjon (Hummelvoll, 2005).

I St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, viser departementet til at rettighetstenkningen og kravet til brukermedvirkning stadig har utviklet seg innen helse- og sosialtjenesten. Det stilles større krav om å organisere tjenester som er tilrettelagt for individuelle løsninger ut fra den enkeltes grunnleggende behov. I tråd med denne tenkningen er det utviklet Brukerlærerskoler. Brukerlærerskolen har fokus på å lære tjenestemottakere å formidle sin kunnskap om psykiske lidelser til fagfolk, studenter, pårørende samt andre brukere. Skolen har fokus på de ressurser og den kompetanse som de sitter inne med. Hver tjenestemottaker har sin egen erfaring med det å leve med en psykisk lidelse. I tillegg har de egne erfaringer gjort i møte med behandlingsapparatet. Dette som bakgrunn for undervisningen fokuseres det på hvordan historien kan formidles, for å være

til hjelp for andre. Dette har vært en gradvis utvikling siden 2002 og er blant annet inspirert av en dansk modell ”Kollbøttene”. ”Kollbøtter” er Danmarks betegnelse for brukerlærere.

I 2005 fikk Brukerlærerskolen midler fra Stiftelsen Helse & Rehabilitering. Til undervisningen brukes eksterne forelesere, fagpersoner og tjenestemottakere tilknyttet Brukerlærerskolen. En vesentlig del av metodikken er å arbeide med egne historier. Hver enkelt fremfører sin historie. De får tilbakemelding på form, innhold og fremføring. Gjennom denne prosessen blir den enkelte bevisstgjort på hva en ønsker å fortelle. I tillegg hvilken måte historien kan formidles på for å være til hjelp for andre. Et sentralt prinsipp er at de og fagpersonell er likeverdige samarbeidspartnere. Fagfolk tilknyttet brukerlærerskolen gir uttrykk for at de opplever det lærerikt og utviklende å jobbe tett sammen med brukerlærerne.

### **2.5.8 Makt**

Den historiske utviklingen har således gått fra å betrakte tjenestemottakeren som en passiv og styrt mottaker av tjenester, for så å legge til rette for en aktiv og medvirkende mottaker av helse- og sosialtjenesten. Tjenestemottakeren får tilbake makten over eget liv og bestemmer hvordan sitt eget liv skal leves (Topor, 2004). Det siste i denne utviklingen er etablering av brukerlærerskoler. Tjenestemottakere får opplæring slik at de blir brukerlærere og kan igjen lære opp tjenesteytere. Kort oppsummert har utviklingen gått fra maktbruk til bruker med makt.

Et sentralt diskusjonstema ved psykiatriens historie har nettopp vært dens maktbruk overfor mennesker med psykiske lidelser. Tidligere bøker om psykiatriens historie har hatt en tendens til å fremstille moderne psykiatri som en frigjøring fra fortidens grusomheter (Hermundstad, 1999). En av de som kanskje er mest kjent i denne diskusjonen er Michel Foucault (1926-1984). Han var en fransk filosof og kulturhistoriker. Under sitt arbeid som lektor ved Uppsala i Sverige på slutten av 1950- tallet, skrev han utkastet til *Galskapens historie i opplysningens tidsalder* (1961) (Eriksson & Qvarsell, 1997). Foucault hevdet at med fremveksten av psykiatrien ble det et dressur- og kontrollsystem. Utbyggingen av asylene fungerte som oppbevaring av de som avvek fra normene. Det førte til mer detaljstyring av menneskers liv enn noen gang tidligere. I forbindelse med asylreformen utviklet det seg en formynderholdning med strenge husordensregler for skikk og bruk.



Både pasientens ytre atferd samt dens vilje og følelsesliv skulle formes og disiplineres (Hermundstad, 1999). Dette systemet kunne oppleves som mer uhyggelige enn noen tidligere fysisk avstraffelse. Moderniseringen av helsevesenet via særomsorg som psykiatrien, innebar ikke bare en tiltakende bedring av forholdene for de syke. Det ble også i større grad en sosial kontroll over individene. Foucault hevdet også at den gryende kapitalismen krevde utstøtning og isolering av dem som ikke kunne eller ville arbeide. Et samfunn vil alltid trenge en syndebukk som det kollektivt kan projisere sin angst på. De gale egnest seg utmerket til denne rollen (Eriksson & Qvarsell, 1997, Hermundstad, 1999).

Det foreligger også noe kritikk av Foucault, på grunn av sin ensidige negative vinkling av maktutøvelsen i psykiatrien (Eriksson & Qvarsell, 1997). Det refereres til situasjoner som er så fastlåst at tvangsinnleggelse er den eneste muligheten. Sykehusene er for dette formålet bedre egnest enn andre institusjoner (Hermundstad, 1999).

### 3 METODE

#### 3.1 Design

Forskningsdesign består av temavalg, metodevalg for datainnsamling samt analysing av datamaterialet. I denne studien har forsker benyttet Kvales 7 stadier (Kvale et al., s. 118, 2009) som består av 1) tematisering, 2) planlegging, 3) intervjuing, 4) transkribering, 5) analysing, 6) verifisering, 7) rapportering. For å komme frem til dette ble det utarbeidet en egen prosjektbeskrivelse.

Gjennom egen utdanning og arbeidsrelatert erfaring, forelå det en forforståelse av temaet samt mange nærliggende temaer. Dette gjorde det først nødvendig å bevisstgjøre og konkretisere hva undersøkelsen skulle omhandle. Dette var en lengre prosess hvor jeg ble utfordret av mine veiledere til å komme frem til en mest mulig presis definering. Deretter ble det laget en problemstilling samt forskningsspørsmål før valg av metode.

I denne prosessen ble det også tilegnet en teoretisk referanseramme. Det ble gjennomførte flere søk på egen hånd samt sammen med bibliotekar ved HiAk. Det ble brukt databasen NORART, ISI Web of Knowledge samt BIBSYS Ask. Siden jeg er autorisert helsepersonell og er registrert som bruker med tilgang til nettportalen Helsebiblioteket.no ble også andre aktuelle databaser som PsycINFO og Cochrane Library benyttet. Søkemotoren Google ble også brukt for å utvide søket på begrepet ”brukerlærer”. Nøkkelordene som ble benyttet var ”brukerlærer”, ”brukerlærerskolen”, ”brukermedvirkning”, ”psykisk helsearbeid”, ”empowerment”, ”client participation”, ”mental health services”, ”health care delivery” og ”community mental health services”.

For å få en oversikt over tidligere forskning som har vært gjort, gikk jeg bredt ut med kun noen av nøkkelordene hver for seg. Det viser seg at det har vært gjort svært mye eldre forskning på brukermedvirkning innen psykisk helse. Mye av denne forskningen har vært viktig informasjonsgrunnlag for de aktuelle lover, forskrifter, Opptrappingsplanen for psykisk helse samt retningsgivende veiledere for psykisk helsearbeid i kommunene. Det var ingen artikler som kunne knyttes til hvordan brukermedvirkning oppleves. Da studien skulle omhandle brukerlæreres sine opplevelser med brukermedvirkning i møte med kommunens psykiske helsehelsetjenester, ble søket snevret inn med å slå sammen flere nøkkelord. Det viste seg at det ikke fremkom noen treff på vitenskaplige forskningsartikler

om brukerlærere. Det fantes imidlertid flere ikke vitenskaplige artikler om brukerlærere samt rapporten om utviklingen av prosjektet til Andvig (Andvig, 2005). Disse artiklene beskriver hva brukerlærere og brukerlærerskolen er for noe, samt flere journalistiske intervjuer med utdannede brukerlærere.

Den vitenskaplige artikkelen som er nærmest begrepet brukerlærer er den Antonsen (2008) gjennomførte. Dette var brukere som gikk på kurs om brukermedvirkning hos brukerlærer (Antonsen, 2008a). Dette var et fokusgruppeintervju med brukere om deres opplevelse av nytten ved et slikt kurs. For å finne aktuelle forskningsartikler som kunne relateres til min studie ble nøkkelordene ”empowerment”, ”client participation”, ”mental health services”, ”health care delivery” og ”community mental health services” på ulike måter søkt sammen. Dette resulterte i 5 treff ved databasen PsycINFO. Kun to artikler var av nyere forskning og bare en omhandlet opplevelsen med brukermedvirkning (Amering, 2008). Med å bruke samme fremgangsmetode på den tverrfaglige databasen ISI web of knowledge fikk jeg 6 treff av nyere forskning som var relevant for denne studien (Elstad og Eide, 2009; Stringer, Van Meijel, De Vree & Van Der Bijl, 2008; Reichhart, Kissling, Scheuring & Hamann, 2008; Restall & Strutt, 2008; Svensson & Hansson, 2006; Hansen, Hatling, Lidal og Ruud, 2002).

Da hensikten med studien var å studere brukerlærere sine opplevelser med brukermedvirkning, i møte med kommunens psykiske helsetjenester, ble det valgt et kvalitativ design med individuelle intervjuer. Kvalitative forskningsintervjuer er godt egnet til å få tak i menneskers opplevelser og erfaringer om et tema (Kvale, 1997, Ringdal, 2007). Hermeneutisk fortolkningsmodell ble så benyttet for å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard, 2006).

### **3.2 Hermeneutikk**

Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Tove Thagaard (2006) sier at: *”Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av. Vi forstår delene i lys av helheten”* (Thagaard, 2006, s. 37). Dette er den hermeneutiske

sirkel. Gilje og Grimen (1993) sier at den hermeneutiske sirkel peker på forbindelsene mellom det vi skal fortolke, forforståelsen og den sammenhengen eller konteksten det må fortolkes i. Generelt kan vi si at uttrykket "den hermeneutiske sirkel" betegner det forhold at all fortolkning består i stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det vi skal fortolke, og den kontekst det fortolkes i, eller mellom det vi skal fortolke, og vår egen forforståelse. *"Hvordan delen skal fortolkes, avhenger av hvordan helheten fortolkes. Hvordan fenomenet skal fortolkes, er avhengig av hvordan konteksten fortolkes, og omvendt"* (Gilje og Grimen, 1993, s. 153). Man må hele tiden veksle mellom det å forsøke å fortolke enkeltformuleringer og det å forsøke å fortolke hele verket. Ulike fortolkninger av enkeltformuleringer vil resultere i ulike fortolkninger av verket, og omvendt.

*"Når vi skal begrunne en fortolkning av en del av en tekst, for eksempel et avsnitt eller en formulering, må vi vise til en fortolkning av hele teksten. Når vi skal begrunne en fortolkning av hele teksten, må vi vise til en fortolkning av tekstens deler* (Gilje og Grimen, 1993, s. 153).

Dette belyser dermed det som er hovedpoenget i den hermeneutiske sirkel, nemlig at for å kunne begrunne fortolkninger av bestemte deler av et verk må man ha en fortolkning av hele verket. Og for å begrunne en bestemt fortolkning av hele verket, må man basere seg på fortolkninger av de enkelte delene. Det dreier seg om en sirkel, eller kanskje mer nøyaktig, en spiral siden man ikke kommer akkurat tilbake til utgangspunktet.

### **3.3 Metodevalg**

Hermeneutikken var opprinnelig sett på som en modell for å forstå eldre tekster (Gilje og Grimen, 1993). I et kvalitativt forskningsintervju kan forsker benytte denne modell på intervjuets transkriberte tekst. Valget av en kvalitativ forskningsstrategi kan sees på som et pragmatisk valg eller som et valg av vitenskapsfilosofisk standpunkt. I positivismestriden rundt 1970 argumenterte en rekke filosofer og sosiologer mot bruk av kvantitativ forskningsstrategi i samfunnsforskning. De hevdet at kvalitativ metode var mer tilpasset samfunnsvitenskapens materie, der menneskers handlinger står sentralt (Ringdal, 2007). Forskningsbasert kunnskap basert på humanistiske og samfunnsvitenskaplige forskningstradisjoner med utgangspunkt i brukerens egne erfaringer etterlyses nå mer i psykiatrisk forskning (Sosial- og helsedepartementet, 2005).

En kvalitativ forskningsstrategi bygger altså på at den sosiale verden konstrueres gjennom individers handlinger. Dette betyr at sosiale fenomener ikke er stabile, men er i kontinuerlig endring. Den kvalitative forskningsstrategien er ofte induktiv, det vil si å oppdage begrep og så lage teori. Forskeren setter seg først nøyte inn i informantens situasjon for eksempel gjennom samtaleintervju. Denne dataen registreres som tekst, for eksempel utskrift av intervjuet, som analyseres. På dette grunnlaget forsøker forskeren å finne nøkkelbegrep som kan benyttes til å forstå informantens situasjon eller handlinger. (Ringdal, 2007)

I denne studien ble det benyttet kvalitativ metode, i form av et halvstrukturert intervju med en digital lydopptaker til å ta opp intervjuene. Det kvalitative aspektet ved denne fremgangsmåten var at informantene sto fritt til å utforme svarene sine, og gjennom svarene kunne de presentere kriterier for hvordan de forstår sin situasjon (Thagaard, 2006).

### **3.4 Utvalg**

For å få svar på min refleksjon rundt opplevelsen med brukermedvirkning i møte med kommunens psykiske helsetjeneste, valgte jeg å henvende meg til brukerlærere. Funn i andre studier viser at tjenstemottakere som har gått på kurs i brukermedvirkning hos brukerlærer, påpeker blant annet et stort informasjons- og kunnskapsbehov om blant annet pasientrettigheter og brukermedvirkning (Antonsen, 2008). De tjenstemottakerne jeg møter har i liten grad medvirket i utformingen av sitt tjenestetilbud og behandlingsopplegg. Involverte tjensteytere har ofte allerede skissert frem et behandlingsopplegg og tjenestetilbud for tjenstemottakeren. En brukerlærer derimot har gjennom brukerlærerskolen ervervet kunnskap om og forståelse av begrepet brukermedvirkning. I tillegg har brukerlæreren lært om og fått opplæring i formidlingsteknikk. Brukerlærere har derfor opplæring samt erfaring i det å formidle egne opplevelser i møte med helsevesenet enn andre tjenstemottakere. En brukerlærer har således en dobbel kompetanse i forhold til andre tjenstemottakere med psykiske lidelser.

Det ble foretatt et strategisk utvalg i og med at studien hadde til hensikt å kartlegge brukerlæres sine opplevelser med brukermedvirkning. Da det var deres opplevelser i møte med kommunens psykiske helsetjenester, ble dette også lagt inn som kriteriegrunnlag.

Antall brukerlærere som var ønsket med i studien var basert på Kvaales (1997) anbefalinger. Han mener det bør være fra fem til tolv personer for å kunne gå i dybden i analysen. Inklusjonskriteriene for studien ble som følger: er brukerlærer, deltagelse basert på frivillighet, må være over atten år, ikke psykotisk under intervjuet, hatt opplevelse med kommunens psykiske helsetjenester, uavhengig kjønnskvotering da det ikke var til hensikt å se på forskjeller mellom menn og kvinner.

For å komme i kontakt med brukerlærerne ble det gjort en skriftlig henvendelse på mail til leder ved et Lærings- og Mestringscenter i helse Sør-Øst regionen (Vedlegg 1). Lederen ved senteret tok i mot informasjonsskriv om studien (Vedlegg 2) og oppnevnte en ansatt som var kontaktperson videre. Den ansatte formidlet således informasjonsskrivet om studien videre til brukerlærerne. Jeg fikk deretter navn og mail adresser på de som hadde samtykket til å være med i studien. Det var totalt åtte brukerlærere som sa seg villig til å delta. To av disse ble ikke intervjuet da det viste seg at de falt utenfor inklusjonskriteriet: hatt opplevelser med kommunens psykiske helsetjenester. Det tok nøyaktig 6 måneder fra første kontakt med de aktuelle brukerlærerne via mail, til de seks intervjuene var gjennomført.

### **3.5 Intervju**

Det ble søkt etter brukerlærernes opplevelser om brukermedvirkning, i møte med kommunens psykiske helsetjeneste med utgangspunkt i en halvstrukturert intervjuguide (Vedlegg 3). Det var laget syv åpne spørsmål som kunne gi svar på de tre forskningsspørsmålene. De åpne spørsmålene skulle bidra i størst mulig grad til egne og spontane beskrivelser. Brukerlærerne fikk velge om de ønsket å gjennomføre intervjuet ved Lærings- og Mestringscenteret eller i sitt eget hjem. Det var lagt vekt på at brukerlærerne i størst mulig grad kunne føle seg trygge i kjente omgivelser, men også få medvirkning i hva som var mest praktisk for hver enkelt. Det var fire som valgte å gjennomføre intervjuet hjemme og to på Lærings- og Mestringscenteret.

Ved vært intervju ble informasjonsskrivet gjennomgått på ny sammen med skjemaet for informert samtykke (Vedlegg 4). Det ble opplyst om at de kunne trekke seg når som helst fra prosjektet. Før begynnelsen av vært intervju, undertegnet brukerlærerne skjemaet for informert samtykke. Ved vært intervju ble det informert om at det var syv åpne spørsmål,

hvor de kunne svare og fortelle så mye som de ønsket. Det var lagt vekt på at intervjuet ikke skulle oppleves som et forhør (Kvale, 1997). Intervjuene ble tatt opp med en digital opptaker type Olympus som var lånt ved IT avdelingen ved HiAk. Den digitale opptakeren ble ved vært intervju vist frem og med en enkel forklaring på hvordan den virket. Dette for å synliggjøre den og i størst mulig grad ufarliggjøre den. Innledende runde før selve intervjuet, med informasjon og gjennomgang, var også et ledd i prøve å skape en mest mulig trygg ramme for brukerlæreren (Kvale, 1997).

Selv med mitt yrke og lang erfaring med brukersamtaler, opplevdes allikevel det å intervju som ganske annerledes. På tross av at jeg hadde satt meg godt inn i Kvales veiledende bok om å intervju (Kvale, 1997) ble de to første intervjuene preget av en noe forsiktig og passiv stil. Siden intervjuene foregikk over en lengre periode, med tid mellom hvert intervju, fikk jeg mulighet til å høre på og transkribere intervjuene fortløpende. Det var da tydelig å høre egne svakheter under intervjuingen. Etter en veiledningstime om hvordan utvikle intervjuteknikken samt fortløpende erfaring, medførte at jeg fikk mulighet til en progresjon i intervjuingen. Ved å ta i bruk mer aktiv lytting samt stille fortolkede spørsmål tilbake til den intervjuede, ble deres opplevelser mer utfyllende og konkretisert. Jamfør Kvale (1997) kan en slik veksling i intervjusituasjonen mellom min egen forforståelse, ny forståelse av det den intervjuede forteller sies å være i takt med den hermeneutiske spiral.

