



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Helse –og Idrettsfag

Anita Sveen

Brukermedvirkning på brukernes premisser

Videreutdanning i rus, avhengighet og psykiske lidelser

Fagspesifikk fordypning 4RU505V

2012

Utlånsklausul:

Nei

Ja. Antall år

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING MED BAKGRUNN FOR VALG AVTEMA OG PROBLEMSTILLING.....	s.3
1.1Oppgavens avgrensning.....	s.4
1.2Utdyping av sentrale begreper i oppgaven.....	s.5
2.0 METODE.....	s.7
3.0 TEORIDELEN.....	s.8
3.1 Brukermedvirkningens bakgrunn og betydning innenfor det offentlige- hjelpemiddelet.....	s.8
3.2Den terapeutiske relasjonens utfordringer og muligheter.....	s.10
4.0 DRØFTING.....	s.12
4.1 Et første møte.....	s.12
4.2 Hvordan møte brukere med en ROP-lidelse på en tilfredsstillende måte.....	s.15
4.3 Brukermedvirkning på brukerens premisser.....	s.18
4.4 Brukermedvirkningens mulige konsekvenser.....	s.19
5.0 OPPSUMMERING.....	s.21
REFERANSELISTE.....	s.22

1.0 INNLEDNING MED BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING

Interessen som ligger bak valg av tema og problemstilling kommer som følge av at jeg i mange år har jobbet i en akuttavdeling innenfor psykisk helsevern. Et felt som høster mye kritikk fra mange hold. Berettiget og uberettiget. Selv har jeg opplevd å være i en situasjon hvor jeg var i behov av støtte og hjelp fra det offentlige helsevesenet, som tidligere rusmisbruker. Dette er en erfaring som nødvendigvis har vært med å prege oppgaven og min for forståelse i forhold til temaet.

Media er en viktig premissleverandør i forhold til å sette kritikkverdige hendelser på dagsorden, ofte om enkeltmenneskers opplevelser i møte med det offentlige hjelpeapparatet. De viser viktigheten av å ta et skritt tilbake og reflektere over egen praksis med et kritisk blikk fra tid til annen. Boka Brev til en minister (Vaaland2007) er en samling brev fra brukere og pårørende, skrevet til Ansgar Gabrielsen tidligere helseminister. Disse er analysert og satt i system av forfatteren i samarbeid med Gabrielsen hvor han gir disse menneskene en stemme. Brukere og pårørende etterlyser verdier som blant annet respekt, verdighet, likeverd, helhet og medbestemmelse. Verdier som bør være helt sentrale i alt sosialfaglig arbeid innenfor det offentlige hjelpeapparatet, enten det er i møte med brukerne eller pårørende. Dessverre er det et faktum at mange har negative erfaringer i møte med hjelpeapparatet som det kommer frem i disse brevene. Det påpekes at mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmisbruk ofte står i fare for å bli kasteballer i et system der det kan oppleves som at ingen tar ansvar.

Den terapeutiske relasjonens betydning blir fremhevet som en viktig faktor i forhold til mye som kunne vært gjort annerledes.

På bakgrunn av dette føles det viktig å få økt bevissthet og kunnskap i forhold til den terapeutiske relasjonens betydning i møte med brukere. Sentralt i den sammenheng blir fokus på brukerperspektivet, og hvordan jeg i min yrkesutøvelse kan bidra til å styrke den enkeltes opplevelse av mestring og innflytelse over eget liv. Møter med menneske i sårbare og utsatte situasjoner utfordrer og krever mye av oss som yrkesutøvere. Hos Henriksen og

Vetlesen(2006) refereres det til Filosofen Løgstrups tanker rundt møter med mennesker som trenger vår hjelp. Han beskriver disse møtene som at deres skjebne legges i vår hånd. Dette innebærer makt og ansvar i situasjonen, som igjen krever ydmykhet og bevissthet om hvordan dette ansvaret skal forvaltes. *«Det å ville det gode for den andre er å hjelpe den andre til å gjenerobre sin autonomi, og bidra til å skape størst mulige rom for den andres frie selvbestemmelse over eget liv»(Henriksen og Vetlesen2006).*

Hva skal til og hvordan kan jeg bistå den enkelte på en måte som fører til håp og muligheter i forhold til å mobilisere egne ressurser? Dette er spørsmål jeg vil søke å finne svar på i denne oppgaven, og det danner utgangspunkt for valg av problemstilling.

Problemstillingen jeg har valgt for oppgaven er: *Hvordan kan fokus på brukermedvirkning i den terapeutiske relasjonen styrke brukerens livsmestring og innflytelse på egen bedringsprosess sett fra individ og systemnivå*

1.1 Oppgavens avgrensning

Jeg har valgt å legge vekt på den terapeutiske relasjonen innenfor rammene av det offentlige hjelpeapparatet, med utgangspunkt i de mulighetene og utfordringer en slik ramme gir. Jeg vil med bakgrunn i aktuell teori og litteratur trekke veksler på erfaring fra arbeid både i 1 og 2 linjetjenesten.

Jeg vil innledningsvis i teoridelen i belyse brukerperspektivet og brukermedvirkningens bakgrunn historisk sett, og hvordan det har fått den betydningen det har i dag innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Jeg vil kort redegjøre for hvordan brukermedvirkning kan forstås og arte seg på ulike nivåer innenfor et slikt system. Fokus i oppgaven vil være på hvilke måter dette perspektivet kan integreres og prege den terapeutiske relasjonen på ulike nivå, slik at det får betydning for brukerens av livsmestring og bedringsprosess.

Jeg har valgt å belyse problemstillingen knyttet til møte med brukere som har en psykisk lidelse og samtidig ruslidelse (ROP-lidelse). Dette er brukere, som yrkesutøvere i feltet ofte kan føle det er komplisert å få en god relasjon til og hjelpe på en tilfredsstillende måte. I *«Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med*

samtidig ruslidelse og psykisk lidelse-ROP lidelser»(2012) har Rop lidelse erstattet begrepene dobbelt diagnose og komorbiditet. Det handler om brukere som har en alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse, og de som har en mindre alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse. I følge ROP-retningslinjene (2012) er fellesnevneren hos brukerne betydelig funksjonssvikt, som igjen kan innebærer betydelige utfordringer for hjelpeapparatet på flere områder. Dette har medført at de ofte har blitt kasteballer i hjelpeapparatet, som nevnt innledningsvis. Relasjonsbygging i møte med brukere med denne type problematikk vil by på mange utfordringer hvor flere faktorer spiller inn. Det vil dreie seg om indre og strukturelle faktorer oss begge parter. Jeg vil belyse og drøfte et par av disse faktorene mer utdypende i drøftingsdelen. Dette vil jeg gjøre utfra et perspektiv på brukermedvirkning og livsmestring, og hvilken rolle den terapeutiske relasjonen har i forhold til en bedringsprosess hos den enkelte.

