



Masteroppgave

MHS704 Helse- og sosialfag

**BRUKERMEDVIRKNING: UTFORDRINGER OG
TILNÆRMINGER.**

En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere i to kommuner.

Kjellaug Klock Myklebust

Totalt antall sider inkludert forsiden: 78

Molde, 26.04.2010.



Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Brukermedvirkning: utfordringer og tilnærminger.
En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere i to kommuner.**

Tittel på engelsk:

Forfatter(e): Kjellaug Klock Myklebust

Fagkode: MHS704

Studiepoeng: 30

Årstall: 2010

Veileder: Solfrid Vatne

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.04.2010.

Forord

Det er mange som har vært med og bidratt med inspirasjon og ideer til denne studien om brukermedvirkning. Her vil jeg rette en takk til de som har vært mest medvirkende:

Først og fremst ønsker jeg å takke informantene som var villige til å dele sine erfaringer og tanker, og som tok seg tid til å bli intervjuet i en hektisk arbeidshverdag.

Videre ønsker jeg å takke Stål Bjørkly for verdifulle innspill i forhold til psykoterapeutiske perspektiver.

Takk til min veileder Solfrid Vatne.

Og sist, men ikke minst, takk til min tålmodige ektefelle som har hjulpet meg når jeg har hatt datatekniske utfordringer.

Skodje, April 2010.

Kjellaug K. Myklebust

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Hovedtema for denne studien er brukermedvirkning i relasjonen mellom psykisk helsearbeider og brukere i en kommunal kontekst. Målet for opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1999 er blant annet å fremme myndiggjøring, og brukermedvirkning er et sentralt virkemiddel for å nå dette målet (St.prp. nr. 63, 1997-1998 #36). Hensikten med studien har vært å finne ut mer om hvordan psykisk helsearbeidere forstår brukermedvirkning, hvilke utfordringer de opplever, og hvordan de møter disse utfordringene i praksis, når hjelpen utøves utenfor institusjon på kommunenivå. Studiens diskusjonsdel er rettet mot å belyse hvordan tilnærminger fra psykoterapi kan bidra til at brukermedvirkning kan romme myndiggjøring.

Design og metode: Studien er gjennomført etter kvalitativ metode. Det ble gjort dybdeintervju med 7 psykisk helsearbeidere som arbeider i to forskjellige kommuner. Som utgangspunkt for intervjuene ble det brukt vignetter som beskriver korte situasjoner mellom hjelper og bruker, der brukermedvirkning er et indirekte tema. Intervjuanalysen er gjort ut fra et hermeneutisk fenomenologisk design, basert på Kvaales (2009) beskrivelser.

Resultater: Funnene viser at brukermedvirkning i de utfordrende situasjonene bærer preg av å være enten brukerstyrt eller hjelpestyrt. Videre viser funnene at brukermedvirkning lett blir en kunderelasjon, og at informantene opplever dette utfordrende i forhold til å legge til rette for vekst hos brukerne. Studien peker mot at det er behov for mer fokus på brukermedvirkning som en myndiggjørende prosess. I studiens diskusjonsdel er det rettet fokus mot en mer integrert forståelse mellom brukermedvirkning, myndiggjøring og psykoterapi. Kanskje kan mer fokus på tilnærminger fra psykoterapi være med å løse utfordringene med brukermedvirkning i praksis. Videre er det reist spørsmål ved om vektlegging av samarbeid og en mer definert kontekst for psykisk helsearbeider i kommunen vil øke muligheten for brukermedvirkning.

Nøkkelord: brukermedvirkning, psykisk helsearbeid, myndiggjøring/ empowerment, kommune, selvspsykologi, personsentrert terapi, kvalitativ metode, intervju.