### **3.6 Transkribering**

Jeg valgte å transkribere intervjuene selv. Dette fordi det forelå en bevissthet om at analysen starter allerede under intervjuet og deretter i transkriberingen (Kvale, 1997). På grunn av tid og praktiske hensyn ble alle intervjuene transkribert ferdig påfølgende dag. Å transkribere intervjuene var svært tidkrevende men ga en nærhet samt kunnskap om intervju materialet (Thagaard, 2003). I følge Kvale kan det oversettes til bokmål allerede i transkriberingen (Kvale, 1997). Dette ble prøvd med første intervju, men oppdaget at jeg ubevisst tilga en del utsagn en upresis og fortolket oversettelse. Siden jeg ønsket å få tak i hva brukerlærerne faktisk forteller ble alle intervjuene transkribert helt ordrett med dialekt, ”slang uttrykk”, pauser og sinnsstemninger som latter og usikkerhet. Dette medførte at jeg hørte i gjennom hvert intervju tre til fire ganger for å få skriftliggjort intervjuene så

nøyaktig som mulig. Først i etterkant av ferdig analysering, er det materialet som brukes skriftlig i studien oversatt til bokmål for å ivareta anonymiteten.

For å ivareta sikkerheten og anonymiteten for brukerlærerne, ble alt skrevet på kontoret til eget arbeidssted. Alt skriftlig arbeid ble skrevet på et internt lukket nett, hvor kun jeg har tilgang. Dette er et internt nett som fyller sikkerhetskravene til oppbevaring av elektronisk pasientinformasjon. Det skriftlige papirmaterialet ble til en hver tid oppbevart i lukket skap i låst rom jamfør journalforskriften, når det ikke ble arbeidet med materialet.

### **3.7 Analyse**

Det ble benyttet Kvales tre analysetrinn, meningsfortetning, meningskategorisering og meningstolkning i analyseringen av det transkriberte materialet (Kvale, 1997).

Gjennom hele analyse arbeidet er det forsøkt å ha fokus på hvilken kontekst eller forståelsen tolkningen foregår i. Kvale nevner tre fortolkningskontekster; ”selvforståelse”, ”kritisk forståelse basert på sunn fornuft”, og ”teoretisk forståelse” (Kvale et al., 2009). Disse tre fortolkningskontekstene vil kunne gi forskjellige tolkninger. Med egen forforståelse ble det prøvde etter best mulig evne å legge denne til side. Dette for å unngå å havne i en av disse tre forståelsene. Jeg har således gått åpent ut og foretatt parallelle letinger etter fellestrekk og særtrekk samt etter tendenser og unntak.

Det transkriberte materialet var på 37 A4 sider med skrifttype Times New Roman, størrelse 12. Først ble hvert intervju lest igjennom et par ganger for å få en oversikt av hele materialet. Så ble det gjort en meningsfortetting. Det ble først gjort en grov sortering hvor alt materialet ble delt inn etter de syv spørsmålene. Deretter ble materialet lest på nytt og meningsinnhold ble markert ved å utheve teksten med fet skrift type. Dette for å ha oversikt over hele materialet samt enkelt kunne finne tilbake.

Så ble det foretatt en meningskategorisering av enkelt ord og sitater. Disse ble skrevet under hverandre på ark. Deretter ble de med lignende innhold innordnet i grupper. Det ble prøvd i størst mulig grad å benytte ord som brukerlærerne selv hadde brukt, som fellesbetegnelse for innholdet i gruppene. Disse gruppene dannet første utkast til underkategoriene. Etter å ha sett disse delene opp i mot helheten igjen ble det klart at noen



underkategorier kunne slås sammen. Andre igjen fikk nytt navn på grunn av ny forståelse. Å bevege seg slik mellom deler og helhet er en viktig del av analyseprosessen. Det kan sies å være i tråd med den hermeneutiske sirkel og jeg har således kommet frem til et tolkningsnivå av flere mulige (Kvale, 1997).

Eksempel på utvikling av ny forståelse var at deler av det som først ble forstått som *sykdomsinnsikt* egentlig omhandlet *modenhet*. Eller det som først ble betegnet som *anonym* ble senere forstått som *informasjonstilgjengelighet*. Til slutt i denne prosessen ble det 13 underkategorier som dannet tre hovedkategorier. For å sikre en viss kontroll med arbeidet hadde jeg flere veiledningstimer for å drøfte analyseprosessen (Vedlegg 5) som ledet frem til under- og hovedkategoriene. Mine veiledere har fulgt hele materialet igjennom hele forskningsprosessen.

<b>Hovedkategori 1</b>	<b>Hovedkategori 2</b>	<b>Hovedkategori 3</b>
Opptrappingsplanen for psykisk helse brukertilpasser tjenestetilbudene	Brukermedvirkning og mestring	Brukerlærer og empowerment
Underkategori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjonstilgjengelighet</li> <li>• Tilfredsstillende tjenestetilbud</li> <li>• Fleksibilitet</li> <li>• Opptrappingsplanen</li> </ul>	Underkategori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetanse</li> <li>• Engasjement</li> <li>• Medvirkning</li> <li>• Tverrfaglig samarbeid</li> <li>• Modenhet</li> </ul>	Underkategori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidligere erfaring</li> <li>• Mestringsfølelse</li> <li>• Holdningsarbeid</li> <li>• Mestringsstrategier</li> </ul>

Figur 3.1 Underkategorier som ledet til hovedkategorier

### 3.8 Validitet

Validitet omhandler studiens datakvalitet og dens pålitelighet og gyldighet (Kvale et al., 2009). Det er ikke bare det rent metodologiske men også om forsker utøver et godt moralsk arbeid. Validering må således følge alle de syv stadiene i forskningsprosessen; tematiseringsfasen, planleggingsfasen, intervjuguiden, transkriberingen, analysen, valideringen og rapportering.

Validitet reiser også spørsmål om kunnskap som er produsert ved hjelp av intervju, kan være objektiv. I denne studien har jeg hatt fokus på Kvales fem tilnæringer til intervjuforskningens objektivitet (Kvale et al., 2009).

- 1) *Frihet fra ensidighet*: For at kunnskapen ikke skulle bære preg av egen forforståelse, har studien vært gjennomført etter systematiske krav med fokus på godt, solid og etisk bevisst håndverk.
- 2) *Refleksiv objektivitet*: Det ble brukt lang tid sammen med veilederne å konkretisere ut aktuelle tema fra andre nærliggende og ble således bevisst egen forforståelse.
- 3) *Intersubjektiv kunnskap*: Ved å stille oppklarende spørsmål under intervjuene fikk jeg validert min fortolkning av det som ble sagt.
- 4) Jeg forsøkte å forholde meg i størst mulig grad *adekvat til gjenstanden*, fenomenet som undersøkes. Det kvalitative forskningsintervjuet gir den beste objektive kunnskapen innenfor den mellommenneskelige sosiale verden.
- 5) *Gi objektet lov til å protestere*: Ved å bruke en kvalitativ tilnærming har de som intervjues en mulighet til å protestere mot min forforståelse.

Svakheter ved studien er egen manglende erfaring i slikt arbeid. Det kunne ha vært gjennomført et pilot intervju for og mulig bedret evnen i intervjusettingen. Dette ble ikke gjort på grunn av hensyn til tid og få informanter. Kvale vektlegger det å ha kunnskap om temaet samt kjenne feltet best mulig (Kvale et al., 2009). Sånn sett har studien en styrke med min bakgrunn og daglige yrkesutøvelse.

### **3.9 Etisk refleksjon**

I følge Kvale er samspillet mellom intervjuer og intervjuperson gjennomsyret av etiske spørsmål (Kvale et al., 2009). Dette medfører viktighet med et bevisst fokus på de etiske dilemmaene i forskning. De etiske standarder for all medisinsk forskning er gitt i Helsinkideklarasjonen (Thagaard, 2006). Her nevnes viktige momenter som å beskytte liv og helse, verdighet, integritet, frivillighet, retten til selvbestemmelse, privatliv og konfidensialitet. I denne studien ble det drøftet nytte mot ulempe ved en slik undersøkelse. På den ene siden er mennesker med ulike sykdommer i en sårbar situasjon. På en annen side ønskes det en mer forskningsbasert kunnskap basert på humanistiske og

samfunnsvitenskaplige forskningstradisjoner med utgangspunkt i tjenestemottakernes egne erfaringer (Sosial- og helsedepartementet, 2005).

Brukerlærerne utarbeider i forkant sin historie som formidles til andre. Ved denne presentasjonsformen fungerer historien som et kontrollert manus. Ved en intervjusituasjon blir deres beskrivelser av opplevelsene tatt ut av et slikt fast mønster. I tillegg kunne det være fare for at noen av spørsmålene åpnet opp for enkelt episoder eller historier som bevisst var utelatt i sitt manus. Disse etiske dilemmaene ble stående som viktige markører for den videre prosessen.

I utarbeidelsen av prosjektet ble de etiske perspektivene vektlagt og prosjektbeskrivelsen ble søkt inn til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Prosjektet ble godkjent av (REK) samt videre av Personvernombudet, Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste (NSD) (Vedlegg 6 og 7).

Ved å henvende meg til lederen ved Lærings- og Mestringscenteret fikk jeg kun kontakt med de brukerlærerne som var villig til å delta. De ble presentert prosjektet av personer som på forhånd var kjente, og ble således ikke utsatt for direkte kontakt med meg. Det var tilstrebet at intervjuet skulle oppleves minst mulig belastende. Jeg lot derfor brukerlærerne få medvirke i intervjusituasjonen ved valg av ulike tidspunkter for gjennomføring samt sted. Før vært intervju ble informasjonsskrivet på nytt gjennomgått med påfølgende underskrivelse av skjema for informert samtykke. Det ble også informert om at det var syv åpne spørsmål, hvor de selv fortalte så mye de ønsket. Jeg var hele tiden bevisst min egen atferd i intervjusituasjonen. Ved intervju i hjemmet ble tidligere erfaring fra arbeid i hjemmetjenesten brukt (Aanderaa, 1996, Lingås, 1996). Bruk av atferd, stemme og aktiv lytting ble bevisst brukt for å få skape et tillitspreget forhold under intervjuet. Allikevel var det en bevissthet på at det ikke måtte bli en for intim situasjon slik at det ble sagt noe som kunne angres på i etterkant. Det var således forsøkt skapt en mest mulig trygg atmosfære med en naturlig distanse under intervjusituasjonen.

Materialet fra intervjuene og det skriftlige arbeidet har i hele perioden blitt ivaretatt etter gjeldene retningslinjer fra (NSD). Alt det skriftlige materialet har blitt skrevet og lagret på egen arbeidsplass sin lukkede server. Utskrift av materialet under veis samt kopi av lydfilene er blitt lagret i låst arkiv, i låst rom, på egen arbeidsplass. Dette arkivet er kun

tilgjengelig for eget bruk. De originale lydfilene på den digitale lydopptakeren ble slettet rett etter overføring til egen CD, med hjelp fra IT-support sine ansatte ved HiAk. Alt materiale i forbindelse med utarbeidelse av denne oppgaven blir destruert etter studiens slutt.

## 4 PRESENTASJON AV FUNN

### 4.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres funnene i studien. Under analysearbeidet dannet det seg tre hovedkategorier og 13 underkategorier. Funnene presenteres i form av kommentarer og sitater. Sitatene er skrevet i kursiv.

### 4.2 Opptappingsplanen for psykisk helse brukertilpasser tjenestetilbudene

#### 4.2.1 Informasjonstilgjengelighet

*Jeg har en høy utdanning som har blitt brukt mot meg på hele veien i systemet. En av brukerlærerne fortalte at det ikke hadde vært lett å få hjelp fra det psykiske helsevernet. Dette skyldes i stor grad at hun ble sett på som en ressurs sterk person. Denne studien viser at alle de intervjuede brukerlærerne har skolegang og utdanning tilsvarende nivå bachelorgrad eller høyere. Flere av dem sitter eller har sittet i sentrale verv som representanter eller ledere. Mange av dem lever med en kronisk psykisk lidelse.*

*En presiserer at det er viktig med innsikt i egen sykdom og situasjon. (...) det er jo noen brikker som må falle på plass, da i forhold til sykdomsinnsikt og aksept at man har kanskje en alvorlig lidelse (...). Flere av de intervjuede brukerlærerne kjente selv at de ble dårlige og har innsikt i sine symptomer eller sitt sykdomsbilde. (...) jeg, ønsket hjelp (...) fordi jeg var så dårlig. En annen beskrev sin innsikt slik: Jeg har jo begynt å kjenne meg såpass. Jeg har vært dårlig i mange år (...). Jeg begynner å kjenne hvis det er noe som tipper hos meg så kjenner jeg det ganske lang tid på forhånd. Selv med sykdomsforståelse samt ansett som ressurssterk opplevde flere av dem det vanskelig å finne frem til den kommunale psykiske helsetjenesten.*

Studien viser at de kom i kontakt med kommunens psykiske helsetjeneste via andre hjelpeinstanser. Det var i all hovedsak spesialisthelsetjenesten som sykehus eller de lokale distriktpsikiatriske sentrene som kontaktet kommunen for å etablere ulike former for videre oppfølging. En fortalte at det kun var de på sykehuset som hadde informert henne om hvilke tjenestetilbud som fantes og som hun hadde krav på. Dette kunne være forebyggende støttesamtaler, nettverksbygging eller annen praktisk støttende oppfølging fra kommunens psykisk helsetjeneste. En annen fortalte at hun først var innlagt ved et

distriktspsykiatrisk senter. Ved utskrivelse tok senteret kontakt med kommunens psykiske helsetjeneste. De hadde så formidlet behov for en kontaktperson i kommunen som kunne gi støttende oppfølging i etterkant av utskrivelsen. Ikke alle ønsket å bruke sin nærmeste familie til slik støttende oppfølging eller bearbeiding av sine problemer. (...) *istedenfor å bruke familien om de tingene der (...). Så ville jeg ha oppfølging fra kommunen.* To brukerlærer kom i kontakt med kommunens psykiske helsetjeneste etter å ha blitt fanget opp av andre kommunale helsetjenester. Det avgjørende var at enkelt personer i disse tjenestene så at det kunne være et behov for oppfølging fra kommunens psykiske helsetjeneste. I tillegg hadde de spurt direkte om de ønsket hjelp fra denne tjenesten. Sammen hadde de kommet frem til at det var behov for oppfølging, og videreformidlet behovet til rette instans i kommunen. Disse brukerlærerne var ikke kjent med at det eksisterte en psykiatritjeneste i kommunen.

Tilgjengelig informasjon om kommunens psykiske helsetjenester så ut til å ha vært vanskelig å finne. Etter å ha vært syk en periode, hadde en av brukerlærerne prøvd på egenhånd uten å finne frem i kommunens helsetjeneste. *Jeg viste ikke at det fantes engang da selv om jeg da hadde vært syk en stund.* Selv om hun hadde vært medlem i Mental helse så var hun ikke klar over at det fantes et slikt tilbud som psykisk helsetjeneste i sin hjemkommune. For denne brukerlæreren var det kommunens barnevern som hadde spurt og hjulpet henne videre inn til den kommunale psykiske helsetjenesten. En annen hadde følt seg som en kasteball og svingdørspasient mellom psykiatriske akutt avdelinger og rehabiliteringspoliklinikken. Først da hun fikk vite om ulike tilbud innen kommunens psykiske helsetjenester og oppstart med deres supplerende tjenester, opplevde hun en tilfredsstillende behandlingsprosess.

Selv om en av de intervjuede tidligere hadde hatt bistand fra en av kommunens psykiske helsetjenester, opplevdes det allikevel vanskelig å komme i kontakt igjen på egen hånd. Denne brukerlæreren opplevde at hun måtte kjempe litt for å få kontakt igjen. Hun hadde tidligere kommet i kontakt med kommunen ved hjelp fra sykehusets sosionom. Når hun selv skulle ta kontakt igjen ble det å søke om hjelp mer uoversiktlig. (...) *å søke da ble litt mer uoversiktlig i stedet for å ha en sosionom som bare hadde formidlet ting videre.* Hun opplevde at hun måtte gå omveier for å finne fram i systemet. Det som ble viktig var at hun fikk brosjyrer om kommunens psykiske helsetjenester, slik at hun selv fikk komme i gang. En annen opplevde også manglende informasjonskunnskap og oversikt innad i kommunens

egen organisasjon. Hun gikk gravid og ringte inn til kommune helsetjenesten for å få hjelp. Hun fikk vite at kommunen hadde ingen på det området som kunne hjelpe, hvor det var gravide og psykisk psyke. Dette medførte stor fortvilelse og mange telefonsamtaler til kommunens helsetjeneste i et forsøk på å få noe hjelp. Hun opplevde at de rett og slett ikke visste hva de skulle gjøre. På spørsmål hvor hun kunne søke hjelp hen hvis de ikke kunne hjelpe, fikk hun ikke noe svar. Til slutt fikk hun hjelp og oppfølging av en jordmor. Da hadde hun selv etter eget initiativ vært innlagt sykehuset flere ganger, som også hadde sett og videreformidlet behovet til kommunen.

Lett tilgjengelig informasjon om kommunens psykiske helsetjenester varierer mellom de ulike kommunene. En opplevde at det var en bra overgang da hun flyttet til en annen kommune. *Så når jeg flyttet over til (kommune), bare noen måneder etterpå så fikk jeg vite på alle rettigheter jeg hadde her.* En annen opplevde også stor forskjell mellom sin hjemkommune og den som var tilflyttet. Det at tilgjengeligheten på kommunens psykiske helsetjenester var bra, opplevdes som positivt. *Jeg ble positivt overrasket over hvordan det fungerte her i denne kommunen, i forhold til der hvor jeg kommer i fra. Så synes jeg at det var mere tilbud, mer tilgjengelighet.*

#### **4.2.2 Tilfredsstillende tjenestetilbud**

Selv om tilgjengelig informasjon om tjenestene varierer, viser studien at alle brukerlærerne opplever tilfredshet med selve tjenestetilbudet innen den kommunale psykiske helsetjenesten. (...) *jeg er veldig fornøyd med det tilbudet jeg har fått fra kommunen.* Flere har benyttet seg av lavterskeltilbud som aktivitetshus eller dagsentrer. Ved dette tilbudet er det flest ulike opplevelser blant de intervjuede. En følte at det var en viktig arena når sykdomsbildet var slik at funksjonsevnen var sterkt nedsatt. Oppmuntrende og positive tilbakemeldinger fra de ansatte var til stor hjelp. Selv om dette var et lavterskeltilbud var de ansatte opptatte med å hjelpe frem egne interesser hos brukerne. Forslag og ideer fra brukerne ble så satt ut liv. En forteller at dette stedet kunne brukes både aktivt og passivt samt mulighet til å få støttende samtaler. En opplevde at det var klare forskjeller mellom kommuner i forhold til tilbudene. Ulike opplevelser med dagsenter tilbudet kan skyldes forskjeller kommuner i mellom. En annen opplevde dagsenteret lite brukerstyrt og en umyndiggjøring av brukerne fra personalet. (...) *jeg trur veldig mange av de som jobber på*

*såne steder har litt lett for og sånn jeg føler det i hvert fall og ehh umyndiggjøre oss litt, litt mye og det (...) er litt dumt (...).*

En nevner at det har vært et behov for et mer differensiert lavterskeltilbud. Det opplevdes svært frustrerende, at alt skulle være lavterskeltilbud for alle. De som ikke var i så dårlig form ville gjerne hatt et tilbud som var tilpasset mer på deres premisser. For denne brukerlæreren ble det etter hvert opprettet et slikt tilbud fra kommunen. En annen beskriver utviklingen i sin kommune slik: *Men nå er det sånn at det, jeg har ikke tid. Jeg har ikke tid til å benytte meg av alle de tilbudene som kommunen ehe faktisk har da.* Andre ulike tilbud som ble nevnt og som formidles eller gis i regi via kommunens psykiske helsetjenester var: KiD kurs (kurs i depresjonsmestring), støttekontaktordningen, fysiske aktiviteter som treningsstudio og svømming, hjelp fra boligsektoren med startlån og frivillig forvaltning.