1.2 Utdyping av sentrale begreper i oppgaven

Brukermedvirkning Et begrep som er sentralt i offentlige utredninger og behandlingssystemer i forhold til ulike helsetjenester. I boka Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid, Storm(2009) vises det til St.meld.nr25(1996/1997) hvor det legges vekt på at brukermedvirkning innebærer at brukeren skal delta og medvirke i utforming av tjenestene/ tjenestetilbudet. Brukermedvirkning skal i følge forfatteren bidra til å sikre at tjenestene fremmer selvstendighet, uavhengighet og mestring. Hos Norvoll(2004) og Willumsen(2005) er relasjonen mellom brukere og yrkesutøver innenfor det offentlige hjelpeapparatet, utgangspunktet for brukermedvirkning på individnivå. Brukermedvirkning forutsetter at brukeren bidrar som en aktiv part i relasjonen og formidler sin forståelse av situasjonen. Det forutsetter også at yrkesutøver kan persipere brukerens perspektiv på en måte, som igjen kan skape en felles forståelsesramme. (Willumsen2005)

Terapeutisk relasjon En relasjon mellom brukere og yrkesutøvere som er basert på samhandling innenfor en kontekst. I denne oppgaven er konteksten innenfor rammen av det offentlige hjelpeapparatet og er slik sett en asymmetrisk relasjon. Målet med en slik relasjon i denne sammenhengen er å fremme læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring, vekst,

mestring og bedret funksjon hos brukeren, slik jeg finner det beskrevet hos Røkenes og Hansen(2011).

I boka *Mestring og Lidelse* (2003) beskriver forfatteren hva en slik relasjon kan innebære.

« *De utfordringer en som menneske står ovenfor når en skal forholde seg til den andre på en god måte både for seg selv og den andre, er større enn alle andre utfordringer et menneske kan stå ovenfor.*»(Håkonsen 2003:27)

Livsmestring I problemstillingen har jeg valgt å bruke begrepet livsmestring for å favne ulike sider av brukeres liv. Hensikten er en helhetlig tilnærming, for å belyse i ulike utfordringer. Mestring i denne oppgaven har fokus på mobilisering i forhold til å styrke brukerens tro på egne muligheter i forhold til eget liv og levevilkår. Hos Storm(2009) beskrives mestring som en prosess som hele tiden er i endring basert på brukerens forutsetninger der og da. Det legges også vekt på den enkeltes evne til å takle endringer og belastninger. I boka *Mestring og relasjon*(Håkonsen, 1999) beskrives opplevelsen av å mestre utfordringer og personlig kontroll som den viktigste enkeltfaktoren i forhold til helse og velvære. Begrepet salutogenese hos Antonovsky(2002) kan oversettes med helsens tilblivelse. Forfatteren er opptatt av hva som fremmer helse og hvordan mennesker klarer å takle til stress og til dels ekstreme påkjenninger og levekår. Opplevelsen av sammenheng blir en avgjørende faktor. Denne opplevelsen er avhengig av tre komponenter: *Forståelse*-At ting er forståelige og tydelige. *Håndterbarhet* : At den enkelte opplever å ha tilstrekkelige ressurser til håndtere situasjonen. *Meningsfullhet*: At man opplever delaktighet i det som skjer. Meningsfullhet beskrives som den mest sentrale og er en forutsetning for forståelse og håndterbarhet.

Bedringsprosess Jeg har valgt å ta utgangspunkt i begrepet slik det er beskrevet hos Topor(2006). Bedring ses som en utviklingsprosess hos den enkelte i relasjon til seg selv, og omgivelsene hvor brukeren er aktiv og medvirker. Bedringsprosessen innebærer å se hele mennesket i sammenheng, hvor målet blir at den enkelte skaffer seg makt_til å påvirke livet sitt på en tilfredsstillende måte. Det understrekes at bedringsprosessen ikke er rettlinjet og at det det innebærer både framgang og nedgang. Relasjonens betydning kan i slike tilfeller spille en avgjørende rolle i forhold til å opprettholde motivasjon og håp.

Jeg har i oppgaven konsekvent valgt å bruke begrepet bruker, på mange måter en samlebetegnelse på mange ulike roller vi alle har i møte med det offentlige hjelpeapparatet i løpet av et liv.

2.0 METODE

I følge Dalland(2004) vil begrunnelsen for å velge en metode fremfor en annen være at vi mener den gir oss gode data som belyser problemstillingen på en god måte. Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor metode var gitt på forhånd. Jeg har i hovedsak basert meg på pensumlitteratur og annen relevant litteratur, som jeg mener kan belyse tema og problemstilling.

Jeg referer til forskning som er bakgrunn og danner basis for de nye nasjonale ROP retningslinjene(2012), samt en sluttrapport og evaluering fra Rambøll Management Consulting i forhold til tillitspersonforsøket,« *Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer- Tillitspersonforsøket, 2009-2011*»(2011). Det er styrker og svakheter ved all type forskning. Styrken ved disse to slik jeg ser det er at de retter seg mot noen av de utfordringene jeg ønsker å belyse i problemstillingen. Jeg mener begge er valide og relevante for oppgaven. Det refereres også til forskning i den øvrige litteraturen jeg har valgt å baserer oppgaven på . Jeg velger å nevne Topor(2006), Borg og Topor(2003), Røkenes og Hansen (2011)Willumsen(2005) og Norvoll(2004). Jeg vil også nevne en antropologisk analyse, som har en kritisk tilnærming til brukerperspektivet i det praktiske arbeidet med metadonbrukere,« *Empowerment og brukerinddragelse i praksis:mellom forestillinger og det muliges kunst*» Bjerge (2005).

