



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

**Lise Kristine Alver Toverud**

## **Masteroppgave**

# **Helsepersonells perspektiv på brukermedvirkning i en psykiatrisk avdeling.**

Staff perception of user participation on psychiatric  
wards.

Master i folkehelsevitenskap med vekt på endring  
av livsstilsvaner.

**2015**

## **Forord**

Som masterstudent ved Høgskolen i Hedmark har jeg fått muligheten til å møte utrolig mange kunnskapsrike, positive og engasjerte mennesker. Disse menneskene har gitt meg konstruktive tilbakemeldinger, ros og støttet meg i arbeidet med å fredigstille denne masteroppgaven. Takk til dere alle sammen.

Dette har vært en innholdsrik, utfordrende og krevende prosess som jeg nå i etterkant ser at jeg har lært mye av. Etter dette sitter jeg igjen med mye kunnskap og reflekterte holdninger rund temaet.

Når jeg nå tenker tilbake på hele denne reisen er det de gode, reflekterte og innholdsrike samtalene med min veileder Ragnfrid Kogstad som trer først frem. Du har vært en stor motivator og en god støtte gjennom denne tiden. En stor takk rettes til deg, Ragnfrid.

Videre fortjener informantene mine en stor takk. Uten dere hadde ikke det vært mulig å gjennomføre denne studien. Takk for at dere stilte opp i undersøkelsen.

Samtidig fortjener min flotte familie en stor takk, ikke minst mine 2 tålmodige barn, som har støttet med hele veien. Venner og flere kollegaer fortjener også en takk for at dere har støttet meg gjennom disse 2 årene. Det har vært viktig med gode samtaler og faglig innspill fra dere.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Brukermedvirkning er et viktig begrep innen folkehelse. Myndighetene har gjennom føringer og lovverk lagt rammen for brukermedvirkning, men forskning viser at idealene fra myndighetene ikke er helt forenlig med dagens realiteter.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å se på helsepersonells erfaringer med brukermedvirkning, og hvilke forhold som fremmer og svekker brukermedvirkning på deres arbeidsplass.

**Problemstillingen:** *Hvordan er helsepersonells forståelse av brukermedvirkning hos pasienter innlagt på et psykiatrisk sykehus/avdeling.*

**Metode og deltagelse:** Studien bygger på kvalitativ metode, og datamaterialet er innhentet ved 10 individuelle intervjuer. Hermeneutikk er benyttet som den metodiske tolkningsrammen.

**Resultater:** Informantene viste bred forståelse for brukermedvirkning, og påpekte viktigheten med å praktisere det. Helsepersonell mener at gode relasjoner og holdninger er viktige faktorer som fremmer brukermedvirkning. Samtidig som et godt samarbeid med ledelsen legger grunnlaget for praktisering. Praktiseringen av brukermedvirkning varierte hos de ansatte, mens noen var ildsjeler tok andre lettere på oppgaven. Forhold som kunne skape utfordringer med å fremme brukermedvirkning var det elektroniske systemet de var pålagt å bruke. Helsepersonell uttrykte stor frustrasjon over et system som ikke la tilrette for brukermedvirkning, og da særlig med tanke på utforming av behandlingsplaner, noe brukeren i liten grad deltok i. For brukere som er underlagt tvungen psykisk helsevern mente helsepersonell at brukermedvirkning kunne begrense seg til det minimale. Helsepersonell mener de har et godt samarbeid med pårørende, men samtidig uttrykker noen at dette arbeidet er utfordrende. Informantene opplever det som krevende når bruker og helsepersonell har forskjellige syn på hva som er sykdomsbilde. Noen av informantene hevdet at i noen tilfeller vil det være riktig å realitetsorientere brukeren.

**Konklusjon:** Det kommer frem flere synspunkter som synes å stå i kontrast til både helseforetakets og helsetilsynets retningslinjer. Samtidig er disse signalene tvetydige i og med at det også åpnes for skjønnsbasert tvangsutøvelse. Mangel på vilje til å gi fra seg makten fra helsepersonells sin side setter en demping på praktiseringen av brukermedvirkning.

**Nøkkelbegreper:** Brukermedvirkning, helsepersonell, psykiske lidelser, tvangsbruk i psykisk helsevesen.

## **Summary.**

**Background:** User interaction is an important concept within the public health. The government has, through guidelines and legislations, made the frame for user interaction but research shows that the ideals of the government are not consistent with current ideals.

**Purpose:** The study's purpose is to look at health personnel's personal experience with user interaction, and the factors that promote or impair any user interaction at their work.

**Problem:** *How is the health personnel's understanding of user interaction with patients hospitalized in a psychiatric ward?*

**Method and participants:** The study is based on qualitative method and the data is collected using 10 individual interviews. Hermeneutics is used as the methodological framework of interpretation.

**Results:** The informants showed a broad understanding of user interaction and pointed out the importance of practicing it. Health personnel believe that good relations and attitudes are important factors that promote user interaction. A good working relationship with the management will at the same time lay down the groundwork for the practice. The practice of user interaction varied with the employees while some of them were enthusiasts others took the task easier. Circumstances which could create challenge to promote user interaction were the electronic system they were required to use. The health personnel expressed great frustration over a system that does not facilitate user interaction, especially considering the design of the treatment plan which the user participated with in a small degree. For users who are subject to compulsory psychiatric care health professionals meant that user interaction could be limited to the minimum. Health professionals believe that they have a good cooperation with relatives, but expresses at the same time that this work is challenging. The informants find it challenging when the users and health professionals have different views on what the clinical symptoms are. Some of them claimed that in some cases it would be correct to reality orientate the user.

**Conclusion:** It appears that there are several issues that seem to stand in contrast to both the health trust and the Board of Health guidelines. Meanwhile, these signals are ambiguous in that it also opens for discretion based coercion. The lack of willingness to give up power from health personnel's side puts a damper in the practice of user interaction.

**Keywords:** User participation, health professionals, mental illness, use of coercion in mental health care

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2.
Sammendrag.....	3.
Summary.....	4.
<b>Kapittel 1. Innledning.....</b>	<b>7.</b>
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	8.
1.2. Litteratur søk .....	9.
1.3. Studiens relevans.....	10.
1.4. Studiens intensjon.....	12.
1.5. Problemstilling.....	13.
1.6. Avgrensing av oppgaven.....	13.
1.7. Begreper som kan sees i sammenheng med brukervedvirkning i denne studien.....	14.
1.8. Lover.....	16.
1.9. Litt historikk om brukervedvirkning.....	16.
<b>Kapittel 2. Litteraturgjennomgang.....</b>	<b>17.</b>
2.1. Relevant faglitteratur.....	17.
2.2. Relasjoner og samhandling i en institusjon.....	19.
2.3. Helsepersonells og leders rolle.....	20.
2.4. Individuell plan.....	21.
2.5. Pårørende.....	22.
2.6. Tvang i Psykisk helsevern.....	22.
<b>Kapittel 3. Teoretisk forankring av studien.....</b>	<b>24.</b>
3.1. Empowerment som teoretisk perspektiv.....	25.
3.2. Makt og empowerment.....	26.
3.3. Ulike grader av brukervedvirkning.....	27.
<b>Kapittel 4. Metode.....</b>	<b>29.</b>
4.1. Metodisk overveielse.....	29.
4.2. Valg av forskningsmetode.....	30.
4.3. Det kvalitative forskningsintervju.....	31.
4.4. Vitenskaps- teoretisk bakgrunn.....	32.
4.5. Forskerrollens forforståelse.....	33.
4.6. Planlegging og gjennomføring.....	34.
4.7. Utvalg.....	36.

4.8. Transkribering.....	37.
4.9. Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.....	37.
4.10. Etske aspekter.....	38.
4.11. Kritisk tilbakeblikk.....	39.
<b>Kapittel 5. Analysen.....</b>	<b>40.</b>
5.1. Presentasjon av studiens funn.....	41.
5.2. Presentasjon og diskusjon av resultatene.....	42.
5.2.1. Innholdet i brukervedvirkning.....	42.
5.2.2. Brukervedvirkning som nedfelt i behandlingsplaner.....	43
5.2.3. Relasjonens kunst, praktisk samhandling og holdninger.....	44.
5.2.4. Idealer og realiteter.....	46.
5.2.5. Brukervedvirkning og tvangsmandatet.....	48.
5.2.6. Utfordringer ved å fremme brukervedvirkning.....	51.
5.2.7. Informasjon og klagemuligheter.....	53.
5.2.8. Det positive når brukervedvirkning lykkes.....	54.
5.2.9. Tilrettelegging fra ledelsen.....	55.
5.2.10. Samarbeid med pårørende og bruker.....	56.
5.2.11. Ulike forståelser av brukers problem.....	58.
5.2.12. Brukervedvirkning, empowerment og Arnsteins stige.....	59.
<b>Kapittel 6. Konklusjon.....</b>	<b>61.</b>
6.1. Forslag til videre forskning.....	63.
Litteraturliste.....	64.
Vedlegg nr. 1. Informasjonsskriv til avdelingsleder.....	70.
Vedlegg nr. 2. Informasjonsskriv til helsepersonell.....	71.
Vedlegg nr. 3. Intervjuguide.....	72.
Vedlegg nr. 4. Spørsmål til helsepersonell.....	75.
Vedlegg nr. 5. Kategorisert analyse.....	77.

## 1. Innledning

I et informasjonsskriv fra sykehuset innlandet (2013- 2016) kommer det frem at sykehuset har tydelig fokus på brukermedvirkning.

"Sykehuset Innlandet sin kjerneoppgave er å yte god pasientbehandling, dvs skape god kvalitet i møte mellom pasient og ansatt. For å lykkes med dette er det helt avgjørende å ha godt samarbeid med pasientene og deres pasientorganisasjoner. Dette samarbeidet beriker hele organisasjonen, og er nødvendig for å sikre en behandling og faglig utvikling hvor pasientene er plassert i sentrum. Sykehuset Innlandet sitt fremste varemerke skal være faglig kvalitet basert på vitenskapelig dokumentasjon, faglig kunnskap, og ikke minst pasientenes erfaringer. Det er derfor viktig å ha aktive pasienter og pasientorganisasjoner som opplever å bli møtt av lydhøre ansatte og ledere" (s.5).

Videre fremgår det at informasjon og kunnskap er viktig for at brukeren skal kunne medvirke. Dette er en demokratisk rettighet og en forutsetning for å kunne medvirke og sikre et godt tjenestetilbud."Brukermedvirkning er et av de beste midlene for å sikre at pasienter og de pårørendes stemme blir hørt. Ved å lytte til disse kan vi videreutvikle Helsetjenestene våre på best mulig måte for alle pasienter" (informasjonsskriv fra sykehuset innlandet, 2013- 2016, s. 2).

Med denne innledningen ønsker jeg direkte å sette søkelyset mot de retningslinjene helsepersonell har å jobbe etter.

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

Psykiske plager er et folkehelseproblem, og det kan føre til redusert livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). "Folkehelsevitenskapen har gjennomgått en forandring. Fra et fokus på eksperter oppfatninger av en målbar virkelighet som kun kan beskrives i absolutte termer, ble kunnskapsgrunnlaget utviklet til å omfatte den enkeltes opplevelse og erfaring" (Sagvaag & Selbekk, 2013, s. 28). Sentralt i folkehelsevitenskap står livsstil, sosial støtte, fremme rettferdighet og lik helse (Sagvaag & Selbekk, 2013). Brukermedvirkning er da et viktig tema innen folkehelse og helsefremmende arbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet har det siste 10 året kommet med flere stortingsmeldinger der brukermedvirkning er et sentralt tema. Denne studien retter søkelyset mot helsepersonells oppfatning, erfaringer og praktisering av brukermedvirkning for personer med psykiske lidelser. "Brukermedvirkning er blitt en del av begrepsbruken i den offentlige helse- og sosialpolitikken. Begrepet oppfattes som et honnørord som blir benyttet for å sette et kvalitetsstempel på serviceytende tjenester" (Jenssen & Tronvoll, 2012, s.50). Enkelt kan man si at brukermedvirkning handler om å være på lik linje med brukeren, prøve å forstå brukeren og forsøke så godt det lar seg gjøre å legge til rette for brukers ønsker.

Etter flere års arbeid med personer med psykiske lidelser har jeg erfart at det er et behov for en kritisk refleksjon rundt dette lovpålagte temaet. Gjennom mitt arbeid i psykiatrien har jeg sett at det foreligger store utfordringer knyttet til brukermedvirkning. Til tider har jeg følt meg makteløs når det "blåser" som verst rundt enkelte brukere. Men samtidig opplevd den gleden som kommer gjennom et godt samarbeid mellom helsepersonell og bruker. Mine erfaringer er at helsepersonell har mye kunnskap om brukermedvirkning, men samtidig føler de seg utrygge på hvordan praktisere det. Utfordringer i forhold til brukermedvirkning kan oppstå i arbeidshverdagen. Når brukers ønsker og behov kommer i konflikt med andre hensyn, er det viktig at helsepersonell setter grenser sammen med brukeren med tanke på hva som er etisk forsvarlig.

For å fremme brukermedvirkning kreves det andre arbeidsmetoder og holdninger i møte med brukerne. For å få til en slik endring må helsepersonell ha den kunnskapen og kompetansen som kreves for å gjennomføre brukermedvirkning. Dette støttes av Hatling (2011) som påpeker at kompetanseheving er nødvendig for å bedre fagmiljøet i det psykiske helsearbeidet. Videre sier Valla (2010), "for å skape en bedre praksis i psykiatrien og i psykisk helsearbeid generelt er det viktig at fagfolkene som har mest makt, har både kunnskap



og vilje til å sette brukerperspektivet høyt i det praktiske arbeidet "(s. 309). For å få til et godt faglig og etisk arbeid er brukermedvirkning en sentral faktor (Jenssen & Tronvoll, 2012).

Kan vi i dag snakke om reell brukermedvirkning?

## **1.2. Litteratur søk**

Litteratur søket startet i mai 2014 og varte helt til masteroppgaven skulle leveres, mai 2015.

Kildene er funnet ved søk i flere av høgskolens databaser. Blant annet Oria, EBSCOhost, PubMed og Google Scholar. I tillegg er det brukt litteratur fra [www.folkehelseinstituttet.no](http://www.folkehelseinstituttet.no) og [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no). Søket ga funn i både nasjonale og utenlandske artikler. Det finnes mye forskning rundt begrepet brukermedvirkning og psykisk helse. Både kvalitativ og kvantitativ forskning. Bøkene er lånt på biblioteket eller av min veileder. Noen bøker er også kjøpt.

Følgende søkeord er brukt: - Brukermedvirkning.

- Makt.

- Helsepersonell.

- Empowerment.

- Psykisk helse.

Engelske søkeord: -Empowerment

- Health personel

- Experience

- Mental health

### 1.3. Studiens relevans

I Norge er det ca 5 prosent av den voksne befolkningen som har vært til behandling i psykisk helsevern. Psykiske lidelser omfatter alt fra lettere fobier til alvorlig schizofreni. Angst og depresjon er den lidelsen som er vanligst (Helsedirektoratet, 2014). Felles for disse er at det påvirker tanker, handlinger og adferden hos personen. "Lidelse som fenomen er knyttet til selve eksistensen av å være et menneske ved å berøre de vanskeligste og mest sårbare områdene av våre liv" (Ulland, Thorød, & Ulland, 2015, s. 177).

Tabell 1. Har søkt hjelp for psykiske helseproblemer de siste 12 månedene - prosent etter kjønn og alder

Alder	Menn	Kvinner	Total
16- 24	5,8	10,4	8,4
25- 44	6,8	11,6	9,4
45- 64	6,1	9,8	8,0
65- 74	2,2	2,8	2,5
75+	1,2	3,6	2,5
Total	5,4	9,3	7,5

(Nes & Clench- Aas, 2011, s. 39. Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>)

Tabell 1. viser hvem som har søkt hjelp for psykiske lidelser. Tabellen viser i prosent og etter kjønn og alder. Her ser vi at kvinner oftere søker hjelp enn menn. Det er kvinner i alderen 16-44 år som oftest søker hjelp for psykiske lidelser (Nes & Clench- Aas, 2011).

Det kommer fram av Stortingsmelding 29, *morgendagens omsorg* (2013), at " skal velferdssamfunnet virkeliggjøre verdier som deltakelse, uavhengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering, forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon"(Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.49). Brukerrollen er i sterk endring, og helsepersonell må følge denne utviklingen. Dette forutsetter at helsepersonell i større grad forstår brukerens behov. Det viser seg at å fremme likestilling mellom bruker og helsepersonell er grunnleggende for et godt behandlingstilbud. Videre kommer det frem at det har blitt lagt liten vekt på hvilke muligheter brukeren selv har til å delta med egne beslutninger rundt egen behandling. Samfunnet er på vei bort fra et mottaker- og konsumentperspektiv, til et perspektiv der brukeres ønsker, behov og mål blir satt på

dagsorden. Dette må bli tatt på alvor og bli en del av den daglige utformingen i helsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

I rapporten, *Brukermedvirkning- psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i opptrappingsplanen for psykisk helse*, av Sosial- og helsedirektoratet (2006), kommer det frem av en evaluering av Opptrappingsplanen (1999- 2008) at arbeidet med brukermidvirkning ikke er godt nok ivaretatt. For at målene i Opptrappingsplanen skal kunne nås er brukermidvirkning en forutsetning.

Brukermedvirkning er et begrep som kan identifiseres med verdier de fleste av oss kan si seg enige i (Valla, 2010). På en annen side ser vi at disse handlingene kan være vanskelige å gjennomføre for helsepersonell (Jenssen & Tronvoll, 2012, Valla, 2010).

Gjennom det norske lovverket og føringer fra Stortinget, har myndighetene lagt rammen for brukermidvirkning i helsetjenestene. Er brukermidvirkning da en innarbeidet arbeidsrutine i helsetjenestene?

#### **1.4. Studiens intensjon.**

Brukermedvirkning har som nevnt vært på dagsorden i statlige dokumenter, og er en politisk målsetting i psykiatrisk helsearbeid. Intensjonen med denne studien er å sette søkelyset på helsepersonells forståelse og erfaringer av brukermedvirkning. Dette har stor betydning for en bedre og sikrere behandling av psykisk syke. Studien vil også belyse hvilke forhold som fremmer eller svekker brukermedvirkning.

Høy grad av brukermedvirkning vil også utfordre fagfolks ekspertstatus, og åpne for nye måter å tenke på. Å organisere tjenestene våre fra brukerens ståsted innebærer en radikal endring i tjenestetilbudet, der lite er hellig og det kan settes spørsmålstegn ved mye av etablert praksis. Når tjenesteytere innser dette, er man langt på vei klar for en endring mot reell brukermedvirkning (Valla, 2010, s.314).

## **1.5. Problemstilling**

Med dette som utgangspunkt er følgende problemstilling valgt, samt at problemstillingen utdypes med 3 underspørsmål (forskningsspørsmål).

### Problemstilling;

Hvordan er helsepersonells forståelse av brukermedvirkning hos pasienter innlagt på et psykiatrisk sykehus/avdeling?

### Problemstillingen utdypes med følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan er helsepersonells kunnskap og holdninger til brukermedvirkning?
- Er brukermedvirkning en realitet og hvordan praktiseres dette av helsepersonells?

For å kunne forstå forskningsspørsmålet bedre og hvordan studien er lagt opp, er det viktig å skille mellom ideal og realitet. Innledningsvis er det presentert førende dokumenter og strategier for hvordan helsepersonell skal praktisere brukermedvirkning. Dette er idealet. Forskningsspørsmålet retter seg mot hva helsepersonell mener og tenker om brukermedvirkning og hvordan dette praktiseres. Dette er realiteten. Et underliggende spørsmål i studien er da; er det et sprik mellom idealet og realiteten?

## **1.6. Avgrensning av oppgaven**

I denne studien er det flere perspektiver som kunne ha belyst problemstillingen. Det å gå direkte til brukeren og/eller pårørende for å få deres forståelse av brukermedvirkning hadde vært interessant. I denne omgang er det valgt å se på helsepersonell. Begrepet brukermedvirkning rommer flere involverte, men det er noe jeg kan bygge videre på ved en annen anledning. Personlig har jeg vært opptatt av hvordan helsepersonell praktiserer brukermedvirkning i det daglige arbeidet og hvilke utfordringer helsepersonell mener de har i den sammenheng.