En av de intervjuede nevner viktigheten med å kunne få et ettervern etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Dette er med på å trygge og hjelpe til å bli selvstendig igjen. Hun har selv opplevd at dette ofte har vært mangelfullt. Mangelen på å ha en bolig å gå til ved utskrivelse fra et lengre opphold, gjorde henne ekstra sårbar. Hun påpeker viktigheten med at alt slikt må ligge til rette før en utskrivelse. Ikke alle er i stand til å klare dette på egenhånd rett etter en utskrivelse. Hun trekker paralleller til de som skrives ut fra fengsler etter lange opphold. Der blir ingen skrevet ut før det foreligger en bolig som de kan bo i. En annen forteller at redningen for henne ble det å få hjelp med å fylle ut en søknad om et startlån, slik at hun fikk kjøpt seg sin egen leilighet. Tidligere hadde hun bodd i kommunale leiligheter med tidsbegrensede leieavtaler. Usikkerheten om bytte og flytting mellom disse leilighetene påvirket hennes psykiske lidelse i en svært negativ retning.

Selv om flere har hatt episoder som kan betegnes i negativ retning viser studien at total opplevelsen positiv. *(...)har fungert utrolig bra for meg. (...) så jeg har ehe nesten bare positive erfaringer selv om det selvfølgelig har vært noen runder med det meste.* Til tross for ulike opplevelser med enkelte tjenester, er det en tjeneste som de alle er svært fornøyd med. Det er kommunens psykiatrisk hjemmetjeneste. Den oppleves som viktigere enn de andre på grunn av dens fleksibilitet.



### 4.2.3 Fleksibilitet

En tjeneste som kommunens psykiske helsetjeneste har, psykiatrisk hjemmetjeneste, oppleves som viktigere enn de andre, og det skyldes i stor grad denne tjenestens evne til fleksibilitet. Det oppleves av brukerlærerne som et viktig poeng at tjenesten har en fleksibilitet i seg, slik at den i størst mulig grad kan benyttes på brukernes premisser. Noen av de faktorene som ble trukket frem av brukerlærerne var muligheten til å påvirke tidspunkt og sted for oppfølging. *Det at jeg kunne velge (...) tidspunkt og sted (...) at det var ganske varierende fra uke til uke hvor vi møttes og, og tidspunkt det var veldig viktig for meg (...).* Flere hadde tidligere erfaringer med oppfølging fra spesialisthelsetjenesten eller fra privat praktiserende behandlere. De opplevde denne behandlingsformen som rigid og økonomisk preget. Forskjellen mellom disse tilbudene blir beskrevet av en slik: *Det var veldig koselig og så hadde dem tid. Det var ikke satt av tre kvarter og så betaler du for det og "svijs" så kasta ut.* En annen sier noe lignende: *For det første kostet det ingen ting og så var det at de hadde tid til det.* En opplevde oppfølgingen fra psykiatrisk hjemmetjeneste som mye mer *friere* en den tradisjonelle oppfølgingen ved distriktpspsykiatriske sentrene. Det at tjenesten kunne tilpasse seg i tid og sted var avgjørende.

Flere av de intervjuede trekker også frem det momentet at den psykiatriske hjemmetjenesten kunne komme hjem på hjemmebesøk. En forteller at hun fikk besøk fra psykiatrisk hjemmetjeneste to ganger i uka etter utskrivelse fra sykehuset. Det oppleves svært gunstig at oppfølging fra tjenesten kan komme på slike hjemmebesøk. Variasjon i situasjon og tilstand gjør at det i perioder er mer hensiktsmessig med oppfølging i hjemmet. En annen viktig faktor er at de kan forholde seg til kun noen få og faste helsepersonell. Et annet moment er at psykiatrisk hjemmetjeneste også kan nås på telefon. *(...) kunne ringe ehe på dagen å si: ehe du har du mulighet?* Denne tjenestens evne til å tilpasse seg de ulike brukerne blir beskrevet av en brukerlærer følgende: *Men det viktigste syns jeg er psykiatrisk hjemmetjeneste. Jeg pleier å fleipe litt å si at de er som poteten. De kan brukes til alt.* For denne brukerlæreren var det også psykiatrisk hjemmetjeneste som hadde ordnet med at hun hadde fått en individuell plan. En hadde hatt ulik oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i mange år. Når hun fikk oppfølging fra psykiatrisk hjemmetjeneste beskriver hun sin opplevelse med tjenesten slik: *(...)jeg følte at det var den brikken jeg egentlig hadde manglet jeg, i min behandling.*

#### 4.2.4 Opptrappingsplanen

Variasjon og mangfold av tjenestetilbud må ses i sammenheng med de tilførte ressursene som kom i forbindelse med opptrappingsplanen for psykisk helse. En brukerlærer påpeker nettopp dette at det har vært en bevisst politisk styring med å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunen. (...)dette her har jo kommet litt sånn underveis politisk også tenker jeg, så ehe det er jo viktig i forhold til at det har blitt ehe etablert en kommunal helsetjeneste i kjølevannet av opptrappingsplanen.

Til tross for brukerlærernes opplevelse av tilfredshet med tjenestetilbudene i kommunene merker de nå et skifte i utviklingen av tjenestetilbudet. En beskriver at kommunene har redusert sitt tilbud til det psykiske helsearbeidet, nå som psykiatrimidlene ikke lenger er øremerket. Det har medført at i sin hjemkommune har den ene tjenesten halvert personalstaben sin. (...)jeg tenker sånn i forhold til ehe de tilbudene som er på plass nå i (kommunen) er ikke så verst, men vi er fortvilet over at de skjæres ned på stillinger (...). Ved reduksjon i tilbudet påpeker en annen at det nå oppstår lang ventetid for å få en kontaktperson fra kommunens psykiske helsevern. Hun var selv i en sårbar fase når det ble redusert i tjenesten og beskrev det slik: *Ja det ble jo halvert på et tidspunkt hvor ehe jeg overhodet ikke var i en stabil fase(...)*. På grunn av reduksjonen i tilbudet følte denne brukerlæreren seg allikevel heldig over å ha vært en av de som har fått jevnlig oppfølging hele tiden. Hun var veldig fornøyd med det tilbudet hun har fått fra kommunen, samtidig synes hun det er trist at tilbudet er blitt redusert. *Så det synd at det er så få ressurser. Trengs mye mer....* En brukerlærer så en helt klar sammenheng mellom de tilførte ressursene som har kommet i regi av opptrappingsplanen og endringen i sitt liv. Hun beskriver at det er nettopp disse ressursene som har betydd alt for henne. *Det har betydd alt, for at jeg skal ha et meningsfylt liv i dag.* Det er en felles negativ opplevelse at de stillingene som ble opprettet i forbindelse med de tilførte midlene via opptrappingsplanen, skjæres ned når de ikke lenger er øremerket.

#### 4.2.5 OPPSUMMERING

**Informasjonstilgjengeligheten** om kommunens psykiske helsetjenester er varierende mellom de ulike kommunene. Studien viser at brukerlærerne kom i kontakt med kommunens psykiske helsetjenester via andre hjelpeinstanser. Selv med sykdomsforståelse samt ansett som ressurssterk opplevde flere av brukerlærerne det vanskelig å finne frem til

den kommunale psykiske helsetjenesten. Selv om kommunens psykiske helsetjenester har vært vanskelig å finne opplever alle brukerlærerne en veldig fornøydhets og tilfredshet med deres ulike *tjenestetilbud*. Selv om noen av brukerlærerne har hatt episoder som kan betegnes i negativ retning er total opplevelsen positiv. Kommunens psykiatrisk hjemmetjeneste oppleves som viktigere enn de andre tjenestetilbudene. Det skyldes i stor grad tjenestens evne til *fleksibilitet*. Brukerlærerne vektlegger at tjenesten må ha en fleksibilitet i seg slik at den i størst mulig grad kan benyttes på brukernes premisser. Det å kunne påvirke elementer som tid og sted samt at tjenesten var gratis, opplevdes som friere. Dette er i kontrast til opplevelsen med spesialisthelsetjenesten som beskrives rigid og økonomisk preget. Variasjon og mangfold av tjenestetilbud må ses i sammenheng med de tilførte ressursene som kom i forbindelse med *Opptrappingsplanen* for psykisk helse. Kutt i tjenestetilbudet nå når opptrappingsplanen er over gjør at tjenesten ses på som ressursavhengig.

### **4.3 Brukermedvirkning og mestring**

#### **4.3.1 Kompetanse**

Flere av de intervjuede brukerlærerne har opplevelser med å ha møtt tjenesteytere som ikke helt har forstått deres problemer. De vektlegger at utøverne i tjenesten må ha et vist nivå av faglighet for å kunne se og forstå den psykiske syke. En forteller at hun gikk til en privat praktiserende psykiater som ikke hadde forstått hennes vansker. Hun hadde hatt oppfølging av flere behandlere som ikke forstod hennes problemer. Under et kurs i depresjonsmestring i regi av kommunens psykiske helsevern, ble hun fanget opp av en av de som ledet kurset. *En av de som ledet hun ehh så det at jeg hadde det ganske vanskelig(...). Det kliniske blikket til denne lederen oppleves å ha vært avgjørende for denne brukerlærerens videre oppfølging. (...) det var først da jeg kom i kontakt med henne at ting virkelig (...) begynte å skje for meg. (...)*

En annen fortalte om hvor viktig det er å oppleve trygghet når man har behov for hjelp fra det psykiske helsevernet. Ved at tjenesteyterne har faglig forståelse av situasjonen, er med på å skape trygge omgivelser og opplevelser. Hun hadde selv opplevd tvangsinnleggelse med politi som benyttet håndjern. Dette ble opplevd som fryktelig skremmende. Legevakts legens forståelse av situasjonen medførte at han beordret ikke videre bruk av håndjern. Denne brukerlæreren tar til orde for å se på andre alternative måter å tvangsinnlegge

psykisk syke mennesker. Prosjektet i Bergen med å benytte kvalifiserte personer og ikke politi til å hente til tvangsinnleggelse, nevnte henne som et alternativ. Også andre av de intervjuede nevnte viktigheten med at utøverne i tjenesten har faglig forståelse av situasjonen. En forteller om psykiatrisk hjemmetjeneste sitt behov for kunnskap om sykdommen og dens symptomer. (...) *mye handlet om at de har trengt en del informasjon også fra mine behandlere for å skjønne hva som egentlig foregikk.* Denne brukerlærerens psykiske lidelse gjorde at det i begynnelsen var vanskelig for psykiatrisk hjemmetjeneste å gi riktig hjelp.

En satt spørsmålstegn ved fagligheten til enkelte behandlere, og beskrev at det nærmest oppstod et eierforhold til brukeren. Denne brukerlæreren mente at hvis man har gått til psykiatrisk behandling i syv år hos en behandler uten nevneverdig bedring, burde kanskje behandleren se inn i seg selv og se om det er noen andre som kan hjelpe den pasienten på andre måter. En av de andre opplevde noe tilsvarende. *Jeg begynte jo med å bare forholde meg til spesialisthelsetjenesten, og ble ikke bra. Eller ble ikke bedre heller (latter).* Studien viser at det er viktig med tjenesteytere sin evne til å skape relasjon og inneha relasjonskompetanse. De intervjuede brukerlærerne påpekte at skulle de kunne nyttegjøre seg sitt behandlingstilbud, måtte det være en relasjon til stede. En beskrev sin opplevelse med en behandler følgende: *Jeg gikk hos en privat praktiserende psykiater som jeg var livredd (...). Det fungerte veldig dårlig (...).*

Det å få til en relasjon som oppleves bra, beskrives som en prosess som krever mye arbeid. *Vi har jo virkelig jobbet, det har jo krevd mye av de (psykiatrisk hjemmetjeneste) også å liksom (...), ja få en "all right" relasjon til meg.* Selv om det legges ned mye arbeid på å oppnå en god og tilfredsstillende relasjon er det ikke sikkert at man vil lykkes. En omtalte dette som en kjemi mellom to mennesker som noen ganger lyktes og andre ganger ikke var tilstede. For å oppnå en god relasjon fortalte hun at det er viktig at tjenesteyter møter den syke på en likeverdig måte. *At man ikke setter seg så høyt selv, som behandler, men går ned til et nivå sånn at det er lettere å bli medmenneskelig. (...), det med å møte de der hvor de er, (...).* Denne brukerlæreren hadde hatt to tjenesteytere fra psykiatrisk hjemmetjeneste og opplevde et godt møte med dem begge. Møtene ble beskrevet som veldig varme med opplevelse av medmenneskelighet. For å opprettholde den gode relasjonen vektlegger hun også at tjenesteyteren ikke aktivt må påvirke den andre i noen bestemt retning. Hun trekker frem elementer som å være *ydmuk* og ikke *farger* den andre med det en mener selv.

En annen fortalte at noen tjenesteytere hadde veldig raskt oppnådd en god relasjon, mens med andre igjen fungerte det svært dårlig. Opplevelsen med psykiatrisk hjemmetjeneste ble beskrevet som at tjenesteyterne alltid var veldig lydhør samt var interessert i å bli kjent med dem. Den største utfordringen for denne brukerlæreren har vært og selv kunne si i fra når relasjonen ikke var til stede. *Noen av de jeg har hatt, har liksom "catcha" meg sånn, å veldig raskt. Mens andre har jeg liksom, overhodet ikke fungert i det hele tatt. Men etter hvert så har jeg blitt veldig selvsikker å si at, dette funker ikke.* Denne brukerlæreren fikk i sin tid på plass en ansvarsgruppe rundt seg. I prosessen med å få utnevnt en koordinator ble det fra ansvarsgruppen valgt en sosionom som hadde en relasjon fra før. Det at denne koordinatoren tidligere hadde vært en arbeidskollega opplevdes at det hele ble feil. Det følte svært uheldig og ikke riktig av arbeidskollegaen å blande rollene slik.

En påpeker at det er viktig med en god relasjon, fordi hun krever at det settes tydelige grenser av tjenesteyter i behandlingsprosessen. Det skal ikke oppleves som makt og kontroll men at det stilles krav til brukeren. Hun beskriver utfordringen ved at damer i psykiatrien har en tendens til å sy litt mer puter under pasientene. Hun mener tjenesteyter må være litt hard og derfor viktig at det foreligger en relasjon først. Studien viser at alle brukerlærerne er fornøyd med kompetansen til utøverne i psykiatrisk hjemmetjeneste. En beskriver det slik: *Det har fungert veldig bra. (...) de skal jo være en støtte funksjon og egentlig ikke terapi, men ofte så virker det jo terapeutisk den kontakten man har.*

### **4.3.2 Engasjement**

Studien viser at brukerlærerne vektlegger viktigheten med tjenesteyternes faglige kompetanse men også deres engasjement blir beskrevet som avgjørende. En beskriver det slik når en fra kommunens psykiske helsetjeneste tok kontakt med henne: *(...) så hun kom å spurte om ehh jeg ønsket en samtale med henne (...). For henne var det tak i og skjønte det (...).* Denne tjenesteyteren hjalp til på en slik måte at brukerlæreren selv ble i stand til å forstå blant annet avslag på uførestønader. Tjenesteyteren hjalp henne også med å komme inn på den lokale DPSen, og beskrev sin fastlege følgende: *(...) for det var ikke sånn særlig tak i han legen min heller (...).* Det at en tjenesteyter tar tak i situasjonen og viser engasjement oppleves svært viktig. For noen av de intervjuede har akkurat det vært avgjørende for å få nødvendig og riktig helsehjelp.

En opplevde psykiatrisk hjemmetjeneste som en tjeneste med mye engasjement. Denne brukerlæreren hadde en periode veldig liten tillit til andre mennesker og hjelpere. Det at tjenesteyterne fra psykiatrisk hjemmetjeneste viste ekte interesse i, med både bli kjent og med å hjelpe, var viktig. Det gjorde at det opplevdes å fungere svært godt med hjelp fra denne tjenesten. Brukerlæreren konkluderer selv med å si: *Så det handler mye om (...), å.. vilje til å engasjere seg, ordentlig....* At de tjenesteyterne som jobber i psykiatrisk hjemmetjeneste viste ekte engasjement opplevdes av flere. En sa følgende om denne tjenesten: *Dem var interessert i deg (...)*. En annen sa følgende: *Jeg opplevde dem som utrolig engasjerte*. En igjen fikk hjelp med å etablere en individuell plan som opplevdes som svært nyttig. Denne brukerlæreren var ikke kjent med en slik individuell plan fra tidligere.

### **4.3.3 Medvirkning**

Studien viser at alle brukerlærerne opplever mulighet til medvirkning i møtet med kommunens psykiske helseverns tjenestetilbud. En brukerlærer beskrev det slik: *Ja. At det var stor grad av brukermedvirkning også*. Ikke alle av de intervjuede opplevde like mye mulighet til medvirkning ved noen av tjenestetilbudene. Den tjenesten som alle opplevde stor grad av brukermedvirkning var psykiatrisk hjemmetjeneste. *(...) de har jo liksom på en måte lagt opp etter mitt behov da. (...) å jeg får være med på å medvirke(...)*. De opplevde at psykiatrisk hjemmetjeneste var den tjenesten som la opp tilbudet etter hva de selv tenkte var best for seg. De hadde en følelse av og selv å være i sentrum og få muligheten til å påvirke behandlingsopplegget. De opplevde at det hele tiden har handlet om dem selv. *Det har ikke handlet om hva de tenker var best for meg. (...), sånn har det aldri vært fra psykiatrisk hjemmetjeneste sin side*.