En svakhet ved oppgaven er at jeg i noe grad baserer meg på sekundær litteratur, som forutsetter at jeg er tilstrekkelig kritisk i forhold til andres fortolkning av det jeg presenterer. Noe av litteraturen retter seg heller ikke direkte mot brukere med en ROP-lidelse. Sentrale søkeord jeg har valgt i forhold til å finne relevant litteratur er brukermedvirkning, relasjon og bedring. Begreper jeg mener har overføringsverdi og omhandler mellommenneskelige

forhold som er allmenne og relevante for oppgaven. Tilnærming og perspektiver i oppgaven, vil være preget av min egen forforståelse i forhold til at jeg har erfaring både som bruker og som fagperson, som nevnt innledningsvis. Med bakgrunn i min forforståelse som er preget av ulike roller har jeg lagt vekt på å justere distanse og nærhet i forhold til det jeg har undersøkt og presenterer i oppgaven. Litteratur og artikler jeg har brukt er med noen unntak utgitt i løpet av de siste 10 årene.

3.0 TEORIDELLEN

Jeg vil i denne delen kort presentere deler av teorien og de funn jeg mener er relevante for den videre drøftingen. Noe av det jeg presenterer innledningsvis i forhold til brukermedvirkning historisk og lovmessig er med og danner en teoretisk referanseramme i forhold til temaet, som ikke vil bli diskutert videre i en senere drøfting.

3.1 Brukermedvirkningens bakgrunn og betydning innenfor det offentlige hjelpeapparatet

Historisk sett har brukerorganisasjonenes kamp for innflytelse og medvirkning vært viktig for å sette brukermedvirkning på den helsepolitiske agendaen. Slike organisasjoner har bakgrunn i Empowerment filosofien som oppsto blant undertrykte grupper i USA på 60 tallet. Kjent for slagordet « Power to the people». I Norge har det i stor grad vært store brukerorganisasjoner i forhold til ulike funksjonshemninger og kronisk syke, som har gått foran og kjempet for like rettigheter i forhold til innflytelse og medvirkning innenfor helsetjenestene(Storm 2009). Forfatteren går inn på hvordan brukermedvirkning ble politisk og lovmessige forankret etter flere offentlige utredninger i løpet av 1990 årene. I st.meld.nr.26(1999-2000) «Om verdier i den norske helsetjenesten» som det vises til, blir brukermedvirkning ansett som en sentral verdi på linje med autonomi, likeverd og vern av personlig integritet. Som følge av utredningene ble det en lovregulering innenfor det helsefaglige området som sikret brukerne rett til å medvirke i egen behandling i Pasientrettighetsloven kapittel 3 fra 2001 og Psykisk helsevernloven i kapittel 3 fra 1999. Brukermedvirkningens innpass i helsetjenestene beskrives her som et perspektivskifte

innenfor offentlige hjelpeapparatet hvor fokus rettes mot brukernes deltagelse, ressurser og rettigheter(Storm2009.)

Jeg vil også nevne at brukermedvirkning kan ses som en rettighet og en plikt. En plikt til å delta og være aktiv, og en rett til påvirkning av behandlingen. For yrkesutøveren handler det også om rettigheter og plikter i en slik terapeutisk relasjon. Plikt til å høre og la brukeren delta, samt at synspunktene og deltagelsen skal ha konsekvenser for behandlingen. Retten handler om å overlate ansvar til brukeren og frasi seg autoritet slik det blir presentert hos Norvoll(2004). Faren er som forfatteren påpeker, at det kan bli en ansvarsforskyvelse fra hjelpeapparatets side hvor brukeren tilsynelatende får innflytelse, men at det fortsatt er hjelpeapparatet som bestemmer og legger premissene(Norvoll2004).

Et sentralt poeng i forhold til brukermedvirkning er at det vil være variasjoner i hvordan det er mulig å realisere i den praktiske hverdagen, og at det vil være snakk om ulike grader av medvirkning. Det vil avhenge av flere faktorer og jeg vil nevne noen slik de er beskrevet hos Norvoll(2004) som jeg mener er relevante. Jeg vil først fremst trekke frem brukernes egen vilje og ønsker om aktiv brukermedvirkning. En annen faktor er i hvilken grad den enkelte har ressurser og muligheter til å være en aktiv bruker. Utfordringer knyttet til disse faktorene med bakgrunn den terapeutiske relasjonen og brukerperspektivet kommer jeg tilbake til i drøftingsdelen.

Hos Humerfeld,Willumsen(2005) nevnes flere argumenter for økt brukermedvirkning hvor jeg vil nevne noen. Det *medmenneskelige argumentet* som handler om at medbestemmelse, innflytelse og rettigheter er viktige for menneskeverdet. Det handler om enkeltmennesker rett til å bli hørt og tatt hensyn til og at det er brukeren selv som vet best hvor skoen trykker. I de Yrkesetisk grunnlagsdokument(FO2002)som forfatteren viser til er argumentet også basert på det etiske prinsippet solidaritet. Det *Ekspressive argumentet* handler om at medvirkningsprosessen i seg selv vil bidra til en positiv emosjonell opplevelse, som igjen vil bidra til selvutvikling og selvrealisering (Dalberg og Vedung2001,Willumsen2005). Det er også argumenter som taler for økonomiske gevinster for velferdsstaten. Disse argumentene er ikke basert på demokratiske verdier i samme grad som de jeg har nevnt, men baserer seg på økonomiske ideer og management teorier fra 1980 tallet. Bakgrunnen slik det beskrives av forfatteren er at sett fra et finanspolitisk perspektiv vil økt brukermedvirkning gi mer

effektive tjenester. En slik effektivitet bringer brukerne raskere gjennom systemet og vil være økonomisk besparende. I følge forfatteren vil økt brukermedvirkning fra et slikt perspektiv føre til bedre utnyttelse av knappe ressurser og økt effektivitet. Hun viser her til arbeidslinja hvor det er ønskelig at brukerne blir aktive arbeidstakere, som bidrar til velferdsstaten fremfor å være passive trygdemottakere (Humerfelt,Willumsen,2005).

Innenfor rammene av det offentlige hjelpeapparatet er det også to andre argumenter jeg mener er sentrale. Det er *Legitimitetsargumentet* og *Profesjonsargumentet*, det første handler om at brukerne får mulighet til å påvirke i noe grad. På den ene siden kan det handle om å få aspekt og forståelse for brukerne, men hvor det på den andre siden kan føre til ansvarsfraskrivelse i forhold til kritikk ved at brukerne var involvert i utformingen.