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling og studiens avgrensning	7
1.3 Oppgavens oppbygning	8
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	9
2.1 Psykisk helsearbeider i kommunen: Rolle, kontekst og brukergruppe	9
2.2 Brukermedvirkning – gjennomgang av tidligere forskning	10
2.2.1 Mangel på brukermedvirkning	10
2.2.2 Sammenhenger der brukere opplever medvirkning	11
2.2.3 Dilemma med brukermedvirkning	11
2.3 Brukermedvirkning – Hva ligger i begrepet?	12
2.4 Myndiggjøring i hjelperelasjonen.	14
2.4.1 Myndiggjøring og brukermedvirkning	14
2.4.2 Uklarhet i hva myndiggjøring innebærer i den praktiske utøvelsen.	15
2.4.3 Myndiggjøring i hjelperelasjonen: Begrensninger og muligheter	16
2.5 Sammenheng mellom brukermedvirkning, myndiggjøring og terapi.	16
2.6 Et selvpsykologisk perspektiv	17
2.6.1 Gjensidighetsrelasjon og affektinntoning.	17
2.6.2 Vitalitetsaffekt.	18
2.6.3 Selvobjekter	18
2.6.4 Følger for terapirelasjonen og terapeutrollen:	19
2.6.5 Selvpsykologi og brukermedvirkning.	20
2.7 Personsentrert terapi:	21
2.7.1 Selvaktualisering og vekst	21
2.7.2 Vekststagnasjon og terapi:	21
2.7.3 Personsentrert terapi og brukermedvirkning.	23
3.0 METODE	24
3.1 Valg av metode	24
3.2 Utvalg	24
3.2.1 Utvalgskriterier	24
3.2.2 Rekruttering av deltakere	25
3.2.3 Beskrivelse av utvalget	26
3.3 Metode for datainnsamling	26
3.3.1 Dybdeintervju	26
3.3.2 Bruk av vignetter	27
3.3.3 Gjennomføring av intervjuene.	28
3.4 Forskningsetiske overveielser og tillatelser	28
3.5 Metode for analyse av data	29
3.6 Troverdighet og pålitelighet	31
4.0 INFORMANTENES FORSTÅELSE AV BRUKERMEDVIRKNING, UTFORDRINGENE OG TILNÆRMINGENE	34
4.1 Brukermedvirkning betyr at brukerens mål må styre arbeidet	34
4.1.1 ”Jeg vil han skal komme videre, men han er opptatt av sine behov her og nå”.	35
4.1.2 ”Jeg senker egne ambisjoner og lar brukeren bestemme”	36
4.1.3 ”Og når blir det ansvarsfraskrivelse?”	37
4.2. Brukermedvirkning betyr at hjelper må være fleksibel	38
4.2.1 ”Hvis jeg rekker det, gjør jeg det”	39
4.3 Brukermedvirkning betyr at hjelper må tilstrebe en god relasjon	40

4.3.1 "My way or no way"	40
4.3.2 "Legge seg flat" eller "ta litt og gi litt"	41
5.0 INFORMANTENES ROLLE OG ARBEIDSKONTEKST:	43
5.1 Rolle, kontekst og muligheter for brukermedvirkning.....	43
5.1.1 Frihet i rollen.....	43
5.1.2 Hjemmet som arena.....	44
5.1.3 Rolle med lite eller mye makt?	44
5.2 Utfordringer ved rolle og kontekst knyttet til brukermedvirkning.....	45
5.2.1 Manglende samarbeid - alene om ansvar.	45
5.2.2 Utfordrende å bevare håpet	46
5.2.3 Alene og sårbar	47
5.2.4 "Jeg må holde ut, og får ikke avlastning"	48
6.0 DISKUSJON.....	50
6.1 Oppsummering av hovedfunn og introduksjon til diskusjon.	50
6.2 Brukermedvirkning i henhold til brukerens mål - mangel på vekst.....	51
6.2.1 Brukerstyrt samtale – terapeutisk samtale.....	51
6.2.2 Målfokus - relasjonsfokus	53
6.2.3 Hjelperstyring – selvavgrensning	53
6.3 Brukermedvirkning som en myndiggjørende prosess?	54
6.4 Brukermedvirkning og gjensidighet i relasjonen.	57
6.4.1 Ensidig relasjon – selvobjektrelasjon.....	57
6.4.2 Grensesetting / grenseløs hjelp - selvavgrensning	58
6.4.3 Etablere en relasjon – retten til å takke nei.	59
6.5 Psykisk helsearbeider i kommunen: muligheter og begrensninger for brukermedvirkning.....	60
6.5.1 Alenerollen - konsekvenser for brukermedvirkning.	61
6.5.2 Sårbar hjelpeposisjon - konsekvenser for brukermedvirkning og myndiggjøring.	63
6.5.3 En kontekst og rolle som fremmer brukermedvirkning eller kunderelasjon?....	65
7.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	66
VEDLEGG 1.....	71
VEDLEGG 2.....	73
VEDLEGG 3.....	75
VEDLEGG 4.....	76

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.