## 1.7. Begreper som kan sees i sammenheng med brukermedvirkning i denne studien.

Sentrale begreper i denne studien vil være:

**Bruker:** En bruker er en som benytter seg av en offentlig helsetjeneste. Begrepet ble innført i på 1970- tallet og skulle erstatte klientbegrepet (Jenssen & Tronvoll, 2012). I denne studien er en bruker en person som benytter seg av en tjeneste innenfor psykisk helse.

**Pårørende:** Med pårørende i denne studien, menes familiemedlemmer eller en annen person som står bruker nært.

**Brukermedvirkning:** Brukermedvirkning i offentlige dokumenter er definert som:

"Brukermedvirkning er lovpålagt og skal være ettersporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøveres plikter er ivaretatt. Brukermedvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å kunne yte best mulig hjelp. Kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 8).

Brukermedvirkning omfatter mer enn det som er nedtegnet i lovverket og føringene fra myndighetene. En viktig side med begrepet er anerkjennelse og respekt for brukerens egne erfaringer. Brukerens opplevelse av likeverd står sentralt. Brukermedvirkning setter brukerens egne perspektiver og behov i fokus. Brukeren skal være en samarbeidspartner til helsepersonell (Storm, 2009). Det Store Norske Leksikon sier det slik om brukermedvirkning:

Brukermedvirkning, begrep som omhandler den innflytelse bruker har på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud der han selv er berørt. Brukermedvirkning forutsetter at man ikke betraktes som den hjelpetrengende, som ensidig er mottaker av tjenester. Brukeren skal med sin ekspertise på egen situasjon innta en rolle som aktiv deltaker i sin egen behandlingsprosess. (Sveen, 2014, avsnitt 1).

**Psykisk helse:** Beston, Holte, Eriksson og Hummelvoll (2005), velger i deres rapport, *det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid*, å beskrive psykisk helse slik: "Psykiske helse har å gjøre med balanse i kroppsdelen "psyken". Det som ikke er naturlig vil føre til psykisk uhelse: Tristhet er en naturlig variasjon av psykisk helse, men ikke depresjon; redsel er naturlig, men ikke lammende angst"(s.40).

Verdens Helse Organisasjon (WHO, 2014) sier det slik om psykisk helse:

"Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community"(WHO, avsnitt 1, 2014).

**Empowerment:** Helsedirektoratet (2014) sier det slik om empowerment:

Empowerment er en prosess som gjør mennesker i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre sin helse. Prosessen tar utgangspunkt i menneskets egne ressurser og evne til å kontrollere eget liv, gitt at de gis makt eller autoritet, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg" (s. 30).

**Helsepersonell:** Helsepersonell vil i denne studien bli brukt som et samlet begrep på alle som jobber brukerrettet innen offentlig psykisk helsetjeneste.

## 1.8. Lover

Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet brukere av en helsetjeneste har (Psykisk helsevernloven, 1999). "Pasientenes og de pårørendes erfaringer skal gis en sentral plass i arbeidet med planlegging og drift av virksomheten" (Solbjør & Steinsbekk, 2011, s. 130).

Pasientrettighetsloven kapittel 3 § 3-1 som kom i 2001, skal ivareta brukerens og dens pårørendes rett til informasjon, råd og veiledning. Riktig og sikker informasjon tar sikte på å gi brukeren den informasjon og kunnskap som trengs for å kunne medvirke i egen behandling (Storm, 2009). I følge Pasientrettighetsloven § 3-5, kommer det frem at "Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon" (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 24). Loven fremhever viktigheten med at informasjonen blir tilpasset hver enkelt pasients behov og forutsetninger, for at det skal være reell medvirkning. Det må tas utgangspunkt i brukerens evne til å motta og gi informasjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). "Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene" (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 28).

Andre lover som omfatter brukerens rettigheter er;

- Spesialisthelsetjenesteloven.
- Pasient- og brukerrettighetsloven.
- Lov om helseforetak §35, helseforetaksloven.
- Psykisk helsevernlov.

## 1.9. Litt historie om brukermedvirkning

Helsepersonells rolle ovenfor brukeren har vært i stor endring de siste årene. Det legges i dag mer vekt på en aktiv brukerrolle og et partnerskap mellom bruker og helsepersonell.

"Brukermedvirkning kan dermed betraktes som et perspektivskifte i helsetjenesten, der vi vender oppmerksomheten bort fra pasienter med liten innflytelse på egen behandling, og i stedet retter den mot brukerens deltakelse, deres ressurser og rettigheter" (Storm, 2009, s.18).

På 1960- 70 tallet ble brukermedvirkning et kjent begrep, og det ble tatt inn i politikken verden. Tidligere hadde "omsorg" en sentral plass i politikken, men dette ble skiftet til "deltakelse". Brukermedvirkning satte fokus på brukernes demokratiske rett. Et nytt politisk skifte kom på 1980 tallet, fra demokratisering til modernisering. Brukerne skulle få medvirke.



Begrepet brukermedvirkning ble løftet frem på flere hold, både i lovverk og i politiske føringer (Jensen & Tronvoll, 2012). I 1997 kom en offentlig utredning - *pasienten først*, og i 1999 ble den etterfulgt av Lov om pasientrettigheter. I 2001 kom Lov om helseforetak, her skulle brukerne involveres i beslutninger rundt egen behandling.

## 2. LITTERATURGJENNOMGANG

### 2.1. Relevant faglitteratur:

Forskning viser at reell brukermedvirkning er vanskelig å få til i praksis. Helsepersonell tar ikke nok hensyn til brukerens behov når tjenesten skal utvikles (Konsmo & Bakke, 2012, Helse- og omsorgsdepartementet, 2013 & Valla, 2010). Dette understreker viktigheten med at brukermedvirkning må forankres hos ledelsen og de ansatte. Målet for reell brukermedvirkning er at brukere og pårørende skal sikres en bedre behandling når tjenesten skal utvikles (Konsmo & Bakke, 2012).

"Fortsatt opplever enkelte at de ikke møtes med nødvendig respekt for sine verdier og preferanser, eller at de ikke får informasjon i en form eller på et språk som gjør det mulig å delta aktivt i utformingen av eget tjenestetilbud" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 50).

Solbjør og Steinsbekk utførte i 2011 en studie der målet var å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med brukermedvirkning i sykehusavdelinger. Solbjør og Steinsbekk (2001), hadde en oppfatning av at det var helsepersonell som satte grenser for brukermedvirkning, og at brukermedvirkning ofte skjer på de ansattes premisser.

I Valla (2010) sin artikkel, *brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling*, kommer det frem at helsepersonell den siste tiden har vist større engasjement for brukermedvirkning, men de har vanskelig for å sette dette ut i praksis. "Sats på brukermedvirkning som faglig kompetanseområde. Dette er noe som må læres av den enkelte terapeut, ikke noe vi automatisk kan med utgangspunkt i vår grunnutdanning" (Valla, 2010, s.308). Helsepersonell må få den opplæringen de trenger for å kunne gjennomføre brukermedvirkning i praksis (Valla, 2010).

Det er behov for en holdningsendring hos helsepersonell, der brukeren får anerkjennelse og myndighet. En studie gjort av Finstad (2010), viser at helsepersonell er opptatt av en holdningsendring i møtet med brukere og deres opplevelser rundt behandlingssituasjonen. I

studien kommer det frem at helsepersonell ser behovet for å reflektere over egen og brukeres kunnskap, og at denne kompetansen kan være et anliggende for å få økt forståelse og kunnskap for brukernes psykiske helse.

"Noe som innebærer at i relasjonen mellom bruker og hjelper ligger muligheten for en omfordeling av makt" (Finstad, 2010, s. 41). "Sosialarbeideren er fortsatt en profesjonell yrkesutøver, men det er brukeren som er ekspert på sitt eget liv og sosialarbeideren som medvirker" (Jenssen & Tronvoll, 2012, s.161). For å fremme brukermedvirkning er det viktig å lage en arena der helsepersonell og bruker kan møtes som likestilte, ikke i rollen som hjelper og bruker. Dette er med på å gi både helsepersonell og bruker en dypere forståelse av hverandre. Da kan det være lettere for helsepersonell å se å høre brukeren synspunkter, erfaringer og kunnskap (Jenssen & Tronvoll, 2012).

Askheim & Starrin (2007) sier at brukermedvirkning er lite gjennomført i praksis. Selv om brukeren er med på å bestemme, får brukeren i liten grad gjennomslag for sine synspunkter når beslutningen skal tas. Brukermedvirkning fungerer da som et alibi. Helsepersonell mangler en definisjon på hva brukermedvirkning er og en klar strategi for hvordan dette skal gjennomføres. "Brukermedvirkning blir derved personavhengig og varierer ut fra lederes og tjenesteutøveres forståelse og interesse for medvirkning" (Askheim & Starrin, 2007, s. 142). Brukere og helsepersonell opplever brukermedvirkning forskjellig. "Brukere og sosialarbeidere har ulikt perspektiv, de opplever det som skjer ut fra ulike posisjoner. Mens sosialarbeidere opplever at de praktiserer brukermedvirkning, etterlyser brukerne det samme" (Jenssen, 2009, s. 13).

Helsepersonell skal lytte og ta til seg de erfaringer og perspektiver bruker sitter inne med. "Brukermedvirkning åpner dermed for at brukere av helse- og sosialtjenester skal ha muligheter til å påvirke utformingen av tjenestene ikke bare på individnivå, men og på organisasjonsnivå og politisk nivå" (Storm, 2009 s. 11). Brukermedvirkning på individnivå omhandler at helsepersonell skal møte brukeren med respekt (og likeverd). Brukeren skal medvirke i egen behandling og avgjørelser rundt brukeren skal tas i samarbeid med brukeren og evt pårørende (Sverdrup, 2007).

## 2.2. Relasjoner og samhandling i en institusjon.

Den gode relasjonen mellom bruker og helsepersonell er avgjørende for utredning, behandling og oppfølging. En god relasjon mellom helsepersonell og bruker har stor betydning for utfallet av behandlingen (Helsedirektoratet, 2012). Dette kommer også frem av informasjonsskrivet fra sykehuset innlandet (2013-2016). Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014) påpeker viktigheten av langvarige og stabile omsorgsrelasjoner. "Det å bygge tillitt forutsetter at helsepersonell aktivt sikrer forutsigbarhet, stabilitet og gjensidig forståelse" (s. 123). Øye (2010) ser i sin artikkel, *Omsorgens vilkår: Om gaver og tjenester som del av relasjonsdannelse i institusjonspsykiatrien når brukervedvirkning skal vektlegges*, på samhandlingen og relasjonen mellom helsepersonell og bruker. Hun trekker frem E. Goffmans servicemønster, og hvilken betydning dette har for helsepersonell og bruker i institusjonspsykiatrien. "Et servicemønster ... er forutsetninger og idealer hentet fra foretningsverden, der den ene betjener og den andre blir betjent, eller der den ene yter service og den andre mottar service" (Øye, 2010, s. 223). Dette servicesystemet har med seg et spesifikt sosialt samværsforhold, med dette menes at bruker overgir seg til helsepersonell. Brukeren skal ha respekt for helsepersonells kompetanse og stole på vedkommende. "Den interaksjonen som oppstår mellom klient og serviceyter er av relativt strukturert form, i den forstand at den serviceytende kan engasjere seg i mekaniske og manuelle operasjoner av diagnostisk karakter" (Øye, 2010, s. 223). Med dette menes at helsepersonell kan få opplysninger fra bruker om hva som er problemet. Helsepersonells og brukers relasjoner er preget av denne institusjonelle sammenheng, der helsepersonell "... må fremby service fra serviceyterens synspunkt, mens denne servicereasjonen varer kun så lenge motparten kan akseptere denne" (Øye, 2010, s. 223). Både helsepersonell og bruker kan tilby den andre parten noe, og begge parter kan avvise det motparten har å tilby.

Relasjonen mellom helsepersonell og bruker er ikke betingelsesløs. Den ... "konstitueres i kraft av at noen vil noe med den andre utover det å betjene den andre etter et servicemønster" (Øye, 2010, s. 229). Øye (2010) hevder i samme artikkel at " hele det psykiatriske sykehuset offisielle liv er bygget rundt denne asymmetrien, der noen tar bestemmelser på vegne av andre"(s. 229). Solbjør & Steinsbek (2011) uttrykker i sin studie at det er helsepersonell som setter grenser for brukervedvirkning i sykehusavdelingene. "... kan tyde på at brukernes medvirkning i sykehusavdelinger i stor grad skjer på de ansattes premisser (Solbjør & Steinsbek, 2011, s. 130).

"På den ene siden vil pasientenes sykdomstilstand og funksjonsnivå influere pasientenes evne til medvirkning, og på den andre side besitter helsepersonell makt, og kan ha en egeninteresse av å opprettholde "status quo" i behandlingspraksis" (Storm, 2009, s.52). Selv om brukermedvirkning står sentralt i føringer og lovverk, betyr dette ikke at helsepersonell fratras sitt faglige ansvar. "Det er en grense for hvor langt brukernes innflytelse går" (Helse- og omsorgsdepartement, 2013, s. 52). Kvaliteten på tjenesten skapes gjennom god kommunikasjon mellom helsepersonell og bruker ved at erfaringsbasert kunnskap og fagkunnskap balanserer sammen (Helse- og omsorgsdepartement, 2013).

### **2.3. Helsepersonells og leders rolle**

For å få til et godt psykisk helsearbeid har aktiv brukermedvirkning en sentral verdi (Beston, Holte, Eriksson og Hummelvoll, 2005). Etter gjeldene lovverk og politiske føringer skal brukermedvirkning realiseres både på et individnivå og et systemnivå. For å skape endring og utvikling er det viktig at lederen er aktiv og setter i gang tiltak i tjenesten slik at brukernes synspunkter kommer frem (Jenssen & Tronvoll, 2012). Det er ledernes ansvar at institusjonene/behandlingsstedet utfører tjenestene etter lovverket og etter føringer fra myndighetene.

"Nye metoder for arbeid med brukermedvirkning i det daglige kan ikke bare utfordre eksisterende tenke- og handlingsmåter hos helsepersonell, men også skape nye krav til pasienten og tjenestebrukerne" (Storm, 2009, s. 25). Helsepersonell skal hjelpe brukerne til å finne egne livsmål, støtte dem til å like seg selv samt å hjelpe dem til å kunne samhandle med andre. "Derfor må psykisk helsearbeid bistå brukeren til å gjenvinne indre kontroll, dvs. å få kontroll over tankene- fordi tankene påvirker følelser og selvoppfattning"(Beston, Holte, Eriksson og Hummelvoll, 2005, s. 43).

Blant helsepersonell handler empowerment om å styrke brukeren til å komme ut av avmakten. "I praksis handler det om å få økt selvtilit, bedre selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter" (Askheim & Starrin, 2007, s.23). Empowerment står i sterk kontrast til det tradisjonelle helsefagarbeidet. Der helsepersonell tidligere satt med makten og bestemte hva som var best for brukeren. I dag da bruker er mer selvstendig og mer delaktig i egen behandling står empowerment teorien og brukermedvirkning sentralt. "Empowermentbegrepet understreker betydningen av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon. Det inneholder

forestillinger om hva en slik holdning kan innebære, både når det gjelder å hjelpe et individ i en akutt situasjon og når det gjelder å fremme helse og velbefinnende på lang sikt" (Askheim & Starrin, 2007, s.15). Den "nye" helsepersonells holdninger innebærer at bruker selv vet hvor skoen trykker.

## **2.4. Individuell plan**

Helsepersonell har plikt til å informere og igangsette individuell plan, dette er brukerens egen plan for behandlingen.

Det er viktig at tjenesteytere dyktiggjør brukeren til å ta beslutninger gjennom å tydeliggjøre konsekvensene av de ulike alternativene og slik bidra til at de ulike alternativene kan veies opp mot hverandre. Bruk av individuell plan fremmer slik praksis (Helsedirektoratet, 2012. s. 41).

I Opptreppingsplanen (2003) blir individuell plan (IP) sett på som et helt avgjørende virkemiddel i arbeidet med å fremme brukermedvirkning (Sverdrup, 2007). Sverdrup (2007) sier det slik; "Individuell plan er et sentralt verktøy for å sikre kontinuitet og tydelige ansvarsforhold i tjenesteytingen, og skal utarbeides i samarbeid med bruker, eventuelt også pårørende" (s. 5-6). I Psykisk helse helsevernlov (1999) § 4-1, *Individuell plan*, heter det at; "Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene". For sikre brukermedvirkning er IP lovpålagt. Brukeren skal alltid være med når den individuelle planen skal lages. Det skal komme tydelig frem av planen hvem som skal gjøre hva og på hvilken måte behandlingen skal gjennomføres (Helsedirektoratet, 2012). "Planen skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud" (Helsedirektoratet, 2014).

## 2.5. Pårørende

I Opptrappingsplanen (2003) blir pårørende trukket frem som et sentralt viktig element for brukeren (Sverdrup, 2007 & Opptrappingsplanen, 2003).

Under behandling og utredning av personer med en psykisk lidelse kan pårørende være en ressurs. Pårørende er ofte sentrale omsorgspersoner og har mye kunnskap om personen som er syk. For å utforme og gjennomføre individuell plan kan pårørende stå sentralt. De sitter inne med god kjennskap til brukeren og kan bidra med sette mål, finne gode tiltak og synliggjøre ressurser. I den individuelle planen bør det komme frem om pårørende har spesielle oppgaver ovenfor brukeren. "Pårørende bør så langt som mulig involveres i behandling og oppfølging når brukeren ønsker det" (Helsedirektoratet, 2012. s. 42). I følge *Lov om pasientrettigheter, 2004, §3- 3*, kommer det frem at dersom brukeren samtykker til det skal pårørende ha informasjon om brukerens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

## 2.6. Tvang i Psykisk helsevern

Et sentralt tema i tvungent psykisk helsevern er hvilke forhold som rettferdiggjør bruk av tvang hos personer med en psykisk lidelse. Enkeltindividets rett til å bestemme over seg selv og egen helse skal veies mot argumenter som tilsier at helsepersonell bør gripe inn og gi nødvendig helsehjelp (Høyer, 1995).

Hovedprinsippet i norsk helselov er at all helsehjelp skal være frivillig, men i psykisk helse helsevernlov § 3-3, punkt 3, kommer det frem at tvungent psykisk helsevern kan tre i kraft når:

Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller

b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. (Psykisk helsevernloven, 1999)

Muligheten til tvangsbehandling omtales også i § 4-4.

Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep, likevel med følgende unntak:

- a. Pasienten kan behandles med legemidler uten eget samtykke. Slik legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med preparater som er registrert her i landet og med vanlig brukte doser. Legemiddelbehandling kan bare gjennomføres med legemidler som har en gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger.
- b. Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ (Psykisk helsevernloven, 1999).

Her kommer det frem at tvangsmedisinering er lovlig når mennesker får en alvorlig psykiatrisk diagnose. Terkelsen & Larsen (2012) tar i sin artikkel, *tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand*, opp pasienter og helsepersonells opplevelse av tvangsbruk i en akuttpsykiatrisk døgnenhet. Det kommer frem at helsepersonell viste liten tilfredsstillelse ved å tvangsmedisinere, de viste avmakt men utrykte mangel på alternativer. "De betegnet tvangsmedisinering som *tvingende nødvendig*." (Terkelsen & Larsen, 2012, s. 130). Psykiatrien har som fagfelt ansvaret for å hjelpe disse menneskene. Selv om brukeren ikke opplever dette som et helsevern, er det helsepersonell oppgave å ta dette helsevernet. "Paradokset ligger derfor i at noen mener at de verner dem som opplever å ikke bli vernet" (Terkelsen & Larsen, 2012, s. 130).