Profesjonsargumentet er et annet argument ikke ulikt det forrige, som kan begrunnes utfra to sider. Den ene siden handler om at vi som yrkesutøvere kan oppleve at vi kommer til kort og at brukerne kan bidra til at tjenestene blir bedre. Motsatt kan det handle om at vi kommer til kort og overlater autoritet og ansvaret til brukerne, som i denne sammenheng anses å være den svake part i relasjonen (Ørstadvik 1996,Willumsen2005).

3.2 Den terapeutiske relasjonens utfordringer og muligheter

Jeg har tidligere nevnt at jeg ønsker å belyse utfordringer knyttet til møte med mennesker hvor den terapeutiske relasjonen danner rammene og strukturen for møtet. Hos Henriksen og Vetlesen(2006) og Håkonsen(2003) vektlegges undringen, sensitiviteten og ydmykheten i forhold til den andres sårbarhet som et viktig element i et slikt møte. Hvordan vi forvalter den andres sårbarhet og avhengighet innenfor en slik ramme kan være avgjørende i forhold til å skape tillitt og en bærende terapeutisk relasjon.

Henriksen og Vetlesen(2006) setter ord på det som omhandler vårt eget forhold til egen sårbarhet og avhengighet, og hvordan dette vil påvirke vår evne og synet på å gi omsorg. *«Dersom selvhjulpenhet er idealet personen orienterer seg etter, må vi forvente at åpenhet for andres behov av omsorg blir skadelidende»*(Henriksen og Vetlesen, 2006:85).

Hos Røkenes og Hansen(2011) legges det vekt på hvordan relasjonen mellom brukere og fagpersonen kan bli mer symmetriske og likeverdige ved myndiggjørende kommunikasjon.

Som nevnt tidligere legges det også her vekt på at brukeren skal medvirke og forvalte eget liv. Å bli møtt på en slik måte vil i følge forfatteren bidra til at brukerens egne ressurser mobiliseres. Samtidig presiseres de viktigheten av at fagpersonen ikke unndrar seg fortsatt medvirkning og medansvar slik at brukeren blir overlatt til seg selv. De sier også noe om viktigheten av at medvirkningen er tilpasset den enkeltes situasjon og funksjonsnivå som jeg har vært inne på tidligere.

«Verdigheten til en bruker kan for eksempel bli krenket dersom fagpersonen forventer selvbestemmelse og autonomi i en situasjon der brukeren ikke har ressurser og mulighet til å velge selv eller ta vare på seg selv.»(Røkenes og Hansen 2011:230) Det er det viktig å ha med seg, at det motsatte også kan innebære krenkelser. Det kan handle om at fagpersoner inntar en holdning eller benytter regelverk og metoder, som bare tilsynelatende gir brukeren innflytelse og medvirkning. Et viktig poeng forfatterne kommer med er at det ikke er brukerens rett til medvirkning som skal begrunnes, men fagpersonen rett til å begrense. Hos Røkenes og Hansen(2011) viser de til brukerundersøkelser hvor mange brukere gir uttrykk for, at den terapeutiske relasjonens betydning er sentral i forhold til en positiv utvikling. Mange brukere mente at relasjonen er overordna metoder og teknikker, og at respekt og tillitt til fagpersonen var avgjørende. At personen hadde tid, rom og plass var andre viktige momenter. De samme faktorene vektlegges hos andre forfattere, som baserer seg på hva brukerne selv opplever er viktig og til hjelp. Jeg vil nevne Marit Svisdahl i boka Veien ut av Psykisk lidelse(2008). Her fremhever brukerne i undersøkelsen tid og kontinuitet, tilstedeværelse hos fagfolkene som sentrale momenter for en god relasjon. Sammenheng, mulighet for påvirkning og mening i forhold til det tilbudet som gis var også viktig for de som ble spurt. En annen sentral faktor som forfatteren nevner er også er vektlagt hos Borg og Topor(2003), Topor(2006). Det handler om betydningen av en annen form for profesjonalitet hvor trygge fagpersoner kan gå ut av den tradisjonelle rollen ved å være personlig og nær. Dette uventede som går utover det det som forventes nevnes som en avgjørende faktor i forhold til bedringsprosessen. Det begrunnes med at de medmenneskelige kvalitetene blir viktigere enn de faglige slik(Svisdahl2008).

4.0 DRØFTING

Jeg vil i denne delen av oppgaven drøfte et par sentrale utfordringer jeg har vært inne på tidligere i oppgaven, innledningsvis og i teoridelen. I hovedsak vil det dreie seg om generelle utfordringer og dilemmaer i forhold til brukermedvirkning og den terapeutiske relasjonen. Jeg har i teoridelen ikke lagt spesielt vekt på den særegne situasjonen mange brukere med en ROP-lidelse befinner seg i. Utfordringer dette kan innebære for den enkelte bruker i møte med det offentlige hjelpeapparatet og for oss som fagpersoner er mange. Jeg vil søke å belyse et par av disse i den videre drøftingen. Det vil jeg gjøre ved å bruke eksempler fra praksis og trekke inn relevante elementer i forhold til de undersøkelsene og rapportene jeg referer til i metode delen. Disse er ikke ytterligere presentert i teoridelen.

4.1 Et første møte

Innledningsvis brukte jeg Brev til en minister(Vaaland2007)som eksempel på hvordan brukere og pårørende har opplevd møte med det offentlige hjelpeapparatet. Et fellestrekk er at de befinner seg i en situasjon hvor de er i behov av hjelp. En hjelp som ofte ikke er der, som ikke er tilstrekkelig, og ofte er oppstykket og uten sammenheng. De etterspør verdighet, respekt og mulighet for medvirkning. Forfatteren påpeker at dette er brukerens subjektive og individuelle beskrivelse, som understøttes av tendenser i undersøkelser og forskning(Vaaland2007). For meg som yrkesutøver og representant for det offentlige hjelpeapparatet er dette trist lesning. Samtidig er det en nyttig påminnelse om viktigheten av å ha et kritisk blikk på egen praksis og yrkesutøvelse.

