

Avdeling for folkehelsefag, Elverum

Tone M. Kristensen Vaadal

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Brukererfaringer fra DPS allmennpsykiatrisk poliklinikk

Master of Mental Health Care
User Experiences from a Psychiatric Outpatient Clinic

Master i psykisk helsearbeid 4PM791

2019

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA ☒ NEI ☐

«Jeg håper det kan bli like naturlig for meg å fortelle om angstproblemene mine som å si at jeg har vondt i kneet. Av og til er det mer praktisk, dessuten mener jeg det er sunnere for sjelen».

Kin Wessel, Billedkunstner og medforsker, 2015

Forord

Etter mange års klinisk arbeid har det vært både lærerikt, utfordrende og tankevekkende å få anledning til å gjennomføre denne forskningsoppgaven om pasienterfaringer fra egen arbeidsplass. Å snakke med informantene om deres erfaringer, uten å være i rollen som behandler, har gitt meg et utvidet perspektiv på det å ha en psykisk lidelse og være i behandling. Beskrivelser av sårbarhet og skam har gjort inntrykk og styrket mitt engasjement for kunnskap, normalisering og åpenhet om psykiske plager og lidelser.

Forskning er en av kjerneoppgavene ved DPS. Jeg håper oppgaven viser nytten av praksisnær forskning og inspirerer til videre muligheter for fagutvikling ved poliklinikken.

En spesiell takk til informantene som tok seg tid til intervju og åpnet opp om personlige erfaringer, tanker og meninger.

Takk til avdelingsleder Elmer Sigmond som har støttet prosjektet og vektlagt sykepleiefaglig utvikling.

Takk til veileder Arild Granerud for vennlig imøtekommenhet og tålmodighet.

En stor klem og takk til alle dere i familie og vennekrets som har oppmuntret, støttet og forstått tøffe prioritering av studier fremfor sosialt samvær.

Tone Vaadal

Hamar, april 2019.

Innholdsfortegnelse

FORORD	4
NORSK SAMMENDRAG	7
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT).....	8
1. INNLEDNING	9
1.1 UNDERSØKELSENS HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	12
1.2 FORFORSTÅELSE.....	13
1.3 PRESENTASJON AV HAMAR DPS ALLMENNPSYKIATRISKE POLIKLINIKK.....	14
2. TEORI	16
2.1 PSYKISK HELSE	16
2.1.1 <i>Psykisk helsearbeid</i>	16
2.1.2 <i>Lokalt psykisk helsearbeid og DPS</i>	17
2.2 PERSPEKTIVER PÅ PSYKISK LIDELSE OG «DEN HELSEPOLITISKE SPAGATEN».	17
2.3 KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS	19
2.3.1 <i>Relasjonelle og organisatoriske “fellesfaktorer”</i>	20
2.3.2 <i>Den terapeutiske relasjonen</i>	20
2.3.3 <i>Avslutninger</i>	21
2.3.4 <i>De fysiske omgivelsene</i>	21
2.4 SKAM OG STIGMA	22
2.5 AKTUELL FORSKNING OM BRUKERERFARINGER.....	24
2.6 EMPOWERMENT	27
2.6.1 <i>Begrep og bakgrunn</i>	27
2.6.2 <i>Empowerment og helse</i>	27
2.6.3 <i>Ulike tilnærminger til empowerment</i>	28
2.6.4 <i>Brukermedvirkning og empowerment</i>	28
2.6.5 <i>Empowerments emosjonelle dimensjon</i>	29
2.6.6 <i>Empowerment, styringsformer og strukturelle vilkår</i>	29
3. METODE	31
3.1 VITENSKAPELIG GRUNNLAGSTENKNING;	31
3.1.1 <i>Hermeneutikk og fenomenologi</i>	32
3.2 FORSKNINGSDESIGN	33
3.3 DATAINNSAMLING.....	34
3.4 ANALYSE	35
3.5 ANALYSEPROSESSEN VED BRUK AV STC	36
3.5.1 <i>Helhetsinntrykk</i>	36

3.5.2	<i>Meningsbærende enheter</i>	36
3.5.3	<i>Kondensering</i>	37
3.5.4	<i>Syntese</i>	37
3.6	ETISKE OVERVEIELSER	37
3.7	METODEKRITIKK	39
4.	RESULTATER	42
4.1	SKAMMENS VENTEROM	43
4.1.1	<i>Frykt for stigmatisering</i>	44
4.1.2	<i>Venterommets trykkende atmosfære</i>	45
4.1.3	<i>Venterommets utfordrende innredning</i>	46
4.2	SKJEMAVELDET	47
4.2.1	<i>Den uforståelig lange utredningsfasen</i>	47
4.2.2	<i>Spørsmålene som slitsomme og urovekkende</i>	48
4.3	Å BLI TATT PÅ ALVOR	48
4.3.1	<i>Få orden på tankene og livet</i>	49
4.3.2	<i>Samtalen og kjemiens betydning</i>	49
4.3.3	<i>En felles forståelse for behov og tiltak</i>	50
4.4	DEN UTFORDRENDE AVSLUTNINGEN	51
4.4.1	<i>Den planlagte avslutningen</i>	51
4.4.2	<i>Den resignerte avslutningen</i>	52
4.4.3	<i>Den uforståelige og uventede avslutningen</i>	52
4.5	INFORMANTENES KJENNSKAP TIL BRUKERRETTIGHETER OG RESPONS PÅ DELTAKELSE I INTERVJU	53
5.	DRØFTING	54
5.1	SKAM, STIGMA OG UROEN FOR ANDRES FORDOMMER	54
5.2	SAMTALENES FORUTSETNINGER, STYRKENDE MULIGHETER OG UTFORDRINGER	58
5.3	STRUKTURELLE VILKÅR OG MULIGHET FOR EMPOWERMENT	62
6.	KONKLUSJON	66
	LITTERATURLISTE	67

Vedlegg 1; Godkjenning NSD, Vedlegg 2; Forespørsel om samtale, Vedlegg 3; Intervjuguide, Vedlegg 4; Samtykkeerklæring

Norsk sammendrag

Bakgrunn: For å sikre gode og virksomme behandlingstilbud er kunnskap om hvordan tjenestene erfares av de som benytter hjelpen svært viktig og fremhevet i nasjonale føringer og lovverk. Det påhviler tjenestene plikt til å innhente kunnskap om pasienterfaringer regelmessig og benytte denne til kvalitetssikring og kvalitetsforbedring. Ved Hamar DPS poliklinikk utgjør begrenset svarrespons på benyttet brukererfaringundersøkelse en utfordring for poliklinikkens brukermedvirkning, kunnskapsgrunnlag og kvalitetsarbeid.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å få kunnskap om hvordan pasienter erfarer et utrednings- og behandlingsforløp ved Hamar DPS allmennpsykiatriske poliklinikk. Denne kunnskapen vil være et nyttig utgangspunkt for videre kvalitetsarbeid og utvikling av tjenestetilbudet ved poliklinikken.

Metode: Undersøkelsen er basert på ni individuelle, semistrukturerte kvalitative intervju av tidligere pasienter ved poliklinikken. Intervjuene ble kodet og analysert ved hjelp av K. Malteruds systematiske tekstkondenseringsmetode (STC).

Resultater: Analysen viste fire hovedkategorier; «Skammens venterom», «Skjemaveldet», «Å bli tatt på alvor» og «Den utfordrende avslutningen».

Konklusjon: Undersøkelsen viser at behandlingstilbudet ved poliklinikken erfares svært forskjellig. Noen beskriver god hjelp og støtte, andre beskriver utfordringer. Å ha en psykisk lidelse utfordrer selvfølelse og mental kapasitet. Skam og stigma relatert til psykiske helseplager er fortsatt en betydelig utfordring. En trygg og god samarbeidsrelasjon med behandler fremheves som grunnleggende for å kunne nyttiggjøre seg behandlingstilbudet. Det ønskes hjelp til å få gitt respons ved eventuelle utfordringer i samarbeidet. En felles forståelse mellom pasient og behandler for behov og tiltak i behandlingsplanen er betydningsfullt, men kan også by på utfordringer. Det er nødvendig å identifisere strukturelle barrierer for utbytte av behandling for forbedret helsehjelp og en myndiggjørende tjeneste.

Nøkkelord: Brukererfaringer, distriktpsikiatriske senter/DPS, allmennpsykiatriske poliklinikk, voksne, empowerment

Engelsk sammendrag (abstract)

Background: Knowledge of how patients experience health services is considered invaluable for developing and offering sustainable and suitable services. The importance of this knowledge is emphasized in the official guidelines for health services. Regular surveys about users' experiences are required by the government. The current design of survey used at Hamar outpatient clinic has yielded low feedback from former patients and thereby given insufficient information. The purpose of this thesis is both to fill a knowledge gap on how users' experiences their treatment as well as provide a basis for further investigations.

Aim: The aim of this master thesis is to explore how users at this outpatient clinic have experienced their treatment. This thesis will give valuable insight for the further development of treatment at the outpatient clinic by

Data and Methods: This thesis is based on nine individual, semi-structured qualitative interviews with former patients at this psychiatric outpatient clinic. The interviews were coded and analysed following K. Malteruds' Systematic Text Condensation (STC).

Results: The analysis showed four main categories; «The shame in the waiting room», «The Bureaucracy», «The need to be taken serious» and «The troublesome ending of therapy».

Conclusion: This study demonstrates that the treatment offered by the outpatient clinic is experienced very differently among the patients. Some of the patients described receiving good help and support, others described challenges. Having a mental disorder is a challenge for both self-esteem and mental capacity. A good cooperative relationship with therapists is emphasized as fundamental by the patients to be able to make use of the treatment offered. The patients expressed a wish for help to deal with potential challenges in the therapeutic relation. A common understanding of the patients needs and the appropriate measures to be taken is important, but can be challenging to achieve. Importantly, this study highlights how shame and stigma related to mental health problems remain a challenge. Structural barriers are important to identify in order to provide benefit from treatment and empowerment .

Keywords: User experiences, psychiatric outpatient clinic/community mental health center, general psychiatry, adults, empowerment

1. Innledning

Brukermedvirkning er et overordnet mål i norsk helsepolitikk og fremheves som en forutsetning for utvikling av gode og treffsikre behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2014). Pasienters erfaringer, ønsker og behov fremheves som et viktig kunnskapsperspektiv som skal legges til grunn for beslutninger og utforming av behandlings- og tjenestetilbud (Pasientrettighetsloven, 1999). Tjenestene er forpliktet til å etablere gode og virksomme system for innhenting av pasienterfaringer og benytte disse i forbindelse med kvalitetssikring og kvalitetsforbedring (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). Brukererfaringundersøkelser har gjennom mange år vært den mest benyttede metoden for å fremskaffe kunnskap om brukererfaringer og brukertilfredshet. Ved Hamar DPS allmennpsykiatriske poliklinikk har det vært en utfordring å få tilstrekkelig svarrespons på benyttet undersøkelse. Dette er en utfordring for enhetens kvalitetsarbeid og derfor denne oppgavens fokus.

Psykiske lidelser er vanlige i befolkningen og forekommer hos mennesker i alle aldersgrupper og i alle deler av befolkningen. Psykisk helseproblematikk regnes som en av våre største helse- og samfunnsutfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Verdens helseorganisasjon (WHO) forventer at psykiske lidelser vil være den største helseutfordringen i den vestlige verden allerede fra 2020 (Saxena, Funk & Chisholm, 2014). Psykiske lidelser påvirker trivsel, livsglede og relasjoner og kan medføre store omkostninger for enkeltpersoner, familier og samfunnet som helhet. En betydelig andel av den voksne befolkningen er årlig i kontakt med helsetjenesten på grunn av psykiske symptomer og plager. Samtidig er det en utfordring og bekymring at mange ikke søker hjelp for psykisk helseproblematikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Å gå inn i pasientrollen og søke hjelp i et samfunn preget av verdien om å klare seg selv kan for mange være en stor utfordring som kan påvirke selvfølelse og kreve justering av selvbildet (Hummelvoll, 2000).

Det er et helsepolitisk mål at flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel. Regjeringens strategi for god psykisk helse fremhever betydningen av god helsehjelp for de som utvikler psykiske lidelser og påpeker at behandling skal ha effekt (Sosial og helsedirektoratet, 2017). Økt involvering av pasienter og pårørende fremholdes som helt nødvendig i utviklingen av virksomme behandlingstilbud og pasientens helsetjeneste. Tjenestene oppfordres å ha forståelse for betydningen av brukerkunnskapen og ta denne i bruk på en systematisk måte (Sosial- og helsedirektoratet, 2017).

Betydningen av brukermedvirkning ved aktive og medvirkende pasienter og pårørende ble tydeliggjort i Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Pasientrollen ble endret fra passiv mottaker av hjelp til aktiv deltaker i behandling og tjenesteutforming. Lov om pasientrettigheter (1999) ga pasienter og pårørende juridisk rett til informasjon og medvirkning, både på individ og systemnivå. Tjenestenes tradisjonelle kunnskapssyn ble utvidet med subjektiv, erfaringsnær kunnskap (Ekeland, 2011). Pasienten ble fremhevet som viktigste aktør hvor aktiv medvirkning og utforming av tjenestetilbud og bedringsprosess anses å ha terapeutisk effekt som kan bidrar til økt mestring for både pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2014).

Brukermedvirkning bygger på teorien om empowerment, beskrevet som en prosess som gir mennesker økt kontroll over egen helsetilstand og mulighet til å bedre egen helse ved at de gis makt, gjøres i stand til og tillates å delta i sentrale valg og vurderinger (Helsedirektoratet, 2014). Empowerment har de siste tiårene ligget implisitt i helsepolitiske føringer som et mål, prosess og en demokratisk rettighet. Brukermedvirkning er et viktig skritt på vei til empowerment (Storm, 2009). Mange i hevder imidlertid at det fortsatt er langt igjen til tilfredsstillende grad av brukermedvirkning og anerkjennelse av brukernes stemme (Skårderud, Haugsgjerd & Stårnicke, 2010) (Ocloo & Matthews, 2017). Stomski & Morrison (2017) hevder at brukermedvirkning fortsatt er en politisk ambisjon som i mindre grad er omsatt til klinisk praksis. Det er fortsatt behov for helsetjenester som i større grad benytter brukernes innsikt og erfaringer (Pettersen & Lofthus, 2018).

I tråd med verdens helseorganisasjon (WHO) og andre vestlige land, er det de siste tiårene gjennomført store endringer i tjenestetilbudet til mennesker med psykisk helseproblematikk. Lokalbaserte tjenestetilbud er styrket og vektlagt. I Norge er distriktspsykiatriske senter (DPS) etablert over hele landet med hovedansvar for tilbudet innen psykisk helsevern for voksne på spesialistnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Kjernevirksomheten i DPS er utredning, diagnostikk og behandling av mennesker med psykiske lidelser. Behandlingstilbudet består av dag- og døgntilbud samt polikliniske og ambulante tjenester, noen har også dagtilbud. Det har lenge vært en politisk målsetting å forskyve døgntilbehandlingen til poliklinisk nivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Poliklinisk behandling ved DPS er et viktig behandlingstilbud med en pasientgruppe i stadig vekst. På nasjonalt nivå er den polikliniske konsultasjonsraten tredoblet siden 1998. Tall fra

Samdata viser at 145 000 pasienter behandlet poliklinisk i spesialisthelsetjenesten i 2017 (Helsedirektoratet, 2018).

For å sikre gode og virksomme helsetilbud er tjenestene pålagt å etablere systemer for innhenting av pasienterfaringer samt ha gode rutiner for å forbedre tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som kan handle om alt fra små justeringer til større endringer. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten fremholder at kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger og pasienterfaringer er kunnskapskilder som kan avdekke eventuelle utfordringer og områder det kan være aktuelt å jobbe med for å bedre kvalitet og sikkerhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Brukererfaringsundersøkelser har gjennom en årrekke vært benyttet som metode for å måle kvaliteten på helsetjenester. Denne type undersøkelser har imidlertid vært kritisert for lav deltakelse, svak metodologisk kvalitet samt at de ikke har målt det som har vært viktig for pasientene (Bjørngaard, Ruud, Garratt & Hatling, 2007). En nylig gjennomført studie av brukererfaringsundersøkelser påpekte begrenset utvikling av nye metoder for vurdering av brukertilfredshet og påpeker at det ikke finnes noen «gullstandard». Hensikt og rammebetingelser må sammen med ønsket fokusområde ligge til grunn for valg av metode (Miglietta, Belessiotis-Richards, Ruggeri & Priebe, 2018).

Hamar DPS allmennpsykiatriske poliklinikk har gjennom flere år benyttet en skriftlig brukererfaringsundersøkelse i sitt med kvalitetsarbeid. Undersøkelsen er utformet som et flersidig spørreskjemahefte delt inn i syv hovedtema med underspørsmål som ønskes besvart med både «åpne» og «lukkede» svaralternativ. Vanlig praksis har vært å levere ut undersøkelsen ved siste konsultasjon. Besvarelsen er anonym og gir mulighet for bred og utfyllende respons på den enkeltes erfaringer fra behandlingen. Svært begrenset svarrespons har imidlertid lenge vært en utfordring for undersøkelsens nytteverdi. Forskjellige ekstratiltak i form av mer direkte og personlig henvendelser har vært forsøkt for å styrke svarresponsen, uten at dette har gitt ønsket effekt. Kontakt med brukerorganisasjoner har heller ikke gitt økt respons. For tiden er det derfor hovedsaksaklig i de enkelte behandlingsrelasjonene at brukererfaringer og brukernes synspunkter tematiseres.

1.1 Undersøkelsens hensikt og problemstilling

Brukermedvirkning og kunnskap om brukererfaringer er som beskrevet en demokratisk rettighet av stor betydning for utviklingen av treffsikre og virksomme tjenester. (Stomski & Morrison, 2017) (Helsedirektoratet, 2014). Poliklinikkens benyttede brukererfaringsundersøkelse har vært til begrenset nytte for å fremskaffe denne kunnskapen. Litteratursøk viser en generell mangel på forskningsbasert kunnskap om brukererfaringer basert på brukerperspektivet (Krupchanka et al, 2017). Siste nasjonale undersøkelse fra allmennpsykiatriske poliklinikker er PasOpp 2007 (Groven, Holmboe, Helgeland, Bjertnæs & Iversen 2008). Denne påpekte informasjon og medvirkning i behandlingen som klare forbedringsområder. Dette påpekes fortsatt i nyere forskning (Stomski & Morrison, 2017) (Pettersen & Lofthus, 2018). Den begrensede responsen på gjeldende brukererfaringsundersøkelse gjør at Hamar DPS poliklinikk har en mangel i tjenestetilbudets kunnskapsgrunnlag når det gjelder brukererfaringer. Olsson & Dahl (2018) har nylig undersøkt pasienters symptombelastning etter gjennomført terapi ved DPS allmennpsykiatrisk poliklinikk Hamar. Til tross for mange konsultasjoner ved poliklinikken viste det seg at kun en moderat andel av pasientene oppnådde signifikant symptomlette. Undersøkelsen foreslår gjennomgang av pasientseleksjon og arbeidsform ved de allmennpsykiatriske poliklinikkene ved DPS.

For å sikre at behandlingstilbudet ved poliklinikken har ønsket effekt for de som er i behov av tjenestene, søker denne undersøkelsen kunnskap om pasienterfaringer basert direkte på pasienters perspektiv. Dette kan gi viktig informasjon om hvordan et utrednings- og behandlingsforløp erfares av de som kjenner tjenesten «på kroppen» og hvilke områder det kan være aktuelt å ha fokus på i kvalitetsarbeid for videre utforming av behandlingstilbudet, både på individuelt- og systemnivå.

Oppgavens problemstilling;

Hvordan erfarer pasienter ved Hamar DPS allmennpsykiatrisk poliklinikk et utrednings- og behandlingsforløp?

Begrepsavklaring:

Pasient; I denne oppgaven benyttes hovedsakelig pasient som betegnelse på en person som benytter poliklinikkens tjenestetilbud. På poliklinikken er dette den vanlige betegnelsen på personer som benytter tjenesten. Jeg understreker at betegnelsen kun gjelder i forbindelse med utredning- og behandling ved poliklinikken. I kommunal sammenheng er bruker en mye brukt betegnelse på brukere av helsetjenester. I deler av teksten faller det naturlig å benytte også denne betegnelsen.

Pasienterfaringer og brukererfaringer; I denne undersøkelsen beskriver begrepene det samme. Brukererfaringer er imidlertid et mer definert begrep som benyttes «på tvers» av pasient-/brukerstatus og som er å forstå som erfaringsbasert kunnskap pasienter har om eget liv, sin lidelse og bruk av tjenester (Pettersen & Lofthus, 2018).