Terkelsen & Larsen (2012) sier: "I studien fremstår derved tvangsmedisinering som samfunnets måte å verne og beskytte mennesker med psykose mot overlast, og samtidig gi dem behandling for sin lidelse" (s. 129). Tvangsmedisinering er fra helsepersonells side ment som hjelp og beskyttelse, men for flertallet av de tvangsmedisinerte brukere oppleves dette ikke som et vern fra samfunnet, men heller som avkledd og hjelpsløs. Dette blir bekreftet av Lorem, Steffensen, Fraford & Wang (2014), de beskriver at tvang ble oppfattet som frustrerende og tap av kontroll over hva som skjer. Bruker er på samme tid både innenfor og utenfor loven. "Man er innenfor fordi tvangsmedisinering er tillatt, men utenfor fordi hovedregelen i all psykiatrisk behandling skal være frivselighet" (Terkelsen & Larsen, 2012, s. 129).

Det kommer fram av en rapport fra Helsedirektoratet, *bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2011*, at beregninger basert på pasientdata viser at 5600 voksne til sammen 8300 ganger ble tvangsinnlagt i 2011. Dette utgjør 18 % av alle innleggelser i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2011).

Terkelsen & Larsen (2012) og Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014) viser til samarbeidet mellom bruker og helsepersonell når bruker er tvangsinnlagt. Betydningen av en god relasjon og dialog med helsepersonell er viktig for brukeren for å føle seg ivaretatt. Brukerne verdsatte helsepersonell som viste empati, anerkjente deres følelser og som hørte på deres oppfatninger og erfaringer (Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014). "... Det finnes gode måter å yte omsorg også under tvang, men dette forutsetter målrettet og pasientrettet arbeid med gjensidig dialog, informasjon/åpenhet og styrking av forutsigbare relasjoner"(Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014, s. 123).

Selv om mange av brukerne tok medisinene sine frivillig, opplevde brukerne at friveligheten ikke var tilstede. "... pasientene kunne bli presset til å avgi samtykke om medisiner. Samtykker gitt under press ble kalt samarbeid"(Terkelsen & Larsen, 2012, s. 127). Dette påpeker også Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014) "... "frivillig tvang" er å gå med på innleggelse eller medisiner som ellers ville bli gjennomført med tvang" (s. 118).

Brukermedvirkning er særlig viktig når pasienter er lagt inn på tvang. Dette kan være med på redusere tvangsbruk, samt redusere opplevelsen av krenkelse (Lundeberg, 2011). "Tvunget psykisk helsevern er et alvorlig inngrep i folks liv..."( Høyser, 1995, s.151).

### **3. Teoretisk forankring av studien**

I dette kapitlet vil det gjøres rede for det teoretiske rammeverket rundt oppgaven. Teorien vil ta utgangspunkt i brukermedvirkning som et virkemiddel for å fremme et godt folkehelsearbeid. Videre er det valgt å se på empowerment som et teoretisk perspektiv. Dette for å belyse *makt* bland helsepersonell, det vil si forhold som skaper dis- empowerment (Laverack, 2009, Baumann & Muijen, 2010 og Naidoo & Wills, 2011). I tillegg vil jeg illustrere ulikeformer for brukermedvirkning med Arnstein (1969) sin stige om graden av involvering og empowerment.



### 3.1. Empowerment som teoretisk perspektiv.

Ordet empowerment inneholder ordet *power* som betyr styrke, makt og kraft. Begrepet sier noe om at personer som er i en avmaktssituasjon skal opparbeide seg styrke, kraft og makt til å ta del i eget liv, disse personene skal komme seg ut av avmakten. "Utgangspunktet er å styrke enkeltindivider og grupper, slik at de kan få kraft til å endre betingelsene som gjør at de befinner seg i en avmaktsituasjon" (Askheim & Starrin, 2007, s.23).

Empowerment på individnivå omhandler brukerens selvtillit, kunnskap og fredigheter. På et samfunnsmessig nivå handler empowerment om å fremme et mangfold og en kultur som jobber mot fordommer og diskriminering. Empowerment på et økonomisk nivå omhandler å jobbe for en rettfredig ressursfordeling (Askheim, 2012).

Empowerment er et begrep som står sentralt i Verdens Helse Organisasjon (WHO). Både i Alma- Ata og Ottawa- chartert er empowerment et kjernebegrep for helsefremmende arbeid. "...people should be empowered to promote their own health, interact effectively with health services and be active partners in managing disease" (Baumann & Muijen, 2010, s. 7).

Empowerment er en grunnleggende menneskerett, den skal myndiggjøre brukeren og dens pårørende (Baumann & Muijen, 2010).

For the individual, the empowerment process means overcoming a state of powerlessness and gaining control of one's life. The empowerment of individuals is intended to help them adopt self-determination and autonomy, exert more influence on social and political decision-making processes and gain increased self-esteem (Baumann & Muijen, 2010, s. 7).

Empowerment er et sentralt begrep innen folkehelse (Laverack, 2009). Storm (2009) mener at empowerment er et viktig teoretisk perspektiv for å sette lys på brukermedvirkning.

Empowerment ses i lys av at brukeren tar kontroll over egen atferd og livsstil (Naidoo & Wills, 2011). Empowerment oversettes ofte med "myndiggjøring" og det ses gjerne i sammenheng med fordelingen av makt mellom bruker og helsepersonell (Jenssen & Tronvoll, 2012). Empowerment tar for seg brukerens rettigheter, gjensidig respekt og samarbeid.

Empowerment- teorien for helsepersonell omfatter å jobbe mot undertrykkelse, diskriminering og umyndiggjøring (Lerdal & Fagermoen, 2011). I følge Laverack (2009) er det fortsatt helsepersonell som har en overfladisk forståelse av begrepets betydning.

Videre hevder han at det er mange helsearbeidere som fortsatt utøver makt ovenfor brukeren, gjennom en ekspertrolle der brukeren er mottaker.

Straume (2014) fremhever at helsepersonell mangler forståelse av hvordan myndiggjøre brukeren. Brukermedvirkning ses ofte fra helsepersonells perspektiv, dens kunnskap og kompetanse. Samtidig nevner Leverack (2009) at situasjonen er mere komplisert enn som så, og bare legge skylden for forlite bruk av empowerment over på helsepersonell ville være å undervurdere den viktige rollen helsepersonell kan ha ved å "styrke" sine pasienter.

### **3.2. Makt og empowerment.**

For å sette empowerment inn i et folkehelseperspektiv må vi forstå hvordan maktforholdet mellom helsepersonell og bruker forholder seg. "*Makt* kan defineres som det å få andre til å gjøre noe de ellers ikke ville ha gjort" (Askheim & Starrin, 2007, s.35). Når vi ser denne definisjonen av makt sammen med empowerment, betyr det at hvis brukere av psykiske helsetjenester ønsker mer makt, må helsepersonells makt svekkes. På individnivå betyr dette at helsepersonell må gi noe av makten fra seg til bruker (Askheim & Starrin, 2007). Laverack (2009) definerer empowerment som en prosess der mennesker skal få eller ta makten tilbake, samtidig være med på å ta beslutninger som påvirker deres liv. I et folkehelse perspektiv er makt og empowerment sentrale begreper som handler om å rette opp i ulikheter i helsesektoren. "The key to empowerment is the removal of formal or informal barriers and the transformation of power relations between individuals, communities, services and governments" (Baumann & Muijen, 2010, s. 8).

Innenfor helsefaglig arbeid vokser det frem tilnærminger som forsøker å endre den maktbalansen som tidligere var mellom helsepersonell og bruker. Empowerment er et begrep som blir brukt for å utjevne maktforholdet mellom helsepersonell og bruker. Bruker skal være et handlende subjekt som tar kontroll over eget liv. Her blir empowerment forstått som noe helsepersonell kan legge til rette for. "Det skjer skifter i fagfolks tilnærminger: fra å behandle *på* til å behandle sammen *med*, og fra oppmerksomhet på hvordan fagfolk kurerer, til hvordan den enkelte heler seg selv"(Norvoll, 2013, s. 309). "Dette kan beskrives som en omforming av hjelpeapparatet mer i tråd med et brukerperspektiv på hva behandling, rehabilitering, mestring og heling er - noe den enkelte gjør med og for seg selv, mer enn noe helsepersonell eller medisinske intervensjoner forårsaker" (Norvoll, 2013, s. 309).

Helsepersonell har lenge hatt en *ekspert/ problemløser- rolle*. Psykisk helsearbeid har den siste tiden vært i utvikling og endret seg mot mer brukervennlige modeller som legger vekt på brukerens innflytelse. "Til tross for dette ser det ut til at forestillingen om sosialarbeideren som ekspert fortsatt har en sterk posisjon i utøvelsen av faget" (Jenssen & Tronvoll, 2012, s.161). Nå når helsepersonell skal snu om på dette hierarkiet må brukeren frem i lyset. Helsepersonell kommer litt i bakgrunn, mens brukers rolle trer mer frem. Her gir helsepersonell fra seg sin makt og posisjon, og møter brukeren på en brukervennlig måte. Dette kan være med på å skape usikkerhet hos helsepersonell, som da ikke lengre sitter med "makten". Helsepersonell bør ta utgangspunkt i brukerens forståelse, og være ydmyk fordi han/hun ikke sitter inne med alle svarene (Valla, 2010). "Den enkelte psykiater ivaretar ansvaret på grunnlag av sin medisinske, psykiatriske ekspertise. Han/hun opptrer som den *dømmende* makten, som vurderer at pasienten trenger antipsykotiske medikamenter mot sin vilje. Sykepleiere innlemmes i samfunnsvernet som en *utøvende* makt" (Terkelsen & Larsen, 2012, s. 130)."Brukermedvirkning har blitt beskrevet som å rokke fundamentalt ved maktforholdet i terapeutiske relasjoner, i betydningen av å tilstrebe større grad av jevnbyrdighet og likeverd i relasjonen mellom omsorgsyter og omsorgsmottaker" (Øye, 2010, s. 219).

### **3.3. Ulike grader av brukermedvirkning.**

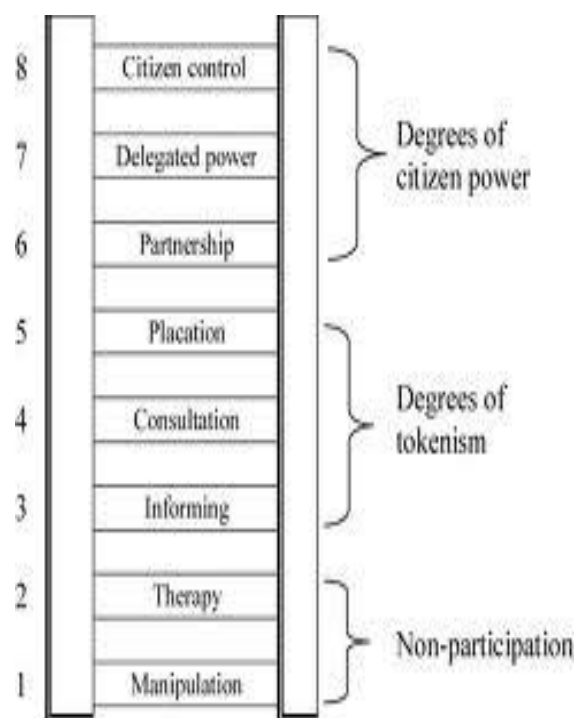
Arnstein`s stige- modell (1969), *A ladder of citizen participation*, for borgerdeltagelse eller medborgerskap er en modell som ofte blir brukt i sammenheng med brukermedvirkning og makt. Stigen viser at det er flere grader av medvirkning, og at det noen ganger ikke er medvirkning i det hele tatt (Jenssen & Tronvoll, 2012).

Tritter & McCallum (2006) sier det slik om modellen "the key document that continues to shape the theoretical framework for user involvement is Arnstein`s "A ladder of Citizen Participation..." (s.156). Men Tritter & McCallum (2006) kommer også med krass kritikk til bruk av modellen. De hevder at stigen bare fokuserer på makt og resultater. Den hierarkistiske tilnærmingen Arnstein`s stige har involverer ikke prosessen av engasjement hos brukeren. For Arnstein er det eneste målet på deltagelse makt til å ta beslutninger og ha kontroll over engen deltagelse.

Modellen har åtte trinn og måler graden av deltagelse/medvirkning. Som nevnt tidligere har brukere av en helsetjeneste rett til medvirkning i egen behandling. "Arnstein benytter her brukermedvirkning som det overordnede begrepet og splitter det opp i ulike grader av medvirkning" (Jenssen & Tronvoll, 2012, s.48). De to nederste trinnene er at brukeren er ikke- deltagende (manipulasjon og terapi). Det bør legges til at brukermedvirkning i terapiform kan være deltagende og at det finnes terapi i former som ikke kommer innunder therapy (non- participation). På de tre neste trinnene har bruker noe medvirkning (informering, konsultasjon og avvæpning). Bruker får delta med informasjon, men blir i varierende grad hørt. De som sitter med makten fortsetter å ta beslutninger på brukers vegne. I de tre øverste trinnene er bruker delaktig (partnerskap, delegert makt og borgerstyring). Bruker har makt til å bestemme over seg selv og å ta egne beslutninger. Makthaver gir fra seg kontrollen og muligheten til å ta avgjørelser.

Graden av brukermedvirkning kommer frem gjennom hvor mye myndighet og innflytelse brukeren blir gitt. Hvert trinn på stigen symboliserer at brukeren nærmer seg målet om å ha all makt. Ved å bruke å forstå Arnstein sin stige gjør at brukermedvirkning forstås på en bedre måte.

Arnstein`s stige:



Figur 1. Arnstein, a ladder of citizen engagement (1969).

Arnstein utviklet modellen i USA da borgerdeltagelse og medborgerskap stod sentralt. Hun hevder selv i artikkelen at modellen er relevant utover dette. "The underlying issues are essentially the same-"nobodies" in several arenas are trying to become "somebodies" with enough power to make the target institutions responsive to their views, aspirations, and needs" (Arnstein, 1969, s. 217). Ved hjelp av denne stigen er det mulig å beskrive hvor stor deltagelse brukeren har. Brukere har rett til å bli godt informert om sine rettigheter, roller og ansvar. Videre hevder Arnstein at samarbeid og deltagelse gjennom prosessen står sentralt, så brukerne blir en del av hele prosessen. For at brukere og helsepersonell skal kunne samarbeide må det være gjensidig respekt, og brukere må være aktiv i sin rolle og være med på å utforme og sette sitt preg på behandlingen (Arnstein, 1969).

For å bruke Arnstein`s stigen som en referanse til denne studien vil informasjonsflyten og kommunikasjonen mellom helsepersonell og brukere være avgjørende. Ved å intervju helsepersonell vil trinnene kunne gi en pekepinn på hvor mye medvirkning brukere har. Ved at helsepersonell legger til rette for brukermedvirkning i alle deler av prosessen, vil brukere opparbeide seg mer makt og klatre høyere opp på stigen.

#### **4. METODE**

I dette kapittelet presenteres studiens design, vitenskapsteoretisk forankring og en beskrivelse av hvordan datamateriale er samlet inn. Jeg skal se på den empiriske litteraturen og sette dette opp i form av en analyse. Studiens problemstilling er som nevnt; *Hvordan er helsepersonells forståelse av brukermedvirkning hos pasienter innlagt på et psykiatrisk sykehus/avdeling.*

Hensikten å få frem helsepersonell subjektive erfaringer og opplevelser rundt brukermedvirkning i det daglige arbeidet på deres arbeidsplass.

I metoddelen er det valgt og veksels vis bruke betegnelsen *respondenter/informanter* om de som er intervjuet og bruke *jeg* som personlig pronomen.

##### **4.1. Metodisk overveielse**

Hensikten var å gjennomføre en undersøkelse på helsepersonell som daglig er i kontakt med psykiatriske pasienter for å kartlegge deres erfaringer med brukermedvirkning. Resultatene fra denne studien er et skritt på veien til en bredere forståelse av brukermedvirkning blant helsepersonell. "Nye studier kan komme til å bekrefte eller avkrefte den forståelsen som den foreliggende studien presenterer" (Fagermoen, 2005, s. 42). Forskning dreier seg om mange

forhold blant annet om det fenomenet som skal studeres, min forforståelse, innsamlingen av data og fortolkningen av data (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Kvalitative studier har blitt kritisert for dens subjektivitet og mangel på generaliserbarhet. En ulempe med valg av kvalitativ tilnærming er at utvalget er lite (Fagermoen, 2005).

Hvis problemstillingen hadde vært å *måle* hvordan helsepersonell praktiserer brukermedvirkning ville et spørreskjema og en kvantitativ tilnærming vært best. En kvantitativ tilnærming ville gitt et større utvalg av data, noe som kunne gitt økt validitet i studien, men ikke samme mulighet til å gå i dybden og oppdage nye sammenhenger.

#### **4.2. Valg av forskningsmetode**

På bakgrunn av problemstillingen og forskningsspørsmålet var kvalitativ metode et naturlig valg. Individuelle forskningsintervju har blitt brukt som verktøy til å samle inn data til denne studien. Fordelen med å velge en kvalitativ tilnærming er å få en dypere forståelse av helsepersonells oppfatninger. "Kvalitativ metode har sin styrke i intern gyldighet og sin svakhet i ekstern gyldighet" (Jacobsen, 2003, s. 45). I kvalitative studier gir det språklige uttrykket materialet en sensitiv og personlig karakter. Kvalitative studier brukt til å se dypere etter saker og relasjoner som betyr mye for informanten. "Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier utgjør viktige elementer av kunnskapen som utveksles og utvikles" (Malterud, 2011, s. 201).

Induktiv tilnærming går fra det spesielle til det generelle. En slik tilnærming er datastyrt, det vil si at vi går fra empirisk data for å finne svar (Malterud, 2011). Denne studien bygger seg på en induktiv tilnærming. Den har en induktiv ambisjon, men bygger seg også på teoretisk forskning. "Enhver forskningsprosess representerer en blanding av deduktiv og induktiv tilnærming, og spørsmålet er snarere hvor langs denne akse målsettingen og tyngdepunktet ligger, enn om det er det ene eller det andre" (Malterud, 2011, s. 177).

### 4.3. Det kvalitative forskningsintervju

Kvale & Brinkmann (2009) sier det slik; "Det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden" (s.21). Ved å velge kvalitativ tilnærming vil jeg få den subjektive oppfatningen av hva helsepersonells forståelse av brukermedvirkning er. Det er de subjektive beskrivelsene som her formidler de dataene som er relevante for denne studien.

"Hva som er sant og virkelig, konstrueres i den enkelte person i samhandling med andre.

Kvalitative studier er da rettet mot, ikke å finne Sannhet med stor S, men å avdekke noe om levd virkelighet" (Fagermoen, 2005, s. 41).

Kvalitative studier "... bygger på den erkjennelsen at det er ikke en, men multiple sannheter" (Fagermoen, 2005, s. 41). Jeg ønsket å sette lys på meningssammenhenger som helsepersonell skaper og bruker når de er på jobb. I kvalitativ forskning er det et mål at den empiriske data best mulig skal reflekterer respondentene erfaringer og meninger.

I størst mulig grad prøver jeg å unngå å stille ledende spørsmål (Malterud, 2011). "Formålet ved det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv" (Kvale & Brinkmann, 2009, s.43). Målet med intervjuguiden er å ha en åpen dialog med respondentene og at den ikke skulle være for strukturert og detaljert. Selv om jeg har tatt hensyn til den gjensidige forståelsen mellom meg og respondenten, har det ikke vært en helt åpen og fri dialog (Kvale & Brinkmann, 2009).

"Forskningsintervjuet er imidlertid en spesifikk profesjonell samtale med et klart asymmetrisk maktforhold mellom forskeren og den som blir intervjuet" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 52).

Med dette menes at jeg har laget rammen for intervjuet, jeg sitter på den vitenskaplige kompetansen, stiller spørsmålene og beslutter når det vil komme oppfølgingsspørsmål og når samtalen avsluttes. "Anerkjennelse av maktrelasjoner i kvalitative forskningsintervjuer reiser både epistemologiske spørsmål knyttet til den kunnskapen som skal produseres, og etiske spørsmål knyttet til hvordan asymmetriske maktforhold kan håndteres ansvarlig" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 53).