I møte med brukere innenfor det offentlige hjelpeapparatet vil relasjonen bestandig være preget av en viss asymmetri hvor makten og avhengigheten er ujevnt fordelt. Dette krever en bevissthet hos meg som yrkesutøver i forhold til hvordan den kan utjevnes i en slik grad at brukeren opplever en gjensidighet basert på respekt og likeverd.

I følge Røkenes og Hansen(2011) innebærer dette evnen til å samhandle på en måte, som bidrar til å skape tillitt og åpenhet, fremmer selvstendighet og mestring. Det å forholde seg til brukeren på en god måte både for seg selv og den andre er i følge Håkonsen(2003) større

enn alle andre utfordringer vi kan møte. Hvordan jeg erkjenner og lar et slikt utsagn få gyldighet vil nødvendigvis påvirke innstillingen og hvordan jeg forholder meg til den andre.

For mange brukere kan møte med det offentlige hjelpeapparatet være både skremmende og forbundet med skam. Et viktig perspektiv å ha med seg i forhold til å gi den nødvendige tryggheten i et slikt møte. I jobben innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er min erfaring at dette første møtet ofte er preget av krav til at prosedyrer og retningslinjer er fulgt og dokumentert. En slik prioritering innebærer ofte at brukerne i stor grad blir overlatt til seg selv og sin egen utrygghet i denne sårbare situasjonen. De formelle og strukturelle kravene blir slik sett overordna brukerens behov for å bli sett og ivaretatt på en god måte. Dette står i skarp kontrast til de verdiene som vektlegges hos Henriksen og Vetlesen(2006) i forhold til å gi god omsorg. Ofte vil dette første møtet og hvordan vi forvalter brukerens behov der og da, spille en viktig rolle i forhold til å skape tillit og en bærende relasjon. I følge Henriksen og Vetlesen(2006) handler det om å gi omsorg i en atmosfære som formidler trygghet og tillitt. For å skape en slik atmosfære kreves tid. Dette innebærer at jeg har et selvstendig ansvar som yrkesutøver i en slik situasjon for å romme den andres behov. Jeg mener det er mulig å ta et slik ansvar ved å sette andre behov til side og gi den ekstra omsorgen situasjonen krever der og da. På en annen side har jeg også ansvar for at åpenbare mangler og svakheter ved tilbudet som gis settes på dagsorden for å skape endring. Dette innebærer slik jeg ser det, at det er nødvendig å skape rammer for den terapeutiske relasjonen både på individ- og systemnivå, som ivaretar brukerens behov på en bedre måte.

Slik jeg ser det vil det være mulig å ivareta de formelle kravene i forhold til prosedyrer og dokumentasjon i denne situasjonen, og samtidig ivareta brukerens behov for trygghet. En mulighet ville være at man er to personal når noen kommer til innleggelse, hvor den ene har ansvar for det formelle. Samtidig ser jeg at dette kan bli overveldende for brukeren, og ressursmessig vil det også være en utfordring i forhold til å ha nok personale i avdelingen. En annen og bedre løsning ville være at personalet har tilgang til bærbar pc. Dette vil gi en helt annen form for fleksibilitet og tilgjengelighet i forhold til å kunne ivareta de formelle kravene til dokumentasjon og brukerens behov for trygghet. Brukermedvirkningen vil også bli ivaretatt på en god måte. Brukeren vil få mulighet til å være med å styre innholdet og planen med oppholdet, samt ha kontroll/innflytelse med hva som blir dokumentert. For meg som yrkesutøveren gir det rom og mulighet for å tilpasse meg de umiddelbare behov brukeren

måtte ha. I motsetning til det som er vanlig praksis pr i dag hvor man er henvist til et eget dokumentasjonsrom hvor brukeren ikke har tilgang.

Slik jeg ser det vil det være en vinn vinn situasjon hvor det strukturelle og relasjonelle blir i varetatt på en god måte for begge parter. Den informasjonen som skal danne rammen for det videre oppholdet og behandling, vil forhåpentligvis være basert på et bedre grunnlag ved at den enkelte bruker er med i hele prosessen. Norvoll(2004) legger vekt på at det vil være variasjoner i hvordan det er mulig å realisere brukermedvirkning i den praktiske hverdagen. I likhet med Røkenes og Hansen(2011) og Henriksen og Vetlesen(2006)sier hun noe om viktigheten av å være oppmerksom på den enkeltes muligheter og ressurser til å være aktiv. Ved å tilbringe tid sammen med brukeren som ofte kan være preget av den akutte krisen og følelsesmessig kaos kan vi skape den nødvendige tryggheten, som er nødvendig for å få og gi god og tilstrekkelig informasjon. Målet med en slik tilstedeværelse er for meg basert på at brukeren skal oppleve mestring og kontroll over situasjonen. I følge Håkonsen(1999) er dette en viktig faktor i forhold til helse og velvære. Tilstrekkelig tid og informasjon i forhold til den enkeltes situasjon, avklaring av forventninger og trygghet kan gi en opplevelse av mestring og kontroll over situasjonen. I følge Antonovsky(2000) vil opplevelsen av sammenheng være viktig for å oppleve mestring og takle påkjenninger. For mange er det en påkjenning og komme til et punkt hvor man ber om hjelp og må overlate kontrollen til andre. Ved å ivareta behovet for forståelse, at situasjonen håndterbar og meningsfull kan vi bidra til at brukeren gjenoppretter en opplevelse av kontroll over situasjonen. Hos Storm(2009)er mestring beskrevet som en prosess hvor endringer skjer seg i takt med at brukerens forutsetning endres. For å sikre gode møter er det nødvendig å legge til rette for rammer, som gir brukeren den nødvendige tryggheten i situasjonen. Det vil også kreve at jeg som yrkesutøver har den nødvendige kompetansen, og de menneskelige egenskapene som vektlegges så sterkt hos Topor(2006) og Borg og Topor(2003) En form for profesjonalitet, som krever at man er trygg nok til å gå ut av den tradisjonelle rollen ved å være personlig og nær. Jeg ser at dette krever mye bevissthet i forhold til å ivareta den nødvendige distansen. Det kan handle om egne og andres grenser, men også at det kan bli utrygt for enkelte brukere om det blir uklare roller. Jeg mener utfra dette at en trygg terapeutisk relasjon basert på tillitt og respekt, er avhengig av at jeg som yrkesutøver klarer å finne en god balanse mellom nærhet og distanse. En balanse man kan regulere utfra brukerens behov der og da. Jeg har

innledningsvis og i teorien presentert viktigheten av å forvalte den andres sårbarhet og verdighet på en god måte. Et avgjørende element for å skape tillitt og basis for en bærende relasjon og god omsorg slik det vektlegges hos Henriksen og Vetlesen(2006).