En påpeker at det er avgjørende at de kan få gjøre så mye de kan og ønsker selv. *Men jeg synes det er veldig viktig at (...) vi får gjøre så mye som vi kan og ønsker selv i hvert fall*. Denne brukerlæreren ser også dilemmaene tjenesteyterne i psykiatrien står overfor. Hun beskriver problemene ved at enkelte dager så er brukeren veldig oppegående og klarer alt selv. For så neste dag ikke orker eller klarer noe på egen hånd. En annen trekker frem hvor viktig samarbeidet med tjenesteyterne var i sin prosess. *(...) de gjorde aldri ting på egen hånd uten at jeg viste om det eller.. det var avtalt*. En opplevde å få lov til å påvirke

tilbudene ved et dagsenter. Det å bli spurt om hva hun kunne tenke seg å gjøre, samt la til rette for at dette kunne iverksettes, opplevdes som ekte medvirkning. Tilbudet som ble iverksatt viste seg senere å være den byggeklossen som førte til studering av idéhistorie ved universitetet.

Det å kunne få lov til å være med å medvirke i sin behandlingsprosess ses på av alle de intervjuede brukerlærerne som veldig viktig. (...) *jeg synes det å være medvirkende til eget behandlingsopplegg er veldig veldig viktig.* En sa at det var positivt og viktig at man er med og utvikler hvordan hjelp som er til beste for en selv. En annen sa at det var helt avgjørende, fordi: *Jeg vet jo mest om meg, det er jeg som kjenner meg.* Denne brukerlæreren har alltid vært aktiv i sin egen prosess og det og ikke skulle få være det ses på som litt utenkelig. En annen har opplevd overgangen mellom barne- og voksenpsykiatrien og beskriver mulighet til medvirkning slik: (...) *som voksen så har det vært veldig viktig for det er jeg som skal leve mitt liv, (...).* Hun beskrev at det opplevdes mindre grad av mulighet til medvirkning før overgangen til voksenpsykiatrien. Hun så faren ved å kunne bli værende i psykiatrisystemet i svært lang tid eller livet ut, hvis en ikke får ansvar og oppleve mestring av sitt eget liv.

Flere av de intervjuede opplevde det å medvirke i sin behandling som utfordrende. En beskriver at det først og fremst var opp til henne å måtte være ærlig med sine problemer. Hun ble nødt for å fortelle hva hun syntes var problematisk i sitt liv, og legge frem hva som kunne hjelpe. I tillegg måtte hun tørre å si ja takk når hun fikk et tilbud. Det å skulle medvirke i sin behandling medførte for en annen at det ble stilt krav til større deltagelse fra seg selv. En av de intervjuede brukerlærerne beskriver det følgende: *Men det krever ganske mye av meg å, så det er litt sånn (...) brukermedvirkning i forholdt til at ehe jeg må være med på å dra lasset, å ha forpliktelser jeg også. Ikke bare være med, (...).* En annen fortalte at hun måtte ta ansvar i sin prosess og passe på at ting ble gjort og fulgt opp. Hun opplevde det slik at hun måtte fungere bedre en det hun i perioder var i stand, til for å følge opp. (...) *så mye har handlet om at ja at jeg har måttet fungere bedre en det jeg av og til var i stand til å fungere for å følge opp ting. Eller så har det tatt lenger tid.*

#### 4.3.4 Tverrfaglig samarbeid

Flere av de intervjuede opplevde behov for hjelp av ulike aktører i behandlingen ved et sykdomsutbrudd. De opplevde at oppfølging av kun en enslig behandler gir for ensidig tilnærming. En sammenlignet behandlingen som oppføringen av et hus. En snekker og en rørlegger har helt forskjellige arbeidsoppgaver, men begge er viktige for at resultatet skal bli tilfredsstillende. Denne tverrfaglige tilnærmingen blir av en annen beskrevet som viktigheten av å ha alle brikkene på plass. Hun opplevde en stor endring i sitt sykdomsbilde når det ble en tverrfaglig tilnærming. *Viktigheten av, av å ha alle de brikkene, det, det tverrfaglige på plass. For, for det er jo hjemme, det er jo i kommunen tilfriskningen skjer. (...)*. Hun definerte seg som en kroniker og var klar på at hun nok aldri blir helt frisk. Allikevel opplevde hun nå en mestring av sykdommen samt stor grad av å ha et godt liv. Muligheten til alt dette følte hun var den brikken kommunen har hatt.

Denne brukerlæreren mente sin tverrfaglige behandling var kun basert på hennes egen *empowerment og egenkraft*. Hun hadde fått høre om individuell plan og hadde umiddelbart utfordret sin behandler (psykiateren) i spesialisthelsetjenesten. *(...), men jeg hørte bare lite grann om individuell plan og så stilte jeg straks (...) spørsmålet til min behandler om hvorfor jeg ikke hadde det?* En av de andre påpekte at det å sette seg mål, som for henne var oppnåelig, måtte gjøres sammen. Et slikt tverrfaglig samarbeid opplevdes som kjempeviktig. De tverrfaglige gruppene blir av de intervjuede brukerlærerne beskrevet med forskjellige navn, men felles for alle gruppene er at de har fokus på deres opplevelse av mestring i eget liv. *At jeg skal ehhe ha en best mulig (...), hverdag, altså i forhold til mestring av min lidelse (...)*. En opplevde at psykiatrisk hjemmetjeneste jobbet særlig med dette at hun mestret sin egen situasjon og tilværelse.

De intervjuede oppgir at individuell plan (IP) er et verktøy som legger til rette et tverrfaglig samarbeid og med mulighet for medvirkning. Ved å ha en individuell plan blir de involvert på en helt annen måte. Det blir stilt krav til dem, med at de må være mer aktiv i sin deltagelse. *(...) individuell plan er noe jeg bare har holdt på bare i to år nå, hvor det er, stilles litt krav til at jeg også skal medvirke i eget behandlingsopplegg*. Flere av dem har en individuell plan med en ansvarsgruppe rundt seg. Det er litt ulikt hva møtестrukturen til gruppen av hjelpere som er involvert i planen blir kalt. Noen valgte å kalle det for ansvarsgruppemøter eller samarbeidsmøter, mens andre igjen kalte det behandlingsteam og behandlingsprosess. Ved å ha en egen plan blir brukerlærerne gitt medansvaret for å styre



ordet om hva slags saker som skal tas opp. At de selv kan påvirke behandlingsprosessen anses som viktig. (...)må forstå at dette er et verktøy som jeg selv kan (...), bruke for å bli en aktiv deltager i min egen behandlings ehe prosess. I ansvarsgruppene blir det tilrettelagt hva de ønsker og hva er det de vil i sitt behandlingsopplegg. En nevner for eksempel at man får hjelp til og nå et eller flere mål som man setter seg. (...)for eksempel få bistand til å komme seg ut i en jobb da, eller å få hjelp til ting jeg setter som mål, (...).

Ikke alle opplevde at ordningen med individuell plan ble forelagt som et tilbud med en gang. En jobbet aktivt i flere år med å få gehør i sin hjemkommune for at hun også kunne ha krav på en individuell plan. I hennes kommune var forståelsen slik at en individuell plan gjaldt bare psykisk utviklingshemmede eller folk med fysiske handikapp. Etter flere års argumentering fikk hun gjennomslag for at også de med psykiske lidelser kunne ha krav på en slik plan. En annen følte at det var på høy tid at hun fikk sin egen plan når tilbudet ble forelagt. Hun opplevde at hennes nåværende funksjonsnivå kunne tilskrives tilbudet med individuell plan og ansvarsgruppe. Det at de har en egen plan og ansvarsgruppe rundt seg, gjør at de opplever medvirkning i eget behandlingsopplegg og større grad av mestring i livet sitt. (...)men jeg tenker jo det å medvirke til eget behandlingsopplegg er jo, det er jo veldig viktig. For det er jo der man kan også kan finne ressursene i forhold til å bli bra.. Å oppleve mestring.

En av de intervjuede brukerlærerne har valgt og ikke ha en individuell plan. Egen evne til å formidle sitt ønske og behov har vært nok til å kunne utforme den kontakt og oppfølging som trengtes. Hun forklarer også at en individuell plan ikke har noe effekt hvis den ikke blir fulgt opp. En annen beskriver også denne problematikken: (...)selv om jeg er veldig for IP og ansvarsgruppe og sånne ting så ehe krever det en del av alle for å få det det til å funke. (...), å det er fortsatt sånn at veldig mange som ikke er vant til å bruke det som et verktøy. En påpeker at man må være motivert for å ha en individuell plan. Manglende motivasjon og at det er noe nytt som skal tvinges på nevnes som mulige årsaker til fravær med bruk av individuell plan.

#### **4.3.5 Modenhhet**

Studien viser at ved å invitere til medvirkning, må det først legges til rette for at man er i stand til å kunne medvirke. Tre brukerlærere påpeker at det må foreligge en grad av innsikt

og modenhet før man kan være med å medvirke. En påpeker at det må forligge en forståelse av sin egen sykdom og situasjon før man kan ta på seg et slikt ansvar. En forteller at det er mange som velger og ikke å ta imot et behandlingstilbud, fordi de er for syke. De får da heller ikke mulighet for noen medvirkning. En annen forteller at hadde hun fått kontakt med psykiatrisk hjemmetjeneste mange år før, så tror hun at brukermedvirkning hadde vært i et mye mindre fokus. Dette fordi hun ikke hadde vært i stand til å være så tydelig på hva hun trengte. Hun var selv ikke klar på hva hun hadde behov for. Hvis hun hadde vært klar over det, ville hun i denne fasen allikevel ikke turt å si det. I denne perioden visste hun veldig mye mindre om hva som ville fungere og hva som var mulig. Hun tror selv at det da ville være fare for at hun hadde gått inn i en passiv rolle. En hadde fått tildelt en ansvarsgruppe og beskrev viktigheten av og først å få lov til og kun være en deltaker. Hun forteller:

*Til å begynne med så satt jeg jo bare der. (...), før de på en måte begynte å gi meg ansvaret da. De (...), dyttet jo litt det ansvaret på meg. (...), så det syns jeg er veldig viktig bit at det, man kan få lov til å sitte i gruppe, si først, og så bare være en deltaker en liten stund. (...), men så bli "pusha" bitte litt på å så ta ehe ansvaret selv, når man er moden for det.*

#### **4.3.6 OPPSUMMERING**

Studien viser at brukerlærerne vektlegger tjenesteutøvere sin **kompetanse**. De påpeker at utøverne i tjenesten må ha et vist nivå av faglighet for å kunne se og forstå den psykiske syke samt evne til å skape relasjon. Det å få til en relasjon som oppleves bra, beskrives som en prosess som krever mye arbeid. I tillegg vektlegger brukerlærerne tjenesteyternes **engasjement** i utøvelsen av sitt arbeid. Studien viser at de opplevde psykiatrisk hjemmetjeneste som en tjeneste med mye engasjement. Det at denne tjenesten viste ekte interesse, både å bli kjent med samt hjelpe, var viktig. Det gjorde at det opplevdes å fungere svært godt med hjelp fra denne tjenesten. Alle de intervjuede brukerlærerne opplever **medvirkning** i møte med kommunens psykiske helsetjeneste. Dette oppleves som viktig men også som utfordrende når det stilles krav til aktiv deltagelse i egen behandlingsprosess. De oppgir at individuell plan (IP) er et verktøy som legger til rette for medvirkning samt **tverrfaglig samarbeid**. Et slikt samarbeid er viktig for å få til en helhetlig behandlingsprosess som gir mestringsfølelse for brukerlærerne. Dette må

allikevel gjøres på en slik måte at man først blir satt i stand til å medvirke. Flere av de intervjuede påpeker at det først må foreligge en grad av innsikt og *modenhet* før man kan ta på seg et slikt ansvar.

#### **4.4 Brukerlærer og empowerment**

##### **4.4.1 Tidligere erfaring**

De aller fleste så på det som mer eller mindre tilfeldig at de ble brukerlærere. *Det var veldig tilfeldig.* Noen var aktiv i Mental helse og fikk et tilbud via dem. En annen hadde vært på en pasientundervisning hvor det var en brukerlærer som fortalte hva det hadde gjort med henne. På grunn av sin egen livssituasjon på dette tidspunktet så hun en mulighet å komme et skritt videre i livet. Det at utdannelsen ved brukerlærerskolen også handlet om å finne metoder å jobbe frem sin egen historie på var en viktig faktor. Men også det at skolen var lagt opp med en intensitet som følte overkommelig selv i en dårlig periode. En ble tipset om dette prosjektet via en i psykiatrisk hjemmetjeneste, og ble oppfordret å søke. En annen igjen kom over dette tilbudet i en pågående prosess om utforskning av rest arbeidsevnen.

Selv om de fleste så på det som tilfeldig at de ble brukerlærer, viser studien at de alle hadde til felles at de tidligere har hatt en form for lignende erfaring. To av dem hadde tidligere holdt foredrag i andre slags forumer. Begge syntes at det hadde vært morsomt og hadde fått positive tilbakemeldinger. En annen hadde fra tidligere etablert kontakt med en forfatter, som reiste rundt og hold foredrag om sin egenopplevde historie med psykiatrien. Denne brukerlæreren hadde fått en egen tilmålt tidssekvens i foredraget, med å fortelle litt om sine erfaringer med det psykiske helsevernet. En var aktiv i et brukerråd og anså seg som fritt talende. Hun liker å snakke om egne erfaringer og har i følge seg selv alltid vært et talerør utad for psykiatrien. Hun så på det å bli brukerlærer som en mulighet til å nå ut til flere. En hadde bakgrunn og erfaring som blant annet pedagog og hadde god erfaring med formidling.

##### **4.4.2 Mestringsfølelse**

Brukerlærerne har ulike oppdrag ved å holde innlegg eller foredrag med sin egen historie i møtet med psykiatrien. De har ofte oppdrag overfor studenter, helsepersonell eller

pasienter. Studien viser at det å være brukerlærer gir stor grad av mestringsfølelse. En av de intervjuede brukerlærerne forteller at *det har liksom styrka troen på meg sjøl*. En annen forteller at hun har blitt både tøffere og mer utadvendt. De synes det å være brukerlærerfaller i smak og det er ganske spennende. Selv om de synes det er krevende og til tider tøft å holde foredrag for blant annet helsepersonell, er allikevel total opplevelsen god og positiv. De opplever i stor grad å få positive tilbakemeldinger på det de gjør. Det at studenter gir tilbakemeldinger om at foredraget har vært et av de beste det semesteret, føles svært godt. En ser det som en positiv erfaring å få, ved det å kunne formidle sin historie til andre mennesker. Det gjør at hun får en følelse av å kunne vokse. En annen beskriver det følgende: *Det (...) gir masse mestringsfølelse. Liksom fra å være vanskelig pasient, så blir du plutselig en ressurs som folk er interessert å lytte til (...)*. Denne endringen medførte at hun fikk et endret syn på seg selv og at hun hadde en nytteverdi for andre. De fleste av de intervjuede brukerlærerne syntes det var i orden å stå foran en større forsamling å prate. Bare en opplevde at den formen for presentasjon og formidling av sin historie, kom i konflikt med egen psykiske lidelse. Ved å ha god innsikt i sin sykdom gjorde at hun har kunnet tilpasse sin formidlingsform. Hun har heller valgt å formidle sin historie skriftlig og i små grupper.

#### **4.4.3 Holdningsarbeid**

Felles for de intervjuede brukerlærerne er at de ser på sin rolle som en viktig faktor for å gjøre et holdnings skapende arbeid. Flere av dem ble selv inspirert av å høre på andre med psykiske lidelser som fortalte om sin historie. Hvordan de hadde klart seg og hvordan hjelp de hadde fått. Hvor viktig det hadde vært å stå fram med plagene sine. De har et ønske om å endre tidligere holdninger med at *det er tabubelagt å ha psykisk lidelse, (...)*. Det at de kan fortelle om sin egenopplevde historie til andre oppleves som positivt. Et viktig budskap er å formidle at det å ha psykiske plager er like naturlig som å ha fysiske plager. Det å få frem at det ikke skal være skummelt å ha psykiske plager og at de som er psykisk syke ikke er farlige. De ønsker ved å stå frem og fortelle om sine opplevelser, kan være med på å hjelpe andre som har vært i samme situasjon. Slik at andre kan ta lærdom av det. Noen av brukerlærerne ser det som sin oppgave å sette psykiske lidelser på dagsorden. Det å få frem at alle har en psykisk helse og at *alle går rundt av og til og kjenner på at man har det vanskelig, (...)*. Noen ønsker å få frem nyansene med det å ha psykiske plager. De påpeker at det er ikke bare trist og vanskelig innen psykiatrien. De ser muligheten til å

være med på å påvirke systemene. Slik at den tradisjonelle måten å se brukeren på kan endres. En av dem forteller at det nettopp var besøket av de danske ”kollbøtter” i regi av Mental helse som ble hennes vendepunkt.

#### 4.4.4 Mestringsstrategier

Noen av de intervjuede brukerlærere nevner at det er store individuelle forskjeller på de som er syke. De påpeker at fagbøker ofte kan bli for generelle. En trekker frem den muligheten den kommunale psykiske helsetjenesten har i å bruke erfaringen til tidligere brukere. Hun har selv opplevd å høre fra sine behandlere i psykiatrien når hun har begynt å bli dårlig: *(...), jeg er så bevisst på min egen situasjon at de har ikke mer å tilby av mestringsstrategier fordi jeg kan de.* Denne brukerlæreren ønsker at man i større grad kunne bruke brukerne i egne selvhjelpsgrupper. Ved å gjøre dette vil en tilføre nye og andre mestringsstrategier enn de som tradisjonelt er listet opp i fagpensum. Hun tror også at de brukerne som har kommet seg ut av det, kan gi andre mennesker et håp. Det psykiske helsevernet bør i større grad inkludere tidligere brukere og utnytte den erfaringsbaserte ressursen de har. *For jeg tenker de sitter inne med mye bra ressurser, som psykiatri Norge trenger.. Ja, det tror jeg.* En annen føler at det er et litt ambivalent i forhold fra den gode tilbakemeldingen de får fra det psykiske helsevernet og mangelen på oppdrag. Hun mener de burde ha hatt mange flere oppdrag slik markedet egentlig er. En mulig årsak som hun oppgir er at de må bli flinkere til å markedsføre seg. *At vi må markedsføre oss selv mer, sånn (...) at folk tør å ta kontakt og vet litt mer om hva det er de skal be om da.*

#### 4.4.5 OPPSUMMERING

Studien viser at de intervjuede brukerlærerne selv så på det som litt tilfeldig at de ble brukerlærere. Allikevel viser studien at de fleste hadde en eller annen form for **tidligere erfaring** med lignende arbeid. Det å være brukerlærer og kunne formidle sine erfaringer til andre, gir en positiv opplevelse samt **mestringsfølelse**. Det styrker troen på seg selv samt følelse av å være til nytte. Flere av dem ser viktigheten med **holdnings skapende arbeid** og at egen opplevde erfaringer kan være med på å gi andre og mulig flere **mestringsstrategier** enn tradisjonell behandling. Brukerlærerne ønsker å sette psykiske lidelser på dagsorden og endre tidligere holdninger med at det er tabubelagt å ha psykisk lidelse. Det er viktig å få frem at alle har en psykisk helse og at alle kan gå rundt av og til å kjenne på at man har det

vanskelig. De intervjuede brukerlærerne mener det psykiske helsevernet i større grad bør inkludere tidligere brukere og utnytte den erfaringsbaserte ressursen de innehar. Det er en følelse fra dem at de ikke blir utnyttet i tilstrekkelig grad.