1.2 Forforståelse

Å få denne muligheten til å utforske pasienterfaringer fra poliklinisk behandling ved DPS er både spennende og engasjerende. Oppgaven er imidlertid også utfordrende fordi jeg selv arbeider som psykiatrisk sykepleier ved poliklinikken. Malterud (2017) bruker metaforen «ryggsekk» om det vi som forskere bringer med oss inn i forskningsprosjekter og som påvirker hvordan vi samler, leser og tolker data. I tråd med anbefaling fra Malterud (2017) har jeg derfor i forkant av undersøkelsen gjort opp min egen «selvangivelse» med refleksjoner rundt eget ståsted og mulige bias. I tillegg vil jeg vektlegge en refleksiv prosess gjennom hele forskningsprosessene for å ha et mest mulig bevisst forhold til eget materiale gjennom forskningsprosessen.

Sentralt i min forforståelse er ønsket om å yte god hjelp og behandling til pasientenes beste. Gjennom mine erfaringer som behandler ved poliklinikken har jeg merket meg at pasienter kan ha svært ulike utgangspunkt, ønsker og forventninger til behandlingen ved poliklinikken. Noen kan ha en «enkel» og avgrenset psykologisk problematikk som lett lar seg formulere i en behandlingsplan og behandle i godt og effektivt samarbeid mellom pasient og behandler. Andre kan være i en vanskelig livssituasjon hvor psykisk lidelse utgjør en del av et større bilde som ofte inkluderer økonomiske, yrkesmessige og relasjonelle utfordringer. Jeg har erfart at dette kan gjøre det vanskelig å finne en felles målsetting for behandlingen og et strukturert behandlingssamarbeid. Jeg har tanker om at sistnevnte pasientgruppe ikke bestandig får så god

hjelp som de innledningsvis hadde håpet på og at poliklinikkens rammebetingelser i slike situasjoner er kan begrense brukermedvirkning og empowerment.

Behandlingstilbudet ved poliklinikken er av begrenset varighet. Jeg har erfart at samarbeidsrelasjonen kan være svært betydningsfull for pasienten og derfor ikke uten videre enkelt hverken å avslutte eller overføre til andre instanser. Jeg lurte på om poliklinikken i tilstrekkelig grad har kapasitet til å ivareta endrings- og avslutningsfaser.

Poliklinikken er under et stadig tids- og kapasitetspress. Jeg har tanker om at dette kan medføre et sterkere innslag av paternalisme fremfor brukermedvirkning i behandlingssamarbeidet. I en travel arbeidshverdag har jeg for egen del merket at det kan være fort gjort å ta avgjørelser for pasienten fremfor å bruke tid på dialog til tross for at jeg anser likeverdighet og brukermedvirkning som svært viktig.

1.3 Presentasjon av Hamar DPS allmennpsykiatriske poliklinikk

DPS poliklinikk Hamar er en del av Elverum-Hamar DPS og består av to samlokaliserte enheter i Hamar. Bemanningen ved poliklinikken er tverrfaglig sammensatt og består av ca 30 behandlerstillinger. Til enhver tid har poliklinikken ca 1000 pasienter til utredning og behandling.

Poliklinikken behandler voksne over 18 år. Pasientgruppa representerer et bredt spekter av lidelser hvor affektive lidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser og nevropsykologiske lidelser utgjør hovedgruppene. Poliklinikken behandler ikke «tyngre» psykiske lidelser som psykoseproblematikk og rus- og psykiske lidelser hvor rusproblematikk er mest fremtredende. Pasienter henvises i hovedsak fra fastleger og vurderes fortløpende i poliklinikkens inntaksteam med henblikk på rettighet og frist for behandlingsstart i tråd med prioriteringsforskrift. Pasienter fordeles deretter fortløpende til behandlere. Behandlingsforløpet innledes i tråd med nasjonale retningslinjer med utredning basert på standardiserte kartleggingsverktøy hvor diagnose gir grunnlag for behandling. Behandler utarbeider en individuell behandlingsplan med utgangspunkt i pasientens diagnose og pasientens egne ønsker og mål for behandlingen. Behandlingstilbudet ved poliklinikken er i hovedsak individuelt basert kognitiv terapi, traumeterapi og psykodynamisk orientert terapi

samt vurdering og tilpasning av medisiner. Et vanlig behandlingsforløp består av en time à 45 minutter hver uke eller hver 14. dag og er i hovedsak av begrenset varighet.

Pasientene får skriftlig og muntlig informasjon om behandlingstilbudet og brukerrettigheter ved oppstart behandling. Brukermedvirkning utøves i det enkelte pasient-behandlersamarbeidet, konkretisert ved utforming av behandlingsplanen og evalueringssamtaler. Form og innhold i evalueringssamtalene bestemmes av den enkelte behandler i samarbeid med pasienten. Hensikten med evalueringen er å sjekke om behandlingen fungerer som forventet eller om det er behov for endring. Det er også vanlig å gjennomføre en oppsummerings-/evalueringssamtale ved avslutning av behandlingsforløp. Det foreligger ingen standardisert mal for innholdet i evalueringssamtalene, dette er opp til behandler og pasient i fellesskap.

Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for voksne ble innført 1.januar 2019 (Helsedirektoratet, 2019). Denne oppgaven er imidlertid basert på behandlingsrammer før pakkeforløp.

2. Teori

Kapittelet gir en presentasjon av relevante og aktuelle teoretiske perspektiv på psykisk helse, psykisk lidelse, verdigrunnlag og tilnærminger i praksis sammen med aktuell forskning på feltet brukermedvirkning og brukererfaringer. I tillegg presenteres kunnskapsbasert praksis, fellesfaktorer og skam og stigma som også vurderes som relevant teori for studien og for å belyse forskningsresultatene. Kapittelet avsluttes med en mer utfyllende redegjørelse for empowerment, undersøkelsens overordnede perspektiv.

2.1 Psykisk helse

Begrepet «psykisk helse» brukes både som betegnelse på fagfeltet, tjenestetilbudet og som beskrivelse av psykisk helseproblematikk. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse på følgende måte (WHO, 2014):

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.

Definisjonen fremholder et syn på god psykisk helse som å mestre, delta og bidra i samfunnet. Sosiale forhold og samfunnsdeltakelse fremheves. WHO (2014) fremholder tro på menneskets potensielle egenkraft til endring og utvikling. Budskapet er at mennesker med psykisk helseproblematikk har ressurser som kan benyttes til å mestre egen hverdag og at dette kan utgjøre et vesentlig element i den enkeltes bedringsprosess og psykiske helsestatus. Regjeringens strategi for god psykisk helse, *Mestre hele livet* (2017-2022) beskriver god psykisk helse og livskvalitet i tråd med WHOs definisjon og fremhever et ønske om å «skape et samfunn som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening».

2.1.1 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid ble opprinnelig brukt som beskrivelse av arbeid som favnet alle deler av tjenestene til mennesker med psykisk helseproblematikk, men brukes i dag som betegnelse på kommunenes tjenestetilbud (Andersen, 2018). Denne definisjonen av psykisk helsearbeid ble utformet i 2008:

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidssfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og mulighet for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø.

Definisjonen er forankret i et bredt folkehelseperspektiv som gir DPS poliklinikk en naturlig plass innen fagfeltet og tjenestetilbudet psykisk helsearbeid. Den daglige betegnelsen på behandlingsnivået er psykisk helsevern.

2.1.2 Lokalt psykisk helsearbeid og DPS

DPS utgjør sammen med kommunene og den tverrfaglig baserte rusbehandlingen (TSB) lokalt psykisk helsearbeid. Målsettingen for lokalt psykisk helsearbeid er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser (Helsedirektoratet, 2014). Det er et kommunalt ansvar at innbyggere med psykiske lidelser og redusert funksjonsnivå skal få tilfredsstilt sine grunnleggende behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Pasienter skal henvises spesialisthelsetjenesten når det foreligger behov for helsetjenester kommunen ikke kan tilby.

DPS er organisert i helseforetakene og har i et gitt geografisk område ansvar og oppgaver på spesialistnivå innenfor psykiske helsevern for voksne. DPS skal være hjørnesteinen i psykisk helsevern med ansvar for å gi spesialisert utredning og tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Diagnoser gir grunnlag for behandling og oppfølging ved DPS. DPS skal samarbeide både med kommunalt og spesialisert psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for prioriteringer for psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2015).

2.2 Perspektiver på psykisk lidelse og «den helsepolitiske spagaten».

Det foreligger ingen allment akseptert forståelsesmodell for psykiske lidelser. Ulike forståelsesmodeller presenterer ulike teorier om de psykiske lidelsenes årsaksforhold,

sykdomsutvikling og behandling (Dahl & Aarre, 2012). Psykiske lidelser kan være vanskelig å skille fra psykiske plager og normalreaksjoner på livsbelastninger. Å definere noe som psykisk sykdom innebærer å «... trekke noen linjer mellom det en forventes å tåle, og det som oppfattes som psykiske lidelser hvor behandling eller omsorg er påkrevd» (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 30). Det finnes ingen absolutt grense og vurderinger avhenger av både den sosiale og kulturelle virkeligheten vi lever i. Betegnelsen psykisk lidelse krever at bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Et fellestrekk ved psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Helsedirektoratet, 2014).

Samfunnets syn på psykisk lidelse preges i dag av to konkurrerende syn; det biomedisinske og det kontekstuelle (Aarre, 2018). Modellene har sine utspring i forskjellige vitenskapsfilosofiske perspektiv; det positivistiske paradigmet og det fortolkende paradigmet. Det positivistiske paradigmet har lenge hatt en gjennomgripende betydning og påvirkning i medisin og helsefag (Malterud, 2017). I denne sammenhengen betraktes psykisk lidelse som sykdom, en «maskinfeil» ved individet i form av forstyrrede biologiske, psykologiske eller atferdsmessige funksjoner. Disse kan diagnostiseres ved å registrere symptomer og behandles ved medisiner og terapi. De nasjonale retningslinjene for utredning og behandling av psykiske lidelser er i hovedsak basert på en biomedisinsk forståelsesmodell (Thomassen, 2015). Denne forståelsen og tilnærmingen til psykisk lidelse finner vi i dag i spesialisthelsetjenesten, inkludert DPS poliklinikk. Den kontekstuelle modellen relaterer til et fortolkende paradigme og er opptatt av den sammenhengen plagene oppstår i. Plagene anses i denne forståelsesrammen som normale og rimelige reaksjoner på påkjenninger og utfordringer. Tilnærmingen handler om å gjøre mennesker i stand til å leve et så godt som mulig liv til tross for vanskene. Denne tilnærmingen finner vi i dag i hovedsak i kommunalt helsearbeid.

I helsepolitiske føringer fremheves betydningen av å ta utgangspunkt i pasienters ekspertkunnskap på eget liv. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014) fremholder betydningen av empowerment og recovery i tjenestene.

Aarre (2018) påpeker «en helsepolitisk spagat» hvor myndighetene trekker i to forskjellige retninger når både diagnoser og pasienters individuelle synspunkter skal være førende for behandlingen. Han påpeker at brukermedvirkning og empowerment trekker i en retning og at tradisjonell behandling og innføring av «pakkeforløp» oppfattes å trekke i motsatt retning. Aarre hevder videre at det medisinske perspektivet på psykisk lidelse og den kontekstuelle tilnærmingen til psykisk lidelse er for forskjellige til at de enkelt kan la seg forene.

Perspektivene gir to helt forskjellige fortellinger om hva psykiske lidelser er, og hvordan vi kan hjelpe (Aarre, 2018, s 22).

2.3 Kunnskapsbasert praksis

Metoder og tilnæringsmåter som tilbys personer i behandling og oppfølging skal være kunnskapsbasert (Helsedirektoratet, 2014). Hensikten med kunnskapsbasert praksis er å sikre gode tjenestetilbud og behandlingsmetoder som er vitenskapelig sikret og godkjent. Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer at tjenesteyter bruker både forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasientens ønsker og behov i den aktuelle situasjonen. Fagkunnskap og brukererfaringer skal ses som likestilte og utfyllende perspektiv. Den enkelte behandler er pålagt å sammenfatte denne kunnskapen til god behandling og gode møter med den enkelte pasient (Jamtvedt, 2017).



Helsemyndighetene/helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale retningslinjer og veiledere for utredning og behandling av forskjellige psykiske lidelser. Fra 1.jan 2019 ble pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern innført (Helsedirektoratet, 2019).

Den forskningsbaserte kunnskapen innen dagens KBP er i hovedsak basert på vitenskapelige undersøkelser med et biomedisinsk kunnskapssyn (Thomassen, 2015). Det påpekes at dette har gitt grunnlag for standardiserte manualer og behandlingsprosedyrer tilpasset en «gjennomsnittspasient» hvor klinisk skjønn og individuelle faktorer skyves til side. Det advares derfor mot positivismens ekskluderende kunnskapssyn hvor kun det som kan måles og telles aksepteres som vitenskapelig kunnskap (Thomassen, 2015). Ekeland (2011) påpeker behovet for og betydningen av at den erfaringsbaserte kunnskapen styrkes for å utjevne dagens

skjevhet i det forskningsmessige grunnlaget for kunnskapsbasert praksis. Malterud (2017, s11) påpeker at «kunnskap består av mer enn det som kan måles og veies» og at for å skape gode helsetjenester er det behov for forskning som bygger på erfaringer og opplevelser blant pasienter og helsepersonell.

2.3.1 Relasjonelle og organisatoriske “fellesfaktorer”

Faktorer som påvirker behandlingsresultat uavhengig av behandlingsmetode kalles fellesfaktorer (Wampold, 2015). Disse kan sorteres i relasjonelle faktorer og organisatoriske faktorer. Relasjonelle faktorer omfatter behandlingsalliansen mellom pasient og behandler, pasientens opplevelse av bedringsmuligheter, viktige hendelser i pasientens liv og bruk av systematisk tilbakemeldinger. Organisatoriske faktorer handler om behandlingstilbudets tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning (Helsedirektoratet, 2014). I forhold til individuell tilpasning viser veileder for lokalt psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014) til både behovet for og nytten av en god og grundig utredning og diagnostikk samt tilpasninger av tilbudet gjennom systematiske tilbakemeldinger fra pasient/bruker.

2.3.2 Den terapeutiske relasjonen

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser (Helsedirektoratet, 2011) påpeker at en god terapeutisk relasjon er nødvendig for utredning, behandling og oppfølging. «En god relasjon hviler på tillit, samhandling, trygghet, troverdighet og likeverd» (Helsedirektoratet, 2014, s 68). Behandlingsalliansen mellom pasient og behandler er et virkemiddel for å nå et mål. Norcross (2011) påpeker at den terapeutiske relasjonen gir viktige bidrag til utbyttet av behandlingen uavhengig av metode og fremhever at behandlingsmetoder er relasjonell aktivitet. Både pasient, terapeut, deres relasjon, behandlingsmetode og kontekst er viktige faktorer som sammen bidrar til suksess eller fiasko, faktorene bør ses sammen for optimal kombinasjon. Betydning av at pasient og behandler har en felles forståelse for hva de skal arbeide med og hvordan arbeidet skal foregå fremheves som svært betydningsfullt for effekt av behandling (Norcross, 2011).

Ljungberg, Denhov & Topor (2015) peker på to dimensjoner ved hjelpende relasjoner; en profesjonell og en mellommenneskelig. Den profesjonelle dimensjonen tar utgangspunkt i at en person har behov for hjelp og støtte og den profesjonelle som tilbyr «møter» behovet. Tydelig rollefordeling gjør relasjonen hjelpsom. Den mellommenneskelige dimensjonen tar

utgangspunkt i utvikling av felles tilknytning som muliggjørende for helende prosesser og hvor «overskridelse» av den profesjonelle dimensjonen gir positiv vekst. Dimensjonene er sammenvevd og gjensidig avhengige av hverandre. Hva slags type relasjon som vil oppleves hjelpsom er vanskelig å bestemme på forhånd. Lite hjelpsomme relasjoner derimot er preget av behandlere som i liten grad bryr seg om pasienten, mangler forståelse for pasientens utfordringer, er lite følelsesmessig tilgjengelig og har en mer forretningsmessig relasjon til pasienten. Fagpersoner som er lite respektfulle, lite lyttende og som bestemmer for mye for pasienten beskrives som lite hjelpsomt (Ljungberg, Denhov & Topor, 2016). Andersen (2018) påpeker nytten av klient- og resultatstyrt praksis (KOR) for å sikre fokus på det som er viktig for pasienten.

2.3.3 Avslutninger

Avslutning av et terapiforløp er en spesiell og viktig del av terapien. Måten et terapiforløp avsluttes på kan farge pasientens opplevelse av hele behandlingen. En god avslutning vil derfor kunne styrke et positivt behandlingsresultat, en dårlig avslutning kan forringe effekten. En god terapeutisk avslutning oppsummerer og anerkjenner pasientens innsats og formidler håp og tro på fremtiden (Berge & Repål). Råbu & Haavind (2018) har forsket på avslutninger og funnet dette som et følsomt tema for både pasient og behandler. Å finne rette tidspunkt for avslutning kan ofte være en utfordring. Undersøkelser viser at pasient og behandler snakker mindre om avslutning enn en skulle anta, men også at begge parter er følsomme for den andres reaksjon og forsøker å ivareta hverandre på ulike måter. I kognitiv terapi er det anbefalt å snakke med pasienten om avslutning og forhøre seg om pasientens tanker om varighet. Når terapien har vart en stund kan det være spesielt viktig å bruke tid på avslutningsfasen og få frem om det er noe pasienten selv tenker det vil være spesielt viktig å få snakket om (Berge & Repål, 2015)

2.3.4 De fysiske omgivelsene

Behandlingsstedets fysiske omgivelser har hatt lite fokus i psykiatriens nyere tid. Dette står i kontrast til ruvende og ærverdige bygninger fra psykiatriens tidlige tider. Den norske filosofen Tore Frost er en av de som har uttrykt bekymring for den manglende vektleggingen av omgivelsene i «moderne» psykisk helsevern og oppfordret til refleksjon rundt hvordan det kan oppleves å bli møtt med slitte og dystre lokaler i en psykisk utfordrende situasjon og tilstand (Frost, 2016). Estetiske omgivelser har betydning for pasienters helse og velvære (Caspari,

Nåden & Eriksen, 2007). Lyse, vennlige, åpne og ryddige estetisk gjennomtenkte og godt vedlikeholdte steder øker velvære, skaper trivsel, godt fellesskap og signaliserer at aktiviteten som foregår i lokalene har verdi. At helseinstitusjoner har et tiltalende miljø gjør at pasienter, pårørende og ansatte opplever seg ivaretatt (Kolstad, 2007).

2.4 Skam og stigma

Samfunnets holdninger til psykiske lidelser har gjennom historien vært fordomsfulle og stigmatiserende. WHO's Mental health action plan 2013 – 2020 påpeker fortsatt stigma ved psykisk helseproblematikk som hovedårsak til diskriminering og utestengelse fra sosialt liv og fremholder at stigma påvirker menneskers selvfølelse, påvirker og forstyrrer sosiale relasjoner og muligheten til å skaffe seg bolig og arbeid.

Den kanadiske sosiologen E. Goffman (1968) definerte stigma som «a sign of disgrace or discredit that sets a person apart from others» og peker på stigma som et resultat av en sosial prosess. I regjeringens strategi for god psykisk helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2017) har kampen mot stigma et viktig fokus. Massemedias rolle og spesielle ansvar som holdningsskaper fremheves i tillegg til fokuset på normalisering og inkludering av psykisk helse i hverdagslivet på lik linje med fysisk helse. Corrigan & Watson (2002) fremholder to typer stigma; offentlig stigma og selvstigma. Offentlig stigma kan forstås i tre komponenter; stereotypier, fordommer og diskriminering. Stereotypier kan betraktes som sosiale fordi de representerer en kollektiv enighet om en gruppe. Disse er «effektive» fordi mennesker raskt kan generere inntrykk og forventninger av mennesker som tilhører en stereotyp gruppe. Informasjon, sosial kontakt, medias fremstilling av psykiske lidelser og at befolkningen protesterer mot negative holdninger til psykiske fremheves fremholdes som viktige strategier for å endre offentlig stigma. Å øke befolkningens kunnskap om psykiske lidelser kan bidra til alminneliggjøring og dermed motvirke stigma. Thornicroft et al (2016) fant at sosial kontakt var den mest effektive intervensjonen for å forbedre stigmarelatert kunnskap og holdninger. WHO (2015) har uttrykt bekymring over at mennesker med psykiske lidelser avstår eller avbryter helsehjelp på grunn av stigma. Clement, Schauman, Graham og Maggiono (2015) fant i sin forskning at stigma og frykt for avsløring var til hinder for hjelpesøking.