4.2 Hvordan møte brukere med ROP –lidelse på en tilfredsstillende måte

Brukere vi møter innenfor det offentlige hjelpeapparatet med ROP-lidelser har ofte sammensatte og komplekse problemer. Dette kan være utfordrende i forhold til å gi god og helhetlig behandling. De nye ROP-retningslinjene(2012) er ment som et verktøy for å fremme bedring og livskvalitet hos disse brukerne innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Retningslinjene er basert på kunnskap fra forskning, praksis, erfaringer og råd fra brukere og fagmiljøer i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Brukere som sliter med denne type problematikk kan oppleve at de blir kasteballer innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Mange har store problemer med psykisk og fysisk helse, som sammen med rusmisbruket gjør at mange er marginalisert i forhold til økonomi og sosiale ressurser. Det er utfordringer i forhold til å utvikle en god terapeutisk relasjon med mange av disse brukerne slik det kommer frem i de nye ROP- retningslinjene(2012). Å møte disse brukerne på en måte som ivaretar de komplekse behovene krever en helhetlig tilnærming slik det blant annet pekes på hos Topor(2006). Mange er mistroiske og redde for å åpne opp før det er etablert en viss form for trygghet i relasjonen. Dette vil kreve at det gis tid, rom, plass, respekt, tillitt, kontinuitet og tilstedeværelse. Viktige komponenter som det vises til hos Røkenes og Hansen(2011), Topor(2006),Borg og Topor(2003) og Svisdahl(2008). I en hektisk hverdag vil det slik jeg ser det være snakk om kvaliteten på den tiden man har til rådighet sammen med brukeren. Kvaliteten kan avhenge av i hvilken grad vi klarer og inn tone oss og være tilstede her og nå, som gjør at brukeren føler seg møtt og sett på en måte som inngir til tillitt.

Min erfaring fra arbeid i spesialist helsetjenesten innenfor psykisk helsevern er at brukere med denne typen problematikk oppleves krevende og vanskelig å hjelpe. Jeg opplever at dette i noen tilfeller kan føre til at disse brukerne skrives ut når den akutte krisen er over uten at det er tatt tak i hverken den psykiske lidelsen eller ruslidelsen. Det hender også at de skriver seg ut fordi regelverket oppleves rigid og er vanskelig å forholde seg til. De utfordrer

ofte opparbeidede rutiner og miljøregler i avdelingen, som kan oppleves vanskelig og håndtere av personale. Når personalet opplever usikkerhet i slike situasjoner kan behovet for å gjenopprette orden og kontroll føre til økt fokus på regler. For noen brukere oppleves dette som unødig kontroll og gi grobunn for høylytte diskusjoner. Adferden kan oppleves som aggressiv og bidra til at andre brukere blir utrygge. Trygghet hos personalet og en god relasjon med brukerne vil kunne forhindre slike konflikter før de utarter seg slik jeg ser det. Sikkerheten og tryggheten for de som er innlagt vil alltid ha førte prioritet. Jeg mener at vi som personale må bli mer bevisste på hvordan våre negative forventninger kan påvirke vår måte å opptre på ovenfor brukere vi opplever som krevende og vanskelige.

Forskning viser at brukere med (ROP-lidelse) har mulighet til bedring av symptomer og livskvalitet med en koordinert behandling av begge lidelsene (ROP-retningslinjene,2012) Utfordringen kan være at tilbudet som gis ute i kommunen og i spesialisthelsetjenesten ikke er tilpasset brukernes behov. Samtidig er dette brukere som kan ha vanskelig for å tilpasse seg de tradisjonelle behandlingstilbudene. Å bygge tillitt for å skape grunnlag for en terapeutisk relasjon og styrke brukerens opplevelse av håp, sammenheng, medvirkning og livsmestring vil kreve tid og tålmodighet. Bedringsprosessen hos denne gruppen vil være preget av gode og dårlige perioder preget av framgang og nedgang slik prosessen er beskrevet hos Topor(2006). Det vil også være store utfordringer knyttet til å gi brukerne en helhetlig og integrert behandling til rett tid, på rett plass som igjen kan føre til store konsekvenser for den enkelte. Konsekvenser som føre til en forverring av både den psykiske lidelsen og ruslidelsen.

Et eksempel på dette kan være akutt forverring av symptomer som følge av misbruket med påfølgende innleggelse i akutt avdeling, i verste fall tvangsinnleggelse. Brukeren kan bli tvangsinnlagt til den akutte fasen er over, for så å bli overlatt til seg selv igjen. Jeg opplevde i min praksis innenfor et kommunalt rusteam, at dette var hendelser som skapte mye fortvilelse blant både personalet og brukerne. Det blir akutt brannslukking i stedet for helhetlig behandling. I en slik situasjon er det nærliggende å se på alternativer som kan hindre at brukerne får forverring av sine symptomer og forringet livskvalitet. Elementer i et slikt alternativ vil ideelt sett være ambulante team med personell knyttet til både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et annet sentralt punkt må være at de som jobber rundt den enkelte, individuelt og i team, baserer seg på langvarig kontakt. Det

innebærer også at disse følger den enkelte både utenfor og innenfor et institusjonsopphold. Dette vil ha stor betydning for opparbeidelsen av et godt tillitsforhold til brukerne og ivareta behovet for en bærende terapeutisk relasjon. Elementer som det også legges vekt på i rapporten fra Rambøll Management(2011).