#### 4.4. Vitenskaps- teoretisk bakgrunn.

Gilje & Grimen (1993) sier at vitenskaps filosofi "er et systematisk studium av vitenskaplig aktivitet og kunnskap" (s.11). Kvalitativ metode er tett knyttet opp mot den fortolkende og forstående vitenskapstilnærmingen (Jacobsen, 2003). I kvalitativ forskning bruker forskeren både beskrivelser og fortolkninger (Malterud, 2011). "Det går ikke an å bruke det ene uten å bruke det andre- enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser" (Malterud, 2011, s. 44).

"De kvalitative metodene hører hjemme i en *hermeneutisk* erkjennelsestradisjon, som handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk" ( Malterud, 2011, s. 44). Derfor har jeg valgt hermeneutikk som vitenskapsteoretisk utgangspunkt. "Hermeneutikk er læren om fortolkningen av tekster innen humaniora; hermeneutisk fortolkning søker å nå frem til gyldige fortolkninger av en teksts mening" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 323).

Innenfor hermeneutikken er fortolkninger av meninger et viktig tema, men det må ses sammen med den meningen som søkes og spørsmålene som stilles. "Hermeneutikken kan lære kvalitative forskere å analysere intervjuene sine som tekster og for eksempel se utover her og nå i intervjusituasjonen og være oppmerksom på at den kontekstuelle fortolkningshorisonten er betinget av historie og tradisjon" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 70).

Kvale og Brinkmann (2009) mener det første fortolkningsprinsippet i hermeneutisk meningsfortolkning er " ... den kontinuerlige frem- og tilbakeprosessen mellom deler og helhet, som er en følge av den *hermeneutiske sirkel*" (s.216). Med dette menes at man i forkant av gjennomlesning av en tekst har en uklar og intuitiv forståelse av tekstens innhold. En fortolker deler av teksten og dens innhold, og med dette settes delene sammen i en ny relasjon til helheten. Dette åpner for en dypere forståelse av helheten (Kvale og Brinkmann, 2009). "Mennesker er selvfortolkende, historiske vesener, med forståelsesredskaper som er betinget av tradisjon og historisk liv" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69). I følge Gadamer er forforståelse avhengig av visse fordommer. Hva en tekst betyr handler alltid om en annens persons forståelse. "Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 69). Et annet prinsipp i følge Kvale og Brinkmann (2009) er at "... en meningsfortolkning slutter når man har nådd frem til en " god gestalt", en indre helhet i teksten, som er uten logiske motsigelser" (s. 217).



Jurgen Habermas er en av nåtidens store filosofer og samfunnsforskere. Han interesserer seg for hvordan samfunnsvitenskapen kan bidra til en politisk bredere erfaring som er inkluderende og befriende (Habermas, 1999). Samfunnsvitenskapen har i følge Habermas et frigjørende potensial (Askheim & Starrin 2007). Naturvitenskapene hjelper oss til å forstå naturen, og de hermeneutiske fagene bidrar til forståelse og fortolkning, mens samfunnsvitenskapene retter i følge Habermas jobben mot at undertrykte grupper skal bli mer bevisst på sin situasjon. "Dette kan fremstilles som empowerment på gruppenivå. Akkurat som brukermedvirkning kan defineres av eksperter og styres av dem, så kan de også drive "empowering" av brukerne" (Askheim & Starrin 2007, s. 41). Habermas sin konsensusbaserte gyldighetsteori har sine røtter i idealet om en dominansfri samtale. "Dette er en bevisst abstraksjon fra maktforholdene som gjerne dominerer diskurser i det virkelige liv...." (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 260).

#### **4.5. Forskerrollens og egen forforståelse.**

Interessen for brukermedvirkning og psykisk helse arbeid har klart påvirket mitt valg i denne studien. Jeg har alltid vært opptatt av hva brukeren selv tenker og mener, og hva som er med på å fremme en bedre helse både fysisk og psykisk hos den enkelte bruker. "Vi har med oss teoretiske forutsetninger som del av forforståelsen, og disse modifierer og supplerer vi underveis til bruk i bearbeiding og sammenfatning av det empiriske materialet" (Malterud, 2011, s. 174).

Forforståelsen er også preget av at jeg har jobbet innen rus- og psykisk helse i snart 5 år. Jeg har en forståelse av at helsepersonell til tider ikke tenker/ praktiserer brukermedvirkning. Årsaker til dette kan ha med forholdet på arbeidsplassen, mange brukere og lite støtte fra kollegaer. Arbeidserfaringen jeg har kan styrke studien, ved at jeg bedre forstår utsagn og kommentarer som helsepersonell eventuell vil komme med, samtidig som jeg har kjennskap til deres arbeidshverdag. Dette gjør at jeg bedre kan komme med oppfølgingsspørsmål. Jeg har lite eller ingen erfaring med å bruke intervju som forskningsmetode. Jeg ønsker å møte helsepersonell med åpenhet, respekt og tillit.

For på best mulig måte å kunne gjenfortelle helsepersonells erfaringer og holdninger til brukermedvirkning, er det viktig å reflektere godt rundt egne synspunkter på feltet.

Forforståelsen er satt sammen av livserfaringer, verdier, fordommer og lærdom gjennom

skolegang og jobb. "Som forsker er jeg deltaker i feltet som jeg henter mitt materiale fra. Jeg påvirker dette materialet på ulike måter, enten materialet konstrueres fra samtaler som senere blir til utskrifter, eller fra aktiviteter som senere blir til feltnotater" (Malterud, 2011, s. 38).

Den teoretiske forankringen i denne studien har vært med på å danne grunnlaget for forforståelsen. Der jeg har lest nyere forskning, høringer fra myndighetene og lovverk.

For at ikke forforståelsen skulle prege denne studien i altfor stor grad, har jeg arbeidet for å bevisstgjøre meg selv og stadig reflektert over tanker og utsagn. Jeg har hatt en åpen tilnærming til empirien (Fagermoen, 2005), og arbeidet for å gjøre meg kjent med min egen rolle (Malterud, 2011). Under denne prosessen har jeg vært bevisst på betydningen av min egen forforståelse og av den teoretiske referanserammen. I følge Malterud (2011) er det i dette samspillet at den nye kunnskapen mellom empiriske data og teoretiske perspektiver vokser frem. "Tolkning er en sentral aktivitet i den kvalitative forskningsprosessen" (Malterud, 2011, s. 39). Jeg skal lese gjennom materialet og se etter mønstre. De mønstre jeg finner er avhengig av hvilke mønstre jeg har evne til å gjenkjenne. "Tolkning av materialet - å identifiserer mønstre og lese betydningen av dem, fortrinnsvis i lys av relevante teoretiske perspektiver - er en sentral del av den kvalitative forskningsprosessen ..." (Malterud, 2011, s. 39). I følge Malterud (2011) er det viktigste redskapet for tolkning forskeren selv.

#### **4.6. Planlegging og gjennomføring**

24.11.14 kontaktet jeg enhets/-avdelingssjef for sykehuset XXX . Enhets/-avdelingssjef var positivt innstilt til at jeg kunne gjennomføre studien min der. Hun ville ta dette opp på neste ledermøte og så ta kontakt med meg så jeg direkte kunne kontakte mine respondenter angående tid og sted. Vi ble enige om at jeg skulle sende forespørselen om deltagelse til forskningsprosjektet (vedlegg 1) på mail samme dag. På dette informasjonsskrivet til avdelingsleder kommer det frem hvilke temaer som vil bli berørt, samt at det vil bli gjort lydopptak av intervjuene, muligheten til å trekke seg og full konfidensialitet. Det kommer også frem at all informasjon vil bli anonymisert og ingen personer vil bli gjenkjent.

Før intervjuene hadde jeg utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 3). Intervjuguiden inneholdt fem temaer knyttet opp mot helsepersonells erfaringer og praktisering rundt brukermedvirkning og som besvarer forskningsspørsmålet i størst mulig grad. Intervjuene utføres i utgangspunktet etter intervjuguiden, men jeg var åpen for å komme med oppfølgingsspørsmål der jeg så at dette var relevant og kunne tydeliggjøre svar hos respondentene (Fagermoen, 2005). Intervjuene ble tatt opp på ved bruk av lydopptaker, slik at

jeg kunne være mer til stede under intervjuet. I følge Malterud (2011) er lydopptak hensiktsmessig når materialet består av samledata. Lydbåndet fanger bare opp samtalens språklige elementer (som latter, pause e.c.t). Nonverbal kommunikasjon ble ikke tatt opp på lydbåndet. Derfor valgte jeg å gjøre noen notater under intervjuet. Notatene viste seg å være nyttig tilleggsinformasjon som supplement til lydopptaket.

For å kvalitetssikre intervjuguiden og intervjuteknikk ble det gjennomført to pilot- intervjuer med noen kollegaer. Dette var nyttig læring, og intervjuguiden fikk noen små endringer. Under pilot- undersøkelsen fikk jeg tilbakemeldinger på at de ønsket å se spørsmålene under intervjuet. Dette på grunn av at noen av spørsmålene ble oppfattet som litt lange og vanskelige.

Før hvert intervju gikk jeg gjennom informasjonsskrivet til helsepersonell (vedlegg 2) sammen med informanten. Igjen ble det informerte om muligheten for å trekke seg, taushetsplikt, anonymisering og litt om bakgrunnen for valget av temaet. Alle respondentene signerte samtykkeerklæringen før intervjuet begynte. "Informert samtykke er en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker" (Malterud, 2011, s. 70).

Intervjuene ble gjennomført i løpet av januar/februar. Det ble booket et møterom på respondentenes arbeidsplass, der intervjuene ble gjennomført. Fagermoen (2005) påpeker viktigheten av at intervjuene blir gjennomført i naturlige omgivelser. Ifølge Malterud (2011) er forutsetningen for et godt data materiale at respondentene føler seg trygge og ivaretatt. Jeg hadde planlagt at intervjuene ville ta omtrent en times tid. Det korteste varte i 23 minutter og det lengste i 1 time og 33 minutter.

Under intervjuene fikk respondentene ha spørsmålene foran seg (vedlegg 4). De erfaringene jeg sitter igjen med angående det var at dette gjorde det tryggere for respondenten. Etter mitt syn fikk jeg gode utfyllende svar. Respondentene så ofte ned på spørsmålene for å lese det selv. Kanskje ville respondentene svart annerledes hvis de ikke hadde spørsmålene foran seg under intervjuet. En annen mulighet er at respondentene følte seg "bundet" til intervjuguiden, og kun svarte på de spørsmålene som stod i intervjuguiden.

Rett etter hvert intervju ble det gjort noen notater der jeg så tilbake på intervjuet og reflekterte rundt selve intervjuet, blant annet hva som ble sagt og hvorfor. Dette var viktige notater som ble brukt under analysen (Fagermoen, 2005).

Intervjuene var svært lærerikt og en spennende erfaring. Før det første intervjuet var jeg litt nervøs og spent. Hvordan ville dette gå? Men etter hvert intervju, følte jeg meg tryggere og ble etter hvert litt "løsere" fra intervjuguiden.

#### **4.7. Utvalg.**

Jeg ønsket å intervju helsepersonell som hadde en fast stilling på avdelingen. Jeg intervjuet begge kjønn og utvalget hadde en god spredning i alder og utdanning.

Etter å ha kontaktet enhets/-avdelingssjef får jeg kontaktinformasjon til 2 avdelingsledere på forskjellige avdelinger, samt en erfaringskonsulent. Jeg tok direkte kontakt med avdelingslederne for å rekruttere flere informanter.

Totalt var det 10 informanter, inkludert 2 avdelingsledere og en erfaringskonsulent. De fleste hadde en bachelor innen helsefag og flere hadde videreutdanning/mastergrad innen psykisk helse. Intervjuene ble avtalt per telefon. I forkant av hvert intervju fikk de som ønsket det en mail med forespørsel om deltakelse i intervjuet (Vedlegg 2).

Erfaringskonsulenten jobbet på sykehuset, men hun jobbet ikke i direkte kontakt med brukerne på avdelingen, på tross av dette valgte jeg å ta med intervjuet. Denne respondenten gav nyttig informasjon om helsepersonell sett fra et annet perspektiv.

Etter tre intervjuer fikk jeg et inntrykk av at jeg muligens hadde et skjevt materiale. "Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materialet om det du ønsker å si noe om når studien er gjennomført" (Malterud, 2011, s. 56). Jeg tok dette opp med avdelingslederne, og de mente at dette ikke var tilfelle. Jeg opplevde at etter hvert fikk jeg informanter med flere synspunkter og at materialet inneholdt tilstrekkelig med data, slik at det belyste problemstillingen fra flere sider.

En av informantene mine ønsket å lese gjennom og godkjenne transkriberingen. Dette var greit, og det ble godkjent uten problemer.

#### **4.8. Transkribering**

Transkriberingen ble gjort etter hvert intervju, da datamaterialet ennå var ferskt. Slik fikk jeg muligheten til å få med det som "lå mellom linjene". Fordelen ved å transkribere materialet selv, er at jeg får et nærmere forhold til materialet. Jeg blir selv mellomleddet mellom tale og tekst (Malterud, 2011). "Transkripsjonen innebærer en ny sammenheng som kan gi rom for andre ettertanker og slutninger, og utgjør i virkeligheten en begynnelse på de spørsmålene vi stiller mer eksplisitt i analysefasen" (Malterud, 2011, s.78). Jeg hadde transkribert intervjuet i sin helhet og dette til stor nytte under analysearbeidet.

Transkriberingen skjedde fra tale til tekst. Alle pauser og lyder ble transkribert med blant annet ..... og ehhhh. Dette gav teksten en bedre uttrykksform da jeg da skulle lese gjennom den igjen for analyse. Transkriberingen var tidkrevende, men samtidig gav det meg en bedre forståelse av datamaterialet hvor jeg fikk lytte til intervjuene på nytt. Jeg endte opp med et datamateriale på 93 sider.

Malterud (2011) påpeker at "få mennesker snakker slik at en direkte skriftliggjøring av samtalen gir en gyldig gjengivelse av det som blir sagt og hørt" (s. 76). Dette var også en erfaring jeg gjorde meg. Mange fullførte ikke setningene og det ble mer oppstykket og mer uformelt (Malterud, 2011). En annen erfaring jeg gjorde meg var at noe gikk tapt ved transkriberingen. Ansiktsuttrykk, humring og armbevegelser sammen med tonefall og dialekt. Imidlertid hadde jeg notatene mine fra under og etter intervjuet å se tilbake på.

Etter transkriberingen startet arbeidet med kategoriseringen for å synliggjøre hovedfunnene. På denne måten fikk jeg frem intervjuerpersonenes egen forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

#### **4.9. Pålitelighet, gyldighet og Overførbarhet**

Selv om jeg har fulgt kravene til refleksivitet og ellers under mitt forskningsprosjekt fulgt alle gjellende spilleregler, er det ikke sikkert at resultatene fra min studie blir vitenskaplig kunnskap (Malterud, 2011). Det er viktig at jeg overveier hvilke rolle denne studie har i banken med annen vitenskaplig kunnskap på dette feltet. Jeg har jobbet med å etablere nærhet, kjennskap og tillit til respondentene. Dette er nødvendig for kunne tolke helsepersonells forståelse av brukermedvirkning (Fagermoen,2005). "Et rikt datamaterialet krever derfor at forskeren investerer tid og krefter for å etablere optimal nærhet. Deltakeren skal kjenne seg trygg uten å føle seg presset eller invadert" (Malterud, 2011, s. 202). Når vi

forsker på mennesker blir den mellommenneskelige relasjonen en del av materialet. Det er viktig at det blir tatt hensyn til mulige skjevheter som følge av intervjuereffekten (Malterud, 2011). Respondentene bør søke å redegjøre for virkeligheten slik den er. Under intervjuene fikk jeg mistanke om at noen respondenter prøvde å "rosemale" deres engasjement og erfaringer med brukermedvirkning.

Jeg opplevde at noen av respondentene sa det de trodde jeg ville høre. Jeg stilte da utdypende spørsmål som i det følgende eksempelet. Arne uttrykker seg slik om informasjonsflyten mellom helsepersonell og bruker: *"Ja, det gjør vi både muntlig og skriftlig. **Jeg:** Til alle? Jeg tenker da på tvang, ikke tvang? Er det noen forskjell? **Arne:** ... Nei det er egentlig ingen forskjell... Men det er klart at i forhold til klagemuligheter så er jo det på tvang, i forhold til tvang da. Så dem informerer vi jo. Det er en automat- tanke. Og vi hjelper folk med å klage også. **Jeg:** De som ikke er på tvang da, får dem samme informasjonen? **Arne:** .... Ikke, ikke, ikke som en ... Egentlig ikke. Vi har jo brosjyrer som det står i..."*

Det kvalitative paradigme søker også etter å reflektere rundt studiens "sannhet", empirisk kunnskap eller når det gjelder overførbarhet. Reliabilitet er mest relevant i kvantitative forskning, så jeg velger å utelate det her.

Validitet i kvalitativ forskning sier noe om studien undersøker det den er ment for å undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Begrepet intern gyldighet og relevans er også knyttet til validitet og tar for seg om vi måler det vi faktisk tror vi måler. Studien må være til å stole på, dette handler om pålitelighet og troverdighet (Jacobsen, 2003). Videre er *overførbarhet* mer hensiktsmessig en *generaliserbarhet* (Malterud, 2011). Overførbarhet "... impliserer at det finnes grenser og betingelser for hvordan våre funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger enn der vår studie er gjennomført" (Malterud, 2011, s. 62).

#### **4.10. Etske aspekter**

I denne studien er det informantenes forståelse og praktisering av brukermedvirkning som står sentralt. Informanten gir fra seg sine personlige tanker og refleksjoner. Det stilles strenge krav til personvern. Informanten skal få nok informasjon om studien, og da kunne ta stilling til om en ønsker å være med (Malterud, 2011). De informantene som ønsket det, fikk som nevnt skriftlig informasjon om prosjektet i forkant av studien. Informasjonsskrivet til helsepersonell inneholdt informasjon om hvordan data vil samles inn, muligheten til å trekke seg samt at all

data vil bli behandlet konfidensielt. I tillegg er det kontaktinformasjon til undertegnede og veileder som kan være tilgjengelig for oppklarende spørsmål (Se vedlegg 1 og 2).

"Datainnsamlingen har en personlig karakter, der god kontakt mellom deltaker og forsker forutsetter at partene opplever gjensidig tillit og respekt" (Malterus, 2011, s. 201).

22.09.14 ringte jeg Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for godkjenning av studien. NSD vurderte det til at studien ikke var meldepliktig hos dem, grunnet at jeg ikke har med noen personopplysninger i studien og at lydopptaket ikke ble overført til pc. Det jeg spurte respondentene om var utdanning og kjønn. Jeg ble henvist til NSD sine nettsider der dette kommer tydelig frem.

Informantene ble informert om at all data ville bli behandlet konfidensielt, og det ville bli oppbevart i et låst skap etter retningslinjer fra NSD. Samt at passord beskyttet pc ville bli brukt under hele studien.

Under transkriberingen ble intervjuene skrevet ned, uten dialekt, i bokmålsform. For å sikre konfidensialitet ble anonymisering av hver respondent gjort. Alle respondentene fikk fiktivt navn, i den hensikt at anonymiseringen skulle være optimal. Dataene ville på ingen måte kunne spores tilbake til respondentene.

#### **4.11. Kritisk tilbakeblikk**

Hvis denne studien skulle utføres en gang til ville jeg ha kombinert observasjon og intervju på den samme avdelingen. Dette kunne ha ført til et rikere og bedre datamaterialet. Intervjuene ga en indirekte beskrivelse av hvordan helsepersonell beskriver brukermedvirkning, og en direkte beskrivelse av det som skjer på avdelingen. "Motsatt kan observasjonsdata basert på ulik grad av deltakelse og informasjon gi mer direkte dokumentasjon av samhandlingsprosesser og sosiokulturelle rammebetingelser, mens det er vanskeligere å få tilgang til erfarings- og opplevelsesdimensjon på denne måten" (Malterud, 2011, s. 146).