Evalueringsplanen for Opptappingsplanen for psykisk helse (Norges forskningsråd, 2009) viste at færre har stigmatiserende holdninger i forhold til psykiske helseproblemer og at yngre i noe

mindre grad enn eldre har fordommer. Stigma ved mer alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk er fortsatt en stor utfordring.

Gullslett, Hesook og Borg (2014) påpeker omfattende stigmatisering og nedlatende behandling av mennesker som har vært i behandling for psykisk helseproblematikk. Undersøkelsen beskriver blant annet oppfatninger av psykiske lidelser som vedvarende som «en gang psykisk syk, alltid psykisk syk». Studien ga videre innblikk i «selvstigmatisering» hvor personene selv ser seg som annerledes, svake og utilstrekkelige på grunn av erfaring med psykisk lidelse.

Stigma og stigmatisering er forbundet med skam:

Skam er en medfødt psykobiologisk respons på blottstillelse eller avvisning. Vi reagerer kroppslig og affektivt på uønsket blottstillelse, på det å ikke få kontakt, på det å bli stilt naken fremfor andre, symbolsk eller fysisk, eller det å bli stilt utenfor fellesskapet (Farstad 2016, s 32).

Det fortsatt mye mer skam knyttet til det som diagnostiseres som psykisk sykdom enn det som går under diagnoser for fysisk sykdom. Skam handler om blottstillelse; om å bli avslørt som en annen en den en vil være. Liten eller manglende mulighet til å påvirke kilden til følelse av skam virker forsterkende for skamfølelse. Skam som gjensvar på andre menneskers stigmatisering kan derfor medføre en sterk skamfølelse (Farstad, 2016). Skam kan deles i tre kategorier; diskresjonsskam (sunn skam), patologisk skam (usunn skam) og sårbarhetsskam. Sårbarhetsskam beskrives som en skam som kan oppstå akutt ved at en fremstår annerledes enn en ønsker å være. Skammen knytter seg til tilstander en befinner seg i, for eksempel sykdom, og handler om ikke å leve opp til idealer eller skuffelse hos seg selv eller andre som kan erfares som et kaospunkt mellom hvordan en opplever seg selv og andres hvordan andre kan oppleve en (Henriksen & Søvik, 2010).

En terapeutisk relasjon kan i seg selv være skamtriggende pga situasjonens strukturelle rammer og kontekst. Pasienten befinner seg i en underdanig posisjon som kan forsterkes ved å skulle dele av seg selv i en sårbar situasjon, uten at behandler deler fra sitt (Farstad, 2016). Maktrelasjonen mellom pasient og behandler er tydelig asymmetrisk, gjensidighet er lite tilgjengelig. Så vel avhengighet som frykt for avvisning fra terapeut, beskrives som potensielt skamtriggende. Farstad peker på behandlers ansvar for å vektlegge ekthet, ærlighet og selektiv åpenhet. Hun fremhever blant annet betydningen av at behandler bekrefter

behandlingsrelasjonens ekthet som en skamreduserende strategi. Språk og kommunikasjonsstil kan være sterke virkemidler for å redusere skam og påpeker; «Aller viktigst er det å praktisere en respektfull, verdsettende, aksepterende, inkluderende og frigjørende språkbruk» (Farstad, 2016, s 302).

2.5 Aktuell forskning om brukererfaringer

For å få en oversikt over tidligere forskning og aktuell «samtale» angående brukererfaringer og allmennpsykiatrisk poliklinikk, har jeg gjennomført systematiske litteratursøk i to omganger, høst 2017 og vår 2018. Begge ganger med bistand fra høgskolens bibliotekjeneste og søk i databaser som Cinahl, Svemed+, PsychINFO og Pubmed. I tillegg er Oria, Google Scholar og Brage benyttet. Søkeordene ga mange treff og en stor jobb med sortering av aktuelle artikler. Hovedfokus i sorteringen var artikler med tilfredsstillende metodologisk kvalitet som fokuserte på brukermedvirkning, empowerment og pasienters ønsker, behov og betraktninger av gode tjenester. Artiklene som refereres og benyttes i undersøkelsens teorigrunnlag er alle fagfellevurderte.

Brukermedvirkning er som tidligere beskrevet et viktig helsepolitisk mål. Det var derfor overraskende å finne begrenset vitenskapelig arbeid basert direkte på pasienters perspektiv. Dette er også fremhevet i internasjonal forskning som en uheldig mangel og et nødvendig fremtidig forskningsfokus for utforming av gode tjenester (Krupchanka et al, 2017).

Allmennpsykiatrisk poliklinisk behandlingsnivå favner et bredt sammensatt spekter av lidelser, men utelukker «tyngre» psykisk helseproblematikk som psykoselidelser og schizofreni samt alvorlige kombinasjonslidelser av rus og psykisk lidelse. For å få et teoretisk grunnlag best mulig tilpasset undersøkelsens pasientgruppe valgte jeg å fokusere på forskningsartikler som i hovedsak hadde fokus på poliklinisk behandling og allmennpsykiatri, men også å inkludere artikler med «blandete» lidelser som favnet både allmennpsykiatriske og «tyngre» lidelser for å få tilstrekkelig bredde i teorigrunnlaget. Det har vært interessant å legge merke til at brukermedvirkning og empowerment både nasjonalt og internasjonalt fortsatt fremheves som positivt, hensiktsmessig og ønsket i tjenestene, men samtidig fortsetter å være et forbedringsområde og en utfordring i praksis.

De siste store nasjonale undersøkelser av erfaringer fra poliklinisk behandling ved DPS er PasOpp undersøkelsene fra 2004 og 2007. Disse undersøkelsene viste at mange var fornøyd

med det polikliniske behandlingstilbudet og spesielt samtaler med en behandler. Forbedringsområder som ble fremhevet både i 2004 og 2007 var informasjon, medvirkning og koordinering av tjenester (Groven, Holmboe, Helgeland, Bjertnæs & Iversen, 2008). Bjørngaard, Ruud, Garratt og Hatling (2007) gjorde en større undersøkelse på begynnelsen av 2000-tallet. Denne undersøkelsen fremhevet betydningen av pasient – terapeut relasjonens for effekt av behandling og pekte videre på at pasienter og behandlere kan ha forskjellige vurderinger av hva som er god hjelp. Dette er også senere påpekt og fremhevet blant annet i Trude Klevans doktoravhandling om hjelpsom hjelp ved psykiske kriser (2017).

Stomski & Morrison (2017) påpeker i sin forskning at brukermedvirkning forblir en politisk ambisjon som generelt er lite overført til klinisk praksis og foreslår at endring av denne situasjonen må drives videre av brukerorganisasjoner. Ocloo & Matthews (2017) fremhever at pasienter kan involveres i de fleste deler av helsetjenestene og at dette kan ha store fordeler, men at det i tjenestene foreligger stor usikkerhet rundt hvordan en i praksis kan involvere en bredt sammensatt pasientgruppe og få til partnerskap i tjenestene. Pettersen & Lofthus (2018) påpeker i sin forskning at det fortsatt er behov for tjenester som vektlegger og drar nytte av brukernes egne erfaringer og innsikt. De fant også at pasienter ønsker valgmuligheter, partnerskap med behandler og fleksible tjenester tilpasset pasientens tilstand og aktuelle behov. Artikkelen peker i tillegg på at pasienter foretrekker kommunalt psykisk helsearbeid ved kroniske lidelser og spesialisthelsetjenesten ved mer akutt sykdom. Aggarwal (2016) fremhever betydningen av empowerment og foreslår en firetrinnsmodell i arbeidet med å styrke personer med psykiske lidelser med utgangspunkt på individnivå med fokus på å styrke den enkelte pasienten i behandlingsrelasjonen. Trinn to fokuserer på helsetjenesten og tjenesteutøvers holdninger og tilrettelegging for empowerment. Trinn tre fremhever betydningen av brukerinvolvering i tjenestene. Trinn fire har fokus på samfunnets holdninger og arbeid mot stigmatisering og utestengelse. I en nylig gjennomført undersøkelse av pasientempowerment på tvers av nasjonaliteter, kulturer og helsesystem fant Agner & Braun (2018) følgende nøkkelfaktorer for empowerment; kontroll, psykologisk mestring, anerkjennelse, støtte, kunnskap og medvirkning. Undersøkelsen fremhever betydningen av også å inkludere strukturelle barrierer for empowerment, ikke kun fokusere på individuelle og interpersonlige faktorer. Kunnskap om strukturelle barrierer relatert til utbytte av behandling kan få betydning for forbedret helsehjelp og utvikling av en mer myndiggjørende helsetjeneste.

Pasienters beskrivelse av gode helsetjenester er formulert ved ti kjennetegn i en forskningsrapport basert på en større Bruker spør bruker undersøkelse (Steinsbekk,

Westerlund, Bjørgen og Rise, 2013). Undersøkelsen viser at pasienter og brukere både ønsker og føler behov for medvirkning, men fremhever også behovet for støtte, omsorg og praktisk bistand i mer utfordrende sykdomsperioder. Respekt og dyktige fagfolk ble påpekt som grunnleggende forutsetning for gode tjenester. Respekt ble utdypet å handle om å bli sett, hørt og tatt på alvor samt ivaretagelse av pasienters verdighet. Dyktige fagpersoner ble beskrevet som fagfolk som til enhver tid ga god og riktig behandling samt innhentet kompetanse ved behov. Det ble fremhevet som betydningsfullt at behandler var lett å snakke med, at vedkommende lyttet, hadde tid til å snakke og var følsom for signaler om endringer i pasientens psykiske helsetilstand og tilpasset tjenestene i takt med endringer. Forutsigbarhet og informasjon om diagnose, medisiner og bivirkninger ble påpekt som viktige behov samt deltagelse i beslutningsprosesser. Rise, Westerlund, Bjørgen, Steinsbekk (2014) utdyper pasienters behov for fleksibilitet i tjenestetilbudene. I gode faser kan pasienter ønske og ha nytte av mer myndiggjørende tiltak, i mer utfordrende sykdomsfaser kan behovet være mer støtte- og omsorgspreget og hvor det også kunne være behov for å få hjelp til økonomi, søknader, viktige telefoner osv.

Biringer, Davidsen, Sundfør, Ruud og Borg (2016) har undersøkt forventninger før oppstart behandling ved DPS poliklinikk. Pasienters viktige tema var; håp om bedring, utvikle forståelse for egen tilstand, finne mestringsverktøy og motta rådgivning og praktisk bistand. Forventningene til hjelpen var knyttet tett opp til håp for den totale livssituasjon. Undersøkelsen fremhever betydningen av at pasientens personlige mål og forventninger som førende for behandlingsprosessen og fremholder at DPS bør ha en mer vidtrekkende tilnærming enn i dag og tilby mer støtte til familieproblemer, sosialt liv, utdanning og arbeid samt økonomi. En nederlandsk undersøkelse fra 2017 fremhever betydningen av å inkludere pasienters perspektiv i behandlingen ved å legge til følgende perspektiv; at helsepersonell lytter uten å dømme og responderer med aktuelle tiltak ved variasjoner i pasienters tilstand samt at pasienter også blir sett som personer med positive sider og ressurser (Maassen, Schrevel, Dedding, Broerse Reeger, 2017).

2.6 Empowerment

Empowerment har siden slutten av 1990-tallet ligget implisitt i helselover og stortingsmeldinger. Intensjonen er bedret livskvalitet og levekår ved deltakelse og mestring. Dette er i tråd med demokratiseringsprosesser på mange områder i samfunnet (Tveiten, 2014).

2.6.1 Begrep og bakgrunn

Empowerment er både et begrep, et mål og en prosess. Begrepet har ingen entydig definisjon, det forstås og anvendes av ulike aktører med forskjellig ideologi og agenda. Empowerment kan oversettes med myndiggjøring eller egenkraftmobilisering og handler om at mennesker som befinner seg i en avmaktssituasjon skal opparbeide styrke og kraft til å komme ut av avmakten. Kjernen i begrepet er «power» - makt som redskap for å styrke de maktesløses makt (Askheim, 2012). Begrepet bygger på et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende subjekt som kan og vil sitt eget beste om forholdene legges til rette. Empowerment som prosess kan deles i tre trinn; styrke – kraft – makt (Askheim, 2012).

Begrepets historiske røtter og ideologiske perspektiv kan spores tilbake til den brasilianske pedagogen Paulo Freires og hans arbeid for en frigjørende og politisk bevisst pedagogikk blant fattige landarbeidere på 1960- tallet og videre i 1970 årenes kvinnekamp, protest- og frigjøringsbevegelser for svakerestilte grupper. Samfunnsmessige hindringer og strukturelle forhold ble påpekt som hovedårsak til at enkeltindivid eller grupper befant seg i en underprivilegert avmaktsposisjon (Tveiten, 2014). Freire var i tillegg opptatt av at de undertrykte også var sin egen undertrykker ved at de tok til seg undertrykkernes holdninger og gjorde disse til egne oppfatninger. Hans budskap var at for å overvinne undertrykking må mennesker bli klar over dens årsaker for deretter å kunne gjøre endringer i sin situasjon (Freire, Nordland & Lie, 1999). I dagens samfunn brukes empowermentbegrepet også i forhold til mennesker som kan stå i en avmaktsposisjon på grunn av helseproblemer som for eksempel mennesker med psykiske lidelser.

2.6.2 Empowerment og helse

Relatert til helse kan empowerment føres tilbake til WHO og verdenskonferansen i Ottawa i 1986. Konferansen beskrives å representere et paradigmeskifte fra paternalistisk tenkning til demokrati og myndiggjøring av pasient. WHO definerer empowerment som “a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health”

og påpeker at prosessen skal anses både som en individuell og samfunnsmessig prosess (WHO, 1998). Empowerment innen helse handler om maktfordeling fra fagpersoner til pasienter. Askheim (2012, s 82) sier følgende; «Som helse- og sosialarbeidere skal en jobbe sammen med de avmektige for å finne løsninger som gjør at de kommer ut av avmakten og får mer kontroll og makt over egen livssituasjon».

2.6.3 Ulike tilnærminger til empowerment

Det er et skille mellom empowerment som etablering av motmakt og en individorientert tilnærming. Motmaktperspektivet er opptatt av hvordan samfunnsforhold virker inn på personers livssituasjon. Offentlige tiltak og tjenester er i svært begrenset grad preget av motmaktperspektivet. Mange hevder imidlertid at sosiale vansker og helseproblemer ikke kan frikobles samfunnsmessige og strukturelle forhold som viktige bidrag til avmakt og marginalisering og påpeker betydningen av politiske prioriteringer og verdivalg (Askheim, 2012).

Innen helse- og sosialfag knyttes den individorienterte tilnærmingen til empowerment til terapeutiske tilnærminger. Fokus er i denne sammenheng på å styrke den enkelte slik at individets iboende kraft og ressurser utvikles slik at den enkelte får makt og kontroll over eget liv, men uten å sette dette i en samfunnsmessig kontekst (Aggarwal, 2016). Det terapeutiske bidraget handler om å styrke pasientens selvtilit, mentale kapasitet og evne til å gi uttrykk for egne ønsker og behov. Dette beskrives av Aggarwal (2016) som et grunnleggende nivå av empowerment.

2.6.4 Brukermedvirkning og empowerment

Brukermedvirkning og empowerment ses ofte i sammenheng innen helsefeltet, men er ikke ensbetydende begrep. Empowerment impliserer en endringsprosess og maktforskyvning, mens brukermedvirkning sikrer medvirkning og innflytelse i tjenestene uten at pasienten nødvendigvis «myndiggjøres». Brukermedvirkning kan imidlertid være et viktig skritt på veien til å bli «empowered» (Storm, 2009). Både brukermedvirkning og empowerment er ideelt sett et oppgjør med et paternalistisk hjelpeapparat. Tveiten (2014) peker på at ingen kan gjøre noen «empowered», en kan bare hjelpe til i prosessen. Denne hjelpen forutsetter kunnskap og kompetanse hos hjelper samt en reflektert holdning til egen praksis. Når fagfolk «vet» hva pasienten trenger uten at dette er basert på en åpen dialog med pasienten, kan brukermedvirkning og empowerment bli paternalistisk (Askheim, 2012). Thomassen (2015),

påpeker at en praksis hvor brukernes erfaringer, kunnskaper og virkelighetsforståelse blir vektlagt, krever at den profesjonelle kunnskapen «dekonstrueres» for å skape en god og brukerstyrkende dialog.

Reell brukermedvirkning handler om at brukerne får et avgjørende ord med i viktige beslutninger om egen helse og livssituasjon (Ocloo & Matthews, 2017). Det er betydningsfullt at brukeren trekkes inn i en tidlig fase for reell medvirkning. Om de bare trekkes inn til slutt i evalueringen av et behandlingstilbud gir ikke dette noen reell brukermedvirkning. Knapphet på tid kan medføre et nedtonet empowermentperspektiv, det kan virke mer effektivt å ta beslutninger uten å involvere pasienter «unødig». Når både brukermedvirkning og systemets behov for effektiv ressursbruk og realisering av overordnede målsettinger i velferdspolitiske føringer forfektes på samme tid møter vi en dobbeltkommunikasjon som kan gjøre pasienter til respondenter og informanter i brukererfaringsundersøkelser og ikke reelle samarbeidspartnere og subjekter som selv kan gi uttrykk for egne erfaringer og synspunkter. Dette kan også omfatte fagfolks bruk av tester og objektive effektmålinger. Det påpekes en fare for at strukturelle forhold og betingelser i underkommuniseres i debatter om brukermedvirkning og empowerment (Askheim & Starrin, 2007, s 39-44).

2.6.5 Empowerments emosjonelle dimensjon

Empowerment har en viktig emosjonell komponent som knytter begrepet til emosjonell energi, skam og stolthet. Emosjonell energi handler om følelsene vi erfarer i sosiale situasjoner. I situasjoner og sammenhenger hvor vi har det bra og kommer til vår rett uttrykkes gjerne stolthet, entusiasme, solidaritet, selvtillit og handlekraft. Som motsats kan møter som tapper emosjonell energi gjøre oss motløse, kraftløse og mismodige. Opplevelse av skam kan lett medføre lav emosjonell energi. Empowerment kan være en prosess hvor skamfølelse og motløshet endres til stolthet og god selvfølelse (Askheim & Starrin, 2007).

2.6.6 Empowerment, styringsformer og strukturelle vilkår

Makt vil alltid være en komponent i sosiale relasjoner. Noen ganger er makten triviell og ubetydelig, andre ganger svært betydningsfull (Engelstad, 2005). Makt utøves på ulike måter innen helsetjenesten og foregår på forskjellige måter i møtene mellom fagpersoner og pasienter, påvirket av det institusjonelle rammeverket tjenestene utøves i (Askheim, 2012).

Agner & Braun (2018) påpeker betydningen av at makt og strukturelle barrierer som hinder for empowerment får større oppmerksomhet ved evalueringer av tjenesters effekt.

Makt i hjelperelasjoner kan være vanskelig å se fordi tjenesteyter tilbyr omsorg og hjelp. Relasjonen er i sin natur preget av et asymmetrisk maktforhold hvor pasienten søker hjelp hos behandler som besitter kunnskap og ressurser. Järvinen & Mik-Meyer (2003) påpeker at tjenesteyter både kan oppfattes og oppfatte seg selv som innehaver av viktig og nøytral kunnskap om det aktuelle. Behandlingsintervensjon forstås derfor ikke som uttrykk for makt, men utøvelse av profesjonell praksis styrt av kunnskap og erfaring om hva som kjennetegner et godt faglig arbeide.

I møte med helsetjenestene defineres og kategoriseres pasienters problemer. For at pasienten skal være hjelpeberettiget må pasientens problematikk passe til helsetjenestens problemkategorier. Järvinen & Mik Meyer (2003) fremstiller dette som å standardisere menneskelige problemer ved at den hjelpesøkende «gjøres» hjelpeberettiget. Om dette lykkes får individet en identitet som institusjonen kan arbeide og samarbeide med. Behandlingsrelasjonen blir på denne måten en styringsrelasjon som avspeiler et institusjonelt betinget maktforhold (Askheim, 2012). I praksis kan empowerment sies å likne på en styringsstrategi som Foucault (2002) kalte governmentality; styring gjennom tilrettelegging for selvstyre, også kalt det moderne samfunnets styringsteknikk. Staten styrer ikke direkte, men legger til rette for selvstyre ved at den enkelte får ansvar for å forme seg selv og realisere seg selv innenfor definerte idealer, program, kunnskap og teknikker. Dette selvstyre innebærer også tilstedeværelse av eksperter, en såkalt pastoralmakt som i beste mening gir råd og står til disposisjon for selverkjennelser (Askheim, 2012, s 52). Foucault påpeker at makt og kunnskap er uløselig bundet sammen.