Brukerne i undersøkelsen vektla den tette oppfølgingen og god dialog med tillitspersonene(yrkesutøverne) i forhold til at tjeneste tilbudet tok utgangspunkt i deres behov og ønsker. Brukerne opplevde at tilbudet bidro til økt livskvalitet og forbedring på flere områder, rassistuasjonen, inntekt, somatisk helse og opplevelse av psykisk helse. Tilgjengeligheten hos tillitspersonen sto i kontrast til det de tidligere var vant til fra yrkesutøveren, som ofte var vanskelig å treffe uten avtalt tid og som var utilgjengelig på telefon. Ellers ble hjelp og støtte i møte med andre deler av det offentlige hjelpeapparatet fremhevet som viktige elementer. Det var med å sikre at de fikk den hjelpen de hadde krav på. En annen faktor som var viktig for brukerne var at det var balanse mellom motivering/støtte og de kravene som ble stilt. Viktigheten av at medvirkningen er tilpasset den enkeltes situasjon og ressurser er også vektlagt hos Røkenes og Hansen(2011). Min forståelse er at dette er en viktig faktor for å mobilisere den enkeltes ressurser samt hindre krenkelser og tapsopplevelser Utfordringen er å finne den riktige balansen, for å unngå at brukeren blir krenket eller opplever å bli satt på sidelinjen. Hvis det er snakk om en trygg relasjon i utgangspunktet har jeg tro på at det er større høyde for å prøve å feile enn om det er i en tidlig fase hvor man jobber for å opprette trygghet og tillitt.

Hos personalet som hadde rollen som tillitspersoner ble det relasjonelle aspektet sett på som en sentral verdi i forhold til brukernes endringsprosess. At brukerne var aktive på alle nivåer i forhold til endringsarbeidet ble sett på som avgjørende i forhold til at brukerne skulle oppleve mestring og myndiggjøring (Rambøll Management 2011). Jeg mener at bildet kan er mer nyansert og avhengig av hvor brukeren er i prosessens. At en bruker ikke deltar i deler av endringsarbeidet er slik jeg ser det ingen hindring for hverken mestring eller myndiggjøring da det handler om en bedringsprosess. Deltagelse og engasjement vil variere og er en del av selve prosessen.

4.3 Brukermedvirkning på brukerens premisser

Å ta hensyn til brukerne når man utvikler de ulike tjenestene innenfor det offentlige hjelpeapparatet handler om sette den enkelte bruker og dennes behov i sentrum. Jeg har i oppgaven vist til teori, som understreker betydningen av at man har fokus på brukermedvirkning i alt helse og sosialfaglig arbeid. Dette gjelder både på systemnivå og ikke minst på individnivå hvor jeg har valgt å ha fokus. Hos Storm(2009) som jeg tidligere har henvist til vektlegges brukermedvirkning som en strategi til mestring. Hun viser til eksempler fra psykiatriske avdelinger og understreker viktigheten av at dette er tilpasset den enkeltes mentale helse tilstand. Dette innebærer at vi må finne fram til hva brukeren kan mestre her og nå, på kort sikt og på litt lengre sikt. Brukermedvirkning blir en prosess hvor den terapeutiske relasjonen vil ha betydning for opprettholde håp og motivasjon. I møte med brukere med en ROP-lidelse vil dette være viktig da bedringsrossessen kan være preget av mange opp og nedturer. I rapporten fra Rambøll Management(2011) konkluderer de på bakgrunn av evalueringen, funn fra tidligere utredning og forskning på feltet med at tett individuell oppfølging kan ha positive virkninger. Viktige elementer ved oppfølgingen er at den er tilgjengelig og at den er oppsøkende. I det rusteamet jeg hadde min praksis var de en del av dette prosjektet. Der var tilgjengelighet og aktiv oppsøkning av den enkelte bruker sentrale elementer. Det kunne innebære at man var tilgjengelig på mobil for brukeren, man dro ut fra kontoret og var synlig på de arenaer hvor brukeren oppholdt seg. De tok kontakt om brukeren ikke møtte til avtaler eller ikke hadde benyttet seg av lavterskeltilbudet i kommunen på en stund. Etter min mening blir slike tiltak gode redskap for å få fokus på brukermedvirkning i den terapeutiske relasjonen. Samtidig kreves avgjørende tilrettelegging på systemnivå for at man kan ta i bruk andre verktøy og tilnærminger i forhold til finne mer fleksible måter å arbeide på.

Oppfølgingen innen for prosjektene ble ikke avsluttet selv om det kunne være perioder hvor den enkelte manglet motivasjon eller ruset seg aktivt. Jeg opplevde at de som jobbet, ga den enkelte brukeren den lille ekstra oppmerksomheten og omsorgen som vektlegges hos Topor(2006)ogBorg og Topor (2003). Det handlet om å få omsorg og oppmerksomhet på en

uventet måte i forhold til det de var vant til innenfor den tradisjonelle terapeutiske relasjonen.

4.4 Brukermedvirkningens mulige konsekvenser

Brukermedvirkning har en egenverdi for alle mennesker, som av en eller annen grunn kommer i en situasjon hvor man er avhengig av hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. For de aller fleste vil det være viktig at man opplever at man har innflytelse, får hjelp på egne premisser, blir sett og behandlet med respekt og verdighet. Dette innebærer også at man har rett til å bestemme at man ikke ønsker å medvirke. Slik jeg ser det er det helt nødvendig å respektere en slik beslutning selv om dette bryter med min forestilling om hva som ville være riktig eller best. Samtidig har jeg en plikt både etisk og juridisk til å påse at dette er forsvarlig, og at den terapeutiske relasjonen kan bidra til å redusere negative konsekvenser ved slike valg. Slik jeg ser det vil en fortsatt støtte og oppfølging kunne bidra til dette. Jeg har tidligere nevnt at det er mange ulike argumenter for at brukermedvirkning ses som en viktig verdi og en forutsetning for gode tjenester innenfor det offentlige hjelpeapparatet. I boka Brukernes medvirkning (Willumsen 2005) nevner hun flere av disse argumentene. I noen tilfeller kan man sette et spørsmålstegn ved hvilke interesser som ligger bak dette kravet til brukermedvirkning og myndiggjøring av brukerne. I en studie av Bjerger (2005) retter han et kritisk blikk på det offentlige hjelpeapparatets forsøk på å implementere Empowerment tenkningen i praksis i et prosjekt med metadonbrukere. Han viser til hvordan målsettingene som lå til grunn for prosjektets ble vanskelig gjort i praksis ved at personalet måtte prioritere brukernes akutte problemer. Behovet for å vise til målbare resultater i sosialt arbeid har sitt utspring i New Public Management tanken. I dette tilfellet viste det seg vanskelig å forene krav til handlingsplaner og målsettinger i forhold til brukernes behov. De fleste brukerne i dette prosjektet hadde ingen erfaring med å planlegge og klarte sjelden å forholde seg til avtaler og tidsplaner. For de fleste hadde all tid og energi gått med til å skaffe penger til stoff og planlegging strakk seg sjelden mer enn seks timer frem i tid. Forfatteren viser gjennom sin presentasjon at for mange brukere var det tryggere og mer hensiktsmessig å forholde seg til hjelpeapparatet på den tradisjonelle måten. De fleste av eksemplene viser at dette var brukere som verken ville, eller hadde tilstrekkelige ressurser til å ta ansvar for eget liv. Noen få klarte og forholde seg

til Empowerment paradigmet forventning om initiativ og deltagelse som kompetente brukerne. Dette ble brukere det ble populært å ha oppfølgingsansvar for blant personale slik jeg har forstått forfatteren.