Ved gjennomlesning av transkriberingen i etterkant ser jeg at flere av respondentene delvis svarer på vegene av hele avdelingen. Jeg burde i forkant av intervjuene informert om at jeg ønsker *dine* meninger og erfaringer, og at det ikke er noe rett og galt svar. Dette var vanskelig å forutse- noe jeg tar med meg videre.

Et annet punkt er som nevnt at utvalget ble gjort av ledelsen og avdelingslederne ved sykehuset. Dette kan ha påvirket studien på måter jeg ikke har kontroll over. Det er vanskelig å si noe om at datamaterialet mitt ville vært annerledes hvis dette hadde vært gjort på en annen måte.

## **5. Analysen**

Teksten skal være mest mulig lik det opprinnelige materialet, slik at informantenes erfaringer og meninger kommer best til uttrykk. Analysen har til hensikt å bygge bro mellom rådata og resultatet ved at datamaterialet blir organisert (Malterud, 2011). Når jeg skulle begynne å bearbeide og tilrettelegge for analyse, settes kravene til relevans, validitet og refleksivitet på prøve (Kvale & Brinkmann, 2009).

I analysefasen har jeg systematisk og målrettet arbeidet med å omsette datamaterialet til resultater. Jeg har hele tiden hatt problemstillingen og forskningsspørsmålene som et utgangspunkt. Teori har jeg lest parallelt med analysearbeidet. Da jeg skulle analysere datamaterialet mitt valgte jeg å støtte meg til det hermeneutiske fortolkningsprinsippet, den hermeneutiske sirkel. Dette innebærer den kontinuerlige frem og tilbakeprosessen mellom deler og helhet av datamaterialet mitt (Kvale & Brinkmann, 2009). Det viste seg at feltnotatene mine var et viktig virkemiddel for å fange opp inntrykk og tanker som ikke ble med på lydopptaket.

Før analyseprosessen begynte leste jeg flere ganger gjennom datamaterialet i sin helhet, dette gjorde jeg for å få en dypere forståelse av hele bildet. Jeg så det som naturlig å ha en tematisert tilnærming, der temaene i intervjuguiden sto sentralt. Jeg tok for meg ett og ett tema (fem temaer) der jeg fant meningsfulle setninger, ord, uttrykk og avsnitt som ble satt inn i et skjema, samtidig som jeg noterte meg små stikkord i marginen. Deretter leste jeg igjen gjennom datamaterialet mitt. For å systematisere og analysere dette ble det laget 12 hovedkategorier der jeg systematisk satte inn de ord, uttrykk og setninger som var relevant for kategoriene og som belyste problemstillingen i oppgaven. Jeg gjentok da prosessen med å gå gjennom datamaterialet mitt, men da kategori for kategori. Dette for at det skulle komme tydelig frem hva som var relevante funn i oppgaven. "Med utgangspunkt i en ofte uklar og intuitiv forståelse av teksten som helhet fortolkes dens forskjellige deler, og ut fra disse fortolkingene settes delene på ny i relasjon til helheten, osv" (Kvale & Brinkmann, 2009, s.



216). I den hermeneutiske tradisjon ses denne sirkelen på som en spiral som stadig åpner for nye dypere forståelse av meningen. "Problemet er ikke å komme bort fra sirkulariteten i meningsutlegningen, men i å komme inn i sirkelen på riktig måte" (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 217). I siste fasen av analysen/diskusjonen, drøftes fortolkelsen opp mot relevant litteratur, forskning og teorier. Dette for å forstå studiens funn og for å se det i en bredere forståelse.

Jeg har presentert uttrykk og setninger i størst mulig grad slik de fremkom i sin helhet under intervjuet.

### **5.1. Presentasjon av studiens funn.**

I dette kapittelet presenteres studiens funn. Funnene er et resultat av de individuelle intervjuene, der hensikten var å kartlegge helsepersonells forståelse og praktisering av brukermedvirkning på et psykiatrisk sykehus. Hovedkategoriene som kom frem ved analysearbeidet stod frem som en rød tråd gjennom hele datamateriale. På bakgrunn av dette har jeg tolket og analysert disse kategoriene som respondentene så på som viktige og betydningsfulle. Jeg vil i stikkordsform presentere de 12 hovedkategoriene som kom frem i analysearbeidet, hele materialet i kategorisert form legges ved som vedlegg (Vedlegg 5).

- **Innholdet i brukermedvirkning.**
- **Brukermedvirkning som nedfelt i behandlingsplaner.**
- **Relasjons kunst, praktisk samhandling og holdninger.**
- **Idealer og realiteter.**
- **Brukermedvirkning og tvangsmandatet.**
- **Utfordringer ved å fremme brukermedvirkning.**
- **Informasjon og klagemuligheter.**
- **Det positive når brukermedvirkning lykkes.**
- **Tilrettelegging fra ledelsen.**
- **Samarbeid med pårørende og bruker.**
- **Ulike forståelser.**
- **Brukermedvirkning, empowerment og Arnsteins stige.**

## 5.2. Presentasjon og diskusjon av resultatene.

### 5.2.1. Innholdet i brukermedvirkning.

Brukermedvirkning skal være et virkemiddel for å bedre og kvalitetssikre tjenestene til psykisk syke. Brukermedvirkning er en lovpålagt rett som brukeren har, samtidig som brukermedvirkning har en egenverdi i form av å medvirke i eget liv og egen behandling (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Informantene sier det slik om innholdet i brukermedvirkning:

Åge: *"For meg så betyr det å legge til rette for at de pasientene jeg får inn kan være med å medvirke i egen situasjon. Ikke nødvendigvis at de er med å tar alle avgjørelser, men at de i hvert fall skal ha informasjon om hva som blir bestemt".*

Ida: *"Men det viktigste er jo at det gir mening i deres eget liv. Ja, for at brukermedvirkning handler jo veldig mye om det. Den meningen med å komme inn i prosesser, hvor du selv kan medvirke og ta egne beslutninger i sterkere og sterkere grad".*

Arne sier det slik om innholdet i brukermedvirkning: *"Det er jo det at pasientene våres kan være så delaktige som dem kan i egen behandling, så klart. Så ser jeg ikke på det som et absolutt heller, at det er noen vurderinger vi å må ta som kan begrense det da å medvirke i alt og alle ting".*

Sykehuset Innlandet (2013- 2016) skriver i et informasjonsskriv at innholdet i brukermedvirkning er: "Brukermedvirkning vil si at brukerne har innflytelse på tjenestenes kvalitet og omfang på individnivå og/ eller på systemnivå." (s. 7). "Vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som en hver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv"(s. 8).

"Brukermedvirkning innebærer først og fremst at tjenesten benytter brukerens erfaringer for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til bedre kvalitet på tjenestene, men også at brukeren får økt innflytelse" (Helse og omsorgsdepartementet, 2013, s. 52).

Helsepersonell er enige i at brukermedvirkning betyr mye for mennesker med en psykisk lidelse.

Anne: *"Men jeg tenker ikke at brukermedvirkning betyr noe anna for folk med psykiske lidelser enn det gjør for deg og meg. Vi vil jo være med å styre i livene våres. Det er jo ikke noe grunn til å skille ut folk med psykiske lidelser fra deg og meg"*

### 5.2.2. Brukermedvirkning som nedfelt i behandlingsplaner.

Brukerne har rett til å medvirke i utformingen av egen behandling. Det er nedfelt i psykisk helsevernlov kapittel 2.

Per sier det slik om brukerens mulighet til medvirkning i eget behandlingsopplegg: *"Det er noe vi jobber med her. At vi skal prøve å få dem til å være med på det. Men vi har mye å gå på der tror jeg hos oss. Vi er nok ikke flinke nok til å trekke inn brukeren på alle stadier i utformingen av behandlingsplanen".*

Anne uttrykker seg slik: *"Ja, i den grad da systemene tillater det så blir brukerne invitert til å være med å utforme behandlingsplan, men jeg må si det er igjen vi som ansatte som sitter å gjør endringer på den behandlingsplanen, helt uten pasienten til stede. Når vi har såkalte journalmøter, hvor vi da skal gå gjennom behandlingsplan så gjør vi det uten at pasienten er tilstede. Og i hode mitt så skjærer dette seg hele tiden".*

Finstad (2010) sier i sin artikkel at helsetilbudet skal utformes i samarbeid med brukeren. "For å utforme, samarbeide om og gjennomføre et helhetlig tilbud krever dette at brukeren blir møtt på en slik måte at de opplever å delta i tilbudene ut fra egne ressurser og behov" (s. 37).

Arne uttrykker seg slik: *Jeg: Deltar bruker i å utforme sin behandlingsplan? Arne: Nei, hittil i liten grad.*

Ole sier det slik: *"Der er bare blitt sann at det er på kontoret en skal sitte og dokumentere, så har pasienten blitt litt sann glemt da.*

Finstad (2010) påpeker at det må ligge en omfordeling av makten til grunn for at brukeren skal kunne medvirke i behandlingsopplegget. Dette viser seg også her i denne studien.

Åge: *"Det går nok litt på maktsituasjonen i forhold til å ... jo mere du fremmer brukermedvirkning jo mere tar du vekk den profesjonsmakten. Det også klare å gi fra seg litt av den makten du har selv for at brukeren skal kunne klare å ta den delen av avgjørelser i eget liv da. Og hva brukeren opplever er det beste for seg selv kontra hva vi tenker er det beste da. Noen ganger må du ha respekt for at andre".*

Det kommer frem av undersøkelsen at helsepersonell mener de har et vanskelig datasystem for å lage gode behandlingsplaner. Verken helsepersonell eller bruker føler noe eierskap til disse behandlingsplanene. Flere av informantene uttrykker at det er store mangler og at det er et kronglete datasystem. Dette er med på å begrense brukerens muligheter til å være med på å utforme egen behandlingsplan.

Mia uttrykker seg slik om datasystemet og behandlingsplaner: *"Og det er noe ned at vi sitter med et datasystem som på mange måter har gjort det litt ugreit for oss. Og for min del så har*

*jeg et annet språk enn det medisinske språket. Jeg synes det er helt.... jeg ville brukt andre ord. Jeg har virkelig strevd med å ... og da blir behandlingsplanen litt slik ubrukelig og da".*

Anne sier det slik om brukerens delaktighet: *"Selv om alt foregår på XXX- systemet, er det vi som skriver det som foregår på XXX. Så opplever jo jeg at den behandlingsplanen det er noe som vi driver med nesten slik adskilt fra pasienten. Fordi dem er jo ikke til stede dem, slik fysisk er dem ikke til stede. Og det ligger allerede... det står hva... eller det ligger der hva vi kan bruke av ord og setninger. Det er veldig mangelfullt, vil jeg si. Mildt sagt. Veldig mangelfullt i forhold til psykiatri. Så jeg kan jo ikke si at dem har stor innflytelse der. Så den innflytelsen dem har, det i forhold til behandlingen det er jo de samtalene vi har med pasientene. Ja".*

Helsepersonell mener at dagsplaner, ukeplaner og behandlingsplaner er gode verktøy som hjelper dem med å praktisere brukermedvirkning. Dette på tross av at bruker ikke er med på å utforme sin behandlingsplan, og på tross av at helsepersonell ikke er fornøyd med det systemet dem er pålagt å bruke fra ledelsen. Hverken helsepersonell eller bruker kjenner seg igjen i ordbruken i planene.

Ole: *"Det er jo dette med den dagsplanen og aktiviteter, det er der jeg ser den brukermedvirkningen best. Også hos de dårligste".*

Brukeren har sine egne erfaringer og kunnskap om eget liv og hvordan tjenestetilbudet fungerer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

"Tjenesteutøvere kan på sin side mistenkes for å ikke involvere brukeren nok med bakgrunn i en oppfatning om at "vi vet best", eller at de mener brukere med psykiske lidelser ikke kan sette seg inn i eller delta i egen behandling på samme måte som personer med somatiske lidelser gjør" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 17).

Ida: *"Behandlingsplan er ikke nødvendigvis et verktøy for medvirkning. Det kan jo være det, men det er jo laget av helsepersonell først og fremst".*

### **5.2.3. Relasjons kunst, praktisk samhandling og holdninger.**

Ida: *"En av forutsetningene er jo relasjonen. Det å prøve de å få til, en relasjon".*

Forskning viser, Terkelsen & Larsen (2012), Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014), & Finstad (2010), at det er helt avgjørende for bruker at det er en god relasjon mellom bruker og helsepersonell. Da blir både samhandlingen og medvirkningsprosessen bedre. I denne studien er også helsepersonell enige om at en god relasjon mellom bruker og helsepersonell er

avgjørende for å få til et godt samarbeid, og at da kommer brukermedvirkning lettere frem.

"Det å bygge tillit forutsetter at helsepersonell aktivt sikrer forutsigbarhet, stabilitet og gjensidig forståelse" (Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014, s. 123).

Bente, Ole og Kåre uttrykker det slik om den gode relasjonen mellom helsepersonell og bruker;

Bente: *"Du får kanskje en bedre relasjon til en pasient som får lov til å si noe, delta selv".*

Ole: *"Jeg tenker at vi skal være der rundt som gode rollemodeller og være sammen med".*

Kåre: *"Men samtidig er det det at jeg skal gå ved siden av og være med. Jeg tupper deg ikke ut i det store svarte hullet alene, jeg skal være med".*

Kåre: *"Vi som helsepersonell tror det at vi samarbeider så godt og at vi vet hva pasienten ønsker. Og så kaller vi det brukermedvirkning, og så handler det egentlig ikke om det. For det handler om at man prater.... man har ikke prata godt nok igjennom hva som er målet vårt".*

"Brukermedvirkning tar utgangspunktet i respekten for det enkelte mennesket..." (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 6). Andreassen (2007) skriver at det å bli tatt på alvor også handler om å bli lyttet til og bli tilkjent troverdighet. Brukermedvirkning forutsetter at brukeren blir tatt på alvor. Det kommer frem i denne studien at det er en forutsetning for den gode relasjon at brukeren innretter seg etter de regler som er på avdelingen og hører på helsepersonell. Arne kaller det; Den skjulte beslutning. Kan dette ses i sammenheng med *Den Skjulte Tvang?* Dette sier respondentene om den skjulte beslutning på avdelingen:

Mia: *"Ja, ja... Vi ser ulike ting. Punktum. Det er ulike ting rett og slett. Vi ser ulike ting. Jeg blir nok veldig slik i forhold til at jeg prøver å si at det er gode grunner til at folk er her. Og hvis vi ikke klarer å romme dem som er her, hvem skal da gjøre jobben liksom?"*

I artikkelen *Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand* av Terkelsen & Larsen (2012) stiller dem spørsmål ved reell frivclighet eller samtykke under press. Det kommer frem av studien at brukeren blir presset til å gi sitt samtykke ang medisinering, for eksempel.

Arne sier det slik om den skjulte tvangen: *"Nei, ikke... Jeg kan prøve å overtale og påvirke og sann, men ikke bestemme noe i forhold til aktiviteter ... Men vi kan jo selvsagt en slags avtale i forkant, i forhold til det å få komme inn hit da. Vi må jo ha en avtale om at folk står opp om morgningen, det er jo ingen vits i at dem ligger hele dagen, for da får verken dem eller vi gjort det vi skal. Så det er klart vi.... Det ligger en salgs skjult beslutning, ... ikke tvang, men i hvert fall, men det er jo noen ting en må være med på for at det skal ha en hensikt å være her".*

Dette støttes opp av Terkelsen & Larsen (2012) der det kommer frem at for noen pasienter er skille mellom frivclighet og tvang veldig utydelig.

Hans sier det slik om betydningen av relasjoner og sammhandling: *"Jeg tror det betyr mye i forhold til selvbilde og sann. At de får en opplevelse av at de... at de er likeverdige mennesker og at de har en viktig plass og en viktig rolle i behandlingen. I sin egen behandling. Også tror jeg at det kan ha noe med å si i forhold til deres bedring og deres fremtid og tro på behandlingen. Så lenge dem får bidra og ikke bare påtvinge det"*

Kogstad, Ekland & Hummelvoll (2014) sier det slik i sin artikkel:

"Even if users' perspective gradually has been set on the agenda and user involvement is established as a method for improving the health services, user involvement in the field of mental health care still does not avoid the asymmetrical relations between users and professionals, not the least because of the possibility of diagnosing users' opinions rather than receiving their feedback and narratives as helpful corrections necessary in the process of improving the delivery of health services. As a consequence user involvement may be regarded only as an empowerment strategy for users and not a method by which professionals may also achieve new insights. Then, necessary changes in the health services aiming at mutual collaboration may be neglected" (Kogstad, Ekland & Hummelvoll, 2014, s. 1).

#### **5.2.4. Idealer og realiteter.**

"Brukermedvirkning er både politisk og ideologisk korrekt, men kan lett bli bare ord dersom arbeidsformen ikke er anerkjent og omsettes i konkret handling fra de som gir tjenester" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 10). Dette bekreftes også i denne studien.

Per: *"Det stemmer nok ikke helt overens, når en kommer rett i fra skolebenken da, og kanskje tenker at... Da har du lært om brukermedvirkning, lært om ordet fra litteraturen og så kommer du da rett inn på en akutt post hvor store deler handler om tvangsbehandling. Så stemmer nok ikke realiteten helt overens med det en har lært på skolen. Det er nok det jeg mener da. Det er ikke dermed sakt at det ikke er brukermedvirkning her, for det er det, for all del".*

Anne: *"Så det er liksom den der brukermedvirkning, jaa vi er veldig i det i teorien, men når det kommer til praksis så er det for mye slike systemiske hindringer".*

Brukermedvirkning er en lovpålagt rettighet brukeren har, det er ikke noe helsepersonell kan velge å praktisere (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). "For brukere som engasjeres i medvirkning representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv, sikre verdighet og bidra til at behandlingsmessige behov blir ivaretatt" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 6). En forutsetning for at helsepersonell skal lykkes med

brukermedvirkning er at man er villig til å gå inn i temaet, lære mere om begrepet og så sette dette ut i praksis (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Helsepersonell i denne studien mener som sagt at sykehussystemet setter begrensninger for deres muligheter til å realisere brukermedvirkning. Men at det praktiseres til en viss grad innenfor de rammene som er gitt.

*Mia: "At det er det som er jobben min. Jeg håper det, å innimellom så vet jeg at jeg ikke gjør det, for det at det er i et sykehussystem. Men i hode mitt er det det jeg skal drive med. Men jeg tror praksisen min er litt forskjellig fra det som skjer i hode mitt. Fordi jeg er knyttet til et system".*

*Anne: "... jeg sier ikke at det... at en ikke kan drive brukermedvirkning der, men i utgangspunktet så er det noe med at noen kan, noen vet, og noen har svaret, og noen kan fortelle deg. Og det skjærer seg. Da snakker vi ikke om brukermedvirkning lenger. Og en kan snakke om det i fine ord, men det gjennomføres ikke i praksis. Hverken i forhold til hvordan vi prater med pasienter eller hvordan ting er innordna i dette systemet som er".*

Det kommer frem at det er stor forskjell på helsepersonells kunnskap og praktisering rundt brukermedvirkning. Noen jobber med dette hver dag, mens andre er litt på og av. Selv om de har undervisning og rammer for praktisering av brukermedvirkning viser det seg at det å praktisere dette i det daglige arbeidet er vanskelig.

*Anne: "Men jeg synes vel det er tråere å få gjennomført endringer, så få det ut i praksis da. Rett og slett. Teori og praksis er liksom to forskjellige ting. Fordi... Jeg synes det er disse hindringene som blir stående opp stadig vekk.. Fordi, slik har vi gjort det her så sann fortsetter vi med det. Det skal noe til å få til endringer. Ja".*

Helsepersonell har mange fine ord og gode løsninger på brukermedvirkning, men det gjennomføres i liten grad i praksis. Helsepersonell tror dem praktiserer brukermedvirkning, og har mange gode tanker om det.