Michael Lipsky (1980) beskriver hvordan helse- og sosialarbeidere bedriver «bakkebyråkrati» i et spenningsfelt mellom lojalitet til pasienten og tjenestens forvaltning. Regler, forordninger, innsparingskrav og uformelle normer kan begrense tjenesteyters handlingsrom og medføre innslag av både omsorg og kontroll og gi grunnlag for både empowerment og undertrykkelse.

Askheim (2012) påpeker forskjellige årsaker til begrenset empowermentperspektiv i dagens tjenester; administrative rammer, yrkesmessige og metodiske innfallsvinkler, tjenestetilbudets verdisett samt fagpersoner vilje til å avgi makt og autoritet.

3. Metode

Dette kapitlet vil vise oppgavens forskningsmetodiske forankring og fremgangsmåte. Kapitlet innledes med en beskrivelse av vitenskapelig grunnlagstenkning før studiens design presenteres sammen med en redegjørelse for hvordan datamaterialet er samlet inn og analysert. Kapitlet avsluttes med etiske betraktning og metodekritikk

3.1 Vitenskapelig grunnlagstenkning;

Vitenskapelig kunnskap er ikke knyttet til en bestemt forskningsmetode, men forutsetter en systematisk og refleksiv prosess hvor målet er utvidet erkjennelse ved etablering av ny kunnskap (Malterud, 2017).

Det finnes vesensforskjellige fenomener i verden som ikke kan forklares eller tilnærmes som om de var like. For ikke å redusere vitenskapelig arbeid til rene metodespørsmål trenger forsker bevisste refleksjoner og holdninger om hvordan en oppnår gyldig vitenskapelig kunnskap om aktuelt fenomen (Thornquist, 2018). Spørsmål av ontologisk og epistemologisk karakter er av betydning for valg av forskningsmetoder tilpasset undersøkelsens fenomen (Thomassen, 2015). I denne oppgaven er hensikten å få kunnskap om pasienters erfaringer fra et behandlingsforløp. Menneskelige erfaringer og opplevelser er en type kunnskap som ikke kan telles eller måles, men som fordrer utforskning ved metoder som gir mulighet for innsikt og forståelse (Malterud, 2017).

Vi snakker om to grunnleggende vitenskapelige paradigmer som rommer motsatser i måter å forstå kunnskap, sannhet og vitenskapelig tenkning på. Det fortolkende paradigmet har en grunnforståelse om at verden kan forstås forskjellig ut fra den enkeltes ståsted. Det subjektive anerkjennes og undersøkes. Dette står i motsetning til det positivistiske paradigmet med en grunnforståelse av verden som bestående av stabile fenomener som kan observeres, måles og oppsummeres som objektive fakta (Malterud, 2017). Kvantitative forskningsmetoder bygger på det positivistiske paradigmet, kvalitative forskningsmetoder bygger på det fortolkende paradigmet som rommer teorier om fortolkning(hermeneutikk) og menneskelige erfaringer(fenomenologi).

3.1.1 Hermeneutikk og fenomenologi

Hermeneutikken handler forståelse av meninger i menneskelige uttrykk gjennom tolkning (Malterud, 2017). Materialet er i form av tekst, basert på et muntlig utgangspunkt. Forholdet mellom del og helhet vektlegges spesielt i tolkningen av tekstlig materiale. Den hermeneutiske sirkel beskriver hvordan forståelse utvikles gjennom gjentatte bevegelser mellom helhet og del i tolkningsmaterialet. Prosessen er dynamisk; hver gang vi forstår en del av materialet, påvirkes vår oppfatning av helheten som igjen påvirker vårt syn på delene osv. Prosessen er preget av utvikling og fordypning av meningsforståelse ved hver bevegelse mellom del og helhet. Noen hevder derfor at den hermeneutiske spiral er et mer beskrivende begrep på prosessen (Thornquist, 2018).

Den hermeneutiske tradisjon vektlegger i tillegg kontekstens betydning og forskers selvrefleksjon. Forståelse av mening er betinget av den sammenhengen fenomenet forstås innenfor (Malterud, 2017). Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer regnes som den mest sentrale hermeneutiske teoretiker i vår tid. Han fremhever betydningen av de historiske og individuelle forutsetninger mennesker har med seg som bevisste og ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag. Malterud (2017) benevner dette forforståelse og fremhever betydningen av forskers selvrefleksjoner både ved forberedelse og hele veien gjennom et forskningsprosjekt. For å redusere muligheten for at egne erfaringer, holdninger og refleksjoner skal påvirke eller overdøve det empiriske materialet i denne undersøkelsen, har undertegnede fulgt Malteruds oppfordring om personlig «selvangivelse». Refleksjonene er med gjennom alle fasene i forskningsprosjektet.

«Fenomenologi er læren om det som kommer til syne og viser seg» (Thornquist, 2018, s 102). Fenomenologien søker utgangspunkt i enkeltpersoner subjektive opplevelser og ønsker å forstå disse basert på individets eget perspektiv i deres spesielle «livsverden» (Kvale & Brinkmann, 2015). Den tysk-østerrikske filosofen Edmund Husserl er kjent som grunnleggeren av fenomenologien. Livsverden er Husserls begrep på den konkrete verden vi lever i. Filosofiens hovedbegrep er «fenomen» - definert som «tingene slik de kommer til syne for oss» (Thomassen, 2015, s 83). Fenomenologiens mål er å beskrive «det meningsbærende fenomenet i den menneskelige erfaringen». Ved å sette «parentes» rundt forforståelse, forutgående viten og alle våre oppfatninger mener Husserl at man kan nå frem til det særegne ved fenomenet – fenomenets essens. I nyere tid påpekes en hermeneutisk vending i Husserls

fenomenologi ved at menneskets historisitet introduseres; en fenomenologisk – hermeneutisk tradisjon utvikles (Thomassen, 2015).

3.2 Forskningsdesign

For å utvikle ny kunnskap er relevante og rike data en forutsetning. Oppgavens forskningsdesign er formet av ønsket om å frembringe kunnskap om pasienterfaringer fra poliklinisk praksis. For å få frem kunnskap om menneskelige erfaringer og samhandling er kvalitative metoder godt egnet når målet er å utforske sosiale eller kulturelle fenomen slik de involverte erfarer dette. Det søkes subjektiv kunnskap og det er ønskelig at variasjoner og forskjeller kommer til uttrykk (Kvale & Brinkmann, 2015). Forskeren er selv en aktiv deltaker og et «redskap» i denne kunnskapsutviklingen (Creswell & Creswell, 2018). Kvalitative metoder har sin styrke i å stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier. Dette gir en mulighet til å få uventet, men betydningsfull kunnskap (Malterud, 2017). I gjeldende undersøkelse kom det blant annet spontan informasjon om skam og stigma relatert til psykisk lidelse og venterommet som en utfordrende arena.

Et kvalitativt forskningsintervju søker å forstå erfaringen fra informantens ståsted og foregår som en samtale med en viss struktur hvor forsker definerer og kontrollerer tema. Intervjuet er aktiv kunnskapsproduksjon hvor forsker er et «redskap» for å frembringe kunnskapen (Creswell & Creswell, 2018). Et forskningsintervju er også en sosial og dynamisk situasjon, kunnskap produseres i samhandlingen mellom intervjuer og den intervjuende. En viktig forutsetning er at informant føler seg trygg og ivaretatt, og at intervjuer stiller seg åpen for det som blir fortalt. I gjeldende undersøkelse var informantene informert om undersøkelsens hensikt og form både skriftlig og muntlig før de valgte å stille til intervju. Sted for intervju ble valgt av informantene og tilrettelagt som et trygt og uforstyrret sted. Intervjuer var skriftlig introdusert på forhånd. Taushetsplikt og anonymisering ble understreket også muntlig.

Designet i denne undersøkelsen er både eksplorativt og deskriptivt. Metoden som benyttes er et semistrukturert intervju som gir rom for både utforskning og utdypende beskrivelser av pasienterfaringene fra den polikliniske behandlingen. Intervjuguiden sirklet inn bestemte tema, men unngikk både at samtalen blir helt åpen og helt lukket. Metoden ga mulighet for fleksibilitet og tilpasning underveis. Informantene representerte forskjellige aldersgrupper. Det var naturlig å tilpasse språk og spørsmålsstil til den enkelte. Det ble tidlig i intervjuprosessen gitt uttrykk såpass tydelig uttrykk for skam, stigma og ubehag på

venterommet at dette ble naturlige tema å inkludere i de resterende intervjuene, men var ikke tema i den opprinnelige intervjuguiden.

Det påhviler intervjuer å være bevisst og våken for «eget stoff» og påvirkning i intervjuet; åpenhet for informantenes budskap må være i fokus. Malterud (2017) fremholder at forsker ikke skal gjøre forsøk på å eliminere egen påvirkning, men heller vektlegge en refleksiv holdning og redegjøre for denne.

3.3 Datainnsamling

I denne undersøkelsen ble det gjennomført 9 intervju med varighet fra 25 til 70 minutter. Undertegnede gjennomførte alle intervjuene med utgangspunkt i en semistrukturert intervjumal. Intervjumalen ble utarbeidet med utgangspunkt i teori om pasientrettigheter, pasienters meninger om god behandling kjent fra tidligere forskning og erfaringer fra tidligere undersøkelser som spesielt påpekte informasjon og medvirkning som forbedringsområder (Groven et al, 2008) (Steinsbekk et al, 2013).

Informantene ble rekruttert via tredjeperson, nærmere bestemt ved at poliklinikkens sekretærer som til vanlig håndterer korrespondanse med pasientene, fikk i oppdrag å sende brev med forespørsel om samtale om brukererfaringer fra DPS poliklinikken (vedlegg 2) til pasienter som nylig hadde avsluttet behandlingsforløp. For å ivareta taushetsplikt og anonymitet var ikke undertegnede aktiv i denne prosessen. Egne pasienter var ikke aktuelle informanter og ble sortert bort. Det ble sendt ut i underkant av 50 brev som kun ga respons fra en person. Det ble derfor gjort en forsterkning av forespørselen ved at et tilfeldig utvalg av de som hadde fått brev om samtale ble kontaktet på telefon av sekretær med utfyllende informasjon om undersøkelsen og mulighet for å få svar på eventuelle spørsmål. Frivillighet ble understreket. Dette resulterte i åtte nye informanter. Undersøkelsens utvalg var således tilfeldig utvalgt og bestod av fire menn og fem kvinner i alderen 20 til 52 år.

Sted for intervju ble avtalt med hver enkelt og tilpasset den enkeltes ønsker. Ett intervju ble derfor gjennomført ved hjemmebesøk, to i form av telefonintervju og fem ble gjennomført i nøytrale kontorlokaler tilhørende DPS, men utenfor behandlingsenheten. Begge telefonintervjuene ga fyldig informasjon og informantene ga begge uttrykk for at det var positivt å få gitt tilbakemelding til tross for praktiske utfordringer med oppmøte. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert av intervjuer som også benyttet en personlig

forskerprotokoll med egne betraktninger underveis. Intervjuene resulterte i 103 sider transkribert tekst, skriftstørrelse 12 og linjeavstand 1.5 (Apa standard). Malterud (2017) advarer mot å tenke på rådata fra lydopptak og utskrifter som selve sannheten, det empiriske materialet er mer eller mindre vellykkede representasjoner av det vi undersøker og transkripsjonsprosessen er også med på å forme materialet.

3.4 Analyse

Hensikten med en kvalitativ studie er at det utvikles ny kunnskap som kan utvide eller utfordre kunnskapsgrunnlaget på et felt. Kvalitative data inneholder en stor mengde informasjon, en filtrering er derfor nødvendig for å velge ut tekstdeler med mulig kunnskapskraft. Det er viktig med lojalitet ikke bare til meningsinnhold i deltakeres utsagn, men også å inkludere forståelse av meningene i den sammenheng de fremkommer. Fortolkningsmetoder i form av systematisk analyse benyttes for å utvikle beskrivelser som formidler mangfold, likheter eller typiske egenskaper ved et fenomen (Malterud, 2017).

Kvalitative metoder er induktive, tekst fra enkeltpersoner benyttes for å utvikle kunnskap om flere. En strategi kan være å lese historiene «på tvers» av informantene og tolke gjennomgående trekk (Malterud, 2017). Ved analyse av kvalitative data er dekontekstualisering og rekontekstualisering ofte en del av analyseprosessen. Ved dekontekstualisering tillates en midlertidig separasjon av deler av det empiriske stoffet med hensikt å studere dette nærmere sammen med andre deler av materialet som sier noe om det samme. Rekontekstualisering skal forhindre reduksjonisme ved å sikre at svar lest i det dekontekstualiserte materialet har en adekvat referanse til den opprinnelige sammenheng (Malterud, 2017).

I tverrgående analyse sammenfattes informasjon fra mange forskjellige deltakere, likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger fra flere deltakere fortolkes og sammenfattes (Malterud, 2017). I denne undersøkelsen er systematisk tekstkondisering (STC), utviklet av Kirsti Malterud, benyttet som analyseverktøy. Metoden er en pragmatisk metode for tverrgående analyse av kvalitative data, inspirert blant annet av Giorgis fenomenologiske analyse. Metoden forutsetter ingen dyp innsikt i fenomenologisk filosofi og har en tydelig og klar struktur som gjør den godt egnet for en nybegynner innen forskning (Malterud, 2017). Analysestrategien går innledningsvis «smalere ut» enn andre metoder, organiseringen av data starter med et begrenset antall foreløpige temaer som videreutvikles til kodegrupper.

Analyseprosessen er fleksibel og gjentakende, dette er hensiktsmessig for å oppdage mønstre som ikke umiddelbart har kommet til syne. Metoden har en særegen fremgangsmåte for kondensering og abstrahering av data.

3.5 Analyseprosessen ved bruk av STC

3.5.1 Helhetsinntrykk

Det første trinnet i analyseprosessen har som mål å bli kjent med datamaterialet. Helheten er viktigere enn detaljene, for å «høre» informantenes stemme tydelig settes forskers forståelse og teoretiske referanseramme i en midlertidig parentes. I denne undersøkelsens sammenheng innebærer dette for forsker å sette erfaringer, refleksjoner og teori om pasienterfaringer fra egen arbeidshverdag og teori i parentes. Det er «lekmannsperspektivet» som er av interesse, sammen med oppgavens problemstilling. I denne fasen skal det ikke foregå systematisering, men en identifisering av foreløpige tema. Malterud (2017) anbefaler mellom fire og åtte tema som identifiseres intuitivt. Det holdes frem som et godt tegn på forskers løsrivelse av sin forforståelse om de foreløpige temaene representerer en videreutvikling av intervjuguidens tema. Min analyse ga et utgangspunkt med åtte intuitive tema.

3.5.2 Meningsbærende enheter

På dette trinnet skilles den delen av materialet som skal studeres videre ut fra helheten. Dette gjøres ved at materialet gjennomgås grundig for å finne tekst med meningsbærende enheter. Relevant tekst i denne oppgavens sammenheng inneholder kunnskap om temaene fra første trinn som igjen sier noe om pasienterfaringer fra poliklinikken. Malterud (2017) anbefaler her samarbeid med en annen forsker for å få frem mulige nyanser i materialet og avklaring av foreløpige temaer. I denne oppgavens sammenheng var veileder er nyttig samtalepartner. Kodingen ble så startet ved at de meningsbærende enhetene ble merket og systematisert. Fenomener som etterhvert fremstod som fremmedelement ift problemstilling, forforståelse og referanseramme ble frasortert. Kodingsprosessen innebar en systematisk dekontekstualisering ved at deler av teksten ble hentet ut fra opprinnelig sammenheng og lest med beslektede tekstelementer. På dette trinnet hadde jeg fire kodegrupper med meningsbærende enheter.

3.5.3 Kondensering

Analysematerialet bestod nå av et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter. De kodede meningsbærende enhetene ble studert nærmere med henblikk på å skille ut nyanser som for videre sortering i subgrupper. Her «løses» den midlertidige parentesen og faglig fokus og perspektiv hentes inn ved tolkning av tekst og definering av subgrupper. Drøfting med veileder ga igjen nyttig respons og perspektiv på undersøkelsens aktuelle subgrupper. STC omfatter et spesielt metodisk grep som innebærer at det lages et kunstig sitat – et kondensat (Malterud, 2017). Kondensatet skal romme innhold fra de enkelte meningsbærende enhetene, omsatt i generell form. I kondensatet benyttes jeg-form for å minne om at teksten representerer hver av undersøkelsens deltakere. Kondensatet ble supplert med et «gullsitat» for å illustrere innholdet i kondensatet. Kondensatet er et arbeidsnotat til prosessens neste og siste trinn.

3.5.4 Syntese

På dette trinnet ble datamaterialet satt sammen igjen, det ble rekontekstualisert. På grunnlag av kondensatet ble det utformet en analytisk tekst for hver subgruppe og kodegruppe, illustrert med «gullsitat». Her ble tredjepersons -form benyttet for å vise analytisk distanse og ansvar for tolkninger. Analysen ble avsluttet ved å gi et nytt og endelig navn til hver kategori som representeres av innholdsbeskrivelse og sitat. Avslutningsvis i analyseprosessen ble resultatene validert opp mot opprinnelig materiale.

Analysens resultater med hovedkategorier, subgrupper og gullsitat presenteres som innledning til Kapittel 4, Resultater.

3.6 Etiske overveielser

All forskning på mennesker er underlagt strenge etiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013) fremhever spesielt hensynet til sårbare grupper og informert samtykke. Sentrale etiske prinsipper i deklarasjonen er autonomi, godhet, ikke skade og rettferdighet. Disse har vært med som et viktig bakteppe gjennom hele prosjektet.

Denne undersøkelsen av pasienterfaringer ved DPS poliklinikk etterspør hverken diagnose eller direkte behandlingsinnhold og vurderes derfor som et mindre prosjekt med lite sensitivt materiale. Det ble derfor ikke behov for godkjenning ved REK. Personvernombudet for forskning (NSD) har imidlertid både vurdert og godkjent undersøkelsens rammer og hensikt

inkludert intervjuguide samt oppbevaring av datamateriale og personopplysninger (vedlegg nr 1). I henhold til avtale med NSD er alle lydfiler og skriftlig materiale som eventuelt kunne knyttet personer til prosjektet nå destruert.

Ledelsen ved DPS poliklinikk har godkjent prosjektet muntlig og avkreftet behov for ytterligere godkjenning ved helseforetaket.

I undersøkelsen er informert samtykke sikret både ved skriftlig informasjon i brev med forespørsel om intervju og påfølgende samtykkeerklæring ved oppmøte. Frivillighet for deltakelse ble understreket. Av hensyn til konfidensialitet ble den opprinnelige forespørselen gjort ved en nøytral tredjeperson.

Det er et viktig etisk prinsipp at deltakere i undersøkelser skal kjenne et prosjekt godt nok til å kunne vurdere konsekvensene av egen deltakelse samt kjenne retten til å trekke seg fra deltakelse ved et hvert tidspunkt (Malterud, 2017). Den samme informasjonen ble derfor gjentatt muntlig ved oppmøte til intervju og det ble gitt rom for spørsmål om prosjektet. Det ble videre understreket at deltakelse i intervju ikke ville bli dokumentert og at deltakelsen kun var kjent for forsker. Det ble også understreket at deltakelse ikke ville kunne avsløres om det skulle bli behov for ytterligere behandling ved DPS poliklinikk.

I intervjusammenheng var fokus på den enkelte informants integritet og grenser. Jeg vurderte eventuelle konsekvenser for den enkelte i forhold til prinsippet om ikke- skade. Samtalene berørte ikke diagnoser eller navn på behandler. Spørsmålene var utformet på en nøytral måte, men ved et par anledninger vekket allikevel samtalene minner og såre følelser. Dette ble snakket om, støttet og avklart i løpet av samtalen. Det ble avkreftet behov for videre hjelp. Ved avslutning av intervjuene var det flere av informantene som ga uttrykk for at det hadde vært fint å delta i undersøkelsen.