## **5 DRØFTING**

### **5.1 Innledning**

I dette kapittelet drøftes studiens funn i lys av teori og mot relevant forskning. I tillegg drøftes det opp i mot aktuelle nasjonale føringer. Drøftningen er konsentrert på funn som i størst mulig grad belyser studiens tre hovedkategorier. Kapittelet er strukturert ut fra studiens tre hovedkategorier med en oppsummering for hver av dem.

### **5.2 Opptappingsplanen for psykisk helse brukertilpasser tjenestetilbudene**

#### **5.2.1 Tjenestetilbudet**

Tjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser har gjennomgått store endringer, både internasjonalt og nasjonalt de siste ti årene. Institusjonskapasiteten er bygd kraftig ned mens lokalbaserte tilbud i form av kommunale tjenester og distriktpsikiatriske sentrer er bygd opp. Denne utviklingen har vært i tråd med anbefalinger fra Verdens Helseorganisasjon (WHO). Nasjonalt er hovedlinjene for dette arbeidet trukket opp i St. meld. nr. 25 (1996-1997) Åpenhet og helhet. Opptappingsplanen for psykisk helse er beskrevet i St. prp. nr. 63 (1997-1998), og planperioden har vært fra 1999-2008. Et av viktige utgangspunkt i stortingsmeldingen var at disse tjenestetilbudene hadde store mangler og at det var behov for en omfattende styrking og omstrukturering. Psykisk helsearbeid i kommunene har vært et nøkkelledd i dette tjenestetilbudet. Feltet har gjennomgått en omfattende styrking med den forlengede Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. Gjennom hele denne perioden har staten økt sin øremerkede økonomiske støtte til styrking av det kommunale psykiske helsearbeidet. Planperioden er nå over, og de tiltak som ble iverksatt ved midler fra opptappingsplanen, er nå en del av kommunens vanlige aktivitet og budsjett.

Studien viser at det har vært en svært positiv utvikling i tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser i denne perioden. De intervjuede brukerlærerne har opplevd at den kommunale psykiske helsetjenesten har vært preget av et fleksibelt og tilfredsstillende tjenestetilbud. Dette stemmer således med intensjonen til opptappingsplanen. Tjenestens evne til fleksibilitet oppleves av brukerlærerne som en viktig faktor. Det gjør at tjenesten i størst mulig grad kan benyttes på deres premisser. Noen av de faktorene som ble trukket frem av brukerlærerne var muligheten til å påvirke tidspunkt og sted for oppfølging.

Variasjon i situasjon og tilstand gjør at det i perioder er mer hensiktsmessig med oppfølging blant annet i hjemmet. En annen viktig faktor er muligheten til å forholde seg til kun noen få og faste tjenesteytere. Men også opplevelsen av at utøverne fra tjenesten hadde tid til det samt at det ikke kostet noe. Dette opplevdes som mye mer friere enn den tradisjonelle oppfølgingen ved spesialisthelsetjenesten eller hos privatpraktiserende behandlere. I følge rådet for psykisk helse er denne samhandlingen mellom de intervjuede brukerlærerne og tjenesteyterne å forstå som brukermedvirkning på individnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). På individnivå er det selve samhandlingen (interaksjonen) mellom tjenesteyter og tjenestemottaker som er viktig.

Studien beskriver at de intervjuede brukerlærerne opplever tilbudet ved distrikt psykiatriske senterets poliklinikk som rigide og økonomisk preget. Almvik og Borge (2006) referer også til spesialisthelsetjenestens smale spekter med tjenester som ikke alltid forener seg med tjenestemottakers behov. Selv har jeg mange erfaringer med at tjenestemottakere blir skrevet ut til kommunal oppfølging, fordi tjenestemottaker ikke nyttegjør seg tilbudet ved poliklinikken på DPSet. Det at de ikke nyttegjør seg tilbudet har ofte vært at de ikke klarer å komme seg ut til behandleren på grunn av sin psykiske lidelse. Dette er mennesker som har blitt vurdert behandlingstrengende og gitt et tilbud. På grunn av strukturen til denne delen av spesialisthelsetjenesten, faller disse tjenestemottakerne utenfor tilbudet. Enkelte ganger løses det med et samarbeid mellom de to tjenestenivåene. Motiverende og støttende oppfølging fra kommunens første linje tjenester, slik at de klarer å komme til spesialisthelsetjenestens andre linje tjeneste for behandling.

Andre tjenestemottakere derimot faller i mellom og nyttegjør seg ikke et slikt samarbeid. I følge Almvik og Borge (2006) referer de til at det psykiske helsevernet blir kritisert for mangelfull oppfølging av denne brukergruppen. Det er diskontinuitet i tjenesten samt bærer preg av negative systemkulturelle trekk. Behovet for ulike utfyllende samarbeidsformer mellom første og andre linjetjenesten kom tydelig frem i St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. I mitt arbeidsområde har det medført at det nå innledes til samarbeidsprosjekt mellom tjenestenivåene for denne brukergruppen. Det blir en såkalt halvannen linje tjeneste med et eget team. Dette teamet vil være tverrfaglig sammensatt med utøvere fra kommunene og spesialisthelsetjenesten. Ved å få behandlere fra spesialisthelsetjenesten ut til tjenestemottakerne øker det fleksibiliteten ved utredning, diagnostisering og behandling. I samhandlingsreformen benevnes dette som ACT-team. Et



ACT-team (Assertive Community Treatment) er et aktivt oppsøkende behandlingsteam som jobber på tvers av sektorene og nivåene (St. meld. 47, (2008-2009)).

Selv om studien viser at total opplevelsen med tjenestetilbudet fra kommunen har vært positivt, forteller noen av de intervjuede brukerlærerne om enkelte uheldige opplevelser. Dette stemmer overens med studien til Svensson og Hansson (2006). De benyttet såkalt bruker spør bruker metode. En gruppe på 20 personer som hadde hatt erfaring med det psykiatriske helsevernet fikk opplæring i å intervju andre brukere. Hensikten var å undersøke brukertilfredsheten med det psykiske helsevernet sør i Sverige. De utførte til sammen 227 intervjuer, hvor en del var kvantitativ og den andre var kvalitativ. Resultatene viste høy tilfredshet med tilbudet i den kvantitative delen. I den kvalitative delen kom det frem stor grad av missnøye ved mange aspekter (Svensson, Hansson, 2006).

Studien viser at der hvor det har vært opplevd missnøye med tilbud fra den kommunale psykiske helsetjenesten, stort sett har gjeldt lavterskeltilbud som dagsentrer. En av brukerlærerne følte dagsenteret i sin hjemkommune var lite brukerstyrt og opplevde en umyndiggjøring av brukerne fra personalet. En annen av de intervjuede brukerlærerne opplevde alt for ensidig og for lite differensierte tilbud fra sitt dagsenter. Å ha et lavterskeltilbud som skal være for alle opplevdes ikke riktig. Annen forskning finner noe tilsvarende. Forskningen til Elstad og Eide (2009) har sett på brukervedvirkning i tre norske kommuners psykiatriske dagsentrer og utforsket opplevelsen til tjenestemottakere og tjenesteytere. Dette er en kvalitativ studie hvor de har intervjuet individuelt 10 tjenestemottakere og to fokus gruppe intervjuer med seks tjenesteytere. De fant blant annet ut at mottakerne og yterne hadde forskjellige perspektiver på brukervedvirkning. Noe av konklusjonen er at kommuner med psykisk helsetjeneste som legger til rette for fleksible, akseptable miljøer med mulighet for både støtte og utfordringer vil trolig øke medvirkningen og gi alle brukere mulighet til å ha en påvirkning (Elstad, Eide, 2009). Deres konklusjon stemmer således godt overens med opplevelsen til flere av de intervjuede brukerlærerne i denne studien. De opplevde dagsentertilbudet i sine hjemkommuner som svært støttende med mulighet for medvirkning.

I tillegg viser studien at de intervjuede brukerlærerne var svært tilfreds med psykiatrisk hjemmetjeneste. Dette skyldes denne tjenestens evne til fleksibilitet overfor brukerlærerne. Ved at tjenesten var fleksibel gjorde at brukerlærerne opplevde stor grad av

mulighet for medvirkning. Studien viser at opptrappingsplanen har hatt en god utvikling av tjenestetilbud på individ nivå med stor mulighet for medvirkning. Nå som planperioden er over er de tiltak som ble iverksatt innlemmet i kommunens vanlige aktiviteter og budsjett. I følge de intervjuede brukerlærerne har de sett en nedgang og kutt i de etablerte tilbudene. Dette har medført blant annet lengre ventetid før oppstart med støttende oppfølging fra den kommunale psykiske helsetjeneste. Kutt i disse tjenestene oppleves frustrerende fordi de selv ser hvor nyttig og avgjørende det har vært for sin egen helse og livssituasjon. De opplever at den kommunale psykiske helsetjenesten er ressursavhengig. Basert på brukerlærerens uttalelse *"Det er jo i kommunen tilfriskningen skjer"* er det viktig å ivareta tilbudene som er kommet som et resultat av opptrappingsplanen. Dette vil styrke kommunens mulighet for å gjennomføre den nye samhandlingsreformen.

### **5.2.2 Tilgjengelighet**

Det som kommer frem i denne studien er at informasjonstilgjengeligheten for denne tjenesten oppleves mangelfull. Studien viser også at det varierer noe mellom de ulike kommunene. Lett tilgjengelig informasjon om kommunens psykiske helsetjeneste har vært vanskelig å finne på egenhånd for flere av de intervjuede brukerlærerne. At dette er en tjeneste som fremstår litt anonym, er noe som også samsvarer med egne arbeidsrelaterte opplevelser. Selv erfarer jeg at relativt mange av dem jeg vurderer ikke har vært klar over kommunens ulike tilbud. Disse blir ekstra sårbare hvis de får avslag på søknad om oppfølging på spesialistnivå og ikke har en fastlege som kjenner til de lokale tilbudene. De aller fleste kommuner har nå egne hjemmesider med oversikt om de ulike tilbudene. Allikevel er min erfaring at disse er lite brukervennlige og har ikke vært et hjelpemiddel for de søkerne jeg har behandlet. For å legge til rette med brukermedvirkning, må også informasjon om kommunens psykiske helsetjenester være lett tilgjengelig for innbyggerne.

Hvordan dette best kan organiseres kan diskuteres. Ramsdal (2004) trekker frem utfordringer med ulike kommunale organiseringer som blant annet bestiller- utfører modellen. Han er redd for at det psykiske helsearbeidet mister sin kraft hvis det ikke ses i sammenheng med kommunal organisering på overordnet nivå (Ramsdal, 2004). Selv har jeg tro på et henvendelsessted i kommunen som kan informere og lose tjenestemottakere til riktig tjeneste. Dette stedet må ikke på noen måte være knyttet opp eller styrt av

kommunens budsjett, men ha fokus på objektiv håndtering av lovverket og riktig forvaltning.

I følge denne studien fremkommer det mangelfull brukermedvirkning på system/tjenestenivå, jamfør rådet for psykisk helse sin inndeling av brukermedvirkning. At det kan være vanskelig å orientere seg innen helse- og sosialtjenesten er for øvrig et kjent fenomen. Dette har gjort at Helsedirektoratet har laget en egen veileder: Håndbok om helse- og sosialtjenesten i kommunen (Helsedirektoratet, 2008).

En litteraturstudie påpeker at det innen det tyske psykiske helsevernet ikke er kommet langt nok med å implementere brukermedvirkning. Det registreres et økt fokus og krav om dette. Det bør derfor utvikles nye ferdigheter for å bedre møte medvirkningen og informasjonsbehovet til tjenestemottakere (Reichhart, Kissling, Scheuring, Hamann, 2008). En måte å gjøre dette på er som studien til Restall og Strutt (2008). Denne kvalitative studien utforsket perspektivene fra tjenestemottakere om brukermedvirkning, planlegging og evaluering av det psykiske helsevernet. Resultatene ble ekstrahert og brukes som et rammeverk for å guide utvikling og evaluering av medvirkning (Restall, Strutt, 2008).

Regelmessige brukerundersøkelser av kommunens tjenestemottakere vil være et viktig virkemiddel på system/tjenestenivå. Her mener jeg det vil være riktig å invitere representanter fra brukerorganisasjonene når spørsmålene til brukerundersøkelsen utarbeides. Ved å samarbeide i denne prosessen kan man oppnå større treffsikkerhet med aktuelle og relevante spørsmål. Brukerundersøkelser kan således være en del av kvalitetsoppfølgingen i kommunen. Gjennom brukerundersøkelser kan tjenestemottakere av de kommunale tjenestene gi uttrykk for sine synspunkter. Kommunen får da et signal på om de er fornøyd med det aktuelle tjenestetilbudet, samt de kan gi kommunen råd om hva som eventuelt bør endres. Disse signalene vil igjen bli fremlagt gjennom en rapport for de med politisk beslutningsmyndighet i kommunen. Dette samsvarer med Sosial- og helsedepartementet sine føringer. Eventuelle funn (erfaringsbasert kunnskap) kan være et middel til å bedre kvaliteten på tilbud og tjenester. Brukerkunnskap er nødvendig for å kunne yte riktig hjelp og aktivere tjenestemottakeres iboende ressurser. Helse- og sosialtjenester skal ytes basert på oppdatert kunnskap (Sosial- og helsedepartementet, 2005). I følge Elstad og Eide (2009) påpeker de at det er gjort lite forskning på

tjenestemottakeres og tjenesteyteres opplevelser med brukervedvirkning. Dette stemmer overens med egne søk i databasene.

### **5.2.3 Oppsummering**

De intervjuede brukerlærerne opplevde en varierende *informasjonstilgjengelighet* mellom kommunene om deres psykiske helsevern. Ingen av brukerlærerne kom i kontakt med kommunens psykiske helsetjeneste på egen hånd. Selv om kommunens psykiske helsetjeneste har vært vanskelig å finne, opplevde alle brukerlærerne at de hadde et *tilfredsstillende tjenestetilbud*. Psykiatrisk hjemmetjeneste opplevdes viktigere enn de andre tjenestetilbudene. Det skyldes i stor grad tjenestens evne til *fleksibilitet*. En tjeneste må i størst mulig grad kunne benyttes på tjenestemottakeres premisser. Variasjon og mangfold av tjenestetilbud ses i sammenheng med de tilførte ressursene via *Opptrappingsplanen* for psykisk helse. Kutt i tjenestetilbudet nå som opptrappingsplanen er over, gjør at tjenesten ses på som ressursavhengig.

## **5.3 Brukervedvirkning og mestring**

### **5.3.1 Medvirkning**

I St. meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening, la Helse- og omsorgsdepartementet frem langsiktige strategier samt en egen omsorgsplan for å møte framtidens omsorgutfordringer. Departementet viser til at rettighetstenkningen og kravet til brukervedvirkning stadig har utviklet seg innen helse- og sosialtjenesten. Utviklingen har gått fra å betrakte tjenestemottaker som en passiv mottaker av tjenester, til å legge til rette for en aktiv og medvirkende mottaker av helse- og sosialtjenesten. Denne utviklingen har gitt mindre rom for standardiserte løsninger. Den har stilt større krav til kommunene om å organisere sine tjenester tilrettelagt for individuelle løsninger, ut fra den enkeltes grunnleggende behov.

Studien viser at tjenestetilbudet psykiatrisk hjemmetjeneste opplevdes svært fleksibelt, som gav rom for medvirkning. Det at denne tjenesten viste ekte interesse, både å bli kjent med samt hjelpe, var viktig. Det gjorde at det opplevdes å fungere svært godt med hjelp fra denne tjenesten. Brukerlærerne hadde en følelse av og selv å være i sentrum og få muligheten til å påvirke behandlingsopplegget. Studien viser også at det å hjelpe

mennesker med psykiske lidelser/brukerlærerne, avhenger å ha egenskaper som kompetanse på fag og relasjon samt et engasjement. Har tjenesteyteren ikke disse kvalifikasjonene vil det vanskeliggjøre muligheten til å komme i posisjon for å hjelpe tjenestemottakeren. Søren Kirkegaards kjente uttrykk *”Når det i sanhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, må men først og fremst passe på å finne ham der hvor hen er, og begynne der. Det er hemmligheten i all hjelpekunst”* (Almås, H., 2001, s. 35), kanskje ikke lenger er nok. Det å få til en relasjon som oppleves bra, beskrives i denne studien som en prosess som krever mye arbeid mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Det å få mulighet til å medvirke i sin egen behandlingsprosess medførte at de intervjuede brukerlærerne fikk en følelse av mestring av sitt eget liv. Dette samsvarer med funnene i studien til Antonsen (2008). Der kom det frem at målet er ikke nødvendigvis å bli frisk i medisinsk forstand, men å leve godt og fullverdig hjemme i sin egen kommune med opplevelsen av å medvirke i eget liv (Antonsen, 2008b).

### **5.3.2 Samarbeid**

Studien viser at kommunen har lyktes å lage differensierte tilbud, med tjenesteytere som ivaretar og tilrettelegger brukermedvirkning på individnivå. Dette er noe som anses viktig i konklusjonen til Elstad og Eide (2009) sin forskning. Tjenestetilbudet psykiatrisk hjemmetjeneste sin fleksibilitet, står særlig i kontrast til opplevelsen med det tradisjonelle tilbudet fra spesialisthelsetjenesten. Dette tilbudet oppleves som rigid og økonomisk preget. Ut fra min egen opplevelse og erfaring må det være et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Men ved slike samarbeidsformer må kommunene i større grad ha regien sammen med tjenestemottakeren. Studien viser nettopp at spesialisthelsetjenestens tilbudsform oppleves for rigid og ofte bør suppleres med kommunale tjenestetilbud.