*Ida: "Slik det fungerer så, jeg mener jo det ikke fungerer slik, slik det egentlig bør fungere da. Hvis jeg skal si det generelt. Og så er det personavhengig og så er det forskjell på enheter".*

### 5.2.5. Brukermedvirkning og tvangsmandatet.

I en studie av Terkelsen og Larsen (2012) kommer det frem at helsepersonell sier det er følelsesmessig vanskelig å tvangsmedisinere brukere. De prøver å gjøre dette så skånsomt som mulig for brukeren. Studien viser også at empati og omsorg preget helsepersonells håndtering av tvangsmedisinering. I den samme studien uttrykker helsepersonell at dem får dårlig samvittighet når dem utøver tvang i psykisk helsearbeid. I Kogstad (2014) sin artikkel bekreftes også dette. Helsepersonell følte skam og avmakt, men helsepersonell støttet hverandre i at dette er nødvendig. Dette bekreftes også i denne studien.

*Ole føler det slik: Blant de aller aller dårligste her så kan ikke... kan jo brukermedvirkning begrense seg.. Det er jo klart for at for mange sykepleiere som jobber har at, det utøves jo mye tvang... du kan jobbe med litt dårlig samvittighet, fordi du driver med en sann ting du ikke skulle ha gjort, ikke sant. Hva er alternativet da? Hvordan skal, hva skulle du da ha gjort?*

*Kåre: " Vi har sett noe lignende før, vi har sett pasientens symptombilde, sett noe lignende før og vet at, ser at dette går i en retning. Men så er ikke pasienten der, og da kommer du litt sann til kort at du skal gi gode råd, gi god brukermedvirkning, tenker jeg. Og så føler man det i slike situasjoner, så føler en seg, jeg er litt råttent, jeg er litt stygg, jeg er litt diktatorisk, det gjør man jo".*

Terkelsen & Larsen (2012) sier det slik om tvang: " I studien fremstår derved tvangsmedisinering som samfunnets måte å verne om og beskytte mennesker med psykose mot overlast, og samtidig gi dem behandling for sin lidelse" (s. 129). Tvang er fra psykiatriens side ment som en hjelp og beskyttelse, men det er ikke alltid at brukeren opplever det slik. Man kan forstå brukeren som utenfor samfunnsvernet, en borger som ikke kan medvirke, i stedet for å bli vernet av psykiatrien, og bli en borger som kan medvirke.

I Meld. St. 29 (2012- 2013), Morgendagens omsorg, kommer det frem at brukers medborger- og medvirkningsansvar er viktig for brukers muligheter til å påvirke eget liv og helse. "Skal velferdssamfunnet virkeliggjøre verdier som deltakelse, uavhengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering, forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon" (Helse og omsorgsdepartementet, 2013, s.49).

*Per: "Det må jo være i den grad der vi lar brukerens medvirknings muligheter gå utover hans helse da. At en fremmer det brukermedvirkningsperspektivet så sterkt at pasienten får bestemme over ting som kanskje ikke er så bra da"*



Det kommer frem i denne studien at helsepersonell tar avgjørelser på brukerens vegne. Åge sier: *"I noen tilfeller så har jeg gjort det. Tatt avgjørelser"*. Dette kan skape konflikter mellom helsepersonell og bruker. Det svekker en god relasjon, samhandlingen og praktiseringen av brukermedvirkning. Dette støttes opp av en artikkel av Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014), som sier at "tvangsbruk kompliserer allianser og pasientens opplevelse av omsorg" (s. 114). Studien belyser også at tvangsbruk er med på å skape konflikter og uenighet mellom helsepersonell og bruker, samtidig som relasjonen til helsepersonell svekkes (Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014).

Per sier det slik om samarbeid, relasjoner og tvang: *"Jeg håper jo og tror at vi har et godt samarbeid med brukeren om det. Jeg tror jo at vi har det i mange tilfeller. Men igjen når det blir tvangsbehandling så tror jeg nok ikke brukeren har den opplevelsen, selv om vi prøver å trekke dem inn og medvirke. Så er det jo til syvende og sist vi som er primærkontakt og behandler som bestemmer i tvangsbehandling... så... Men det jobbes jo med, så jeg tror jo at dette er et område det er mye å gå på, men at en er på riktig vei, tenker jeg"*.

Åge sier det slik om å ta avgjørelser for brukere som er på tvang: *"Jeg har jo vært med på å ta avgjørelser i forhold til personer som er på tvang som nødvendigvis ikke er noen positiv, som helsepersonell ser på som positivt, men som skaper konflikter. Og det er jo ikke noe særlig å havne i en situasjon hvor du må på en måte må gå inn å ta styringen over andre sitt liv. Det føles ikke alltid like bra, men samtidig så er det nødvendig i noen tilfeller da"*.

Det helsepersonell sier i denne studien om å ta avgjørelser på vegne av brukerne står i strek kontrast til det som står på sykehusets sine hjemme sider.

Sykehuset Innlandet (2013- 2016) sier det slik om å ta beslutninger;

"Beslutninger skal ikke tas av fagfolk alene, men i samråd med pasient og evt pårørende slik at behandlingen kan tilpasses den enkelte for å gi best mulig resultat. For at pasienter skal kunne ha et ord med i laget ang behandling, må de være informert" (s.14).

Helsepersonell mener det av og til er nødvendig og et behov for å ta avgjørelser på brukerens veiene. Helsepersonell skjuler seg da bak tvangsmandatet og sier det er til brukerens beste. Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014) sier det slik om omsorg og tvang: "Ved å ukritisk beskrive tvang som omsorg, risikerer man å utydeliggjøre maktasymmetrien og pasientens sårbarhet. Et omsorgsideal som ensidig vektlegger omsorgsyter og -mottager, står også i fare for å forutsette en maktasymmetri som del av omsorgsrelasjonen"(s. 122). For å skape en gjensidig forståelse mellom helsepersonell og bruker er det viktig med en god og åpen dialog der begge parter kan se dens andre perspektiver.

Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014) sier at selv om bruker er på tvang er det gode muligheter for å skape gode relasjoner og å yte omsorg, noe som er svært viktig for brukeren. Viktigheten med en god dialog mellom helsepersonell og bruker er avgjørende for et godt samarbeid. "Omsorg innen psykisk helsevern innebærer derfor en særskilt vektlegging av dialog som tillater at ulike oppfatninger kommuniseres, begrunnes og respekteres. En slik dialog kan styrke pasientens og helsearbeiderens evne til å se saken fra ulike perspektiv." (Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014, s. 123).

Anne: *"Og å stille åpne spørsmål. Og jeg tenker at det er den store utfordringen fortsatt det er å, den der sann språklig for oss som terapeuter, og evne til å stille åpne spørsmål som får pasienter til å reflektere selv".*

Morgendagens omsorg (2012- 2013) påpeker viktigheten av god kommunikasjon mellom helsepersonell og bruker, og dens betydning for brukers medvirknings muligheter. "Det er behov for å styrke kommunikasjonskulturen og - kompetansen hos ansatte i tjenestene" (Helse og omsorgsdepartementet, 2013, s. 53). Dette bekreftes i Finstad (2010) sin artikkel. Der det kommer frem at det er et behov for å danne møteplasser der bruker og helsepersonell kan reflektere over hverandres erfaringer. "Dette innebærer å reformulere og tenke over på nytt både egen og andres erfaringer, og som på sikt kan bidra til å utvikle en praksisnær brukerkompetanse" (s. 42). For å bedre kommunikasjonen mellom helsepersonell og bruker er det viktig at helsepersonell går inn i en åpen dialog på brukers premisser (Finstad, 2010). Ulland, Thorød & Ulland (2015) tar opp viktigheten med et godt samspill mellom helsepersonell og bruker. De trekker frem dialogen og samtalen med helsepersonell som svært betydningsfulle i bevisstgjøringen av egne ressurser. Samtidig sier Ulland, Thorød & Ulland (2015) at; "Faren er at det oftest vil være en asymmetri i dialogen mellom hjelper og hjulpet, og at makten i dialogen brukes for å nå de mål som etter hjelpers mening fremmer helsen"(s. 181). Den "gode" dialogen mellom helsepersonell og bruker kan virke tilsynelatende som likeverdig men samtidig skjule den makten som helsepersonell utøver (Ulland, Thorød & Ulland, 2015)

Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang (2014) påpeker i sin artikkel på at mye av tvangsbruken i psykiatrien kunne vært unngått hvis helsepersonell hadde vært mer fleksible, satt av mer tid til å prate med brukeren og sett dem som enkeltindivider. Studien sier at brukere "...oppfatter det også slik at personalet ikke var innstilt på å gjenta informasjon, svare på spørsmål eller motta kritikk, og at videre samtale ble avfeid" (s. 121).

Snowden & Marland (2012) tar også dette opp i sin artikkel, *no decision about me without me*, "sometimes there is little time or willingness to discuss issues in depth. Some views of the world are considered more worthy than others" (s. 1353). Noe av svikten i brukermedvirkning er mangelen på samarbeid mellom helsepersonell og bruker. Helsepersonell glemmer seg bak lovbestemmelsen om tvangsmedisinering og at det er legen som bestemmer.

*Per: "Når det kommer til et punkt der at vi må ta litt overhånd da. Der pasienten ikke er i stand til å medvirke. Og da er det jo en diskusjon om i hvor den grensa skal være da. Det er jo noe vi kjenner på veldig ofte. Noen vil kanskje si at pasienten skal få medvirke uansett, selv om det pasienten mener er bra, kanskje ikke er bra for han. Når det kommer til en grense se må jo vi ta over styring da".*

### **5.2.6. utfordringer ved å fremme brukermedvirkning.**

*Per: "Noe av den største utfordringa er det faktum at vi har veldig dårlige pasienter. Og at det i perioder.. veldig ofte da føler jeg at det.. at vi går inn og bestemmer for de, litt sann paternalistisk da. Fordi de ikke er i stand til å bestemme for seg selv, og da kan det være en utfordring å fremme brukermedvirkning".*

Helsepersonell peker på flere utfordringer ved å fremme brukermedvirkning.

For at helsepersonell skal kunne utøve brukermedvirkning på et individnivå må det legges til rette på et systemnivå. Det må også settes av nok tid til den enkelte bruker. "Tjenestestedets faste tidsrammer for ulike tiltak, ressurser og interne rutiner er en konserverende faktor som kan gjøre at behandlere med gode holdninger og intensjoner om å utøve brukermedvirkning opplever at det er vanskelig å få det til i en hektisk arbeidsdag" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 31). Helsepersonell peker i denne studien blant annet på at tidspresset kan være et hinder for at medvirkning skal bli en realitet. Ole sier det slik om tidspresset på avdelingen: "Du har ikke den tiden du skulle ønske du skulle ha hatt med pasienten. Jeg tror nok det kan være litt sann tidspress som kan gjøre det vanskelig".

Kåre støtter opp under det Ole sier: "Man kan snakke veldig fin om at brukermedvirkning er vel og bra og at vi ønsker å oppnå det. Ser jo det... det med effektivitet. Hvordan skal vi komme mest effektivt fra A til B, kan være et hinder for brukermedvirkning. At men tar en del sanne avgjørelser over hode på pasienten da for å komme videre".

Det sitter igjen litt gammel kultur og holdninger i veggene, og dette er med på å prege helsepersonell. Per: *"Jeg føler at de aller fleste tar det positivt hvis jeg ønsker å fremme noe om det. Men samtidig så ser jeg at det kan være litt sann .... noen sanne gamle holdninger som ligger igjen. Hvis en ønsker å gi brukeren en reel mulighet her da, til å være med å bestemme selv, kanskje prøve det først, før vi gjør det vi mener er best. Så er det litt sann gammel kultur som sitter i veggene. "Det er jo egentlig vi som vet best, da". Den kanskje sitter igjen litt. Men det er ikke mye av det. Jeg synes det har forandret seg mye bare på de få årene jeg har vært i arbeidslivet"*.

Finstad (2010) påpeker i sin artikkel at helsepersonell ser et behov for å reflektere rundt egen og brukers erfaringer og sammen utvikle en kompetanse som kan gi økt forståelse for brukerens psykiske helse. Resultatet av studien til Finstad (2010) viser at helsepersonell er opptatt av å jobbe med å fremme en holdningsendring i møte med brukeren. Dette innebærer at helsepersonell ser muligheten til å gi fra seg noe av makten til bruker. "Heri ligger en holdningsendring som åpner for dialoger og samarbeid, samt et potensiale til å utvikle seg selv og tjenesten til å bli mer brukerorientert" (s. 41). Ida: *"Og hvorfor ikke samarbeide? For dette her er kanskje også svikten i brukermedvirkning, hvordan samarbeide med pasienten/brukeren"*. "I en helhetstenkning må ulike kompetanser fra fagområder som psykologi, medisin, sosiologi, filosofi, pedagogikk og en rekke andre disipliner spille sammen med brukerkunnskap og erfaringskunnskap fra dem som søker hjelp" (Ulland, Thorød & Ulland, 2015, s. 183).

Videre mener Finstad (2010) at utfordringen ligger i at helsepersonell må gå inn i en åpen dialog med brukeren på dems premisser. "... det er ikke tilstrekkelig med en holdningsendring for å styrke og realisere brukermedvirkning hvis dette kun er et ideale i forskrifter og lover, eller det er et klinisk perspektiv som uttrykkes i de lukkede behandlingsrom" (s. 41).

Skorpen & Øye (2010) tar i sin artikkel opp miljøterapiens utfordringer. De psykiatriske sykehusene skal "... innfri samfunnets krav om å heve kvaliteten gjennom blant annet å diagnostisere, iverksette riktig medisinsk- psykiatrisk behandling og ivareta den enkelte pasients rett til brukermedvirkning" (s. 23).

Som nevnt tidligere er en annen utfordring sykehussystemet. Helsepersonell mener det er et vanskelig og tungrodd system Dette setter store begrensninger for brukers mulighet til å delta i utformingen av egen behandling og samarbeidet rundt behandlingsplanen.

### 5.2.7. Informasjon og klagemuligheter.

For at brukeren skal kunne ivareta sine rettigheter er det nødvendig med en god informasjonsflyt mellom helsepersonell og bruker. "Informasjonen må være god nok til at brukeren har et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse, og tilpasse brukerens forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 16). Informasjonen må tilpasses den enkelte brukers muligheter til å motta informasjon. At bruker og helsepersonell har en god kommunikasjon er helt avgjørende for brukers evne til å medvirke. Derfor legges det særlig vekt på at helsepersonell tar informasjonsplikten alvorlig og sikrer at bruker er inneforstått med den informasjonen som gis (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

*Anne: Og det å gi informasjon om, det er litt begrensa hvor mye pasienten skal bli utsatt å bli informert om. Fordi vi mener så mye.. men selvsagt skal de ha informasjon om klagemuligheter på sykehuset. Hvis det er et tema liksom, men vi kan ikke gå å innformere alle om alt som finnes fordi at da.. vi kan jo tenke at det er mye pasientene trenger informasjon om, som vi tenker dem trenger informasjon om. Og det er faktisk ikke å ta brukeren på alvor. Hvis vi skal drive å informere, å informere, å informere. Så jeg tenker jo at det er bra nok ivaretatt, men det er ikke sann at vi, at jeg tenker at det er den måten det foregår på at vi skal informere, vi skal informere, informere".*

I et informasjonsskriv (2013-2016) fra Sykehuset Innlandet kommer det frem at informasjon og kunnskap er viktige forutsetninger for at brukeren skal kunne medvirke.

"Det er helsepersonellens oppgave å informere og opplyse om ulike behandlingsmetoder slik at pasienten skal kunne ha innflytelse på de valg som gjøres. Det skal informeres om pasientens rett til å lese journalen sin og retten til å klage på behandlingen" (s. 14).

Respondentene i denne studien mener at brukeren alltid blir innformert om sine rettigheter og klagemuligheter når de har et tvangsvedtak. De som ikke har et tvangsvedtak får ikke den samme informasjonen. Det kommer frem av helsepersonellens utsagn at det er store forskjeller på informasjonsflyten til brukerne. Om bruker har et tvangsvedtak eller ikke.

*Ole: Klagemuligheter på behandling.. det blir det jo alltid gjort, der det er tvangsinnlagte pasienter, der det blir fattet et tvangsvedtak så blir jo pasienten informert om klageretten".*

*Kåre: "Ja. Ja. Det gjør vi. Og vi er spesielt opptatt av dette med klage i forhold til det med tvang".*

Åge: "Dette er vi nok mye flinkere til når vi får inn pasienter som er på tvang. Det blir og innformert om at dem har innsynsrett i egen journal, og så er det da opp til legen å da ta det med dem. Jeg: De pasientene som ikke er på tvang da? Åge: Det er ikke like mye dem har fått informasjon om klagemuligheter i hvert fall. Det tror jeg ikke".

Arne: "Ja, det gjør vi både muntlig og skriftlig. Jeg: Til alle? Jeg tenker da på tvang, ikke tvang? Er det noen forskjell? Arne: ... Nei det er egentlig ingen forskjell... Men det er klart at i forhold til klagemuligheter så er jo det på tvang, i forhold til tvang da. Så dem informerer vi jo. Det er en automat- tanke. Og vi hjelper folk med å klage også. Jeg: De som ikke er på tvang da, får dem samme informasjonen? Arne: .... Ikke, ikke, ikke som en ... Egentlig ikke. Vi har jo brosjyrer som det står i...".

Helsepersonell tar det som en selvfølge at brukere som er frivillig innlagt har kunnskap og kjennskap til sine rettigheter.

### **5.2.8. Det positive når brukermedvirkning lykkes.**

Ida: "Men det viktigste er jo at det gir mening i deres eget liv. Ja, for at brukermedvirkning handler jo veldig mye om det. Den meningen med å komme inn i prosesser, hvor du selv kan medvirke og ta egne beslutninger i sterkere og sterkere grad".

Valla (2010) sier i sin artikkel, *brukerens medvirkning i psykoterapi- behov for kompetanseutvikling*, at det er viktig å finne ut hva som er nyttig for brukeren. Dette vil være avgjørende for å fremme bedring blant brukerne. Helsepersonell vil da se at bruker ofte har andre synspunkter, og at dem ikke tenker innefor de samme rammene som helsepersonell gjør. "Fagfolk må dermed hjelpe klientene å oppnå endring på måter som tar utgangspunkt i klientens erfaringskunnskap og ikke nødvendigvis i terapeutens fagkunnskap" (s. 5).

"Brukerens kunnskap og den profesjonelles kunnskap har samme verdi, men de er forskjellig og må brukes sammen mot helsefremming" (Ulland, Thorød & Ulland, 2015, s. 183).

"Om den gode psykiske helseopplevelse bærer øyeblikkets varighet, bærer den i tillegg også opplevelsen av å være verdsatt, involvert, engasjert og fortrolig med den aktivitet og de omgivelser en som subjekt er satt inn i" (Tangvald- Pedersen & Bongaardt, 2011, s.105).

Kåre: "Det positive med brukermedvirkning for brukeren det er at, tror jeg da, mye mer delaktig i sin behandling, mer delaktig i sitt eget liv. Man får mye mer et eierskap til den bergingsprosessen som er. Og man kan da bygge videre på mestringserfaring".

"Skal vi som psykiske helsearbeidere være til hjelp og støtte i arbeidet med å navigere ut av lidelsen krever dette tålmodighet, faglig oversikt og evnen til å veilede fremfor å belære.

(Tangvald- Pedersen & Bongaardt, 2011, s. 107). Samtidig viser forskningen fra Tangvald- Pedersen & Bongaardt (2011) at god psykisk helse oppleves når bruker erfarer en positiv endring. Helsepersonells oppgave er da og gi brukeren en posisjon som er av en sosial verdi. Helsepersonell må også legge til rette for at bruker er en del av aktiviteten, og at fortrolighet og trygghet er viktige elementer for å lykkes.

### **5.2.9. Tilrettelegging fra ledelsen.**

"Det er ikke tilstrekkelig med en selvrefleksjon i handlingen, men i dialoger med kollegaer og brukere om det allmenne og det genuine i situasjonen, først da kan en utvikle klokskap og kyndighet i et fagmiljø" (Finstad, 2010, s. 42).