Sitater fra samtalene er omarbeidet på en slik at det ikke er mulig å gjenkjenne personen.

Den endelige rapporten inneholder ikke utsagn eller spor som kan røpe informanternes identitet, det samme gjelder behandlere. Å forske på egen arbeidsplass og indirekte på kollegaers arbeid innebar en mulig tilleggsutfordring. Det viste seg imidlertid ingen spesielle utfordringer i denne sammenhengen.

3.7 Metodekritikk

Vitenskapelig kunnskap skal være resultat av en systematisk og refleksiv prosess, hvor resultatene kan etterprøves, deles og gi ny innsikt. Refleksivitet, relevans og validitet regnes som grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017). Forsker vilje og evne til å stille kritiske spørsmål til egne funn og fremgangsmåter er av avgjørende betydning for forskningens kvalitet.

Refleksivitet forutsetter at forsker gjennom hele forskningsprosessen erkjenner og overveier betydningen av eget ståsted og påvirkning på kunnskapsproduksjonen. Nærhet til stoffet er en spesiell utfordring som gjør det spesielt viktig å være bevisst på hva som bestemmer hva en ser og hvordan en tolker (Creswell & Creswell, 2018). I denne oppgaven er dette et svært aktuelt tema på grunn av todelt rolle som både behandler og forsker på egen arbeidsplass. I forkant av prosjektet og gjennom hele prosessen har jeg derfor hatt en aktiv bevissthet på dette som en utfordring som kunne hindre viktig respons og tilbakemeldinger fra informantene. Jeg har derfor vektlagt åpenhet og nysgjerrighet, både i møte med informantene og i forhold til intervjupersonenes utsagn samt vært ekstra bevisst egen tolkning og forståelse av det empiriske materialet. Som Malterud (2017) anbefaler har laget jeg en «selvangivelse» over egen forforståelse for å styrke fokuset på undersøkelsens empiri. Nærheten til stoffet har imidlertid ikke bare vært en utfordring, det har også vært svært engasjerende å undersøke erfaringer fra egen arbeidsplass for dermed å kunne gi et bidrag til forbedring av behandlingstilbudet. Nærhet til stoffet har i denne sammenhengen vært nyttig som forståelsesramme. Faren for å «go native» og dermed for lite kritisk til informantenes respons, har også vært gjenstand for refleksjon. Oppgaven har vært gjennomført på egenhånd, det har i begrenset grad vært mulig å reflektere sammen med andre. En samtalepartner eller medforsker ville kunne vært en viktig støtte og hjelp til blant annet å sortere eget «materiale» fra informantenes. Transparens er vektlagt i prosjektet, slik at materialet er tilgjengelig for andres innsyn og refleksjoner.

Ingen kunnskap er allmenngyldig, forsker må derfor vurdere validiteten av hva en studie forteller noe om. Validitet eller gyldighet, er en betegnelse på hvor godt en har klart å måle det en undersøker og i hvilken grad metoden undersøker det den er ment å gjøre. Validering handler om å stille spørsmål til kunnskapens gyldighet gjennom hele forskningsprosessen; hva noe er sant om (intern validitet), hva forskningsmetode og datamateriale kan si noe om og hvilken rekkevidde og overførbarhet kunnskapen har (ekstern validitet) (Malterud, 2017).

Kvale & Brinkmann (2015) fremhever betydningen av at validering gjennom hele forskningsprosessen. I gjeldende undersøkelse er som kjent utgangspunktet behovet for kunnskap om brukererfaringer fra poliklinikkens behandlingstilbud, basert på pasientperspektivet. På grunn av mangelfullt bakgrunnsmateriale var utforskning med en kvalitativ metode hensiktsmessig. Det ble valgt en åpen problemstilling som ga rom for bred utforskning. Tidligere erfaringer fra lokale brukerundersøkelser hadde vist at det var vanskelig å få respons fra mennesker med erfaring fra behandlingstilbudet. På grunn av oppgavens tidsbegrensning ble det derfor hensiktsmessig å basere undersøkelsen på et teoretisk grunnlag om brukervedvirkning og brukererfaringer. En kan imidlertid tenke at informasjon fra poliklinikkens tidligere pasienter kunne gitt undersøkelsen et annet utgangspunkt med større nærhet til pasientperspektivet og at dette kunne formet intervjuguide og intervju i en mer erfaringsrettet retning.

Litteratursøk har påvist et sprik mellom helsepolitiske føringer om brukervedvirkning, lovfestede rettigheter og reell klinisk brukervedvirkning. Dette understreket behovet for et utforskende design. Et semistrukturert intervju ble valgt som metode for å få innblikk i subjektive pasienterfaringer og mulighet for utdyping av meningsinnhold underveis samt fange opp eventuelle andre tema enn det intervjuguiden favnet. Intervjuguiden tok utgangspunkt i pasientrettigheter som medvirkning og informasjon, men var såpass åpen at det også var mulig for intervjupersonene å komme med frie innspill. En lukket intervjuguide ville ha begrenset muligheten for tilleggskunnskap

God kunnskapsproduksjon forutsetter blant annet at intervjuer har god kunnskap om temaet, har kvalifikasjoner som intervjuer og evner å gjøre den sosiale situasjonen til en god opplevelse for intervjupersonen samt evner å stille seg åpen for det som meddeles (Kvale & Brinkmann, 2015). Nærheten til temaet har jeg opplevd som en styrke ved at jeg også hadde med meg mye aktuell kunnskap om temaet. Selve intervjusituasjonen var heller ikke helt ulik situasjonen rundt behandlingssamtaler. Samtidig var oppgaven som forsker og intervjuer veldig annerledes enn den kjente behandlerrollen. Pasientens eventuelle sårbarhet for situasjonen og tema var mer uklart og samtalen begrenset til kun denne ene samtalen. Det var også viktig å «holde tilbake» terapeutisk støttende elementer som gjorde at erfaringsbudskapet kom tydeligere frem. Dette gjorde meg mer forsiktig og kanskje litt tilbakeholden i deler av samtalen hvor mer utdypende besvarelse kunne vært interessant. En mer erfaren intervjuer uten behandlererfaring ville kanskje gått mer på og fått ut både mer og kanskje noen ganger tydeligere og dypere informasjon. Prinsippet om ikke-skade mener jeg har preget samtalene

på en positiv måte ved at informantene unngikk unødvendige påkjenninger og i hovedsak fikk en god opplevelse i intervjusammenheng, men kan altså også ha hindret utdypende kunnskap om emnet. Egen rolle som også behandler ved poliklinikken kan også ha påvirket kunnskapsproduksjonen om dette begrenset informantenes grad av åpenhet. Undersøkelsen ga imidlertid kunnskap om både positive og negative erfaringer.

Intervjupersonene representerer et tilfeldig utvalg som har gitt et fyldig empirisk materiale. En kan allikevel stille seg spørsmål om de som valgte å delta i undersøkelsen gjorde dette fordi de hadde spesielt negative erfaringer som de ønsket å meddele. I intervjusammenheng fikk jeg imidlertid et inntrykk av at dette var mennesker som syntes det var fint å kunne gi et bidrag til forbedring av behandlingstilbudet på et mer nøytralt grunnlag.

Analyseprosessen ble gjennomført i tråd med Malteruds metode STC. Metoden rommer en tydelig struktur til god hjelp for en nybegynner. I denne sammenhengen var en refleksiv holdning til empirisk materiale og egen for forståelse spesielt viktig. Drøfting med veileder var her en viktig støtte i å «høre» de vesentlige brukererfaringene.

Undersøkelsen har gitt kunnskap om pasienterfaringer fra poliklinikken. Kunnskapen er i tråd med forskning på feltet og har også tilført nye momenter.

Det er et poeng at forskningsbasert kunnskap kan gi ny innsikt som også andre kan ha nytte av. Det er nærliggende å anta at den frembragte kunnskapen i denne undersøkelsen kan være overførbar og kunne komme til nytte også ved andre DPS poliklinikker som jobber med den samme pasientgruppa under de samme betingelsene.

4. Resultater

Presentasjon av analyseresultater;

Hovedkategori	Subgrupper	Gullsitat
Skammens venterom	Frykten for stigmatisering	«Du har liksom blottlagt deg. Det er ikke alle en har lyst til å gjøre det overfor.»
	Venterommets trykkende atmosfære	«Det var liksom en litt sånn rar stemning. Alt virket så dystert, strengt og stille. Man sitter og ser på hverandre, men ingen vil møte blikkene til hverandre.»
	Venterommets innredning	«Alle sitter i en firkant og ser på hverandre – det kunne vært litt koseligere møbler og kanskje sofaer som sto i forskjellige retninger»
Skjemaveldet	Den uforståelig lange utredningsfasen	«Jeg visste hva jeg feilte og på en måte hva jeg trengte, så jeg syntes det var litt i overkant overdrivelse å svare på alle de spørsmålene.»
	Spørsmålene som slitsomme og urovekkende	«Jeg fikk så mange spørsmål om ting jeg ikke hadde tenkt på noen gang, så de første gangene ble jeg helt utmattet!»
Å bli tatt på alvor	Få orden på tankene og livet	«Jeg tenkte aldri på noen diagnose når jeg gikk der. Jeg tenkte bare at jeg gikk der for å snakke og få orden i livet mitt. Rydde opp i ting, få ting på plass og ro i hodet.»
	Samtalen og kjemiens betydning	«Jeg var heldig som hadde så god kjemi med de som behandlet meg! Det har veldig mye å si for om en tørr åpne seg»
	En felles forståelse for behov og tiltak	«Jeg ment ikke så veldig mye i det hele tatt – jeg hørte mest på terapeuten.»
Den utfordrende avslutningen	Den planlagte avslutningen	«Det var jeg som tok opp avslutning med behandler. Vi hadde snakket sammen om det, og så bestemte jeg meg for å prøve meg på egenhånd. Vi la planer for hva jeg skulle gjøre om jeg skulle føle behov for mer hjelp. Det føltes trygt!»
	Den resignerte avslutningen	«Jeg valgte å avslutte fordi jeg ikke hadde den tilliten jeg syntes jeg burde ha.»
	Den uforståelige/ Uventede avslutningen	«Han sa liksom ikke noe. Men han syntes kanskje ikke at det var noen vits for meg å gå der lenger? Men jeg tenkte jeg kunne gått der lenge, for det er jo alltid noe som plager en.»

Tabell 1; Oversikt over hovedkategorier, subgrupper og gullsitat jmf Malteruds STC.

I dette kapittelet blir funnene fra intervjuene nærmere presentert. Mitt inntrykk fra samtalene var at de som stilte til intervju gjerne ville snakke om sine erfaringer fra DPS basert på et ønske om å bidra til et godt behandlingstilbud. I hovedsak gikk samtalene lett og uanstrengt, men også tidvis med mer alvorspregede og såre følelser relatert til egne erfaringer fra sykdoms- og behandlingsperioden. Intervjuguiden var nyttig for å strukturere samtalene og sikre at alle ble spurt om de samme temaene. Samlet sett ga intervjuene et rikt materiale med beskrivelser av erfaringer hvor både mangfold og fellestrekk ble beskrevet. Som tabellen viser resulterte analysen i fire hovedkategorier, disse utdypes og belyses med sitat fra informantene, skrevet i kursiv. Et siste punkt som kommenteres omhandler informantenes tanker og meninger om brukermedvirkning som rettighet og synspunkter på deltakelse i undersøkelsen.

4.1 Skammens venterom

Venterommet var ikke et opprinnelig tema i intervjuguiden, men ble likevel sentralt i de første intervjuene og derfor inkludert i videre intervju. Å kjenne seg stresset og urolig på poliklinikkens venterom var noe mange snakket om. Dette ble forklart og forstått både i forhold til egen mentale tilstand, det å være i behov av psykisk helsehjelp og ikke minst andres eventuelle reaksjoner på behovet for psykisk helsehjelp. Det å søke hjelp for psykisk helseproblematikk ble beskrevet som både utfordrende og for flere uventet skamfullt.

«Det er litt skam å gå der og det burde det ikke være, men hvordan det ikke skal være det, det vet jeg ikke. [For] jeg [selv] tenker at å ha vondt i psyken er ikke noe verre enn å ha vondt i fingeren liksom».

Å søke hjelp for psykisk helse var såpass utfordrende at mange forsøkte både å unngå og utsette dette. Både håp om at det skulle «gå over» og at en burde mestre på egenhånd var grunner til å utsette å søke bistand. Å begynne i behandling var en blandet opplevelse, både en lettelse og en utfordring. I lettelsen lå håpet om å få hjelp og møtet med poliklinikken og behandler som en positiv hendelse. Samtidig var den mentale tilstanden utfordrende og kapasiteten mange ganger begrenset, både i det daglige livet, men også i behandlingssammenheng. Å møte mer eller mindre tilfeldig bekjente på poliklinikken i denne tilstanden, var noe mange hadde lyst til å unngå og skjerme seg fra å oppleve. Venterommet på poliklinikken innebar derfor en ekstra utfordring ved sin fysiske utforming som gjorde det vanskelig å trekke seg unna og gjøre seg anonym. Følelsene rundt venteromssituasjonen kunne

medføre motstridende følelser i form av frustrasjon over rommets begrensninger og utfordringer på den ene siden, og selvkritikk og strenghet over egne reaksjoner som noe en «burde tåle» på den andre siden. Som en forberedelse til denne utfordringen og for å forebygge skamfølelse, kom det forslag om et informasjonsbrev om psykiske lidelsers alminnelighet i forkant av behandlingsstart.

Alle som er der er jo i samme båt, men det er litt sånn at folk ikke helt trives med å sitte der. Kanskje burde de få et brev før de begynner og liksom bare et eller annet sånn alle er i samme situasjon, det er ikke noe verre å vondt i psyken enn i ryggen?

4.1.1 Frykt for stigmatisering

Muligheten for å møte på bekjente i poliklinikkens lokaler var en stressfaktor som spesielt handlet om at andre skulle forstå at vedkommende hadde behov for hjelp til psykisk helseproblematikk. «Du har liksom blottlagt deg. Det er ikke alle en har lyst til å gjøre det overfor». Det ble beskrevet et slags forklaringsbehov i møte med andre og et ønske om å være forberedt. Dette handlet om hva de eventuelt skulle si og hvor mye de eventuelt skulle forklare og fortelle om egen tilstand ved tilfeldige møter. Det ble også beskrevet humor som mestringsstrategi. Hva andre kunne tenke og eventuelt si videre ble beskrevet som en uro. Å møte mennesker fra en jobbrelasjon var enda litt mer utfordrende og beskrevet som noe mange ikke hadde lyst til å oppleve.

Å skjule sitt ærend på poliklinikken var noe flere beskrev seg beredt til, spesielt i en mer belastende fase av tilstanden. At poliklinikken deler bygg og resepsjon med sykehusets medisinske avdeling ble fremhevet som en fordel og som god hjelp til å skjule eget ærend. Endring til felles venterom med medisinsk avdeling ble også foreslått som et tiltak for å lette belastningen ved venterommet.

Det gjør det lettere å gå inn i bygget at det er så mye forskjellig som foregår der. For andre sin del kan det hende at man skal gi blod. Derfor hadde det kanskje vært fint om venterommet også hadde vært mer blandet – for da vet ikke folk hvorfor du er der. Jeg tenkte at det hadde vært veldig pinlig å møte folk fra jobben der, det hadde vært vanskelig. Det var en uro – det er derfor jeg tenker at det er bedre om det er blandet for da er det ingen som vet....

Det var også de som var mer avslappet på venterommet fordi de tenkte at de som var tilstede var der i samme ærend. Å være åpen om problematikken i privatlivet kunne være mer utfordrende. «*Det er ikke mange sånn privat som vet at jeg har vært på DPS. Men å sitte på venterommet var greit, det gjorde ikke meg noe. Det var folk der som var av samme grunn som meg.*»

Den psykiske tilstanden og problematikken kunne i seg selv påvirke selvfølelsen i negativ retning, slik at kapasiteten til å takle de andre på venterommet ble utfordret.

I begynnelsen hadde jeg ikke konsentrasjon til å lese i et blad engang, men på slutten kunne jeg både lese og spise mens jeg ventet. Da brydde jeg meg ikke om å være der eller at noen så meg, så det gikk liksom over jo friskere jeg ble. Hadde jeg møtt noen de siste timene så hadde jeg fint kunnet sagt at jeg hadde vært på DPS hos psykolog, men det tok sin tid da – det var kanskje bare de siste månedene som jeg ikke snek meg inn med lua ned i panna.

Det ble uttrykt frustrasjon over at psykiske plager fortsatt var tabubelagt og potensielt stigmatiserende. Dette var holdninger som mange fremhevet at de ikke selv kjente seg igjen i eller støttet. Tvert imot fremhevet mange et likestilt syn på fysisk og psykisk helseproblematikk. At kjendiser den siste tiden har åpnet opp om egne utfordringer ble påpekt som positivt, men ikke nok til å føle seg komfortabel og avslappet om en selv skulle møte på bekjente på poliklinikken.

Det er en god opplevelse å være på poliklinikken, det eneste er at du blir veldig lite anonym på venterommet og det kan jo stoppe enkelte fra å dra dit. Jeg har truffet et par kjente på venterommet og i resepsjonen, men de var heldigvis ikke fra jobben. Jeg måtte jo bare hilse som vanlig. Det er jo litt i tida at det egentlig ikke er noe verre å være psykisk syk enn å ha brukket benet. Det er veldig vanskelig allikevel – det er et tabu ennå. Det er litt vanskelig for du har liksom blottlagt deg. Det er ikke alle du har lyst til å gjøre det for.

4.1.2 Venterommets trykkende atmosfære

Også selve atmosfæren på venterommet ble beskrevet som utfordrende og trykkende. Mange hadde et ønske om å holde seg for seg selv og unngå kontakt med de andre ventende. Dette

var imidlertid svært vanskelig når rommet var fullt. Rommets utforming og møbleringen ga ingen hjelp til å skjerme seg, tvert imot så vanskeliggjorde møbleringen dette.

Det var liksom en litt sånn rar stemning. Alt virket så dystert, strengt og stille. Man sitter og ser på hverandre, men ingen vil møte blikkene til hverandre.

Stemningen på venterommet kunne påvirke og skape usikkerhet, også hos de som hadde en noe mer aksepterende holdning til egen situasjon og psykiske lidelser generelt. «Jeg er ganske åpen om mine utfordringer, men jeg følte på at andre på venterommet stirret veldig intenst ned i bladene sine. Dette gjorde meg usikker på hvordan jeg skulle oppføre meg». Travelhet og trafikk forbi venterommet ble beskrevet som stressende og noe som kunne forsterke behovet for å skjerme seg, for eksempel ved bruk av mobilen eller toalettet. «Det var litt travelt på venterommet med folk som løp frem og tilbake hele tiden. Det var litt forstyrrende. Jeg prøvde å holde meg litt for meg selv og satt med mobilen og sjekka noen nettsider». At ventetiden som regel ikke var lang, var til hjelp. Å bli tatt imot med smil og hyggelig småprat på vei til behandlingsrommet var også noe som ble opplevd som positivt.

4.1.3 Venterommets utfordrende innredning

Å bryte opp møbleringen til mer «rygg mot rygg» kom som forslag for å avhjelpe situasjonen «slik at ikke alle blir sittende i forkant og tvinne tommeltotter». Også mindre «sterile» omgivelser og hyggeligere fargevalg ble foreslått for å lette stemningen og egen trivsel på venterommet. Samtidig ble det uttrykt forståelse og aksept for rommets og situasjonens begrensninger.

Alle sitter i en firkant og ser på hverandre – det kunne vært litt koseligere møbler og kanskje sofaer som sto i forskjellige retninger. Hva med litt mer fargerike bilder på venterommet? Jeg vet ikke om det passer for alle på et slikt sted, men man kunne få det litt mer lystig når man kommer inn på et venterom med fine farger. Det kunne gjort livet litt lettere om man kommer dit og er deprimert.

4.2 Skjemaveldet

Den innledende fasen av behandlingen ved DPS er preget av kartlegging og utredning. Dette ble beskrevet som en krevende fase med mange spørsmål. Både mental tilstand og begrenset kapasitet til å konsentrere seg kunne gjøre dette utfordrende. Spørsmålene kunne sette i gang grubling. *«Jeg syntes det var litt mye – et skjemavelde – som jeg kaller det»*. For noen var spørsmålene og utredningen av interesse, mens andre ventet på at behandlingen skulle komme i gang. Utredningsprosedyrene ble av mange oppfattet som behandlers behov i forhold til videre behandling samt «systemets» krav.