Min opplevelse er godt faglig arbeid fra spesialisthelsetjenesten, men i utskrivningsfasen er det en tendens til å søke om oppfølging som ikke alltid samsvarer med tjenestemottaker. Andrews (2003) trekker frem viktigheten med at tjenesteytere må avgi makt og styring, slik at tjenestemottakere selv kan påvirke situasjonen (Andrews, 2003). Walseth og Malterud (2004) påpeker faren hvis tjenesteytere undergraver mulighet for medvirkning for å gjennomføre egne ideer og planer på tjenestemottakerens vegne (Walseth og Malterud, 2004). Om dette skyldes såkalt skjult paternalisme vites ikke. Min erfaring er at det ikke

alltid er ”vi vet best” holdning eller en paternalistisk omsorg overfor tjenestemottakeren som kommer til uttrykk i denne fasen (jamfør Eriksson 1996, Walseth og Malterud, 2004). Det er heller en tone av usikkerhet og bekymring over om kommunen klarer å gi tilstrekkelig hjelp. Dette har nok vært en reel erfaring fram mot slutten av 1990-årene (jamfør Almvik og Borge, 2006). Min opplevelse er at det ikke alltid foreligger en oppdatert oversikt og kunnskap om tjenestetilbudene som er utviklet gjennom opptrappingsplanen de siste årene.

Enkelte ganger sitter jeg igjen med en følelse at tjenestemottakeren har vært lite delaktig i utformingen av tjenestetilbudet/ene som det søkes om. Søknadsskjemaene bærer preg av lite rom for egen mestring men heller hjelp til pasifisering. Intern i min arbeidskrets brukes uttrykk som: *Her skal vist tjenestemottakeren ”druknes” i kommunale helsetjenester*. Disse søknadene bærer preg av en uheldig diktering fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Tjenestemottakeren har på dette stadiet ikke fått mulighet til å få informasjon om sin kommunes ulike tjenestetilbud. Heller ikke mulighet til å velge tjenester selv samt medvirke til utarbeidelse av eget tjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenesten har store nedslagsområder og må forholde seg til forskjellige kommuner eventuelt også bydeler. Kommunene har ulik størrelse og er da ofte ulikt oppbygd med sine tjenestetilbud. Det igjen medfører behov for et konstruktivt samarbeid mellom disse to tjenestenivåene. For å legge til rette med brukermedvirkning i utskrivningsfasen vil det være behov for et samarbeid mellom første og andre linjetjenesten. I mitt arbeidsområde har det de siste tre årene vært holdt samarbeidsforumer mellom spesialisthelsetjenesten og de tilhørende kommuner. Nettopp for å få til en best mulig utskrivningsprosess for tjenestemottakere. Viktige faktorer som kom frem var spesialisthelsetjenestens behov for et henvendelsessted i kommunen, for å melde om utskrivningsklar tjenestemottaker. Et annet var kommunens ønske om samarbeidsmøter før utskrivelse. Da kan tjenestemottaker få informasjon om tjenestetilbudene i sin kommune samt mulighet til å skissere hva som er behovet i sitt liv. I slike møter avdekkes det også eventuelle behov for videre samarbeid med andre etater og om det vil være behov for en individuell plan.

Et annet viktig poeng som jeg opplever i slike samarbeidsmøter før utskrivelse, er muligheten til å kvalitetssikre om tjenestemottakeren føler å ha fått nok oppfølging fra

spesialisthelsetjenesten. Jamfør denne studien nevner brukerlærerne viktigheten med å ha sykdomsinnsikt. De nevner også viktigheten med at tjenesteyterne fra kommunen også får kjennskap til sykdomsbilde. Det å få forståelse og innsikt i sin egen sykdom er et viktig element som spesialisthelsetjenesten skal ivareta. I enkelte tilfeller avdekkes det på disse møtene en uavklart situasjon om videre oppfølging. Det er særlig i de situasjonene tjenestemottaker skal skrives ut fra helseforetakets akuttpsykiatriske avdelinger eller fra distriktpsykiatriske døgnavdelinger. Ved flere anledninger har det vært et underkommunisert behov fra tjenestemottaker om ønsket videre oppfølging og behandling ved poliklinikken. Noen ganger bærer utskrivelsen preg av en litt forhastet slutning. Det kan også se ut som det er andre behov som skal ivaretas, herunder tømme avdelingen før helgens forventede innrykk. Eller stående krav om inntjening og økt effektivitet i pasientbehandling (Almvik og Borge, 2006).

Når mitt arbeidssteds Tjenestekontor får melding om utskrivningsklar tjenestemottaker fra helseforetakets akuttpsykiatriske avdeling, avklares forsvarlighetsgraden med kun videre kommunal oppfølging. Det er særlig i de tilfellene hvor tjenestemottaker har vært innlagt på grunn av reelt selvmordforsøk og skrives ut til hjemmet etter kun noen få dager. Jamfør Almvik og Borge (2006) viser de til viktigheten for kommunen å ha nok kompetanse samt være myndiggjorte ved å si ifra til spesialisthelsetjenesten hva som forventes av dem.

Denne studien viser også viktighet og nødvendighet med et tverrfaglig samarbeid. I St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen samt St. prp. nr. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., kan man se en antydning til degradering av tidligere hierarkiske maktforhold mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Økt samarbeid og utfylling av hverandres tjenester er ønskelig og vurderes hensiktsmessig. TNS Gallup utførte en spørreundersøkelse i 2008 som viste at stadig flere tjenestemottakere fikk en individuell plan og at dette er et verktøy som fremmer samhandling (St. prp. nr. 91 L (2010-2011)). Undersøkelsen ble foretatt blant de ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunene, hvor 87 prosent av informantene mente at individuell plan fremmer samarbeid mellom de ulike delene i tjenesteapparatet. Dette samsvarer med erfaringene til brukerlærerne i denne studien, men at det også gir de større mulighet til å medvirke i egen behandlingsprosess. Studien viser at de intervjuede brukerlærerne oppgir at individuell plan er et verktøy som legger til rette for medvirkning samt tverrfaglig samarbeid. Et slikt samarbeid er viktig for å få til en helhetlig behandlingsprosess som gir mestringsfølelse for

dem. Studien viser også at delaktighet og medvirkning gir dem følelse av mestring av eget liv.

Dette må allikevel gjøres på en slik måte at man først blir satt i stand til å medvirke. Tveiten (2007) nevner at tjenestemottakere kan ha liten bevissthet og lav kompetanse i forhold til å medvirke (Tveiten, 2007). Brukerlærerne sier selv at en forutsetning for å kunne være med på å bestemme i sin egen behandlingsprosess, vil være å anerkjenne at man har en sykdom. Basert på dette mener jeg at spesialisthelsetjenestens rolle er å gi tjenestemottaker adekvat behandling men også hjelp til større forståelse og innsikt i egen sykdom og lidelse, jamfør Pasientrettighetsloven. Loven vektlegger at tjenestemottakeren må få nok informasjon og kunnskap om sin sykdom (Lov om pasientrettigheter, 2001). Dette vil kunne gi mulighet for å få økt sykdomsinnsikt. Studien viser at brukerlærerne ser på det å medvirke som utfordrende og krevende. De i studien til Wikman og Fältholm (2006) opplevde det og selv skulle være delaktig i egen behandlingen som nytt og krevende (Wikman og Fältholm, 2006). Flere av de intervjuede brukerlærerne påpeker at det først må foreligge en grad av innsikt og modenhet før man kan ta på seg et slikt ansvar. Et sentralt område innen både helsefremmede arbeid og psykisk helsearbeid er å gi økt bevisstgjøring av egne ressurser og ”empowerment” hos brukerne (Andvig, 2005).

Det blir således viktig at det er tjenestemottakernes egne verdier og ressurser som må stå i fokus. Tjenesteytere må da passe på at ikke bruker sitter igjen med skyldfølelse, følelsen av ikke være ”flink nok” til å ta kontroll over eget liv helse (Walseth og Malterud, 2004). Ved en individuell plan vektlegger nettopp brukerorganisasjonene viktigheten med en koordinator som har tjenestemottakers tillit, som til enhver tid kjenner dens situasjon samt ”systemet” (St. prp. nr. 91 L (2010-2011)). Denne studien viser at kommunens tjenestetilbud psykiatrisk hjemmetjeneste innehar nettopp denne kompetansen og evnen.

### **5.3.3 Oppsummering**

Studien viser at brukerlærerne vektla tjenesteutøvere sin *kompetanse og engasjement*, som avgjørende for å komme i posisjon til å hjelpe. Den kommunale tjenesten som hadde dette best integrert i sin utøvelse var psykiatrisk hjemmetjeneste. Studien viser også at alle de intervjuede brukerlærerne opplevde *medvirkning* i møte med kommunens psykiske helsetjeneste. Dette opplevdes som viktig men også som utfordrende når det stilles krav til



aktiv deltagelse i egen behandlingsprosess. Studien viser at individuell plan (IP) er et verktøy som legger til rette for medvirkning samt *tverrfaglig samarbeid*. Et slikt samarbeid er viktig for å få til en helhetlig behandlingsprosess som gir mestringsfølelse for brukerlærerne. Dette må allikevel gjøres på en slik måte at man først blir satt i stand til å medvirke. Flere av de intervjuede brukerlærerne påpekte at det først må foreligge en grad av innsikt og *modenhet* før man kan ta på seg et slikt ansvar.

## **5.4 Brukerlærer og empowerment**

### **5.4.1 Mestringsfølelse**

Empowerment er et begrep som kan være vanskelig å forstå. Tveiten (2007) viser til WHO sin definering av begrepet empowerment som en prosess der mennesker oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse (Tveiten, 2007). Askheim (2007) beskriver empowermentbegrepet som en hensikt å myndiggjøre undertrykte mennesker slik at de kan bli mer selvstendige overfor eget liv (Askheim, 2007). Slik jeg forstår empowermentprosessen, i lys av helse- og omsorgstjenesten, vil være å sette mennesker i stand til å leve sitt eget liv basert på en likeverdig samhandling mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Brukerlærerskolen er lagt opp i tråd med en slik forståelse, hvor et sentralt prinsipp er at brukere og fagpersonell er likeverdige samarbeidspartnere. Studien viser at det å være brukerlærer gir stor grad av mestringsfølelse. De får økt selvtillit slik at de tør å stå frem og fortelle om sin erfarte historie. De blir bevisst sine egne ressurser og føler en nytteverdi. Studien viser også at brukerlærerne ønsker å sette psykiske lidelser på dagsorden og endre tidligere holdninger med at det er tabubelagt å ha psykisk lidelse. De synes det er viktig å få frem at alle har en psykisk helse samt at alle kan gå rundt av og til å kjenne på at man har det vanskelig. Dette samsvarer med en brukerlærerskoles egne observasjoner og tilbakemeldinger (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Tveiten (2007) sier at empowerment forutsetter en arena fri for bruk av makt og en relasjon basert på likeverd. Det er brukers egne verdier som må stå i fokus (Tveiten, 2007). Er tjenesteytere i stand til å anerkjenne brukers ekspertkompetanse? Dette er et sentralt poeng i forhold til å skille mellom tjenesteyters personlige verdier og holdninger, og dens faglige verdier, holdninger og kunnskaper. Walseth og Malterud (2004) påpeker viktigheten ved at tjenesteytere må ha kjennskap til seg selv, for å unngå projisering av egne følelser og

behov over på tjenestemottakeren. I tillegg er det behov for begge kompetanse, og at begge kompetanse må anerkjennes (Walseth og Malterud, 2004). Studien viser at de intervjuede brukerlærerne mener det psykiske helsevernet i større grad bør inkludere tidligere brukere og utnytte den erfaringsbaserte ressursen de innehar. Ved å inneha en slik forståelse av sin egen nytteverdi, forstår jeg det som brukerlærerne er ”empowered” jamfør de nevnte definisjonene ovenfor. Det er allikevel en følelse fra brukerlærerne at de ikke blir utnyttet i tilstrekkelig grad. Det oppleves en diskrepans i den gode tilbakemeldingen de får fra det psykiske helsevernet og mangelen på oppdrag. I tillegg er det en opplevelse av at tjenesteyterne baserer seg alt for mye på tradisjonelt fagpensum. Det at brukerlærerne blir brukt lite kan være et skjult utslag av ”vi vet best”- holdning blant tjenesteytere. Å ta i bruk brukerlærerne som egne ”erfaringskonsulenter” ved utformingen av nye kommunale tilbud, ser jeg vil utfordre brukermedvirkning på system/tjenestenivå.

#### **5.4.2 Mestringsstrategier**

I St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen ses det allikevel på muligheten at lærings- og mestringsstilbud kan både være primærforbygging og sekundærforebygging. I dag er lærings- og mestringssettene kun vært tilbudt gjennom helseforetakene, med unntak av Sandefjord kommune. Ved å etablere lærings- og mestringsstilbud i kommunene vil en kunne sikre mer tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, samt sikre at tjenestemottakere over tid og gjennom tettere oppfølging i sitt nærmiljø får muligheten til å tilegne seg verktøy til å håndtere hverdagen på en bedre måte. Det at lærings- og mestringssettrer kan etableres i kommunal regi, gjør at det kan etableres andre samarbeidspartnere som ikke eksisterer i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være lokale lag, foreninger, frivillighetssentraler e.t.c. (St. meld. 47, (2008-2009)). Her mener jeg de ulike brukerorganisasjonene kan få en naturlig og viktig rolle i utviklingen av et slikt kommunalt lærings- og mestringssetter. Jeg ser det som brukermedvirkning på system/tjenestenivå at brukerorganisasjonene bruker egne erfaringskonsulenter som gis muligheter ved å være med å påvirke innhold, men også utøvelse i de aktuelle tilbudene. Studien viser at brukerlærerne mener egne erfaringer kan gi supplerende mestringsstrategier til de tradisjonelle. I tillegg kan kommunen ivareta en viktig koordinatorfunksjon for de nye ulike tilbudene og eksisterende tjenestetilbud. Kommunen kan således sikre en god informasjonstilgjengelighet overfor alle tjenestetilbudene for sine innbyggere. Ved en slik modell gjør at man kan få et fyldigere

tilbud, basert på inkludert brukermedvirkning, enn med det tradisjonelle tilbudet fra spesialisthelsetjenesten og det kommunale.

Hvis det samhandles med brukerorganisasjoner og med deres ulike erfaringskonsulenter på en slik måte, vil empowermentideologien kunne bli godt forankret i helse- og omsorgstjenestene fremover. Men selv om myndighetene legger klare føringer på hvordan maktfordeling og brukermedvirkning skal utøves, påpeker Tveiten (2007) at man allikevel er avhengig av holdningene til tjenesteyterne for at dette skal kunne la seg gjennomføre i praksis (Tveiten, 2007). Empowerment tenkningen uttrykker et ideal om å redusere maktdiskrepansen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (Andrews, 2003). Studien viser at tjenesteyterne ved de kommunale tjenestetilbudene langt på vei ivaretar dette. Der fremkommer det at de intervjuede brukerlærerne opplever stor grad av brukermedvirkning i møte med tjenesteyterne fra det kommunale psykiske helsevernet. Studien tyder på at utfordringene ved ytterligere brukermedvirkning ligger på system/tjenestenivå og ikke på individnivået. Brukermedvirkning er som nevnt delt opp i tre nivåer: individ – system/ tjeneste – politisk/beslutning, med ulike fokusområder. Jeg mener at det blir viktig å sikre god nok kvalitet og samhandling mellom alle nivåene, selv i etterkant av opptrappingsplanen. En tjeneste som oppfører seg stykkevis og delt er ikke ønskelig. Intensjonen med St. meld. 47, (2008-2009), Samhandlingsreformen og i den kommende nye helse- og omsorgstjenesteloven er nettopp et uttrykk for dette. Det er et ønske om en helhetlig tjeneste, hvor kommunene får en sentral rolle og ansvar for den nødvendige koordineringen og samhandlingen mellom tjenestene. Her er nettopp økt brukermedvirkning et viktig virkemiddel for å fremme samhandling og koordinering med deres kunnskap og erfaring om behovet for helhet i tilbudet (St. prp. nr. 91 L (2010-2011)).

### **5.4.3 Oppsummering**

Studien viser at de intervjuede brukerlærerne selv så på det som litt tilfeldig at de ble brukerlærere. Allikevel viser studien at de fleste hadde en eller annen form for *tidligere erfaring* med lignende arbeid. Det å være brukerlærer og kunne formidle sine erfaringer til andre, gir en positiv opplevelse samt *mestringsfølelse*. Det styrker troen på seg selv samt følelse av å være til nytte. Flere av brukerlærerne ser viktigheten med *holdnings skapende arbeid* og at egen opplevde erfaringer kan være med på å gi andre og mulig flere *mestringsstrategier* enn tradisjonell behandling.

## 6 AVSLUTNING

### 6.1 Konklusjon

Studien viser at kommunene under opptrappingsplanen har etablert differensierte og tilfredsstillende tjenestetilbud, med tjenesteytere som ivaretar og tilrettelegger brukermedvirkning på individnivå. For å tilrettelegge brukermedvirkning på individnivå, avhenger at tjenesteyter har egenskaper som kompetanse på fag og relasjon samt innehar et engasjement. Har tjenesteyteren ikke disse kvalifikasjonene vil det vanskeliggjøre muligheten å komme i posisjon for å hjelpe tjenestemottakeren og tilrettelegge for brukermedvirkning på dette nivået. Tjenestetilbudet psykiatrisk hjemmetjeneste var en kommunal tjeneste med stor grad av fleksibilitet og som inneholdt alle disse kvalifikasjonene. Denne tjenesten hadde derfor en sentral rolle ved individuell plan og tverrfaglig samarbeid.

Et sentralt funn i studien er at utfordringene ved ytterligere brukermedvirkning ligger på system/tjenestenivå og ikke så mye på individnivået. Informasjonstilgjengeligheten for de ulike tjenestene er ofte mangelfull samt vanskelig å finne på egenhånd. Tjenestetilbudene fremstår derfor som anonyme. Brukerlærerne mener egne erfaringer kan gi supplerende mestringsstrategier til de tradisjonelle. De føler derfor en diskrepans i den positive tilbakemelding ved sine oppdrag og etterspørsel i nye. Dette forstås som manglende mulighet for deltagelse.

Nedskjæringer i kommunens psykiske tjenestetilbud etter endt opptrappingsplanen gjør at tjenesten ses på som ressursavhengig. Den blir da fremover avhengig av et aktivt engasjement på administrerende/politisk nivå.

Oppsummert kan brukerlærernes opplevelser med brukermedvirkning i møte med kommunes psykiske helsetjenester beskrives følgende: Midlene gitt til kommunene under opptrappingsplanen for psykisk helse har betydd en positiv utviklingen av differensierte, brukertilpassede tjenestetilbud med høy kvalitet på det utøvende psykiske helsearbeidet.

## **6.2 Forslag til videre forskning**

Det har vært gjort begrenset med kvalitative studier på opplevelser med brukermedvirkning. Siden brukermedvirkning er delt på flere nivåer ville det vært interessant å utføre studier på de ulike nivåene. Flere studier på dette området vil i større grad utkrystallisere sterkere tendenser ved de ulike nivåene. Hvordan er for eksempel holdningene til økt brukermedvirkning for de som har ansvaret og forvalter ressursene over tjenestetilbudene? Hvordan blir resultatene fra kommunenes brukerundersøkelser fulgt opp? Tas de bare til orientering på politisk nivå frem til neste brukerundersøkelse, eller fører det til ønskede endringer? Siden det er tegn på at brukermedvirkning fører til større mestring av eget liv, vil videre forskning på område være viktig.