*Åge: "Ja, vi diskuterer det nok mere over kaffekoppen enn at det er satt av reel tid til å diskutere brukervedvirkning. Du har jo alltid noen som er mer interessert enn andre på en sann avdeling og som da kanskje er flinkere til å ta det opp i situasjoner. Så det kommer i utgangspunktet litt an på hvem som er på jobb også, og hvor mye faglig som blir diskutert, og hvor mye "se og hør" som blir diskutert".*

"Det er et behov for opplæring i Brukervedvirkning for fag- og annet personell ved sykehusene, og dette bør inn i ulike lederopplæringsprogram. I opplæringen av fagpersonell skal det legges spesielt vekt på holdninger og refleksjon om egen organisasjonskultur og yrkesutøvelse, samt å bevisst utnytte alle brukernes ressurser både på individ og systemnivå. Det er behov for et fortløpende holdningsskapende arbeid overfor de ansatte i forhold til å lytte til pasientenes og pårørendes behov, kunnskap og erfaring" (Informasjonsskriv fra Sykehuset innlandet, 2013-2016, s. 11).

*Ida: "Men dette kommer sterk nå, dette kommer fra ledelsen. Veldig mye fokus på pårørende. Det jeg... inntrykket jeg sitter med er at det kommet sterkere fra øverste ledelse det med pårørende samarbeid enn brukervedvirkning. Så jeg synes det er dårlig overensstemmelse med de planene som de har skrevet og hvilke påtrykk de gir i praksis".*

Helsepersonell er i denne studien fornøyd med hvordan ledelsen tilrettelegger for brukervedvirkning, hvis en da ser bort i fra datasystemet dem er pålagt å bruke.

Per sier det slik om tilretteleggelsen fra ledelsen: *"Det er alt i fra refleksjoner rundt det, men i høst hadde vi internundervisning og noen timer med refleksjoner rundt brukervedvirkning, og det er veldig viktig. Undervisning hadde vi... og sann ukentlig og daglig at dem oppfordret til at vi skal ta med pasientene inn i det med dagsplanen".*

Kåre: *"Det tilrettelegges for brukervedvirkning. Det gjør det. Det har vært fokus på å ha personer i posten som har vært med i brukerforum, vært med på å arrangere brukerkurs".*

Bente: *"Ja, jeg synes dem tilrettelegger og ... det ledelsen gjør... det er sammen med oss. Vi jobber veldig tett ledelsen og vi".*

Hatling (2011) sier i sin artikkel at det er helt avgjørende å involvere brukere for å styrke det psykiske helsearbeidet. Dette må gjøres både på et individnivå og på et systemnivå.

"Fagmiljøene må fremover stimulere kompetanseheving som ivaretar både alliansen mellom fagperson og bruker samt bred metodisk kompetanse" (s. 143). Videre sier Hatling (2011) at "Spesialisthelsetjenesten, og da særlig sykehusdelen, er samtidig sannsynligvis den delen av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser som i minst grad har tatt opp i seg sentrale politiske føringer rundt mestring og brukervedvirkning" (s. 146).

Hans: *"Ja, de oppfordrer jo oss til å ta med pasientene i beslutningene som vi gjør rundt behandlingsopplegget og utarbeidelse av behandlingsplan og dagsplaner. Og så har vi undervisning hvor vi lærer om forskjellige tilnæringsmetoder og sann da. Og der er det ofte at brukervedvirkning er et tema".*

#### **5.2.10. Samarbeid med pårørende og bruker.**

"Det er et stort potensial for bedre samhandling mellom de offentlige tjenestene og pårørende" (Helse og omsorgsdepartementet, 2013, s. 59). Pårørende får alltid tilbud om samtaler, enten med eller uten bruker. Dette er godt ivaretatt mener helsepersonell i denne studien. Bruker bestemmer selv om de ønsker at pårørende skal være med, selv om helsepersonell gjerne skulle sett at dem ønsket et tett samarbeid. Helsepersonell mener det er viktig for bruker at pårørende er involvert i behandlingsopplegget.

Anne: *"Her er det forholdsvis ofte at pasienten svarer nei. Jeg har ikke noe tro på at pasientene skal bli innlagt her som et enkeltstående individ uten at vi samarbeider med det rundt. Jeg tror at vi er født som sosiale vesener og en del av en sosial konstruksjon. Vi lever sammen med andre.... Og det går ikke an å ta en del ut og plasser den tilbake igjen. Vi er helt nødt til å samarbeide med familie. Vi må ha dem inn på ett eller annet vis. Og da er det måten vi snakker om det, det går ikke an å spørre om, dersom brukeren ønsker det, tenker jeg fordi vi må ha andre formuleringer for å komme i en posisjon til å samarbeide med familien. Det*



*kan ikke være så enkelt som det at det, vil du ha eller vil du ikke ha. Da får vi for mange nei. Og da har ikke jeg noen tro på det som foregår".*

*Ole: "Ja. Det kan høres litt sann skrytende ut, men dette tror jeg vi er ganske gode på. Vi har veldig fokus på det. Så det legges en plan sammen med pårørende om hvordan den kontakten skal være da med pasienten da så klart. Alltid hvis pårørende vil, og pårørende ønsker det at de får komme hit på et møte".*

Ida mener at flere helsepersonell bruker taushetsplikten til å avvise pårørende.

*Ida: "Men dilemma dem står oppi der ... de har jo også lovmessig krav på informasjon. Samtidig så skal jo taushetsplikten stå sterkt da. For jeg sier at taushetsplikten er nr. 1. Og så er samarbeid med pårørende en selvfølge, men det er nr. 2. Og det er et dilemma for dem. For dem har brukt taushetsplikten til å avvise pårørende, og det er helt unødvendig".*

På samme side kommer det frem at helsepersonell synes det er vanskelig med pårørende samarbeid da pårørende ønsker forskjellig informasjon. Og utfordrende i forhold til at noen brukere er på tvang. Morgendagens omsorg (2012-2013), påpeker at det er en utfordring å utvikle ansattes holdninger og kompetanse slik at pårørende arbeid blir en naturlig del av jobben til helsepersonell. Det kommer frem at i enkelte situasjoner kan det være vanskelig og krevende å ha en god kommunikasjonsflyt mellom helsepersonell, bruker og pårørende. "Det er en stor utfordring å sikre tilstrekkelig, god og tilpasset informasjon og kunnskap til pårørende" (Helse og omsorgsdepartementet, 2013, s. 60). Dette krever et godt samarbeid mellom helsepersonell, brukere og pårørende. Dette bekreftes også i denne studien.

*Kåre sier: "jeg tror pårørende har litt forskjellig behov for informasjon. Det er nok ikke alltid vi treffer veldig godt med den informasjonen vi gir... fordi vi vet egentlig ikke hva de pårørende ønsker av informasjon. Og noen ganger er det vanskelig å gi nok informasjon og gi god nok informasjon. Men vi prøver ofte og så .... ha samtale med pasient og pårørende sammen. Det med informasjon... jeg ser at jeg synes det er vanskelig... Det er ikke lett. Men det er noen ganger det går kjempe bra. Ja, det er forskjell".*

### 5.2.11. Ulike forståelser av brukerens problem.

En psykisk lidelse er en indre opplevelse, den kan ikke tolkes på utsiden slik mange helsepersonell gjør. Ida sier det slik: *"Du kan ikke uansett ha egne referanser til hvordan folk har det inni seg. Psykisk sykdom er en indre opplevelse. Du kan ikke tolke det på utsiden, men mange gjør det likevel"*.

Helsepersonell opplever det som krevende når bruker og helsepersonell har forskjellige oppfatninger på hva som er sykdomsbilde. Ulike forståelser på brukerens sykdomsbilde oppstår ofte i psykiatrien. Fordi helsepersonell mener bruker mangler innsikt og forståelse i egen livssituasjon. Ida mener at brukeren har vanskeligheter med å forstå virkelighetsbilde. Brukeren må oppdage virkelighetsbilde selv. Ulland, Thorød & Ulland (2015) sier: *"Som hjelper har vi ofte ikke innsikt og blick for det som vi ønsker som godt for den andre, ender opp som det motsatte"*(s. 181).

Ida: *"Det kan være vanskelig å forstå virkelighetsbilde når du har en psykisk lidelse, men du må oppdage det selv ellers har det ingen mening. Og da spørres det på hvilken måte en hjelper skal hjelpe deg"*.

Hans: *Ja, det er... er veldig vanlig situasjon som oppstår ofte her sann i akutt psykiatrien. Fordi ofte sier vi at pasienten ikke har innsikt da. Når pasienten sier han ikke er enig... med vår oppfattelse av hvordan pasientens indre verden er da og skulle ha vært da, på en måte. Og da er det viktig å ikke være for bardus og pompøs, i starten i hvert fall. I forhold til liksom å prøve og realitets orientere og forme pasienten sin opplevelse av det til hvordan vår opplevelse av det er da"*.

Helsepersonell bruker ofte begrepet realitetsorientere, men mangler kunnskap om hva begrepet egentlig betyr. Både som begrep og hva det betyr å bruke det ovenfor en bruker. Det viser seg i denne studien at dette er et begrep som til tider blir brukt av helsepersonell, samtidig som noen mener at dette er et begrep som ikke bør brukes. Helsepersonell i denne studien fremstår som delt om sin oppfatning av begrepet realitets orienteres.

Anne: *Det synes jeg er et forferdelig begrep. For det er noe jeg hører her på avdelingen innimellom. Om at vi må realitets orientere pasienten. Så tenker jeg.. at realitets orientere, ... Jeg er i en helt annen tankegang. Hvor jeg tenker at jeg ønsker å være nysgjerrig på hva det er pasientene tenker..."*.

Ole: *"Det er vel noe jeg tenker at vi ikke bruker til pasienten. Vi sier ikke at det er en del av behandlingsopplegget at du skal realitets orienteres. Det oppfattes veldig ovenfra og ned, veldig krenkende, du skjønner ingenting.. Det blir veldig feil sann"*.

Ida: *"Har du en sann tanke med deg som fagmenneske at det er viktig, så tror jeg brukermedvirkning på en måte er.... da har dem ikke skjønt brukermedvirkning, da har dem ikke skjønt sykdomsbilde..."*

Per: *"Ja.. Det er jo et sant begrep som kanskje brukes mye i psykiatrien, realitetsorientere... Det er kanskje ikke alltid like fornuftig å bruke det. Det er ofte diskusjoner på det. Når en skal bruke det, når en ikke skal bruke det. At man får realitetsorientere når pasienten blir litt bedre. At det som skjedde da ikke hadde helt rot til virkeligheten. Og vi har erfaring med at vi kan henvende oss til noe av fornuften ved å prøve å realitetsorientere. Og det kan hjelpe litt og da kan vi gjøre det, hvis vi har erfaring med det. Det blir litt sann fra tilfelle til tilfelle".*

Hans: *"Ja, at det er .... at det ofte blir... at vi prøver å påtvinge pasienten vår realitet da, og ikke tar hensyn til pasienten sin realitet da på en måte. Som kan være ganske forskjellig. Og der er jo viktig å... å gjøre det i mange tilfeller for å prøve å hjelpe pasienten til å få forståelse og innsikt".*

Kåre: *"Men jeg tror det å realitetsorientere... som begrep er veldig.... Jeg tror det er nyttig å gjøre det. Men begrepet det... er så stort".*

Åge: *"... Altså, jeg bruker mye realitetsorienter. Nå må du realitetsorientere pasienten, uten at du tenker over hva du legger i selve begrepet. Nå må du si hvordan det egentlig er. Nå må du ta deg sammen litt, se realitetene. Men jeg tenker jo at i utgangspunktet er det litt sann halvnegativt ladet da. I forhold til at det blir mer jeg som skal realitets orientere den andre.*

Anne: *"Hvis han er innlagt her frivillig så må det jo være pasientens egen opplevelse og egen forståelse som vi må være interessert i. Det er jo dette som handler om brukermedvirkning. Om jeg kan kjenne meg igjen i den situasjon, det er helt likegyldig. Fordi det er ikke interessant synes jeg, hvordan jeg forstår i møte med pasienten. Så er det i grunn pasientens egen forståelse som er interessant".*

Noen helsepersonell har gode erfaringer med å bruke begrepet realitetsorientere.

Helsepersonell tar ikke avstand fra begrepet.

### **5.2.12. Brukermedvirkning, empowerment og Arnsteins stige.**

Brukermedvirkning støtter seg opp mot teorien om empowerment. Empowerment beskrives som en prosess som er nødvendig for å styrke og engasjere mennesker. På den ene siden omfatter empowerment de individuelle faktorene som økt selvtillit, kunnskap og egen styrke. På den andre siden omfatter empowerment samfunnsmessige faktorer som politikk og økonomi. Desto mer makt helsepersonell gir brukeren over eget liv og behandling, desto større sjanse er det for at bruker beveger seg opp fra non- participation, og til en terapi som kan omhandle deltakelse. Da kan en snakke om en stige som inneholder partnerskap og delegerede muligheter. Dette handler om å styrke brukeren til å komme ut av avmakten.

Brukerens og de pårørendes kunnskap og kompetanse blir ikke alltid tatt godt i mot av helsepersonell.

"Dersom vi skal kunne snakke om likeverdig kompetanse, kan fagkunnskapen ikke lenger ha monopol på språket- og endrings og kunnskapsutviklingsarbeidet foregår i. Definisjonsmakten må dermed ut av vaktrommene og brukers syn på hva som skal til for å bli bedre, må inn" (Ulland, Thorød & Ulland, 2015, s. 238).

Ole: *"Det kan være uenigheter om i hvor stor grad av brukermedvirkning skal pasienten ha, bestemmelsesrett. At det kan diskuteres.. Det er ikke til å komme i fra at vi har veldig mye makt. Veldig veldig mye makt"*.

"Empowerment forutsetter brukermedvirkning på alle nivåer, ut fra en grunnleggende tro på at menneskets evner og ressurser, en tro på at det er viktig for alle å ha kontroll og innflytelse på sin egen livssituasjon og en tro på at alle har evne til og ønske om å påvirke og utvikle det samfunnet en lever i" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 9).

Målet med å se brukermedvirkning, empowerment og Arnsteins stige sammen er at det skal forekomme et likeverdig samarbeid og gjensidig tillit mellom bruker og helsepersonell (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Der bruker har muligheten klatre lenger opp på stigen og gjenvinne makten over egen livssituasjon. Helsepersonell på sin side må gi fra seg noe av sin profesjonsmakt. Arnstein betrakter brukeren som en medborger i samfunnet, med de samme rettigheter og muligheter som alle andre. "Som borger av et samfunn vil det være en menneskerett å ha innflytelse over spørsmål som gjelder seg selv" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 10). "Den som skal hjelpe noen med redusert psykisk helse, må tørre å utfordre den balansen mellom makt og avmakt som preger relasjonen mellom borger og hjelper" (Ulland, Thorød & Ulland, 2015, s. 230).

Anne sier det slik om mennesker som har en psykisk lidelse: *"Men jeg tenker ikke at brukermedvirkning betyr noe anna for folk med psykiske lidelser enn det gjør for deg og meg. Vi vil jo være med å styre i livene våres. Det er jo ikke noe grunn til å skille ut folk med psykiske lidelser fra deg og meg"*

For at bruker skal kunne leve et aktivt liv er det viktig at den får den hjelpen han/hun trenger og blir møtt med verdighet innen for psykisk helse. Empowerment og Arnsteins stige tar for seg at brukeren finner egne løsninger som fungerer, gjerne i fellesskap med andre (helsepersonell), og etter hvert klatrer lengre opp på stigen etter hvert som brukeren blir anerkjent og finner gode løsninger selv (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Åge: *"Men det går litt igjen på det å gi fra seg den makten man har, hva vi ser på, hva skal vi sette fokus på,*

*kanskje det blir tatt på møter der bruker ikke er med". "Folk må ikke bare bli sett på som en del av problemet, men også som en del av løsningen" (Helse og omsorgsdepartementet, 2013, s. 49).*

## **6. Konklusjon**

Denne studien har hatt sitt fokus på helsepersonell og deres opplevelse og erfaringer med brukermedvirkning blant psykisk syke. Flere områder viser seg å være utfordrende for at brukermedvirkning skal bli en realitet, og for at idealene om brukermedvirkning i helsetjenesten skal kunne nås. Det viser seg at selv om det kommer føringer i form av ulike dokumenter og lover fra myndighetene trenger helsepersonell noe mer fast. Det kan være i form av planer for implementering, avsatte midler, fokus på større samarbeid og større kunnskap blant helsepersonell. Det jobbes med å etablere brukerutvalg, og det ansettes til tider brukere i aktuelle stillinger. Men hvilken påvirkning har dette på helsepersonells forståelse og praktisering?

Tilstrekkelig med kunnskap om begrepet brukermedvirkning er vesentlig for å kunne oppnå idealet. Dette er noe ledelsen, de ansatte og brukerutvalget sammen må sette av tid for å jobbe mot. Dette krever at helsepersonell er villige til å lytte og ta til seg den kunnskapen hver enkelt bruker sitter inne med. Maktutøvelsen fra helsepersonells side foregår på ulike måter. Ofte skjer maktutøvelsen på en lite synelig måte, hverken helsepersonell eller bruker er klar over at det utøves makt. Helsepersonell har med seg forestillinger, normer og arbeidsrutiner som i stor grad preger jobbhverdagen. De jobber ut ifra hvilke forventninger og rammer samfunnet har til sykehuset, samtidig har brukeren sine forventninger og sin virkelighetsforståelse. For helsepersonell er det viktig å være bevisst på hvilke måter makten utspiller seg i praksis. Det er viktig at helsepersonell har reflektert godt rundt dette, for å kunne ha en empowerment- orientert praksis.

Videre viser det seg at holdninger, samarbeid og en god relasjon er temaer helsepersonell er opptatt av. Men det ligger her en skjult agenda bak det hele. Helsepersonell er flinke til å skape gode relasjoner og et godt samarbeid så lenge brukeren danser etter helsepersonells pipe. Er dette noe av den gamle kulturen som ennå sitter i veggene? At helsepersonell har alle svarene? Det trengs da en kulturendring i arbeidet med psykisk syke, og dette krever tid og resurser.

Brukers medvirkningsmulighet i behandlingsopplegget er meget begrenset. Helsepersonell legger ansvaret over på ledelsen, og sier at dem er påtvunget å bruke et datasystem som ikke fungerer. Det fremmer ikke brukernes mulighet til å medvirke. Resultatet av dette er at bruker ikke får muligheten til utforme sin behandlingsplan. Helsepersonell vet da best hvilke behov og hvilken behandling som er best for den enkelte bruker.

Et annet tema som studien belyser er personer som er under et tvunget psykisk helsevern. Helsepersonell uttrykker at det er utfordrende å jobbe med brukermedvirkning på denne pasientgruppen. At brukermedvirkning begrenser seg veldig, men helsepersonell viser både vilje og engasjement for å tilrettelegge for brukermedvirkning. Men det er en klar appell i materialet at når en bruker er veldig dårlig så må en jo bestemme for dem – men, det som lyser igjennom er jo at da mener de ansatte at de MÅ ha medisiner. Og deres bedrevitende posisjon er da ikke bedre viten, men én spesiell tro på hva som virker og er nødvendig. Så lenge ikke pasientene tilkjennes gode grunner for å nekte medisiner, kommer en ikke videre.

I folkehelsesammenheng er brukermedvirkning og brukers stemme et sentralt tema. Behandling av psykisk syke i et folkehelseperspektiv bygger på grunnlaget i empowerment. Der helsepersonell må styrke brukers innflytelse i utformingen av behandlingstilbudet. Empowerment handler om at helsepersonell gir makten tilbake til brukeren. Helsepersonell må jobbe sammen med brukeren for å finne gode løsninger, slik at brukeren kommer ut av avmakten og oppnår kontroll over egen behandling. Dette betyr ikke at helsepersonells makt blir mindre, men at brukers makt over eget liv øker. Brukermedvirkning i et folkehelseperspektiv forutsetter et paradigmeskifte. Behandlingen må være tverrfaglig sammensatt, helsepersonell må bevisst benytte seg av brukers kunnskap og erfaring. Skal helsepersonell skape bedring for denne pasientgruppen må empowerment og brukermedvirkning stå i fokus. Det viser seg at behandlingssystemene i dag ligger langt unna empowermentidealene, selv om en ofte har dem i retorikken. Det er noen grunnleggende maktforhold som gjør realiseringen av idealene vanskelige. Samtidig som empowerment virkelig er det som burde stått i sentrum når det gjelder psykiske lidelser og problemer. På en annen side er det viktig å huske at empowerment ikke må bli en terapiteknikk. Empowerment er reell maktoverføring. Det viser seg at det er et stykke igjen å gå før brukers stemme blir en realitet i hverdagen.