4.2.1 Den uforståelig lange utredningsfasen

Selve utredningsarbeidet kunne oppleves både slitsom og tidkrevende, og spørsmålene mer eller mindre relevante. *«Jeg fikk så mange spørsmål om ting jeg ikke hadde tenkt på noen gang, så de første gangene ble jeg helt utmattet»*.

Noen så med spenning og interesse på utredningsarbeidet, mens andre kjente mer på behovet for å komme i gang og få hjelp til en vanskelig tilstand og livssituasjon. *«Jeg visste hva jeg feilte og på en måte hva jeg trengte. Når jeg verken var voldelig eller suicidal så opplevde jeg det som litt i overkant overdrivelse å svare på så mange spørsmål»*. Pasientenes egne tanker om ønsket og nyttig fokus i behandlingen ble beskrevet som mindre etterspurt. Forholdet til det å få en diagnose på sine symptomer og problemer varierte fra å oppleve diagnosen som en god forklaring og dermed en lettelse.

Jeg fikk en diagnose i voksen alder og for meg var det mange brikker som falt på plass. Det var godt å bli tatt på alvor og få formidlet hvordan jeg har hatt det. Undersøkelsene hjalp meg til å få en oversikt over mine utfordringer og det var godt å få respons på at dette var vanlig problematikk. For meg var dette en lettelse.

I ettertid var det også noen som stilte spørsmål til utredningen og diagnosen fordi tilstanden hadde vært så preget av problematikken at responsen på spørsmålene kanskje ikke stemte allikevel. Utredningsprosedyrene ble akseptert, det ble også uttrykt forståelse for systemets vektlegging av diagnoser som førende for behandlingen.

Jeg skjønner jo at behandlerne trenger utredningen – de vil jo ha en diagnose å jobbe ut ifra – og da trengte de vel sikkert den tilbakemeldinga jeg kunne gi på alle de spørsmåla for å stille meg i riktig bås for å vite hva de skulle gjøre.

At terapeuten viste følsomhet for pasientens kapasitet og tilstand ble fremhevet som svært betydningsfullt for å makte å svare på spørsmål som var potensielt utfordrende.

4.2.2 Spørsmålene som slitsomme og urovekkende

Spørsmålene kunne oppleves så krevende og slitsomme at det kunne svekke troen på at det var hjelp å få. I tillegg kunne spørsmålene vekke uro og grubling.

«Jeg ble helt utmattet de første gangene for det var så utrolig mange spørsmål om ting og sammenhenger jeg aldri hadde tenkt på. Men kanskje man må snakke om alt dette før en kommer til hovedgreia?».

4.3 Å bli tatt på alvor

Å starte behandlingsforløpet var en positiv opplevelse. Mottagelsen på poliklinikken var god, fra hyggelig hilsen og smil i resepsjonen til vennlig og respektfull velkomst av behandler. Å møte behandlere som tok imot på en likefrem og likeverdig måte var av betydning for å føle seg bekvem i situasjonen, samtidig var det viktig at behandler hadde nyttig og hjelpsom kunnskap. Å få en følelse av å bli tatt på alvor var viktig og helt grunnleggende for samarbeidet. Dette kunne innebære å bli lyttet til, få snakke om sine tanker og erfaringer for så å bli møtt med oppfølgende spørsmål. Det samme gjaldt å bli sett som et «helt menneske» hvor sosial situasjon, fysisk helse og tidligere psykiske påkjenninger også var av betydning for å føle seg tatt på alvor. For noen var det å få en diagnose å bli tatt på alvor, for andre var dette av liten betydning, men samtidig noe som ble akseptert fordi systemet er innrettet slik. Praktisk bistand var også noe som ga en følelse av å bli tatt på alvor. Å bli tatt på alvor var et felles behov og en felles «overskrift», men hva det innebar kunne variere fra person til person. *«Det er ingen fasit, det som passer for en, passer kanskje ikke for en annen. En må finne ut hva som fungerer for den personen det gjelder».*

4.3.1 Få orden på tankene og livet

Å føle seg utslitt og med behov for å få orden på livet, var noe mange hadde erfart som utgangspunkt for behandlingen og henvisningen til DPS. Fysiske plager, stress og kroppslige smerter ble hyppig beskrevet som fremtredende problematikk og mange ganger mer fremme i bevisstheten hos den enkelte enn det å oppleve seg som psykisk syk. *«Det var fastlegen som foreslo DPS. Jeg tenkte ikke selv at jeg hadde psykiske plager, jeg følte meg mer utslitt på grunn av mange belastninger».*

En annerledes tankegang og et behov for «å rydde opp i hodet» kunne være utgangspunkt for behandlingsbehovet.

Jeg tenkte aldri på noen diagnose når jeg gikk der. Jeg tenkte bare at jeg gikk der for å snakke og få orden i livet mitt. Rydde opp i ting, få ting på plass og ro i hodet.

Mens andre ga uttrykk for en mer psykologisk «spisset» målsetting for sin behandling og behandlingsmål som kunne handle om hjelp til angstproblematikk og mål om å fungere igjen i hverdagslivets aktiviteter som å kjøre bil og handle på butikken.

4.3.2 Samtalen og kjemiens betydning

«Kjemien» var et begrep som ble benyttet som beskrivelsen på relasjonen til behandler og fremhevet som en svært betydningsfull faktor i samarbeidet og bedringsprosessen. «God kjemi» var avgjørende for å tørre å åpne seg og for å oppleve effekt av behandlingen. Å bli lyttet til, oppleve å være i fokus i behandlingen, føle seg likeverdig som menneske og å føle seg trygg i relasjonen ble beskrevet som svært betydningsfullt. *«Jeg var heldig som hadde så god kjemi med de som behandlet meg. Det har veldig mye å si for om en tørr åpne seg».*

Å snakke med noen utenfor vanlig nettverk og som i tillegg hadde fagkunnskaper var betydningsfullt for å føle seg forstått og for å få det bedre. Samtalene i seg selv var betydningsfulle og beskrevet på sitt beste som både lindrende, støttende, forklarende og oppklarende. *«Det var godt å få snakke med noen om det som jeg hadde hatt inne i meg så lenge – det fikk meg til å bli bedre».* Forholdet til behandler kunne oppleves som et slags «annerledes» vennskap. Om «kjemien» manglet eller endret seg underveis i behandlingsforløpet var dette et problem som vanskeliggjorde behandling og effekt. *«Det er ikke alltid det er full klaff og det kan være vanskelig å si ifra – spesielt når en har psykiske*

plager og en er i behov av hjelp». Standardiserte evalueringer ble foreslått som hjelp til å tematisere slike utfordringer og eventuelle ønsker om bytte av behandler. *«De fleste er prisgitt den behandleren en får. Det er ikke nødvendigvis at det blir en god match, det kan kanskje lønne seg å bytte behandler noen ganger»?*

4.3.3 En felles forståelse for behov og tiltak

Å finne en felles forståelse og enighet om behandlingens mål og samarbeid kan være en utfordrende prosess hvor noen kunne fortelle om en god dialog hvor tiltak og behov fortløpende ble drøftet. *«Jeg hadde behov for kunnskap om min tilstand og dette tok behandler veldig til seg. Jeg fikk utlevert mange utskrifter fra bøker. Dette har vært til god hjelp».* Andre beskrev en tilstand som gjorde det vanskelig å ha meninger om behandlingsbehov. *«Det var godt at terapeuten forstod så mye av min situasjon og kunne si noe om dette for at timene skulle bli bra. Det var verken overkjørende eller nedlatende».* Forventningene til behandlers og egen innsats i behandlingssammenheng kunne variere fra ønske om «å bli fikset» til forståelse for egeninnsatsens betydning for å få det bedre. Et mønster med en mer «styrende» behandler kunne noen ganger fungere godt, men andre ganger ikke helt treffe pasientens behov. Å gi respons på dette kunne være vanskelig både av respekt for behandler og mindre tro på egen vurderingsevne. Usikkerhet rundt egen rolle og posisjon kunne gjøre det vanskelig å komme med innvendinger. *«Jeg mente ikke så veldig mye i det hele tatt – jeg hørte mest på terapeuten».*

Mangel på vanlig kapasitet på grunn av tilstand kunne også vanskeliggjøre en åpen dialog.

Det var fint at behandler snakket tydelig med meg om min innsats og mitt fravær. Det fikk meg til å forstå at hvis jeg ikke møter opp så mister jeg en gylden sjanse til å bli friskere. Så når jeg først forstod det så ble det veldig bra. Jeg er glad hun sa så tydelig ifra.

Det kunne også være vanskelig å bli hørt «fordi behandler og pasient antagelig hadde forskjellig syn på saken». *«Behandlingen ble ikke sluttført på en måte som gjorde meg trygg. Jeg prøvde å si ifra, men måtte oppgi å bli hørt – det var vanskelig å kjempe for seg selv».*

4.4 Den utfordrende avslutningen

En avslutning av et behandlingsforløp innebærer et punktum for en spesiell prosess og relasjon. Noen opplevde en avslutning som var forberedt nesten fra oppstart, noen tok initiativ til avslutningen selv, mens andre kunne oppleve avslutningen som en ubehagelig overraskelse.

Jeg likte å gå og snakke, samtidig var jeg blitt såpass bra at jeg tenkte at jeg ikke trengte å gå der lenger. Men jeg kunne gått og snakka livet ut om et eller annet. For det er jo alltid noe som plager en!

4.4.1 Den planlagte avslutningen

At behandlingsvarighet og tidspunkt for avslutning bestemmes tidlig i forløpet kan gi tydelighet på rammer og forventning, men også en følelse av stress og press for «å rekke» det en burde i behandlingsperioden. Å få utvidet sitt behandlingstilbud om tiden ble for knapp kunne oppleves både «raust» og av betydning for bedringsprosessen. At behandler støttet avgjørelse og vurdering av avslutningstidspunkt og samtidig samarbeidet om mestringsplan for eventuelle utfordringer, ble fremhevet som svært betydningsfullt.

Det var meg som tok opp avslutning med behandler. Vi hadde snakket sammen om det, og så bestemte jeg meg for å prøve meg på egenhånd. Vi la planer for hva jeg skulle gjøre om jeg skulle føle behov for mer hjelp. Det føltes trygt.

Det var også noen som beskrev at en opplevelse av å «bli» avsluttet før en selv følte seg klar. Dette kunne oppleves både utfordrende og sårt, også når behandlingens varighet hadde vært avtalt fra oppstart. Når kontakten og samhandlingen med behandler representerte noe godt, var det allikevel vanskelig å avslutte, til tross for at dette var forespeilet.

Det var veldig kort – når jeg først hadde kommet hit så hadde jeg tenkt det skulle vare litt lenger. Jeg var jo innforstått med rammene, men jeg hadde ikke takket nei til å snakke noen flere timer om de bekymringene jeg har i det daglige livet, men som egentlig ikke var hensikten med min behandling.

4.4.2 Den resignerte avslutningen

Det er ikke alltid at behandlingsrelasjonen fungerer på en tilfredsstillende måte. Dette ble beskrevet som et svært utfordrende tema for pasienten og noe det var vanskelig å gi tilbakemelding til terapeut om. Dette kunne handle om både pasientens mentale kapasitet relatert til aktuell tilstand og situasjon, liten tiltro til egen vurderingsevne og frykt for å ødelegge for seg selv og muligheten for hjelp. «Jeg valgte å avslutte fordi jeg ikke hadde den tilliten jeg syntes jeg burde ha».

Det er ikke alltid det er full klaff – da kan det bli vanskelig å si noe – og spesielt hvis du har psykiske plager, for da er du der for å få hjelp. Det er et dilemma om en skal si noe, for en kan lenge ha et håp om at det skal bedre seg – og en kan bli veldig bekymret for å måtte avbryte en behandling en føler seg i behov av.

Å få hjelp til å løse slike utfordringer ble beskrevet som et behov. Det ble både foreslått at terapeut åpner opp for samtaler om eventuelle utfordringer i samarbeidet og mulighet for pasienten til å få gitt tilbakemelding på en mer nøytral og kanskje rutinemessig måte.

Ta en vurdering etter hvert og sjekk ut om det er riktig behandler for pasienten. Jeg vet ikke helt hvordan det kunne foregå, men i hovedsak å gjøre en vurdering med pasienten om behandlingen fungerer og om tilliten er på plass.

4.4.3 Den uforståelige og uventede avslutningen

Selve avslutningen kunne for noen oppleves som brå og uventet. Ikke alle hadde en klar forståelse av behandlingens varighet. «Han sa liksom ikke noe. Men han syntes kanskje ikke at det var noen vits for meg å gå der lenger? Men jeg tenkte jeg kunne gått der lenge, for det er jo alltid noe som plager en».

Avslutningen kunne dermed oppleves som brå, uventet og uforståelig. Dette ble beskrevet som en tilleggsbelastning og en utfordring som også rommet «tapet» av en god samtalepartner og mellommenneskelig støtte. Dersom videre planer og behandling heller ikke var i overensstemmelse med det pasienten selv oppfattet som trygt og nødvendig, kunne avslutningen nærmest beskrives som et traume;

Jeg opplevde å bli kastet over til fastlegen veldig fort. Han skulle ta ansvar for medisinereringen. Dette følte jeg ble veldig utrygt. Jeg forsøkte å si ifra om dette, men jeg ble ikke hørt. Dette er fortsatt veldig vanskelig for meg.

4.5 Informantenes kjennskap til brukerrettigheter og respons på deltakelse i intervju

I intervjuet ble det også spurt direkte om informasjon om brukerrettigheter. Det var ingen som umiddelbart oppga at de husket noe om dette fra eget behandlingsforløp. Det var imidlertid heller ingen som uttrykte at de var spesielt opptatt av brukerrettigheter som sådan. Informantene beskrev at fokuset hadde vært på å få hjelp i en vanskelig situasjon og tilstand. Når dette ble drøftet i intervju kom det spontant forslag om at informasjonen om brukerrettigheter kunne kommet litt lenger ut i forløpet eller eventuelt bli gjentatt.

Mange hadde hatt med pårørende og opplevd dette som nyttig. Dette ble heller ikke tenkt på som en rettighet som sådan, men som et nyttig og hensiktsmessig tiltak.

Å delta i intervju om erfaringer fra behandlingsforløpet, ble det beskrevet som positivt. Samtidig ble det beskrevet en usikkerhet omkring hvorvidt en hadde noe å bidra med. Det hadde derfor vært nyttig med en avklarende telefonsamtale i forkant av intervjuet. Muligheten til å gi muntlig tilbakemelding, enten på telefon eller i intervju, ble beskrevet som positivt. Skriftlig respons ble beskrevet som mer krevende og lettere å utsette eller glemme.

5. Drøfting

De mest sentrale funnene i studien blir i dette kapittelet løftet frem og drøftet mot forskning om brukererfaringer, brukermedvirkning, pasienters erfaringer og pasientperspektivet på hva som kjennetegner gode tjenestetilbud. Empowerment er overordnet perspektiv i drøftingen.

5.1 Skam, stigma og uroen for andres fordommer

Poliklinikkens venterom ble et vesentlig tema i undersøkelsen. Rommet ble beskrevet som en arena hvor mange følte seg mer eller mindre utilpasse. Empowerment har en viktig emosjonell komponent som handler om følelsene vi erfarer i sosiale situasjoner. Når venterommet ble beskrevet som en utfordrende arena er dette relevant å se nærmere på. Både selve utformingen av rommet, møbleringen og atmosfæren på venterommet kunne oppleves som utfordrende. Dette kan forstås og forklares på flere måter.

En måte er å se på de fysiske omgivelsenes betydning. Det er velkjent at vi påvirkes av våre omgivelser og at trivsel og velvære øker i åpne, ryddige og estetiske omgivelser. Pene og velholdte lokaler gir signaler om at både menneskene og aktivitetene i lokalene er av betydning og har verdi (Kolstad, 2007). Frost (2016) fremhever betydningen av de fysiske omgivelsene i vanskelige situasjoner som ved sykdom og behov for behandling. Han uttrykker bekymring for at dette ikke har vært tilstrekkelig vektlagt i moderne psykisk helsevern og at mindre velholdte, rotete og slitte omgivelser kan sende negative signaler om både behandlingstilbudet og menneskene som tilbys hjelpen. Venterommet på DPS poliklinikken kan imidlertid beskrives som både rimelig pent og velholdt med grønne planter og kunst på veggene. Stilmessig kan kanskje karakteristikken minimalistisk være mest beskrivende, veggene er hvite og møbleringen enkel og begrenset. Rommets «sterile» preg ble da også påpekt i undersøkelsen med ønske om en varmere og «lystigere» stil på venterommet som hjelp til å føle seg lettere til sinns.

Venterommet er på mange måter poliklinikkens velkomstarena. At rommet «signaliserer» varme og imøtekommenhet vil kunne bære bud om at tjenestetilbudet verdsetter og ønsker å hjelpe de som er i behov av tjenesten. Når omgivelsene har en mer «kald» og minimalistisk stil kan man kanskje få en opplevelse av effektivitet og en «forretningsmessig» aktivitet fremfor omsorg og medmenneskelighet. Å føle seg «varmt» mottatt er for de fleste av oss av betydning for å kjenne oss velkomne og vel til mote. Empowerment har en emosjonell

dimensjon (Askheim & Starrin, 2007). I sammenhenger hvor en kjenner seg vel, fylles en med positiv energi. Dette er av spesiell betydning i en sårbar tilstand og situasjon. Å søke hjelp for psykisk helseproblematikk innebærer på DPS poliklinikken å gå inn i en pasientrolle. Dette kan som kjent utfordre både selvbilde og selvfølelse (Hummelvoll, 2000). Rommets utforming og møblering ble påpekt som utfordrende på grunn av liten mulighet til å skjerme seg og eventuelt bli utsatt for ufrivillig blottstillelse av egen helseproblematikk. Å bli utsatt for ufrivillig eksponering i en utfordrende tilstand kan utgjøre en stor tilleggsbelastning. Det ble da også foreslått endringer i møbleringen for å slippe «å sitte i firkant» og få en liten mulighet til å skjerme seg. Likeså ble det foreslått felles venterom med medisinsk avdeling for på den måten å kunne skjerme sitt ærend.

Det er bekymringsfullt at mange ikke søker hjelp for psykisk helseproblematikk. Flere av informantene beskrev at det hadde vært et stort og vanskelig skritt å søke hjelp. At lokalene en møter fremstår som pene, ordentlige og «varme» kan være av betydning for å føle seg velkommen, ivaretatt og at en har verdi. Dette beskrives også i forskning på omgivelsenes betydning for mental tilstand (Caspari et al, 2007).

At de fysiske omgivelsene har begrenset fokus i moderne psykisk helsevern og kanskje spesielt på en poliklinikk hvor en oppholder seg nokså kortvarig, kan sies å være en hensiktsmessig og fornuftig prioritering av fellesskapets økonomiske midler. Når menneskene som benytter behandlingstilbudet fremhever et ønske om «varmere» og mindre «blottstillende» omgivelser bør imidlertid dette være en tankevekker og inspirasjon til å drøfte hvordan vi ønsker både å møte og behandle menneskene på poliklinikken - og om vi kan ta imot på en «varmere» måte rent konkret, uten at dette nødvendigvis må koste så mye. Av naturlige grunner er vanskelig å gjøre noe med rommets størrelse. Rommets form og størrelse er nok også nokså bestemmende for møbleringen, men for eksempel utsmykking med fargeglade blomster og å se til at venterommet er rimelig ryddig gjennom dagen, kan være et overkommelig og samtidig verdifullt bidrag til å føle seg verdsatt som pasient på poliklinikken.

Empowerment handler om at mennesker som er i en avmaktssituasjon skal opparbeide styrke og kraft til å komme ut av avmakten. At en føler seg vel på venterommet og styrkes av et hyggelig miljø som også gir anledning til beskyttelse mot ufrivillig eksponering, kan være med på å endre skamfølelse og motløshet til god selvfølelse. Dette kan være et betydningsfullt steg mot empowerment.

En annen måte å forstå utilpasshet på venterommet på, kan handle om hvordan psykiske lidelser i seg selv påvirker tanker, følelser og kapasitet til sosial samhandling. Å ha en psykisk lidelse kan gjøre det svært vanskelig å fungere som vanlig og omgås andre. Selv om noen beskriver det å være sammen med «likesinnede» på venterommet som mer avslappende enn vanlige sosiale situasjoner, kan nok mange erfare det å sitte på venterommet som triggende for både angst og depressive tanker. Å se på seg selv som svak, annerledes og utilstrekkelige er noe mange mennesker med erfaring med psykiske lidelser beskriver å gjøre. Min erfaring er at mennesker med psykisk helseproblematikk kan ha en påfallende sterk tendens til å tenke negativt om seg selv. Dette kan være et symptom ved den aktuelle psykiske lidelsen, men en kan også se på dette som en form for selvstigma (Gullslett et al, 2014). Dette er i tråd med slik Freire oppdaget at de undertrykte landarbeiderne også ble sine egne undertrykkere ved at de tok opp i seg negative holdninger fra andre (Freire et al, 1999).