## 7 LITTERATURLISTE

Aanderaa, I. (1996). *Å arbeide i andres hjem*. Kommuneforlaget.

Almvik, A. & Borge, L. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagforlaget.

Almås, H. (2001). *Klinisk sykepleie, bind 1 og 2*. Oslo: Gyldendal.

Amering, M. (2008). "Mental health service user involvement in therapeutic and service delivery decisions: Professional service staff appear optimistic." *Psychiatrische Praxis*, 35 (3) 128-134.

Andrews, T. (2003). "Nytt ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon av syn på makt og endring". *Tidsskrift for velferdsforskning*, 6 (1) 30-42.

Andvig, E. (2005). "*Brukermedvirkning i psykiatrien*". Prosjektrapport, 9. Høgskolen i Vestfold.

Antonsen, E.B. (2008). "Utbytte av kurs i brukermedvirkning?" *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1 (5) 14-22.

Antonsen, E.B. (2008). "Et stykke på vei. Langt igjen?" *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4 (5) 345-354.

Askheim, O.P. og Starrin, B. (red.) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bøe, J.B. (1994). *Synd, sykdom og samfunn*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Elstad, T.A. og Eide, A.H. (2009). User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23 (4), 674-681.

Eriksson, E. & Qvarsell, R. (red.) (1997). *Hur skall själen läkas?* Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Eriksson, K. (1996): *Omsorgens ide*. København: Munksgaard.

Gilje, N. & Grimen, H. (1993) *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E. og Ruud, T. (2002). Discrepancies between patients and professionals in the assessment of patient needs: a quantitative study of Norwegian mental health care. *Journal of advanced nursing*. 39 (6), 554-562.

Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Hvas, A.C. og Thesen, J. (2002). At styrke patientens egne kræfter og at motvirke undertrykkende kræfter: ”Empowerment” i et medisinsk perspektiv. *Ugeskrift for læger*, 164 (46), 5361-5369.

Hummelvoll, J.K. (2005). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K.M. (1995). *Psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Jarlbrog, G. (2004). *Hälsokommunikation – en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T.M. & Rygge, J., (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskriften, 1997.

(<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftloksok?base=QNL&sys=1&felt=titt&emne=Kvalitetsforskriften%2C+1997&button=S%F8k&PROS=02>)

Lingås, L.G. (1996). *Over andres dørstokk*. Kommuneforlaget.

Lov om helsepersonell, 2001.

(<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftloksok?sys=1&felt=titt&emne=Lov+om+helsepersonell&button=S%F8k&PROS=02>)

Lov om pasientrettigheter, 2001.

(<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftloksok?base=QNL&sys=1&felt=titt&emne=Lov+om+pasientrettigheter&button=S%F8k&PROS=02>)

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

(<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftloksok?base=QNL&sys=1&felt=titt&emne=psykisk+helsevernloven&button=S%F8k&PROS=02>)

Lov om sosialtjenester, 1991.

(<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftloksok?base=QNL&sys=1&felt=titt&emne=Lov+om+sosialtjenester&button=S%F8k&PROS=02>)

Malt, U. (2011). *Store norske leksikon*.

(<http://snl.no/psykiatri>), ([http://snl.no/psykiske\\_lidelser](http://snl.no/psykiske_lidelser))

Plan for brukermedvirkning, 2006. *Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Sosial- og helsedirektoratet.

([http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315\\_9828a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00009/IS-1315_9828a.pdf))

Ramsdal, H. (2004). Psykisk helsearbeid i lokal samfunnet – noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskriftet for psykisk helsearbeid*, 1 (2) 5-17.

Reichhart, T., Kissling, W., Scheuring, E. og Hamann, J. (2008). Patient participation in German psychiatry – A critical review. *Psychiatrische praxis*. 35 (3), 111-119.



Restall, G. & Strutt, C. (2008). Participation in planning and evaluating mental health services: Building capacity. *Psychiatric rehabilitation journal*. 31 (3), 234-238.

Rinder, E.C. (2004). Using Freirean Empowerment for Health Education with Adolescents in Primary, Secondary, and Tertiary Psychiatric Settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (2), 78-84.

Ringdal, K. (2007) *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ryen, A. (2002) *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sosial- og Helsedirektoratet (2005). *Veileder i psykisk helsearbeid for voksne i kommunen*. Oslo: Sosial og Helsedirektoratet.

St. meld. nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.

St. prp. nr. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

St. meld. nr. 16. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.

St. meld. nr. 25. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

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

St. prp. nr. 91 L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W. og Van Der Bijl, J. (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 15 (8), 678-683.

Svensson, B. & Hansson, L. (2006). Satisfaction with mental health services. A user participation approach. *Journal of psychiatry*. 60 (5), 365-371.

Thagaard, T. (2006) *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tones, K. & Tilford, S. (2001). Health Promotion. Effectiveness, efficiency and equity. Introduction and chapter 1, pp. vii – 73. London: Chapman and Hall.

Topor, A. (2004). *Vad hjälper? Vägar til återhämtning från svåra psykiska problem*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning som middel i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.

Walseth, L.T. & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124 (1), 65-66.

Wikman, A.M. og Fältholm, Y. (2006). Patient empowerment in rehabilitation: “Somebody told me to get rehabilitated”. *Advances in Physiotherapy*, 8, 23-42.

## VEDLEGG 1

**Fra:** XX  
**Sendt:** 2. mars 2010 17:16  
**Til:** 'Ringstad Arild'  
**Kopi:** XX  
**Emne:** SV:

Hei. Takk for spennende henvendelse. Det er godt mulig at du kan intervju Brukerlærerne her på LMS. De treffes ca en x pr mnd og neste gang er fredag 5.mars. Dersom du sender en mer konkret forespørsel kan vi ta det opp med dem da. Videre kontaktperson er XX ( se kopifeltet) .  
vennlig hilsen  
XX  
Seksjonsleder  
Lærings-og mestringssenteret  
Sykehuset XX HF  
Telefon XX / XX

ikke sensitiv

---

**Fra:** Ringstad Arild [mailto:Arild.Ringstad@stud.hiak.no]  
**Sendt:** 2. mars 2010 08:01  
**Til:** XX  
**Emne:** VS:

Hei.  
Mitt navn er Arild Ringstad og jeg er masterstudent i Helse, Ernæring – og Ledelse ved Høgskolen i Akershus avdeling for yrkesfaglærerutdanningen. Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier samt er klinisk spesialist i sykepleie med fordypning i kommunehelestjenesten.

I forbindelse med min masterstudie har jeg til hensikt å studere brukerlærere sine opplevelser med brukermedvirkning, i møte med kommunens psykiske helsevern.

Jeg har tenkt å gjøre et kvalitativ studie med ca. 8 frivillige brukerlærere. Det vil være individuelle intervjuer på ca. 45 – 60 min. Så langt det er mulig har det vært ønskelig å utføre intervjuene ved Lærings- og Mestringssenteret ved Sykehuset XX HF.

Da du er leder for Lærings- og Mestringssenteret ved Sykehuset XX HF, har jeg blitt anbefalt av min veileder Dag Willy Tallaksen om å ta kontakt med deg som mulig kan formidle kontakt med frivillige brukerlærere.

Jeg håper du har anledning til å ta kontakt med meg på e-post eller mobilnummer XX for en nærmere avklaring og eventuelt et møte.

Jeg legger ved tiltenkt invitasjonsskriv og samtykkeerklæring som også kort beskriver studien.

Med vennlig hilsen  
Arild Ringstad

---

e-posten er kontrollert for virus med sikkerhet fra Comendo!



Høgskolen i Akershus

**Forespørsel om deltakelse i en studie:**

**”Hvordan opplever brukerlærere brukermedvirkning  
i møte med kommunens psykiske helsetjenester ”**

Mitt navn er Arild Ringstad. Jeg er masterstudent i Ernæring, Helse- og Miljøfag ved avdeling for yrkeslærerutdanning Høgskolen i Akershus, og holder på med den avsluttende masteroppgaven.

**Hensikten med studien:**

Du inviteres til å delta i en studie hvor hensikten er å studere brukerlærernes sine opplevelser med brukermedvirkning, i møte med kommunens psykiske helsetjenester.

**Hvordan skal studien gjennomføres:**

For å utføre denne studien vil jeg gjennomføre individuelle intervjuer med brukerlærere som har hatt opplevelse med kommunale psykiske helsetjenester. Deltagelsen i studien er basert på frivillighet og ønskes gjennomført ved Lærings- og Mestringssenteret i XX sykehus HF. Jeg vil benytte opptaksutstyr under intervjuet for å kunne analysere innholdet i det videre arbeidet med oppgaven. Intervjuet vil ta ca. 45 - 60 minutter.

**Frivillighet:**

Deltagelsen i denne studien er basert på frivillighet. Dersom du velger og delta kan du når som helst trekke deg, uten å oppgi årsak. Dersom du trekker deg vil opptaksmaterialet og notater bli slettet umiddelbart.

**Konfidensialitet:**

Personvernet vil bli ivaretatt i følge gjeldene regler under hele prosessen. Ved studiens slutt, senest innen 2011, vil opptakene slettes og opplysningene anonymiseres. Prosjektet

er meldt til personvernombudet for forskning ved norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste.

**Ytterligere informasjon:**

Dersom du ønsker å delta i studien, signerer du vedlagt egen samtykkeerklæring og leverer til leder for Lærings- og Mestringssenteret. Dersom du har spørsmål i tilknytning til denne studien, kan du ta kontakt med u.t. eller min hovedveileder, førsteamanuensis Rikard Eriksson.

Med vennlig hilsen

Arild Ringstad

Masterstudent, Arild Ringstad, Tlf: XX , E- post: [Arild.Ringstad@stud.hiak.no](mailto:Arild.Ringstad@stud.hiak.no)

Hovedveileder Rikard Eriksson, Tlf: 64 84 92 69, Sentralbord: 64 84 90 00.

## **SKRIFTLIG SAMTYKKE**

**Jeg samtykker med dette til å delta i studien:**

**”Hvordan opplever brukerlærere brukermedvirkning  
i møte med kommunens psykiske helsetjenester ”**

Jeg har lest informasjonsskrivet angående studien. Jeg er informert om at deltakelse er frivillig og at jeg når som helst kan trekke meg fra studien uten å oppgi årsak. Jeg er gjort kjent med at de opplysningene jeg gir vil bli behandlet konfidensielt. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Lydopptak og utskrift fra intervju vil bli slettet etter masteroppgavens slutt, senest innen 2011.

Dato.....Navn.....

## VEDLEGG 4

### INTERVJUGUIDE

Kan du fortelle litt om:

- 1) Hvordan kom du i kontakt med kommunens psykiske helsetjeneste?
- 2) Hvordan opplevde du møtet med kommunens psykiske helsetjeneste?
- 3) Hva opplevde du som inkluderende faktorer til å medvirke i utformingen av ditt behandlingsopplegg og tjenestetilbud?
- 4) Hvordan opplever du det å være med på å utformere ditt eget behandlingsopplegg og tjenestetilbud?
- 5) Hva var det som gjorde at du ønsket å bli brukerlærer?
- 6) Hvordan opplever du det å være brukerlærer?
- 7) Til slutt: Har du hatt andre opplevelser med kommunens psykiske helsevern som ikke er kommet frem og som du har lyst til å si noe om?



VEDLEGG 5

## ANALYSEPROSESS

Utvalg: Brukerlærere

s.= intervju spørsmål

BL= tallkoder på brukerlærer for å sikre anonymitet og oversikt

**Psykiatrisk hjemmetjeneste** = istedenfor særegne kommunale navn på samme tjeneste.

NN = istedenfor navn

... = pause på 3-5 sekunder

**Forskningsspørsmål 1:** Hva er brukerlæreres sin opplevelse med kommunens psykiske helsetjenester?

Meningsbærende enheter	Underkategorier	Hovedkategori 1
<p>s. 1)</p> <p>BL1:</p> <p><i>(...)jeg, ønsket hjelp til datteren min fordi jeg var så dårlig og følte at jeg ikke klarte å ta meg av henne så godt og da havnet jeg i en sånn barneverns undersøkelse - det var de som, spurte om jeg ønsket kontakt fra psykisk helsevern fra kommunen. Jeg viste ikke at det fantes engang da selv om jeg da hadde vært syk en stund, selv om at jeg hadde vært i Mental helse og greier så viste jeg ikke at det fantes.</i></p> <p>BL2:</p>	<p>Informasjonstilgjengelighet</p>	<p>Opptappingsplan brukertilpasser tjenestetilbud</p>

<p><b>Jeg kom i kontakt med kommunens psykiske helsevern, da var jeg innlagt på NN så kom det ei fra (psykiatrisk hjemmetjeneste), og tok kontakt med meg(...)</b></p> <p>BL3:</p> <p><b>(...)det var via barnevernet, med en gang jeg fikk kontakt med barnevernet da kontaktet de spesialist helsetjenesten som da begynte å behandle meg. Jeg viste ingen ting, pårørende visste ingen ting om psykiatri, NN sykehus så var de som kontaktet kommunen og etablerte nettverket ute,(...) Jeg hadde ingen som fortalte meg hvilken veier, tjenestetilbud man har krav på, annet en sykehuset (...).</b></p> <p>BL4:</p> <p><b>(...) jeg fikk en kontakt fra (psykiatrisk hjemmetjeneste) via at jeg hadde kontakt med aktiv fritid i kommunen. Så det var jo da en annen i kommunen som videreførte meg da til det som er (psykiatrisk hjemmetjeneste).</b></p> <p>BL5:</p> <p><b>Jeg var først på distrikt psykiatri, når jeg sluttet der så ville jeg ha noe ettervern. , da tok den kontakt med kommunen og</b></p>		
---	--	--

<p>så fikk jeg en behandler i kommunen (...).</p> <p>BL6:</p> <p>(...) jeg hørte bare litte grann om <i>individuell plan</i> og så stilte jeg straks spørsmålet til min behandler om hvorfor jeg ikke hadde det? Så <i>da ordna hun med, at jeg fikk koordinator, individuell plan og ansvarsgruppe</i> i (psykiatrisk hjemmetjeneste)</p> <p>s.2)</p> <p>BL: 1</p> <p>Det var veldig <i>koselig</i> og så hadde dem <i>tid</i>. For det første <i>kostet det ingen ting</i> og så var det at de hadde <i>tid</i> til det. Dem var <i>interessert i deg, hjemmebesøk. De kom her</i> og så hvordan jeg bodde og sånn forskjellig, (...) Jeg syns det er en <i>flott tjeneste, (...)</i>.</p> <p><i>Imponerende egentlig hvor mye hjelp</i> ehh enkelte kan få her i kommunen, (...) synes jeg var <i>bra</i>.</p> <p>BL2:</p> <p>Jeg ble <i>positivt overrasket</i> over hvordan det fungerte her <i>i denne kommunen</i>, i forhold til der hvor jeg kommer i fra. Så syns jeg at det var <i>mere tilbud</i></p>	<p>Tilfredsstillende tjenestetilbud</p>	
---	---	--

*mer tilgjengelighet. At det var stor grad av brukermedvirkning også,*

*BL3:*

*Jeg opplevde dem som utrolig engasjerte. Jeg ble skrevet ut, hvor, det stod et team, klart hvor jeg fikk hjemme psykiatrisk sykepleier to ganger i uka. så hadde jeg utekontakten også, som også var der for meg, så var det atferingstiltak og det komme tilbake igjen til jobb som da de prøvde å samarbeide, å ha en plan. Det var en bra overgang også da jeg flytta mellom kommunene. Så når jeg flytta over til NN (kommune) bare noen måneder etterpå så fikk jeg vite på alle rettigheter jeg hadde her. Sosialkontoret var inne i bildet og hjalp meg for jeg ikke hadde råd til å bo her. (...) det gikk veldig ned i sykdomsbildet, hvor jeg da måtte kjempe litt for å få kontakt igjen. For da var jeg ikke innom sykehus. Så, er jeg litt redd for å be om hjelp selv, så jeg gikk liksom sånne omveier da fra og, finne fram i systemet, å søke da ble litt mer uoversiktlig i stedet for å ha en sosionom som bare hadde formidlet ting videre. Så*

<p>ble det <i>veldig viktig at det, jeg selv fikk brosjyrer, og fikk sånn komme i gang.</i></p> <p>BL4:</p> <p><i>(...) stort sett veldig bra, (psykiatrisk hjemmetjeneste), har fungert utrolig bra for meg, (...). (...) jeg har nesten bare positive erfaringer. For det handler jo om relasjoner og sånne ting, (...). Det har fungert veldig bra. (...) de skal jo være en støtte funksjon og egentlig ikke terapi, men ofte så virker det jo terapeutisk den kontakten man har. (...) de har alltid vært veldig sånn lydhøre på, på meg og har vært interessert i og ja å bli kjent med meg og sånn da.</i></p> <p>BL5:</p> <p><i>(...) møte mitt med kommune helsetjenesten, det var, det var veldig bra egentlig. Det tyngste for meg egentlig var, at det var i hjem kommunen, og at jeg skulle få en behandler som jeg kanskje kjente der var jeg veldig heldig igjen at jeg fikk en fra et annet sted, (...). For jeg er jo herifra og da synes jeg det er greit at kunne være litt mer anonym sånn på det innerste, det var veldig bra, jeg syns det var veldig bra, (...). Jeg fikk en</i></p>		
---	--	--

<p><i>bra behandler, jeg var liksom skeptisk i forhold, til at det var fra kommunen, men siden hun var utenifra så var det egentlig veldig greit og hun fungerte, egentlig veldig fornøyd med det opplegget hun la opp til meg. Det som jeg også syns var litt deilig, i forhold til, distriktskykiatrien var at det. Om jeg hadde mye på hjertet en gang så kunne hun sette av to timer, mens jeg mye vanskeligere i en sånn. Der har du tre kvarter og så er du ferdig. Mens her kunne jeg komme inn og være i to timer eller to og en halv time og kunne ringe på dagen å si: du har du mulighet. Hvis de ikke hadde mulighet så kunne de bare ta en telefon. Det er litt friere sånn, i forhold til å få hjelp. Hun hadde en veldig god medmenneskelighet. Vi traff hverandre veldig godt, så hun kom meg veldig nære, og jeg hadde ikke problemer med å åpne meg for henne. (...) bra kjemi, (...). Ja, nå kommer de på hjemmebesøk i og med at jeg har barn. (...) nå må ikke jeg dit, så nå er dem hos meg og vi går turer med vogna, eller så vi får prata liksom sånn, og det er</i></p>	<p>Fleksibilitet</p>	
---	----------------------	--