Hovedtema for denne studien er brukermedvirkning i relasjonen mellom psykisk helsearbeider og brukere i en kommunal kontekst. Temaet er valgt på bakgrunn av at brukermedvirkning har vært et satsingsområde fra myndighetenes side i mer enn 10 år, samtidig som studier fortsatt viser at brukere ikke alltid får medvirke. Ifølge verdigrunnet for opptrappingsplanen for psykisk helse fra 1999, er målet med tjenestetilbudet å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (St.prp. nr. 63 1997-1998). Brukermedvirkning er et av virkemidlene for å nå dette målet, og stortinget har vedtatt at brukerperspektivet skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innen psykisk helse (St. melding nr. 24 1996-97; St.prp. nr. 63 1997-1998).

Studier viser imidlertid at brukere opplever at de ikke får medvirke nok, og det reises stadig kritikk mot helsearbeideres paternalistiske holdninger i møte med brukere eller pasienter (Larsen, Aasheim og Nordal 2006; Anthony og Crawford 2000; Hansen et. al 2004; Stringer et. al 2008). Noen norske studier viser en økende bevissthet om, og satsing på, brukermedvirkning innenfor psykisk helsearbeid i kommunene. Likevel etterlyses det mer forskning både knyttet til innhold, hva brukermedvirkning innebærer i praksis, og omfang av brukermedvirkning (Almvik og Borge 2006; Larsen, Aasheim og Nordal 2006; Elstad og Eide 2009; Hansen et. al 2004)

En kan se på brukermedvirkning ut ifra ulike nivå:

1. Politisk /administrativt nivå
2. Tjenestenivå
3. Individnivå.

I denne studien er det brukermedvirkning på individnivå, i relasjonen mellom psykisk helsearbeider og bruker, som vil være i fokus. Disse utgjør en stor gruppe av de ansatte innen psykisk helsearbeid i kommunene. 40 % av årsverkene som er knyttet til tjenester for voksne innen psykisk helsearbeid i kommunene, utføres av psykiatriske sykepleiere eller andre med videreutdanning i psykisk helsearbeid (Ose 2007). Ut fra dette kan en anta at hvis en skal lykkes med brukermedvirkning, overfor brukere som bor og oppholder seg i kommunen, har psykisk helsearbeider en sentral rolle i dette arbeidet. I denne studien blir psykisk helsearbeider brukt som en samlebetegnelse på alle med 3-årig helse- eller sosialfaglig utdanning med videreutdanning i psykiatri eller psykisk helsearbeid. Brukermedvirkning forutsetter en aktiv bruker. Den tradisjonelle hjelperpasientrelasjonen

har vært preget av en passiv pasient som har tatt imot hjelp uten å stille krav, og en hjelper som har hatt mye makt og kunne definere hva slags hjelp pasienten skulle få. Relatert til dette innebærer brukermedvirkning en omfordeling av makt mellom hjelper og bruker (Ørstavik 2002).

Empowerment handler om å overføre makt til den avmektige eller svake part (Askheim 2003). Slik sett er brukermedvirkning og empowerment på individnivå nært beslektede begrep. På norsk er det vanlig å oversette empowerment med myndiggjøring, og dette begrepet vil brukes videre i oppgaven. Skal en nå målet i opptrappingsplanen om å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv, innebærer dette at brukermedvirkning må innebære en myndiggjørende prosess. Myndiggjøring har sin opprinnelse i den amerikanske borgerrettsbevegelsen på 1970-tallet og knyttes til Paulo Freire (Ekeland og Heggen 2008). I de siste 15 årene har myndiggjøring blitt sentralt innen helsefaglitteratur og i helsepolitikk både i Norge og internasjonalt. På tross av et betydelig fokus på myndiggjøring og brukermedvirkning, er det likevel skrevet lite om hvordan en kan oppnå det i praksis (Askeheim 2003).