Samfunnets holdninger til psykiske lidelser har gjennom historien vært preget av fordommer og skam. Å befinne seg på et venterom på en psykiatrisk poliklinikk kan nok for mange innebære å ikke leve opp til egne eller andres idealer, eller en følelse av skuffelse over hvordan en opplever seg selv. Henriksen (2010) snakker om sårbarhetsskam og beskriver denne som et kaospunkt mellom hvordan personen ser på seg selv og fremstår for andre. Å sitte på venterommet med slike tanker kan i verste fall medføre motløshet og tappe energi, og dermed ganske sikkert påvirke atmosfæren på venterommet. Aggarwal (2016) fremhever betydningen av å starte en empowermentprosess hos individet i en trygg og utviklende behandlingsrelasjon slik at skamfølelse og motløshet kan endres til god selvfølelse ved at pasienten. Hun fremholder at dette kan skje ved at pasienten gjennom terapi styrkes til å bli mer selvsikker og selvhevdende. I undersøkelsen beskriver en av informantene nettopp dette, at terapi og en bedret selvfølelse etterhvert gjorde det enklere også å være på venterommet og eventuelt møte på bekjente der. Tveiten understreker betydningen av at fagpersonen kun kan hjelpe til i en empowermentprosess. Dette krever bevissthet og en reflektert holdning til eget arbeid og væremåte. Det er spesielt viktig at terapeut unngår å «ta over» i prosessen. Når behandler «vet» hva pasienten trenger snakker vi ikke lenger om empowerment, men paternalisme. Empowerment handler om at den enkelte skal styrkes til selv å egne gode valg og gjøre endringer den enkelte finner hensiktsmessig.

Den tredje og mest fremtredende faktoren for ubehag på venterommet oppfattes å handle om skam og stigma relatert til psykisk lidelse. Til tross for informasjonskampanjer og større åpenhet rundt psykisk helseproblematikk, er det fortsatt knyttet betydelig mer skam til

psykiske lidelser enn fysisk sykdom. Stigma ved psykiske lidelser er derfor fortsatt et viktig satsningsområde både nasjonalt og internasjonalt (WHO, 2015) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Det hevdes at det er en økende aksept og forståelse for «lettere» psykiske lidelser og at Norge har kommet langt når det gjelder å bekjempe tabu ved psykiske lidelser. «Tyngre» psykiske lidelser som rus og psykoseproblematikk er fremdeles utsatt for fordommer og stigma av betydelig grad (Helsedirektoratet, 2014). DPS poliklinikken behandler «lettere» lidelser, selv om lidelsestrykket selvsagt kan være alvorlig. En kunne derfor tenke at det i mindre grad var skambelastet å være i behandling ved poliklinikken. Undersøkelsen gir da også et noe blandet bilde av skam hos informantene. Enkelte gir uttrykk for en mer avslappet holdning til psykisk helseproblematikk. Informantene understreket i intervjuene at de ikke selv skiller på fysisk og psykisk helseproblematikk. Hovedinntrykket fra undersøkelsen er imidlertid at det å være i behandling ved poliklinikken er noe de fleste ønsker å holde for seg selv. Å benytte poliklinikkens venterom ble beskrevet som utfordrende blant annet fordi rommets utforming og møblering gjorde det vanskelig å skjerme seg. Det ble beskrevet en pågående uro for å møte bekjente i forbindelse med behandlingen ved poliklinikken. Både resepsjon og venterom var utfordrende arenaer i denne sammenhengen, men resepsjonen noe enklere fordi en der lettere kunne skjule sitt ærend i bygningen. På venterommet kunne en derimot befinne seg i en ufrivillig blottstillelse av egen situasjon og problematikk. Dette ble av flere beskrevet som en pågående uro og noe en helst ønsket å unngå, men «bare måtte ståls sette seg og tåle» om det skulle skje. Denne uroen kan vanskelig oppfattes som noe annet enn et forsvar mot andres fordommer relatert til psykisk helseproblematikk. Farstad (2016) beskriver skam som en form for blottstillelse og å bli avslørt som en annen enn den en vil være. Manglende mulighet til å påvirke kilden til skam kan i tillegg forsterke skamfølelsen slik at andres fordommer kan utløse en sterk skam. Corrigan & Watson (2002) peker på offentlig stigma i form av stereotypier, fordommer og diskriminering som «effektive strategier» for skam fordi mennesker raskt og ureflektert sorteres i stereotype grupper. Gullsett et al (2014) fant i sin undersøkelse av stigmatiserende holdninger til psykiske lidelser oppfatninger av psykiske lidelser som noe vedvarende som ble hengende ved personen. Dette bekrefter på mange måter informantenes stress og uro på venterommet.

Goffman (1968) forklarer stigma som et resultat av en sosial prosess hvor personer settes på siden av fellesskapet som tegn på vanære eller mistillit. Å ha en psykisk lidelse og være i behov av psykisk helsehjelp kan være noe som setter en person utenfor det «normale»

fellesskapet. Empowerment handler om at mennesker som befinner seg i en avmaktssituasjon skal opparbeide styrke og kraft til å komme ut av avmakten (Askheim, 2012). Media fremheves av mange som en viktig aktør for formidling av realistiske og hensiktsmessige holdninger til psykiske helseutfordringer. Det fremheves som svært betydningsfullt at media er klar over sin holdningsskapende makt og unngår å formidle et unyansert og tabloidpreget bilde av psykiske lidelser. Regjeringens strategi for god psykisk helsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017) fremhever en viktig holdning til psykisk helse som noe vi alle «har» og fremmer på denne måten en viktig normaliserende holdning overfor psykiske helseutfordringer som likestilt med kroppslige helseutfordringer.

Skam og stigma relatert til psykisk lidelse er et samfunnsproblem. På poliklinikken er venterommet en sosial arena hvor skam pasientene både kan frykte for og føle seg skamutsatt, av mange grunner. Empowerment handler om å utvikle styrke i utfordrende livssituasjoner. Ingen kan gjøre noen «empowered», en kan bare være en medhjelper i prosessen. Det er et mål at den enkelte skal få styrke til å gjøre noe med problemskapende forhold. Det er derfor interessant å merke seg at det gjennom samtaleene kom frem spontane forslag om endringer og forbedringer av behandlingstilbudet. Både forslag om endringer av venterommet og forberedelsesbrev før behandlingsoppstart med informasjon om psykiske lidelsers alminnelighet, kan være interessante tiltak for å forebygge avmakt og utfordringer i forkant ev behandling og som forberedelse til venterommet! Dette er også viktig brukerrespons til poliklinikken og etter undertegnades mening vel verdt å se nærmere på i sammenheng med kvalitetsarbeid. Og ikke minst med tanke på å involvere pasienter i større grad i utformingen av behandlingstilbudet.

5.2 Samtalenes forutsetninger, styrkende muligheter og utfordringer.

Flere av informantene beskrev sin tilstand ved begynnelsen av behandlingen som å være i en avmaktsposisjon preget av mental sårbarhet, fysiske plager og slitenhet. Å få noen å snakke med om sin situasjon, tilstand og livsutfordringer ble generelt fremhevet som svært betydningsfullt ved å begynne i behandling ved poliklinikken. Noen beskrev samtaleene og samarbeidet med behandler som en bærende kraft og «et annerledes vennskap» gjennom både utredning og behandling, mens andre kunne fortelle om utfordringer i denne sammenheng.

Helsemyndighetene fremhever betydningen av pasientenes erfaringer, ønsker og behov skal utgjøre et viktig perspektiv i utformingen av behandlingstilbudet og at brukermedvirkning og empowerment skal prege tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Dette gjør det betydningsfullt å se nærmere på styrkende aspekter ved samtalebehandlingen på poliklinikken – og hva som kan være til hinder for styrkende effekt.

Å bli tatt på alvor var et felles behov og noe informantene beskrev som en grunnleggende betingelse for å oppleve behandlingstilbudet ved poliklinikken som hjelpsomt. Hva det innebar kunne imidlertid variere fra person til person. Likeverdighet i kontakten og gode samtaler med en fagperson som lyttet med interesse, stilte oppfølgende spørsmål og hadde god fagkunnskap, ble generelt fremhevet som viktig. Noen beskrev samtaler med fokus på utredning og diagnostisering som betydningsfulle, mens andre ønsket fokus på den totale livssituasjonen uten å se nytten av utredning og diagnostisering av «problematikken». Å bli sett som «et helt menneske» hvor både sosial situasjon, fysisk helse og tidligere psykiske utfordringer ble inkludert, var av betydning. Praktisk bistand kunne også være en viktig faktor for å føle seg tatt på alvor. Biringer et al (2017) bekrefter at pasienter ofte har behandlingsforventninger tett knyttet til sin totale livssituasjon.

Behovet for å bli tatt på alvor handler ifølge Agner & Braun (2018), om anerkjennelse. Dette er et nøkkelbegrep innen pasientempowerment som blant annet innebærer å bli sett som et «helt» menneske, å bli lyttet til og beskrives som det motsatte av å føle seg «objektivisert» i behandlingssammenheng. Dette er også i tråd med tidligere utforskning av pasienters vurderinger av gode tjenestetilbud. Steinsbekk et al (2013) og Rise et al (2014) fant at respekt i form av å bli lyttet til og tatt på alvor sammen med dyktige fagpersoner som tilpasset behandlingstilbudet til pasientens behov og tilstand, ble regnet som grunnleggende betingelser i pasienters beskrivelse av gode tjenestetilbud. Betydningen av behandlere som lytter uten å dømme og også vektlegger pasientens positive sider og ressurser i samarbeidet, er også viktige verdier fra pasientperspektiv (Maassen et al, 2017).

God kjemi med behandler var en annen betydningsfull faktor tidligere pasienter ved poliklinikken fremhevet som absolutt nødvendig for styrkende effekt av behandlingstilbudet. God kjemi forstås i undersøkelsens sammenheng å handle om behandlingsalliansen mellom pasient og terapeut. Denne ble beskrevet som helt avgjørende for å tørre å åpne opp om vanskelige tema. Den terapeutiske relasjonens betydning for utbytte av behandling uavhengig av behandlingsmetode, er påpekt og fremhevet gjennom mange år (Bjørngaard, 2007).

(Wampold, 2015). Helsedirektoratet (2011) påpeker at både utredning og behandling avhenger av en god relasjon. En god relasjon bygger på et godt samspill mellom pasient og behandler. Behandler har et klart ansvar for å legge til rette for å få dette til å fungere og i samhandling med pasienten vise forståelse, respekt og empati for pasientens problemer (Helsedirektoratet, 2014). Ljungberg et al (2015) påpeker to dimensjoner ved hjelpende relasjoner, en profesjonell og en mellommenneskelig. Hvilken type relasjon den enkelte foretrekker må avgjøres i samarbeid med pasienten. Lite hjelpsomme relasjoner er preget av behandlere som i mindre grad bryr seg om pasienten, er lite følelsesmessig tilgjengelig, lite lyttende og bestemmer for mye over pasienten (Ljungberg et al, 2016). Samarbeidet og relasjonen handler også om pasientens bidrag. Det er av stor betydning at pasienten viser interesse for sin problematikk og samarbeider om bedring, påpekes det i veileder for lokalbasert psykisk helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014). Å jobbe sammen med pasienten for at vedkommende skal finne løsninger som innebærer å få mer kontroll over egen livssituasjon og helse fremheves som en hensiktsmessig strategi for å fremme pasientempowerment.

Styrkende aspekter ved samtalebehandlingen er som beskrevet følelsen av å bli tatt på alvor, få støtte. Å bli tatt på alvor og god kjemi/god relasjon med behandler er i praksis vanskelig å skille fra hverandre. Begge avhenger av hverandre og gir sammen et nødvendig grunnlag for behandlingssamarbeid og behandlingsprosesser. Responsen fra undersøkelsens informanter supplert med aktuell forskning, bekrefter faktorenes grunnleggende betydning i samtalebehandlingen ved poliklinikken.

Det er kjent at pasient og behandler kan ha forskjellig oppfatning av hva som er god og riktig hjelp (Bjørngaard, 2007) (Steinsbekk, 2013) (Klevan, 2017). I undersøkelsen kom det frem gode erfaringer med å gi beskjed om behov og ønsker til behandler. Dette kunne i trygge relasjoner gjelde begge veier; en informant beskrev direkte respons fra behandler vedrørende fravær som en nyttig øyeåpner. Det ble imidlertid også beskrevet utfordringer med å få sagt ifra om vansker i behandlingsrelasjonen. Dette kunne ha flere grunner. Tilstanden i seg selv ble beskrevet som en faktor som gjorde det mer utfordrende for pasienten både å stole på egne vurderinger og å gi uttrykk for egne meninger. Det ble også beskrevet bekymring for å ødelegge for seg selv og behandlingsmuligheten ved å ta opp tema som kanskje kunne oppfattes som kritikk. Farstad (2016) påpeker at maktrelasjonen mellom pasient og behandler er asymmetrisk og at frykt for avvísning fra behandler kan være skamtriggende. En asymmetrisk relasjon er et utfordrende utgangspunkt for empowerment. Det hviler et ansvar på behandler for å styrke og støtte pasienten i denne posisjonen (Farstad, 2016).

I et brukermedvirknings- og empowerment perspektiv er det av stor betydning at pasientens erfaringer og meninger kommer frem (Aggarwal, 2016). Undersøkelsen viste at det kunne være et behov for «hjelp» til å få gitt beskjed til behandler om eventuelle utfordringer i samarbeidet og det ble foreslått standardiserte evalueringer eller at behandler jevnlig tok opp temaet. Bytte av behandler om kjemien skulle vise seg vanskelig, ble også foreslått av informantene som en mulighet som burde kunne være tilgjengelig. Siden empowerment handler om at mennesker som befinner seg i en avmaktssituasjon skal opparbeide styrke og makt til å komme ut av avmakten, er hjelp til å få sagt ifra når samarbeidet med behandler ikke oppleves å fungere optimalt, et viktig skritt mot empowerment. I tillegg er dette en også lovfestet brukerrettighet (Pasientrettighetsloven, 1999). Andersen (2018) fremhever nytten av klient- og resultatstyrt praksis (KOR) som et nøytralt verktøy for å sikre fokus på det som er viktig for pasienten. Systematiske tilbakemeldinger fremheves også av helsemyndighetene (Helsedirektoratet, 2014).

Undersøkelsen gir et innblikk i pasienters forskjellige utgangspunkt og ønsker for behandlingen og samarbeidet ved DPS. En felles forståelse mellom pasient og behandler om hva behandlingen skal fokusere på og hvordan samarbeidet skal foregå, er derfor av stor betydning (Norcross, 2011). Poliklinikkens oppdrag og rammer er basert på en sykdomsmodell og søker derfor i hovedsak etter symptomer som kan behandles med en psykologisk metode og/eller medisiner. Etter min oppfatning er det ofte i denne fasen av behandlingen at brukermedvirkning og empowerment utfordres ved at pasienters problematikk i mer eller mindre grad «passer» til poliklinikkens behandlingstilbud og lar seg formulere i en behandlingsplan. Brukermedvirkning og empowerment er enklere å få til på poliklinikken når pasientens problemer kan avhjelpes med målrettet psykologisk behandling og eventuelt medisiner. Informantenes erfaringer fra avslutning av behandlingsforløp gir etter min oppfatning et beskrivende bilde av hvor forskjellig behandlingsforløp på poliklinikken kan erfares og i hvor forskjellig grad brukermedvirkning, pasientens behov og problematikk får plass i behandlingen. Når pasientens behov består av mange og sammensatte faktorer samtidig som pasienten selv har et mindre psykologisk rettet fokus på sin problematikk, kan dette fort bli utfordrende i møte med poliklinikkens behandlere, behandlingstilbud og rammer.

Samtalebehandlingens styrkende muligheter ved poliklinikken synes å være knyttet til relasjonelle forhold og en problematikk som «passer» poliklinikkens sykdomsmodell. Om behandlingsrelasjonen byr på utfordringer eller pasientens problematikk er omfattende og mindre «psykologisk» basert synes dette å hindre samtalenes styrkende mulighet.

Agner & Braun (2018) beskriver følgende «universelle» nøkkelementer i pasienters perspektiv på empowerment i behandlingssammenheng; kontroll, psykologisk mestring, anerkjennelse, støtte, kunnskap og medvirkning. Dette forutsetter en endring fra paternalisme til brukermedvirkning (Tveiten, 2018).

5.3 Strukturelle vilkår og mulighet for empowerment.

Olsson & Dahl (2018) peker på begrenset utbytte av behandlingsforløp ved poliklinikken. Hva som avgjør om et behandlingsforløp blir en suksess eller fiasko avhenger i følge Norcross (2011) av følgende faktorer; pasient, terapeut, deres relasjon, behandlingsmetode, kontekst og samspillet mellom alle disse faktorene. Flere har imidlertid påpekt at de individuelle og interpersonlige faktorene har fått mye fokus, men at de kun gir et begrenset bilde av utfordringer knyttet til brukermedvirkning og empowerment. Strukturelle utfordringer må også inkluderes, blant annet for å øke kunnskapsgrunnlaget om barrierer relatert til utbytte av behandling og forbedret helsehjelp (Agner & Braun, 2018).

DPS skal tilby spesialisert utredning og differensiert behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Et biomedisinsk syn på psykisk lidelse har fortsatt en dyptgripende påvirkning på medisin og helsefag, og preger fortsatt i stor grad føringer for poliklinikkens oppgaver og arbeidsform (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Brukermedvirkning, pasientrettigheter, empowerment samt kunnskapsbasert praksis har etterhvert kommet som tillegg. I poliklinikkens praksis innebærer dette en kombinasjon av biomedisinsk og kontekstuell forståelse i møtet med pasientenes behandlingsbehov, ønsker og erfaringer i den aktuelle situasjonen på poliklinikken. Dette er i tråd med kunnskapsbasert praksis og kan umiddelbart virke som en moderne demokratisk og menneskevennlig dreining av et paternalistisk preget system. I praksis innebærer dette at to vidt forskjellige kunnskapssyn kombineres (Ekeland, 2011). Blant annet Aarre (2018) påpeker en helsepolitisk «spagat» og problematiserer at myndighetene gir liten hjelp til hvordan dette skal håndteres i praksis. I en tid hvor tjenestene generelt er utsatt for et stort kapasitets- og ansvarlighetspress er min påstand at den biomedisinske modellen beholder sitt dominerende preg på tjenestene på poliklinikken - på bekostning av brukermedvirkning og empowerment.

Det polikliniske behandlingstilbudet ved DPS innledes alltid med utredning og diagnostisering. Diagnoser skal, i tråd med retningslinjer (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) (Helsedirektoratet, 2011) (Helsedirektoratet, 2014), være førende for behandling i

spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at pasientens symptomer på psykisk sykdom kartlegges gjennom klinisk intervju og ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy for så å vurderes i tråd med gjeldende diagnosemal som definerer psykisk sykdom. Psykiske plager som ikke forstås å oppfylle de diagnostiske definerte kriteriene for sykdom skal derfor ikke behandles ved DPS. Det kan være en utfordrende prosess å sortere psykisk lidelse fra psykiske plager og noen absolutt grense finnes ikke (Skårderud et al, 2010). Mitt inntrykk fra praksis og som også bekreftes av informantene i undersøkelsen, er at mange henvises DPS i vanskelige livssituasjoner. Vanskelige livssituasjoner kan ha sitt utspring i psykisk lidelse og på denne måten være «godt egnet» for poliklinikkens behandlingstilbud. Noen ganger er det imidlertid ikke nødvendigvis de psykiske helseproblemene som skaper de største utfordringene, men de gjør det heller ikke enklere å hankses med livsutfordringer. Min erfaring fra praksis er at poliklinikkens behandlingstilbud i slike tilfeller kan bli mindre treffende eller utilstrekkelig for å avhjelpe pasientens problematikk. Det er et kommunalt ansvar at innbyggere med psykiske lidelser og redusert funksjonsnivå skal få tilfredsstilt grunnleggende behov. Pasienter henvises DPS når det foreligger behov for tjenester kommunen ikke kan tilby. Et naturlig tiltak for å avhjelpe en sammensatt problematikk er derfor samarbeid mellom kommunalt psykisk helseteam og DPS. Erfaring viser at slike samarbeid noen ganger fungerer effektivt og til pasientens beste, andre ganger kan dette av forskjellige grunner være mer utfordrende. Dette kan handle om forskjellig forståelse for pasientens problematikk og behov for bistand, det kan handle om ressurser og kapasitet både til selve samarbeidsprosessen og til å ivareta pasientens behov, det kan dreie seg om en forestilling om at den «beste» hjelpen er i «spesialisthelsetjenesten» og det kan handle om tilknytning i den etablerte behandlingsrelasjonen. Å finne gode løsninger i slik situasjoner kan være utfordrende for både pasient og tjenesteyter.