Til slutt vil jeg påpeke at informantene til tider ikke har de samme synspunktene til brukermedvirkning som det kommer frem av helseforetakets og helsemyndighetenes retningslinjer. Dette kan skape konflikter mellom pårørende, bruker og sykehuset.

### **6.1. Forslag til videre forskning.**

For å få et helhetlig syn på helsepersonells forståelse og praktisering av brukermedvirkning er det av interesse å stille både brukerne og pårørende spørsmål om hvordan de opplever brukermedvirkning. Og hvordan de føler at deres meninger og holdninger blir mottatt av helsepersonell.

## Litteratur liste

- Andreassen, T. A. (2007). Når brukerne ikke blir tatt på alvor. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1(10), 3-14.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216-224. <http://dx.doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (Red.). (2007). *Empowerment i teori og praksis* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Baumann, A. & Muijen, M. (2010). *User empowerment in mental health -a statement by the WHO Regional Office for Europe*. Lokaliser på [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)
- Beston, G., Holte, J. S., Eriksson, B. G. & Hummelvoll, J. K. (2005). *Det nødvendige brukerperspektivet i psykisk helsearbeid*. Høgskolen i Hedmark (Høgskolen i Hedmark Rapport 8, 2005). Lokaliser på [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133756/1/rapp08\\_2005.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/133756/1/rapp08_2005.pdf)
- Fagermoen, M. S. (2005). Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7(2), 40-54.
- Finstad, H. (2010). Brukerkompetanse- samsoner for utvikling av erfaringsbasert kunnskap innen psykisk helsearbeid og rusomsorg. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 7(1), 36-44.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Habermas, J. (1999). *Kommunikativ handling, moral og rett*. Frankfurt: Tano Aschehoug.
- Hatling, T. (2011). Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(8), 143-152.
- Helsedirektoratet. (2011). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2011*. (Publikasjonsnummer IS- 2035). Oslo: Helsedirektoratet.



- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialhelsetjenesten.* (Veileder IS-2076). Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser- ROP- lidelser. Sammensatte tjenester- samtidig behandling.* (Publikasjonsnummer IS- 1948). Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet. ( 2013). *Morgendagens omsorg.* ( St.mld. nr. 29, 2012-2013). Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan.* (St. mld. nr. 16, 2011- 2015). Oslo: Departementet.
- Høyer, G. (1995). Lov og rett. Norsk Juridisk tidsskrift, årgang 1995. 151-167.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene.* Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Jensen, A. G. & Tronvoll, I. M. (Red.). (2012). *Brukermedvirkning likeverd og anerkjennelse.* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jenssen, A. G. (2009). *Brukermedvirkning i sosialtjenesten. En studie av sosialarbeidernes perspektiv* (Doktorgradsavhandling). Trondheim: Universitetet i Trondheim NTNU.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Kogstad, R. (2014) Etikkers område kan ikke begrenses. I: IB Larsen: Hold sengen, husk De er syk! Arendal, Genius Loci press.

- Kogstad, R., Ekland, T. & Hummelvoll, J. K. (2014). The knowledge concealed in users' narratives, valuing clients' experiences as coherent knowledge in their own right. *Advances in psychiatry*. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/786138>  
Lokalisert på  
[http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/196374/Kogstad\\_Ekland\\_Hummelvoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/196374/Kogstad_Ekland_Hummelvoll.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Konsmo, T. & Bakke, T. (2012). Brukermedvirkning i kvalitetsforbedring av tjenester for personer med rus og psykiske lidelser (ROP). *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, seksjon for kvalitetsutvikling*. Lokalisert 03.10.14 på:  
<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/brukermedvirkning-i-kvalitetsforbedring>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Laverack, G. (2009). *Public health. Power, empowerment and professional practice*. New York: Palgrave macmillan.
- Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (Red.). (2011). *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. EA. (2014). Omsorg under tvang. En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(11), 114-124.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2011). *Developing Practice for Public Health and Health promotion*. UK: Elsevier Ltd.
- Nes, R. B. & Clench- Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. ( Folkehelseinstituttet Rapport 2). Lokalisert på <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
- Norvoll, R. (Red.). (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 3, §4. (2014)

Rønning, R. (2005). Den institusjonelle ydmykingen. *Nordisk Sosialt Arbeid*, 25(2), 111- 121.

Lokalisert på

[http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/33196625/Den\\_institusjonelle\\_ydmykingen.pdf](http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/33196625/Den_institusjonelle_ydmykingen.pdf)

Sagvaag, H. & Selbekk, A. S. (2013). Rusbehandling i et folkehelseperspektiv. *Rus og Samfunn*, 05. 28-33.

Skorpen, A. & Øye, C. (2010). Miljøterapiens bakgrunn, retninger og utfordringer. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 3(12), 15-27.

Snowden, A. & Marland, G. (2013). No decision about me without me: concordance operationalised. *Journal of Clinical Nursing*, 22. 1353–1360. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com.ezproxy.hihm.no/doi/10.1111/j.1365-2702.2012.04337.x/full> doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04337.x

Solbjør, M. & Steinsbekk, A. (2011). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger - helsepersonells erfaringer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 2(21), 130- 1. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.10.0471>

Lokaliser på <http://tidsskriftet.no/article/2066653/>

Solbjør, M. & Steinsbekk, A. (2008). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger. *Tidsskrift for Den norske legeförening*. 17(11), 1994- 5. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1728961>

Sosial- og helsedepartementet. (1997–1998). *Om Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. St.prp. nr. 63. (1997–1998). Oslo: Departementet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. (Rundskriv IS- 1315). Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>

- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Lov om pasientrettigheter*. (Rundskriv IS- 12/2004). Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter/Publikasjoner/lov-om-pasientrettigheter.pdf>
- Storm, M. (2009) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Straume, C, L. (2014). Tiltak drukner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 135- 143.
- Sveen, U. (2014). Brukermedvirkning. I M K Bahus (Red.), *Store norske leksikon*. Lokalisert 17. april 2015, på <https://snl.no/brukermedvirkning>
- Sverdrup, S. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: sammenstilling av resultater fra fem prosjekter*. Diakonhjemmet Høgskole (Rapport 2007/2). Lokalisert på <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/98549/Sverdrup%20Brukermedvirkning%20syntese%20av%20fem%20prosjekter.pdf?sequence=1>
- Sykehuset Innlandet HF. *Brukermedvirkning, 2013-2016*. Informasjon fra sykehuset innlandet HF. Lokalisert 17.04.2015 på [http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss\\_/brukerutvalg\\_/Documents/Brukermedvirkning%202013-16.pdf](http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss_/brukerutvalg_/Documents/Brukermedvirkning%202013-16.pdf)
- Tangvald- Pedersen, O. & Bongaardt, R. (2011). Tid og tilhørighet: Opplevelsen av god psykisk helse og dens implikasjoner for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(8), 100-108.
- Terkelsen, T. B. (2010). *Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres* (Doktorgradsavhandling). Bergen. Lokalisert på <https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/4587/19445.pdf?sequence=2>
- Terkelsen, T. B. & Larsen, I. B. (2012). Tvangsmedisinering som permanent unntakstilstand. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(9), 123- 132.
- Tritter, J. Q. & McCallum, A.(2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy*,76(2), 156-168.
- Ulland, D., Thorød, A. B & Ulland, E. (Red.). (2015). *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

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

Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi – behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4),308-314.

WHO. (2014). Lokalisert på [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

## **Vedlegg 1. Informasjonsskriv til avdelingsleder.**

### **Forespørsel om deltagelse i et forskningsprosjekt om brukermedvirkning i psykisk helse for helsepersonell.**

Dette forskningsprosjektet er en del av en mastergrad i folkehelsevitenskap på høgskolen i Hedmark, avd. for Folkehelsefag.

Denne studien har til hensikt og løfte frem helsepersonells erfaringer med brukermedvirkning innen psykisk helsetjeneste.

Hvilke utfordringer opplever helsepersonell knyttet til brukermedvirkning, og i hvilken grad blir brukermedvirkning praktisert. Denne kunnskapen vil ha betydning for videreutvikling av helsetjenester til brukergruppen innen psykisk helsetjeneste.

Temaer som blir berørt under intervjuet vil være:

- Samarbeid mellom helsepersonell, bruker og pårørende,
- Brukermedvirkning

For å finne ut mer om dette ønsker jeg å intervju noen ansatte på deres avdeling. Det er ønskelig at de som deltar er fast ansatt og har vært i avdelingen i 1 år.

Jeg vil bruke båndopptaker, og under intervjuet vil jeg ta noen notater.

Hvert intervju vil ta mellom 30 min.- og 60 min.

Tid og sted for intervjuet avtales i hvert enkelt tilfelle. Alle opplysninger du/dere gir, vil bli behandlet konfidensielt. I denne masteroppgaven vil alle resultatene fra intervjuet bli anonymisert og ingen personer vil kunne identifiseres i masteroppgaven.

Det er frivillig å være med, og de kan når som helst trekke seg uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom noen ønsker å trekke seg vil alle innsamlede data - dersom vedkommende ønsker det- bli slettet.

Min veileder ved høgskolen i Hedmark er Ragnfrid Kogstad.

Ønsker du flere opplysninger om intervjuet og/eller studien kan du ta kontakt med meg eller min veileder.

Studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Hvis dette er aktuelt ønsker jeg hjelp til å finne informanter. Har du mulighet til å spørre de ansatte på din avdeling?

Takk for at du tok deg tid til å lese dette!

Med vennlig hilsen

Lise Toverud  
Tlf: 95831224  
Mail: Lisetoverud@yahoo.no

Ragnfrid Kogstad  
Mail: Ragnfrid.kogstad@hihm.no

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv til helsepersonell:**

### **Forespørsel om deltagelse i et forskningsprosjekt om brukermedvirkning i psykisk helse for helsepersonell.**

Dette forskningsprosjektet er en del av en mastergrad i folkehelsevitenskap på høgskolen i Hedmark, avd. for Folkehelsefag.

Studien har til hensikt og løfte frem helsepersonells erfaringer med brukermedvirkning innen psykisk helsetjeneste.

Hvilke utfordringer opplever helsepersonell knyttet til brukermedvirkning, og i hvilken grad blir brukermedvirkning praktisert. Denne kunnskapen vil ha betydning for videreutvikling av helsetjenester til brukergruppen innen psykisk helsefeltet.

Temaer som blir berørt under intervjuet vil være:

- Samarbeid mellom helsepersonell, bruker og pårørende,
- Brukermedvirkning

For å finne ut mer om dette ønsker jeg å gjennomføre delvis strukturerte intervjuer.

Jeg vil bruke båndopptaker, og under intervjuet vil jeg ta noen notater.

Hvert intervju vil ta mellom 45 min.- og 1,5 time.

Tid og sted for intervjuet avtales i hvert enkelt tilfelle. Alle opplysninger du/dere gir, vil bli behandlet konfidensielt. I denne masteroppgaven vil alle resultatene fra intervjuet bli anonymisert og ingen personer vil kunne identifiseres i masteroppgaven.

Det er frivillig å være med, og du/dere kan når som helst trekke deg/dere uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom noen ønsker å trekke seg vil alle innsamlede data - dersom du/dere ønsker det- bli slettet.

Min veileder ved høgskolen i Hedmark er Ragnfrid Kogstad.

Ønsker du flere opplysninger om intervjuet og/eller studien kan du ta kontakt med meg eller min veileder. Studien er meldt inn til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Hvis du ønsker å være med i dette prosjektet ber jeg deg om å bekrefte dette på mail innen 12.12.2014. Samtykkeerklæringen signeres når vi møtes til intervju.

Takk for at du tok deg tid til å lese dette!

Med vennlig hilsen

Lise Toverud

Tlf: 95831224

Mail: Lisetoverud@yahoo.no

Ragnfrid Kogstad

Mail: Ragnfrid.kogstad@hihm.no

### **Samtykke til deltagelse:**

Navn:

Telefon:

Mailadresse:

dato/ sted:

Underskrift:

### **Vedlegg 3:**

### **Vedlegg 3. Intervjuguide**

#### **Informasjon til deltakeren:**

En kort orientering om meg som masterstudent og bakgrunnen for dette prosjektet.  
Informasjon om muligheten til å trekke seg, hvordan intervjuet er lagt opp (tid og tema) og informasjon om bruk av lydbånd og notater.

Eventuelle spørsmål.

#### **Personopplysninger:**

Kjønn:

Utdanning:

Antall år med arbeidserfaring:

#### **Presentasjon av problemstilling:**

Problemstilling: Hvordan er helsepersonells forståelse av brukermedvirkning hos pasienter innlagt på et psykiatrisk sykehus/avdeling?

Problemstillingen utdypes med følgende forskningsspørsmål:

- Helsepersonells kunnskap og holdninger til brukermedvirkning.
- Er brukermedvirkning en realitet og hvordan praktiseres dette av helsepersonell?
- Hvordan kan empowerment som et teoretisk perspektiv bidra til en analyse av helsepersonells erfaringer av brukermedvirkning i psykisk helse?

#### **Spørsmål til informanten:**

##### **Tema 1. Helsepersonells opplevelse/forståelse/erfaringer av brukermedvirkning**

- Hva betyr brukermedvirkning for deg? Hvordan beskriver du innholdet i brukermedvirkning?
- Ser du som helsepersonell noen sammenheng mellom arbeidsoppgavene dine og brukermedvirkning? Er det noen situasjoner kan du nevne? Har du eksempler på brukermedvirkning i det daglige arbeidet?
- Hvilke erfaringer har du med brukermedvirkning? Positive opplevelser og negative opplevelser.
- Hva tenker du brukermedvirkning betyr for personer med psykiske lidelser?
- Hva mener du er de største utfordringene for å fremme brukermedvirkning på din arbeidsplass?
- Hva mener du er svakheter med brukermedvirkning?
- Er brukermedvirkning enkelt eller vanskelig i din jobb- hverdag?  
Hva gjør det enkelt eller vanskelig?



## **Tema 2. I møte med brukeren. Individuell plan.**

- Deltar bruker i å utforme sin behandlingsplan? På hvilken måte deltar bruker?
- Blir bruker oppfordret til å delta på utformingen av egen behandling?
- Hvilken innflytelse har brukeren over det som skjer på avdelingen?
  - Behandlingsopplegg?
  - Aktiviteter?
  - Medisinering?
- Får bruker valgmuligheter om egen behandling?
  - Medisiner?
- I hvilken grad er det brukeren som bestemmer?
  - Primærkontakt?
  - Behandler?
- Tar du beslutninger for brukeren ang behandling, aktiviteter osv?
- Gir du som helsepersonell brukeren informasjon om hvilke rettigheter brukeren har?
  - Klagemuligheter på behandling?
  - Pasientombudet?
  - Innsynsrett til egen journal?
  - Kontrollkommisjonen?
- Hvilke positive og negative konsekvenser har brukermedvirkning for brukeren?

## **Tema 3. Medarbeidere/ledelse**

- Tilrettelegger ledelsen for brukermedvirkning? Hva gjør ledelsen for å fremme brukermedvirkning?
- Hvordan utøves/praktiserer brukermedvirkning i på din arbeidsplass? I hvilken grad mener du er brukermedvirkning gjennomført på din arbeidsplass?
- Hva gjør du som helsepersonell for å fremme brukermedvirkning på din avdeling?
- Er brukermedvirkning noe dere ansatte diskutere dere i mellom? Hvordan? Hva?
- Har du inntrykk av at dine kollegaer har brukermedvirkning som tema?
- Føler du deg alene hvis du ønsker å fremme brukermedvirkning på din arbeidsplass? Hvordan da? Hva er tilbakemeldingene fra kollegaer?

#### **Tema 4. Pårørende**

- Er pårørende inkludert dersom bruker ønsker det?
- Får brukerens pårørende tilstrekkelig med informasjon når brukeren er til behandling hos dere? Pårørende informasjon? Hvordan skjer dette?

#### **Tema 5. Pasientens sykdomsbilde.**

Helsepersonell og bruker kan ha ulike forståelser av hva som er (sykdoms-) problemet.

- Hvordan opplever du slike situasjoner? Kan du kjenne deg igjen i den situasjonen? Hvordan forstår du den situasjonen? Hvordan løser du/ dere det?
- Hva tenker du om begrepet "realitets orienteres"?

## **Vedlegg 4. Spørsmål til helsepersonell:**

### **Tema 1. Helsepersonells opplevelse/forståelse/erfaringer av brukervedvirkning**

- Hva betyr brukervedvirkning for deg? Hvordan beskriver du innholdet i brukervedvirkning?
  
- Ser du som helsepersonell noen sammenheng mellom arbeidsoppgavene dine og brukervedvirkning? Er det noen situasjoner kan du nevne? Har du eksempler på brukervedvirkning i det daglige arbeidet?
  
- Hvilke erfaringer har du med brukervedvirkning? Positive opplevelser og negative opplevelser.
  
- Hva tenker du brukervedvirkning betyr for personer med psykiske lidelser?
  
- Hva mener du er de største utfordringene for å fremme brukervedvirkning på din arbeidsplass?
  
- Hva mener du er svakhetene med brukervedvirkning?
  
- Er brukervedvirkning enkelt eller vanskelig i din jobb- hverdag?  
Hva gjør det enkelt eller vanskelig?

### **Tema 2. I møte med brukeren. Individuell plan.**

- Deltar bruker i å utforme sin behandlingsplan? På hvilken måte deltar bruker?
  
- Blir bruker oppfordret til å delta på utformingen av egen behandling?
  
- Hvilken innflytelse har brukeren over det som skjer på avdelingen?
  - Behandlingsopplegg? - Aktiviteter? - Medisinering?
  
- Får bruker valgmuligheter om egen behandling?
  - Medisiner?
  
- I hvilken grad er det brukeren som bestemmer?
  - Primærkontakt? - Behandler?
  
- Tar du beslutninger for brukeren ang behandling, aktiviteter osv?
  
- Gir du som helsepersonell brukeren informasjon om hvilke rettigheter brukeren har?
  - Klagemuligheter på behandling? - Pasientombudet? - Innsynsrett til egen journal? - Kontrollkommisjonen?
  
- Hvilke positive og negative konsekvenser har brukervedvirkning for brukeren?

### **Tema 3. Medarbeidere/ledelse**

- Tilrettelegger ledelsen for brukermedvirkning? Hva gjør ledelsen for å fremme brukermedvirkning?
- Hvordan utøves/praktiserer brukermedvirkning i på din arbeidsplass? I hvilken grad mener du er brukermedvirkning gjennomført på din arbeidsplass?
- Hva gjør du som helsepersonell for å fremme brukermedvirkning på din avdeling?
- Er brukermedvirkning noe dere ansatte diskuterer dere i mellom? Hvordan? Hva?
- Har du inntrykk av at dine kollegaer har brukermedvirkning som tema?
- Føler du deg alene hvis du ønsker å fremme brukermedvirkning på din arbeidsplass? Hvordan da? Hva er tilbakemeldingene fra kollegaer?

### **Tema 4. Pårørende**

- Er pårørende inkludert dersom bruker ønsker det?
- Får brukerens pårørende tilstrekkelig med informasjon når brukeren er til behandling hos dere? Pårørende informasjon? Hvordan skjer dette?

### **Tema 5. Pasientens sykdomsbilde.**

Helsepersonell og bruker kan ha ulike forståelser av hva som er (sykdoms-) problemet.

- Hvordan opplever du slike situasjoner? Kan du kjenne deg igjen i den situasjonen? Hvordan forstår du den situasjonen? Hvordan løser du/ dere det?
- Hva tenker du om begrepet "realitets orienteres"?