*veldig mye friere enn det er i distriktpspsykiatri. Det var sånn veldig varmt møte, (...). (...) jeg ønsket noen utenforstående. (...) han er ikke fra stedet, visste ikke så mye fra stedet og da var det lettere for meg å åpne meg da. At man ikke setter seg så høyt selv som behandler men går ned til et nivå sånn at det er lettere å bli medmenneskelig. Syns jeg har vært veldig heldig med begge de to jeg har fått.*

BL6:

*(...) jeg følte at det var den brikken jeg egentlig hadde manglet jeg, i min behandling. (...) blei på en måte bare sånn kasta fram og tilbake. (...) som svingdørspasient der. Jeg følte veldig at det, det mangla et eller annet i den behandlingskjeden som jeg var på jakt etter. Så når jeg hørte om (psykiatrisk hjemmetjeneste), og hørte at det var et eller annet koordineringsverktøy der, så bare viste jeg at jeg ville ha det. Og når jeg fikk det så syns jeg på en måte, jeg fikk landa litt med mål og mening med det som jeg betrakter som min behandlingsprosess. Jeg kan*

*lære meg å leve og mestre sykdommen min veldig stor grad å ha et godt liv og det føler jeg er den brikken i kommunen som faktisk har gjort. (...) vi satt opp den ansvarsgruppa og inn der, kom det en veldig viktig person for meg det var en ansatt i NAV-systemet. En veileder som jeg fikk der hele, den ansvarsgruppen, syns jeg veldig bra. Jeg ble så, for første gang ordentlig involvert i min egen behandling ved å få på plass det teamet. For da ble, jeg ble spurt hvem vil du ha med i teamet ditt, i behandlingsteamet ditt. (...) da ble plutselig psykiateren min bare en, he-he, av et helt team. Ikke, ikke liksom den dominerende behandleren men en av i, det jeg betrakter som et likeverdig team. Det at jeg kunne bestemme selv som var viktig for meg til en hver tid, det syns er et stort poeng jeg. Den gang var jeg veldig opptatt av meningsfull syssel setting. Fulle hverdagen med noe som ga livet mitt en mening, for jeg var jo blitt satt ut, utenfor arbeidslivet. Og da blir man sittende egentlig ganske hjelpeløs og innaktiv i, hjemme*



i sofaen, i sin egen stue å ha  
liksom ikke helt noe å fylle  
hverdagen med plutselig, etter å  
ha vært yrkesaktiv lenge. Det å  
finne ut hvordan jeg skulle  
utnytte restarbeidsevnen min,  
det har jeg brukt mye tid på.  
Støttespilleren i fra NAV var på  
en måte den første virkelig  
viktig, viktige nyttige brikken  
jeg trakk inn der, (...).

s.7

BL1:

(...) fikk jeg *tilbud om å være med på KiD kurs*, så det har dem her i kommunen og det var kjempe fint. *Ei av de som leda hun ehh så det at jeg hadde det ganske vanskelig så hu kom å spurte om ehh jeg ønsket en samtale med henne og det var ehh det takka jeg ja til, og det var først da jeg kom i kontakt med henne at ting virkelig, virkelig ehh begynte å skje for meg. For henne var det tak i og skjønte det at ehh. Disse andre jeg hadde gått og pratet med hadde ikke skjønt så godt at ehh at jeg ikke klarte alle de tingene jeg viste at jeg måtte, men hun ehh skjønte det og hun hjalp meg litt med både det ene*

<p>og det andre og ”pusja” og hjelp meg med og ehh skjønn klager til avslag på uførestønader og hjelp meg blant annet å komme inn på den lokale DPSen, (...). (...)<i> jeg fikk jo også tilbud om sånn det var jo helt nytt tilbud etter hvert sånn gruppe for datteren min som ehh med andre unger av psykiske syke foreldre, (...) dem har jo hatt veldig mye bra tilbud der men ehh så var det den opptrappingsplanen der for disse psykiatrimidlene er ikke øremerket lenger og så bare ”svijsj” he-he så går det jo litt ned. Halvert staben sin å så. Men jeg fikk også da tilbud med det hadde dem ikke tenkt på at jeg hadde hatt lyst til å være med på varmt vanns trening her borte så varmtvannsbasseng en gang i uka og sånn og bade i det varme vannet, og så prøvde jeg meg litte grann på sånn fysiske aktivitets gruppe så ehh så det også var jo noe som var skikkelig artig. Så ehh. Det tok det tok veldig mange år før jeg liksom dem hadde ikke tenkt over at jeg kanskje kunne ha hatt glede over det. Såå det. Jeg fikk jo også muligheten til å</i></p>	<p>Opptrappingsplanen</p>	
--	---------------------------	--

*kunne være med på dagsenteret hvis jeg ønsket, jeg synes det har vært trygt og fint, det er vel egentlig lite brukerstyrt det systemet nedpå der, jeg trur veldig mange av de som jobber på sånne steder har litt lett for og sånn jeg føler det i hvert fall og ehh umyndiggjøre oss litt, litt mye og det er litt dumt. Jeg er ikke psykisk, utviklingshemmet, ikke dum bare at jeg orker ikke å bruke hjernen så mye hele tiden så og det varierer veldig. Men jeg syns det er veldig viktig at ehh at vi får gjøre så mye som vi kan og ønsker selv i hvert fall.*

BL2:

*Og det å bli” backa” opp til å kunne klare seg selv igjen når en kommer ut, er veldig viktig og med ettervern er noe av det viktigste. Så det er kjempe viktig at alt ligger til rette.*

BL3:

*(...) jeg har hatt kontakt med aktivitetshuset, så blir jeg kalt stjernebruker så får komme innom på det jeg vil. Men det viktigste av alt er (psykiatrisk hjemmetjeneste), der jeg har hjemmepsykiatrisk sykepleier, og så har jeg, ergoterapeut det som har psykiatrisk bakgrunn,*

som *kommer hjem til meg*. Det har vært kjempe viktig i forhold til for eksempel kosthold. Det å holde huset rent, det å betale regninger. Jeg viste ikke om at det fantes *frivillig forvaltning*, før jeg fikk kontakt med (*psykiatrisk hjemmetjeneste*) som *hjalp meg*. Jeg pleier å fleipe litt å si at *de er som poteten. De kan brukes til alt*. De har *veldig mange ulike funksjoner* overfor mange brukere. (...) det at *de er koordinator*. At systemet har kontakt med hverandre da. Ikke bare jeg som må løpe fra den ene til den andre, (...). (...) det å *ha en IP plan som jeg syns også er nyttig og det er det (psykiatrisk hjemmetjeneste) som har ordnet med*. Og så har jeg fått *arbeidstreningstilbud* (...).

BL4:

(...) jeg skulle få *ansvarsgruppe*, hadde kommunen noen sosial konsulenter eller sosionomer eller noe sånt noe som da hadde utnevnt som *koordinatorer*. Og hun som jeg da fikk som jeg da *ikke hadde blitt informert om før jeg treffer henne på ansvarsgruppemøtet*. (...) så, ehe.. *stemte overhode ikke*

*kjemien mellom oss heller, (...).  
(...) så har jeg brukt Aktiv fritid  
i kommunen mye i perioder,  
men ja har vært ganske  
frustrert mange ganger der for at  
alt skal være så lav, skal liksom  
være lavterskeltilbud for alle,  
(...). Noen av oss som da, ikke  
er så dårlig form skulle gjerne  
hatt et tilbud som ”funka” litt  
mere på våre premisser for inni  
mellom, nå som Aktiv på dagtid  
har begynt. Så nå er det helt  
annerledes. Så det er kjempe  
bra. (...) jeg er veldig fornøyd  
med det tilbudet jeg har fått fra  
kommunen. Samtidig, men det  
som er trist er at det har blitt  
halvert på grunn av at de har  
mer og mer å gjøre. Ja det ble  
jo halvert på et tidspunkt hvor  
jeg overhodet ikke var i en stabil  
fase. (...) og det sånne ting som  
jeg synes er helt på trynet, og  
ganske unødig som skaper bare  
ennå større problemer i en  
vanskelig hverdag. (...) så det er  
jo synd. Så nå har (psykiatrisk  
hjemmetjeneste) mistet to hele  
stillinger til nå i år. Og det er  
ikke bra. For de trengs. Men jeg  
vet jo at jeg er jo en av de som er  
heldige som på en måte har fått  
jevnlige oppfølging hele tiden. Så*

*jeg har alltid hatt noe, og men jeg hører jo om folk som må vente lenge for og i det hele tatt få en, kontaktperson. Så det, synd at det er så få ressurser. Trengs mye mer. Vi har jo virkelig jobba det har jo krevd mye av de også å liksom jobbe for å, ja få en "allright" relasjon til meg. Noen av de jeg har hatt har liksom catcha meg sånn å veldig kjapt. Mens andre har jeg liksom overhodet ikke fungert i det hele tatt. Men etter hvert så har jeg blitt veldig selvsikker å si at, dette funker ikke. (...)*

*fritidskontakt. Det er jo kjempe mangel på fritidskontakter. Å, så det er jo et kjempe problem. Så jeg har jo nesten ikke hatt det, det er synd, at ikke det også kan på en måte prioriteres ikke minst med å lønne dem bedre. For det er jo ikke noen fet lønn de har, men de gjør en utrolig viktig jobb og som ofte er kjempe viktig ressurs for mange. Så jeg kjenner jo noen som har hatt stabile kontakter i mange år, hvor det på en måte er ja en av de viktigste relasjonene de har. En periode så gjorde de om, hvor man brukte av de*

*fritidskontaktmidlene for å være i gruppe da, så jeg tror hun hadde gruppe for flere. Og det brukte jeg en god stund. Og det var veldig "allright" for meg. Men når jeg var alene så, var det egentlig greit. Slippe å forholde meg til mange som kanskje var dårligere enn meg eller som, som ja, som var litt mer krevende. Men det kommer veldig langt med å jobbe med dialogen å skape en trygg relasjon. (...) selv om jeg er veldig for IP og ansvarsgruppe og sånne ting så krever det en del av alle for å få det til å funke. (...) hadde jeg på en måte fått den kontakten med (psykiatrisk hjemmetjeneste) mange år før, så tror jeg nok at brukermedvirkning hadde vært et mye mindre fokus. Fordi at da hadde ikke jeg vært i stand heller til å være så tydelig på hva jeg trengte, fordi jeg ikke var så klar på det selv. I hvert fall ikke turt si det, hvis jeg var klar over det. Og da viste jeg veldig mye mindre om hva som var lurt og hva som var mulig, og hva som var, så da tror jeg fort at jeg kunne ha blitt et sånn derre.. passiv rolle, så psykiatrien i det*

<p>hele tatt er en sånn derre passiv, ehe, ventestasjon. Så <i>det handler mye om holdninger og innstillinger, og.. vilje til å engasjere seg, ordentlig (...).</i></p> <p>BL5:</p> <p>(...) jeg tenker det at det kommunale psykiske helsevern også bør, kanskje <i>bruke de brukerne som er i kommunen til å så være med i selvhjelpsgrupper.</i> (...) være litt bevisst om vi har vært syke selv i forhold til at <i>de kan hjelpe med andre strategier.</i> Jeg tror det er viktig å få brukerne inn på den andre siden, de som har kommet seg ut av det. For jeg tenker <i>de sitter inne med mye bra ressurser, som psykiatri Norge trenger..</i> . Ja, det tror jeg. <i>Livskvalitet, man skal hele tiden mestre å mestre å mestre alt mulig.</i> Og noen ganger så er det mange som er i psykiatrien som har mestra veldig mye, men som faktisk har møtt på en vegg. (...) <i>viktig at de setter seg en egen livskvalitet.</i> (...) viktig at behandlerne kanskje oppfordrer til at de skal <i>være fornøyd med det de gjør, at man ikke skal ha de høye kravene.</i></p> <p>(...) realistiske mål. Ja, jeg har</p>		
--	--	--



<p><i>lært meg veldig mye</i> <i>mestringsstrategi av meg selv.</i> Jeg har vel ikke fått så veldig mange.. . Jeg har fått noe fra psykiatri, men fått veldig mye selv.</p> <p>BL6: (...) jeg synes det bare er <i>udelt positivt</i> det som forgår i forbindelse med det jeg kaller mitt <i>behandlingsteam</i>, så <i>skjedde det et skifte i det at kommunen kom inn</i>, og <i>de aktørene</i> der kom på banen, eller, eller at <i>det var jeg som aktiviserte de</i>. For plutselig <i>fikk et behandlingsopplegg med mål og mening</i>. (...) å dette her har jo kommet litt sånn underveis politisk også tenker jeg, så det er jo viktig i forhold til at <i>det har blitt etablert en kommunal helsetjeneste i kjølevannet av opptrappingsplanen</i>. (...) vi har blitt lovt en sånn <i>samhandlingsreform</i>, (...) Viktigheten av å ha alle de <i>brikkene</i>, det, <i>det tverrfaglige på plass</i>. For, for det er jo hjemme, <i>det er jo i kommunen tilfriskningen skjer</i>. Altså jeg vil nesten påstå at det ikke skjer</p>		
--	--	--

<p>noe særlig <i>tilfriskning</i> på sykehuset jeg der for min del snakk om <i>stabilisering</i>, og så blir jeg jo sendt hjem. (...) men det jeg dessverre ser nå da er jo i og med det at <i>opptrappingsplanen</i> er over så begynner jo kommunen å så <i>skjære ned på de stillingene</i>, (...). (...) sitter jeg som et levende spørsmålstegn og lurer på hvorfor i all verden gjøre de det, (...). Det er jo <i>de ressursene som har betydd</i>, at det er <i>livsviktig</i> for meg rett og slett. Det har <i>betydd alt</i>, for at jeg skal ha et <i>meningsfylt liv</i> i dag. Så <i>skjærer dere det ned</i> nå? Fordi det <i>ikke er øremerka midler lenger</i>. Mhm. Det er jo en sånn type sjokkartet, litt <i>negativ erfaring å få</i>. (...) <i>samarbeidet</i> med NAV, <i>boligsektoren</i> har jo vært viktig. Sosionomene, helt basale ting så må man ha et sted å bo. (...) <i>startlån</i>. (...) før har det bare vært et eneste kaos med å flytte fra den ene kommunale leiligheten til den andre. (...) det var kjempeviktig å bli losa gjennom den søknaden. (...) <i>startlånet</i> får man jo på grunnlag av trygd, (...).</p>		
--	--	--

<p>(...) <i>aktivitets husene</i>, som en del av det <i>kommunale tilbudet</i>.          (...) det har vært <i>viktig for meg</i>, så det kan være et bevis på at det er et slags <i>helbredsprosess</i>, noe som het NN, og det var egentlig for brukere som var holdt jeg på å si spesielt <i>trengende</i>, eller <i>hadde et behov for litt sånn spesielt beskytta rammer</i>. (...) så var liksom <i>dagens utfordring</i> det var å komme seg dit. Bare klare å stå opp å komme seg dit. (...) <i>jeg ble veldig oppmuntra av de som jobba der</i>, (...). Hadde ikke noe <i>meningsfull sysselsetting</i>, så det bare liksom å slepe seg dit da, å så få seg en kaffekopp å så kanskje finne på et eller annet <i>lavterskel nivå</i>. (...) <i>jeg hadde mulighet til å påvirke der også</i>, for jeg ble spurt om hva jeg ville bruke tilbudet til, så sa jeg vil gjerne ha et sånn NN gruppe her. Så de lagde en NN gruppe til meg. (...) og pluss noen andre da selvfølgelig. (...) så nå går jeg ikke på <i>aktivitet huset</i> lenger for da.. . Jeg har kommet meg et skritt videre. (...) så studerer jeg. Så som en liten byggekloss så veldig, veldig viktig da å ha når jeg var så</p>		
---	--	--

<p>deprimert, og egentlig bare hadde lyst å ligge å sove i sengen min,. Så hjalp det meg opp. Så man må tenke sånn at, at helbredelsesprosessen selv for kronikere er ikke flat liksom. Det, det er sånn at man kan faktisk bygge det opp til, å bli veldig mye bedre... . (...) <i>jeg tenker sånn i forhold til de tilbudene som er på plass nå i NN kommune er ikke så verst, men vi er fortvila over at de skjærer ned på stillinger, (...). Jeg har ikke tid til å benytte meg av alle de tilbudene som kommunen faktisk har. For det er jo svømmehall og alt mulig, så de må jo prioriteres, nå så at de også får gå den samme trappa. (...) jeg, har virkelig brukt de ressursene som har vært hele veien. (...) det har gitt en kjempe effekt også i forhold til at nå kan jeg slippe de ressursene der litte grann, og begynne med, med andre ting på egen hånd. (...) det blir riktig å si at det nytter. At noen andre må prøve det og. Må ikke gi opp. Må prøve det.</i></p>		
--	--	--



**UNIVERSITETET I OSLO**  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Rikard Eriksson  
Høgskolen i Akershus  
Instituttveien 24  
2007 Kjeller

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93

Telefaks: 22 85 05 90

E-post: i.m.middelthon@medisin.uio.no

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkkom.no>

**Dato: 19.05.10**

**Deres ref.:**

**Vår ref.: 2010/1032-1**

**2010/1032-1 BRUKERERFARING OM BRUKERMEDVIRKNING**

Vi viser til søknad av 06.04.10 om godkjenning av det ovenfor nevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet i komiteens møte 06.05.10.

Prosjektleder er PhD Rikard Eriksson.

Komiteen forutsetter at forskningsansvarlig er Høgskolen i Akershus ved øverste administrative ledelse. Det gjøres oppmerksom på at forskningsansvarlig etter helseforskningsloven § 4 e) er institusjon eller annen juridisk eller fysisk person som har det overordnede ansvaret for forskningsprosjektet, og som har de nødvendige forutsetningene for å kunne oppfylle den forskningsansvarliges plikter etter denne loven.

**Prosjekttema:**

I opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008 har det overordnede mål vært å styrke brukerrettede tiltak, slik at brukeren selv skal ha mulighet til å påvirke egen behandlingssituasjon og utforming av tjenestetilbud. Hensikten med prosjektet er å undersøke brukerlæreres opplevelse med brukermedvirkning, i møte med kommunens psykiske helsevern. Datainnsamlingen skjer gjennom intervju av tidligere pasienter som nå arbeider som brukerlærere.

**Vedtak:**

**Etter søknaden fremstår ikke prosjektet som et medisinsk eller helsefaglig forskningsprosjekt og faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 10.**

Fokus i forskningsprosjektet er brukerlærere og deres opplevelse med brukermedvirkning. I rollen som brukerlærer anses ikke prosjektdeltakerne å være pasienter, men i en lærerrolle. Med det er ikke prosjektets formål å fremskaffe kunnskap om helse og sykdom slik det defineres i helseforskningsloven. Prosjektet faller derfor utenfor REKs mandat.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.