Utviklingen innenfor det offentlige hjelpeapparatet også her i Norge er på mange måter preget av den samme forventningen om at brukerne er kompetente og aktive som Bjerge (2005) sier noe om. Dette har bakgrunn i at velferdssamfunnet har behov for tjenester som er effektive og økonomisk besparende. For de aller fleste er dette riktig men det finnes også de som vil trenge at andre overtar ansvaret i korte eller lengre perioder. Utfordringen slik jeg ser det er at det det kan utvikles tjenester som skaper et A og B lag av brukere. Hvor manglende ressurser og muligheter i forhold til brukermedvirkning medfører at noen ikke får den nødvendige hjelp og omsorg de har krav på. Dette understreker viktigheten av å ha et avklart syn på omsorg og hva det innebærer å være avhengig og sårbar slik Henriksen og Vetlesen (2006) legger vekt på. Slik jeg ser det forplikter de mulige konsekvensene ved krav om brukermedvirkning og myndiggjøring av brukerne til at jeg som yrkesutøver har et kritisk blikk på egen yrkesutøvelse og egen praksis. Jeg mener også at som representant for det offentlige hjelpeapparatet er jeg forpliktet til å være engasjert og informert om hvordan politiske føringer og vedtak som fattes berører, brukerne innenfor det feltet jeg jobber. Dette medfører et ansvar for å bruke de muligheter som finnes innenfor forvaltningen til å påvirke beslutninger som også kan få uheldige konsekvenser for de aller svakeste brukerne og være deres talerør. På individnivå handler det om å finne balansen mellom krav, forventinger, omsorg og støtte basert på hvor i bedringsprosessen den enkelte befinner seg.

5.0OPPSUMMERING

Målet med oppgaven har vært å få økt bevissthet og kunnskap i forhold til hvordan brukervedvirkning og brukerperspektivet kan være et virkemiddel i den terapeutiske relasjonen. Dette innebar ønsket om å få en større forståelse for den kunnskapen brukerne innehar i forhold til hva som hjelper, og hvordan jeg som yrkesutøver kan forvalte denne kunnskapen på en måte som kan bidra til mestring hos brukeren. Jeg nevnte innledningsvis hvordan brukere og pårørende etterspurte sentrale verdier og egenskaper hos de som jobber innenfor det offentlige hjelpeapparatet. Verdier og egenskaper jeg gjerne vil ha som utgangspunkt for arbeidet jeg gjør i møte med mennesker som er i en sårbar situasjon. Jeg har også ønsket å belyse noen begrensninger og muligheter i forhold til brukervedvirkning på system nivå.

For meg og min læring har det vært nyttig å gå inn å fordype meg i litteratur som har hatt brukerperspektivet og relasjonen som utgangspunkt. Litteratur som baserer seg på å formidle kunnskap som er basert på blant annet å formidle brukernes synspunkt. Dette har bidratt til en erkjennelse av at det er mulig å gjøre en forskjell i menneskers liv hvor utgangspunktet er en terapeutisk relasjon basert på gjensidighet trygghet og tillitt. Det er viktig å forvalte det ansvaret og den makten jeg har ved å representere det offentlige hjelpeapparatet, til å synliggjøre strukturer som hemmer og fremmer brukervedvirkning. Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven funnet at fokus på brukervedvirkning i den terapeutiske relasjonen kan styrke brukerens forutsetninger og muligheter for mestring gjennom at yrkesutøveren fokuserer på å finne en balanse mellom krav og forventninger. Tillitt og respekt er viktig for å komme i posisjon og legge grunnlag for en relasjon som kan føre til en myndiggjøring av brukerne og prosessen dit. Jeg har også fått økt innsikt i hvor viktig rolle de strukturelle forutsetningene har for å skape en god ramme rundt relasjonen og arbeidet. Jeg føler at jeg har fått svar på problemstillingen slik jeg ønsket.

REFERANSELISTE

Antonovsky, Aaron (2000). *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels Forlag AS

Bjerge, Bagga (2005). *Empowerment og brukerinndragelse i praksis: mellom forestillinger og det muliges kunst*. Center for rusmiddelforskning Aarhus universitet. En antropologisk analyse.

Borg, Marit og Alain Topor (2003). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Dalland, Olav (2004). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Henriksen Jan-Olav og Arne Johan Vetlesen(2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet(03/2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse-ROP lidelser.

Håkonsen, Kjell Magne (1999). *Mestring og relasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Håkonsen, Kjell Magne (2003). *Mestring og lidelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Norvoll, Reidun (red.) (2002). *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver- en introduksjon*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rambøll, Management consulting (2011). «*Følgeevaluering av forsøk med bruk av tillitspersoner for koordinering av psykososialt arbeid for personer med rusrelaterte problemer-Tillitspersonforsøket,2009-2011*)»

Røkenes, Odd Harald og Hanssen Per Harald (2011). *Bære eller Briste: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Storm, Marianne, Åslaug Botnevik Rennesund, Målfrid J. Frahm Jensen (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*.Gyldendal Norsk Forlag AS.

Svisdahl, Marit (2008). *Veien ut av psykisk lidelse: Erfaringer, medborgerskap og bedringsprosesser*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Topor, Alain (2006). *Hva hjelper?: Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget AS.

Vaaland, Tor Øystein(2007). *Brev til en minister: Historier om psykisk helse og rus skrevet til Ansgar Gabrielsen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Willumsen, Elisabeth (red.) (2005). *Brukernes medvirkning: Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget AS