Utredningsfasen ble av informantene beskrevet noe forskjellig, men av de fleste som nokså krevende og tidvis også urovekkende. Noen beskrev imidlertid egen interesse og motivasjon for utredningen og fremhevet betydningen av å få en diagnose som forklaring på livslange utfordringer. Andre beskrev utredningen som lite interessant, blant annet fordi de selv hadde tanker og meninger om sin egen problematikk. Meningene ble imidlertid beskrevet som lite etterspurt i utredningsfasen. De aller fleste uttrykte imidlertid både aksept og forståelse for «systemets» behov for en diagnose. Utredningsfasen beskrives således i hovedsak som en prosess preget av et fokus på diagnostisering og begrenset rom for brukermedvirkning og empowerment. Järvinen og Mik-Meyer (2003) kaller det å standardisere menneskelige

problemer når klienters problemer defineres og kategoriseres for å gjøre den hjelpesøkende hjelpeberettiget. Individets problemer tilpasses et format som passer med organisasjonens problemkategorier, regler og rutiner og tiltak. Tjenestemottaker må forholde seg til tjenestens forståelse av problemene. Dette er lite i tråd med brukermedvirkning og empowerment.

Når pasienten er ferdig diagnostisert utarbeides som beskrevet en behandlingsplan med diagnose sammen med pasientens ønsker og mål for behandlingen som førende for behandlingsfokus. Erfaringer fra poliklinikken viser at noen pasienter har et mer klart psykologisk fokus på sin problematikk og kan for eksempel ønske hjelp til å mestre angst. Dette er et egnet utgangspunkt for behandling ved poliklinikken. Undersøkelsen ga imidlertid også et innblikk i pasienters forventninger til behandlingsforløpet som mye mindre presise og ofte relatert til hele livssituasjonen. Biringer et al (2017) bekrefter at mange har et bredere spekter av forventninger til tjenestene som inkluderer håp om bedring, utvikle forståelse for egen lidelse, finne mestringsverktøy og motta rådgivning samt praktisk bistand. Denne undersøkelsen anbefaler at DPS har en mer vidtrekkende tilnærming enn i dag og for å møte pasientenes ønsker og behov også inkluderer støtte til familieproblemer, sosialt liv, utdanning, arbeid og økonomi. Når vi vet at et fellestrekk ved psykiske lidelser er at de påvirker så vel tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre er det ikke overraskende at pasienter ønsker et bredere fokus i behandlingen. Men hvordan dette passer inn i poliklinikkens rammebetingelser er et annet spørsmål. En annen mulighet er kanskje et mer utstrakt samarbeid med kommunalt hjelpetilbud.

DPS poliklinikken er et viktig tjenestetilbud til en stadig voksende pasientgruppe. For å imøtekomme pasienttilstrømningen med dagens ressurser er det helt nødvendig at behandlingstilbudet er begrenset. Dette gjør imidlertid at mennesker med omfattende hjelpebehov og forventninger møter et ofte etterlenget behandlingstilbud med begrensninger og stramme rammer. Dette kan være et utfordrende utgangspunkt for brukermedvirkning og empowerment. Lipsky (1980) beskriver hvordan helsearbeidere bedriver «bakkebyråkrati» i et spenningsfelt mellom lojalitet til pasient og tjenestenes forvaltning. Tjenestenes regler, innsparingskrav og uformelle normer kan begrense tjenesteyters handlingsrom som kan gi grunnlag for både empowerment og undertrykkelse.

En felles målsetting og enighet om metode er fremhevet som et godt utgangspunkt for terapeutisk samarbeid (Norcross, 2011). Ved utforming av pasientens behandlingsplan kan det som beskrevet ved mer omfattende problemstillinger by på utfordringer å finne et klart og

målrettet fokus å samarbeide med pasienten om. Erfaring viser at også ferdige planer kan utfordres av mer eller mindre akutte problemer. Hvordan dette håndteres i de enkelte samarbeidsrelasjonene vil jeg anta avhenger av både pasient, behandler, deres relasjon og situasjonen forøvrig, men kanskje mange ganger med pasienten som «den tapende part». Engelstad (2005) påpeker at det alltid vil være en komponent av makt i sosiale relasjoner. Makt i hjelperelasjoner kan være vanskelige å se fordi tjenesteyter tilbyr omsorg og hjelp. Tjenesteyter kan både oppfattes og oppfatte seg selv som innehaver av viktig og nøytral kunnskap om det aktuelle. Dette gjør at behandlingsintervensjonen forstås som profesjonell praksis styrt av kunnskap og erfaring av hva som kjennetegner et godt faglig arbeide – ikke utøvelse av makt. Men pasienten vil sannsynligvis kunne erfare dette som mindre styrkende.

Lokalbaserte tjenester har som målsetting å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser. Dette er i tråd med WHO's holdning og definisjon av psykisk helse som noe annet enn fravær av sykdom (WHO, 2014). Pasienten skal være viktigste aktør i behandlingen. Empowerment skal prege tjenestene (Helsedirektoratet, 2014). Empowerment bygger på et positivt syn på mennesket som aktivt og handlende til sitt eget beste når forholdene legges til rette (Askheim, 2012). Det påpekes at empowerment kan likne på en styringsstrategi som Foucault kalte *governmentality*; styring gjennom selvstyre. Staten styrer ikke direkte, men legger til rette for selvstyre ved at den enkelte får ansvar for å forme seg selv og realisere seg selv innenfor definerte idealer, kunnskap og teknikker. Selvstyret innebærer tilstedeværelse av eksperter som gir hjelp og råd (Foucault, 2002). Dette kan også forstås som en form for makt og en begrensning av pasientens mulighet til faktisk å ta sine egne valg og følge sine egne verdier når disse ikke er i tråd med velferdsstatens idealer.

Empowerment handler om en kraft og makt til pasienten – en forskyvning av makt. Inntrykk fra informantenes erfaringer fra poliklinikken viser et bilde preget av begrenset makt og innflytelse. De strukturelle vilkårene for empowerment har i mindre grad vært i fokus og kommunisert. Nyere forskning viser imidlertid at dette kan være et hensiktsmessig fokus også for å forstå begrensninger i effekt av behandlingstiltak (Agner & Braun, 2018).

6. Konklusjon

Undersøkelsens viktigste funn kan oppsummeres som følgende; Å ha en psykisk lidelse kan være en utfordrende tilstand som kan prege både selvfølelse, selvheldelse, mental kapasitet og livskvalitet. Skam og stigma relatert til psykisk lidelse er fortsatt en utfordring. Frykten for andres fordommer kan være spesielt utfordrende på poliklinikkens venterom. Å bli tatt på alvor og ha god kjemi med behandler beskrives som grunnleggende for å få effekt av behandlingen. Noen beskriver god hjelp og nytte av poliklinikkens samtalebehandling og fremhever relasjonen med behandler som avgjørende. Andre beskriver varierende opplevelse av tjenesten, utfordringer i samarbeidsrelasjonen og behov for hjelp til å gi tilbakemelding om utfordringer. Utgangspunkt og ønsker for behandlingen kan være svært forskjellig og til dels lite i samsvar med poliklinikkens oppdrag. Strukturelle barrierer og makt kan være av stor betydning for behandlingseffekt, brukervedvirkning og empowerment.

Undersøkelsen viser at brukervedvirkning og empowerment har begrensede vilkår på poliklinikken, men fremheves som betydningsfulle faktorer med både terapeutisk effekt og av betydning for utvikling av gode og treffsikre tjenester. Informantene ga i liten grad uttrykk for å være opptatt av pasientrettigheter, de beskrev behov for hjelp i en vanskelig situasjon og viste i stor grad aksept og forståelse for systemets krav og begrensninger. I intervju sammenheng viste informantene engasjement og fornuftige innspill til forbedring av tjenesten. Et videre samarbeid med poliklinikkens pasienter /tidligere pasienter for eksempel i form av et brukerstyre kan være et spennende prosjekt å jobbe videre med både for å styrke tjenestetilbudet, brukervedvirkning og empowerment.

De strukturelle betingelsene for tjenesten er en betydningsfull faktor både å utforske og utfordre videre sammen med makt på forskjellig nivå i behandlingstilbudet. Aarre (2018) oppfordrer til modige helsearbeidere som våger å utfordre rammevilkår til beste for pasienten. Til en viss grad tror jeg alle vi som arbeider med mennesker forsøker dette, men vi trenger hjelp fra helsemyndighetene for å våge de store endringene for å utvikle gode tjenester til beste for pasientene.

Undersøkelsen er basert på et begrenset antall informanter, men resultatene bekrefter utfordringer fra tidligere forskning og kan derfor oppfattes å kunne ha relevans også utenfor Hamar DPS poliklinikk.

Litteraturliste

Aggarwal, N. (2016). Empowering People with Mental Illness within Health Services. *Acta Psychopathologia*, 2(4):36.

Agner, J., & Braun, K. L. (2018). Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient education and counselling* 110(12): 2054-2064

Andersen A. (2018). *Psykisk helsearbeid: En gang til*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Askheim O., Starrin B., & Heyerdahl, C. (2007). *Empowerment: I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Askheim, O. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floksel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Aarre, T. (2018) *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berge T., & Repål, A. (2015). *Håndbok i kognitiv terapi (2.utg.ed)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(3), 505-513.

Bjørngaard, J. H., Ruud, T., Garratt, A., & Hatling, T. (2007). Patients' experiences and clinicians' ratings of the quality of outpatient teams in psychiatric care units in Norway. *Psychiatric Services*, 58(8), 1102-1107.

Caspari, S., Nåden, D., & Eriksson, K. (2007). Why Not Ask the Patient? An Evaluation of the Aesthetic Surroundings in Hospitals by Patients. *Quality Management in Health Care*, 2007:16, 280-292.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*. 1(1), 16-20.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches (5th ed.)*. Los Angeles, SAGE.

Dahl, A., & Aarre, T. (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget.

De nasjonale forskningsetiske komiteene for medisin og helsefag (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.etikkom.no>

Ekeland, T. (2011). Ny kunnskap - ny praksis, et nytt psykisk helsevern (Vol. 2011:1, *Erfaringskompetanse.no* (trykt utg.)). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

Engelstad, F. (2005). *Hva er MAK*T. Oslo: Universitetsforlaget

Farstad, M. (2016). *Skam: eksistens, relasjon, profesjon*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Foucault, M. (2002). Forelesninger om regjering og styringskunst. Oslo: Cappelen akademisk.

Freire, P., Nordland, E., & Lie, S. (1999). *De undertrykte pedagogikk* (2. utg. ed., Basis). Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Frost, T. (2016) Hva mener vi med menneskerettigheter når livet er kommet til kanten av stupet? *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*. 33(4): 63-70.

Goffman, E. (1968). *Stigma, Notes on the Management of Spoiled Identity*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Groven, G., Holmboe, O., Helgeland, J., Bjertnæs, O. A., & Iversen, H. (2008). Brukererfaringer med poliklinikker for voksne i psykisk helsevern. *PasOpp-rapport nr 5-2008*.

Gullslett, M. K., Kim, H. S., & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*, 1, e2

Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse–ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2015). Nasjonale faglige retningslinjer. Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no>

Helsedirektoratet. (2018) Hovedresultater Samdata Spesialisthelsetjenesten 2013-2017. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2019). Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser, voksne. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/horinger/utredning-av-psykiske-lidelser-hos-voksne-pakkeforlop>.

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

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015*. Oslo: Regjeringen. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter*. (Meld.St. 19 (2014-2015)) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015) *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (Meld.St.11 (2015-2016)) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017) *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. (Strategi). Oslo: Departementet Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf.

Henriksen, J. & Søvik, A. (2010). *Livstolkning i skole, kultur og kirke: festskrift til Peder Gravem*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag, 2010.

Hummelvoll, J.K. (2000). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Jamtvedt, G. (2017). Kunnskapsbasert praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no>

Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2003). *Indledning: At skabe en klient* (pp. 9-29). København.

Klevan, T. (2017). *The Importance of Helpful Help in Mental Health Crises: Experiences, Stories and Contexts - A Qualitative Exploration*.

Kolstad, A. (2007). Hvordan de fysiske omgivelsene påvirker oss; estetikk og velvære i helseinstitusjoner. *Den Norske Tannlegeforenings Tidende*, 117(13), 814-818.

Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gòmez, S., Yushaú Armiyaú, A., Banjac, V., ... Sartorius, N. (2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 989-1003.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lipsky, M. (1980): *Street level beureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.

Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 471-495.

Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267-277.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Miglietta, E., Belessiotis-Richards, C., Ruggeri, M., & Priebe, S. (2018). Scales for assessing patient satisfaction with mental health care: A systematic review. *Journal of psychiatric research, 100*, 33-46.
- Maassen, E. F., Schrevel, S. J., Dedding, C. W., Broerse, J. E., & Regeer, B. J. (2017). Comparing patients' perspectives of "good care" in Dutch outpatient psychiatric services with academic perspectives of patient-centered care. *Journal of Mental Health, 26*(1), 84-94.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II (Vol. 48, No. 1, p. 4). *Educational Publishing Foundation, 48*(1):4.
- Ocloo, J., & Matthews, R. (2017). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf* 25: 626-632.
- Olsson, I., & Dahl, A. (2018). Nesten halvparten fikk varig bedring etter behandling ved psykiatrisk poliklinikk. *Sykepleien Forskning [elektronisk Ressurs]*, 23.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>.
- Rise, M. B., Westerlund, H., Bjørgen, D., & Steinsbekk, A. (2014). Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please. *International Journal of Social Psychiatry, 60*(2), 134-138.
- Råbu, M., & Haavind, H. (2012). Coming to terms: Client subjective experience of ending psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly, 31*(2): 223-242.
- Saxena, S., Funk, M., & Chisholm, D. (2014). WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry, 13*(2), 107-109.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S & Stänicke, E. (2010) *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial-og helsedirektoratet (2005). *Plan for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D., & Rise, M. B. (2013). Hvordan beskriver brukere av psykiske helse-og sosialtjenester et godt tjenestetilbud? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(1), 2-5.

Stomski, N. J., & Morrison, P. (2017). Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(1), 67.

Storm, M. (2009). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thomassen, M. (2015). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023), 1123-1132.

Thornquist, E. (2018) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: Nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? *An update*. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.

Wessel, K., (2015). Skammen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(2), s 178-180.

WHO.int (2014). *Mental health: a state of well-being*. Hentet 19.02.19 fra http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

WHO.int. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva. Hentet 16.02.19 fra <http://www.WHO.int./WHO/HPR/HEP/98.1>

Verdens helseorganisasjon. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013 -2020*. Hentet fra

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=42589345A064DCAAC7EA245F8B33929B?sequence=1

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 310(20), 2191. Doi10.10001/jama2013.281053

Vedlegg I



Arild Granerud
Hamarvegen 112
2411 ELVERUM

Vår dato: 20.09.2017

Vår ref: 55466 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.08.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55466	<i>Brukererfaringer fra DPS poliklinikk</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Innlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Arild Granerud</i>
Student	<i>Tone Vaadal</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 02.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 55466

FORMÅL

Kvalitativ utforskning av brukererfaringer og brukermedvirkning i forbindelse med poliklinisk behandling ved DPS (allmennpsykiatrisk poliklinikk for voksne over 18 år). Kunnskapen som innhentes vil kunne brukes videre i kvalitetsforbedrende arbeid og forventes å øke engasjement og interesse for pasienters/brukeres behov og ønsker. Kunnskapen vil også kunne gi mulighet for et mer spisset fokus i fremtidige brukerfaringundersøkelser.

REKRUTTERING

Deltakerne rekrutteres via merkantilt ansatte. Vi forutsetter at studenten ikke har innsyn i personopplysninger for deltakeren har samtykket, og at deltakeren selv kontakter studenten.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Deltakerne skal informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er noe mangelfullt. Vi ber derfor om at følgende endres/tilføyes:

- At du skal bruke lydopptak under samtale og at lydopptakene slettes ved prosjektslutt.

SENSITIVE DATA

Deltakerne er (tidligere) pasienter ved DPS. Opplysningene er derfor sensitive og relatert til helseforhold. I meldeskjemaet var det ikke angitt at opplysningene er sensitive, og vi har derfor endret dette punktet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forskere og studenter følger Høgskolen i Innlandet sine rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 02.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlende opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

*Vedlegg 2***Forespørsel om samtale vedrørende brukererfaringer fra DPS poliklinikk**

Det er viktig at DPS poliklinikk gir så god hjelp som mulig til de som trenger det. Å vite hvordan hjelpen oppleves og erfares av de som bruker behandlingstilbudet er av stor betydning. Siden du har benyttet tilbudet vil det være til stor hjelp om du kunne fortelle om dette i en samtale. Du bestemmer selv hvor vi kan snakke sammen - jeg kan komme hjem til deg eller foreslå et sted vi kan møtes.

Mitt navn er Tone Vaadal. Jeg arbeider som psykiatrisk sykepleier og studerer samtidig psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet. Som del av min masteroppgave ønsker jeg å få vite mer om brukererfaringer fra behandling ved DPS poliklinikk.

Hensikten med oppgaven er å sikre god kvalitet på behandlingstilbudet.

Alt som kommer frem i samtalen vil bli anonymisert, ingen vil kunne gjenkjennes. Jeg vil av praktiske grunner bruke en lydopptaker under samtalene. Samtalene vil bli slettet ved prosjektslutt.

Det er frivillig å delta og du kan når som helst trekke deg. Deltakelse i samtale vil ikke bli kjent ved et eventuelt nytt behandlingsforløp.

Hvis du har behov for å vite mer eller kan tenke deg å møte meg og fortelle om dine erfaringer kan du kontakte meg på **mobil nr....**eller mail@icloud.com

Elverum-Hamar DPS kan om ønskelig kontaktes på telefon 62537300.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

Vennlig hilsen

Tone Vaadal

Student v Høgskolen i Innlandet, avd for folkehelsefag/psykisk helsearbeid, 24.08.17

Vedlegg 3

INTERVJUGUIDE - Brukerfaringer ved DPS poliklinikk, 2017

1. Innledning

Alder/kjønn?

Når siste time på DPS poliklinikk?

Hvor lenge varte behandlingsperioden din/ca hvor mange timer var du på DPS?

(kun utredning eller både utredning og behandling?)

Var det første gangen du var på poliklinikken?

Evnt hvor mange ganger tidligere og hvor lenge siden siste time (og første)?

2. Om møtene

Kan du fortelle meg hvordan det var å komme på poliklinikken/1.gang på poliklinikken?

Hvordan syntes du behandler tok imot deg?

Hvordan var det å snakke om det som opptok deg?

Kan du si litt om hvordan du opplevde samarbeidet med behandleren din?

3. Nytte/utbytte av behandlingen

Hvordan opplevde du tiden din på DPS?

Hadde du ønsker for din behandling - og ble de oppfylt?

Kan du si noe om din egen rolle i behandlingen? Kom dine meninger frem?

Fikk du den hjelpen du ønsket deg? Har behandlingen hjulpet deg?

Kan du si litt om hvilken informasjon du fikk om brukerrettigheter?

Har du annen bruker-/behandlingserfaring innen psykisk helsevern? Og hvor var det?

Var noen i familien din involvert i behandlingen?

4. Tilbakemelding/evaluering

Synes du det er noe poliklinikken bør gjøre annerledes for de som går i behandling? Noe du ønsker poliklinikken skal være mer opptatt av? Hva var bra? Er det noe annet du vil si om behandlingen ved DPS?

*Vedlegg 4***Samtykkeerklæring**

Jeg gir med dette mitt samtykke til å delta i intervju vedrørende brukererfaringer ved DPS poliklinikk. Jeg er klar over at jeg kan trekke meg fra deltakelse også etter gjennomført intervju.

Hamar 2017 , underskrift.....