I eget arbeid som psykisk helsearbeider i en kommune har jeg erfart at brukermedvirkning i praksis ikke alltid innebærer en myndiggjørende prosess. I denne sammenhengen velger jeg å si litt om egen forforståelse til temaet. Som ansatt ved en psykiatrisk institusjonsavdeling, opplevde jeg ofte en konflikt mellom brukernes ønsker og behov, og institusjonens rammer. Da jeg for noen år siden skiftet arbeidssted til en kommune, erfarte jeg det befriende å slippe institusjonsrammene. Nå var det få ytre begrensninger og dermed lettere å innfri brukernes ønsker og behov. Etter hvert begynte jeg å reflektere over hva som styrer mine og kollegaers valg i de ulike situasjonene: Hvor bevisste er vi på brukermedvirkning som en myndiggjørende prosess? Er det at brukeren skal ha makt i relasjonen, en verdi i seg selv? Er det paternalisme hvis ikke brukeren får innfridd sine ønsker? Dette er spørsmål som har opptatt meg, og som var noe av motivasjonen for å gjøre denne studien.

Askheim (2003) sier at siden det er lite beskrevet hvordan en kan oppnå brukermedvirkning og myndiggjøring, forutsetter det at hjelperen er bevisst sin egen rolle, og hva som styrer egen praksis. Psykisk helsearbeider har en terapeutisk rolle. Igjenom arbeidet med dataanalysen i denne studien, fant jeg at informantene opplevde at brukermedvirkning, slik den ble praktisert, kunne komme i konflikt med myndiggjøring og vekst. Videre kan funnene tyde på en mangel av terapeutiske tilnærminger i disse

situasjonene. I lys av dette har jeg valgt å belyse funnene med tilnærminger fra to psykoterapeutiske perspektiv: selvspsykologi og personsentrert terapi.

Opprinnelig ble tema for denne studien valgt ut fra både egen forforståelse og en teoretisk forståelse om at brukervedvirkning både er sentralt og utfordrende i hjelperelasjonen. I tillegg etterlyses det mer forskning i forhold til innhold og praktiske konsekvenser. Hensikten med studien har vært å finne ut mer om hvordan psykisk helsearbeidere forstår brukervedvirkning, hvilke utfordringer de opplever, og hvordan de møter disse utfordringene i praksis, når hjelpen utøves utenfor institusjon på kommunenivå. På bakgrunn av analyseprosessen er tema blitt utvidet til også å belyse hvordan tilnærminger fra psykoterapi kan være en hjelp til at brukervedvirkning, i praksis, får et terapeutisk myndiggjørende innhold.

1.2 Presentasjon av problemstilling og studiens avgrensning.

Studien har følgende problemstillinger:

Hvordan forstår psykisk helsearbeidere i kommunen brukervedvirkning, og hvilke utfordringer opplever de i den praktiske utøvelsen?

Hvordan kan tilnærminger fra psykoterapi bidra til at brukervedvirkning kan romme myndiggjøring?

Den andre problemstillingen ble utarbeidet i ettertid på bakgrunn av intervjuanalysene. Det ble altså ikke stilt spørsmål i forhold til denne problemstillingen i intervjuene. Denne vil derfor besvares gjennom en teoretisk diskusjon.

Når det gjelder tilnærminger fra psykoterapi, har jeg valgt å begrense dette til sentrale begrep fra selvspsykologi og personsentrert terapi.

Psykisk helsearbeid i kommunen foregår i ulike kontekster. I denne studien er konteksten avgrenset til brukere som bor hjemme og har en-til-en kontakt med psykisk helsearbeider. Det vil innebære at dagsentra, gruppetilbud og bemannede omsorgsboliger faller utenfor denne studiens fokus. Begrunnelsen for denne avgrensningen ligger i ønsket om å fokusere på brukervedvirkning i bruker-hjelper-relasjonen, og at det ikke skulle være i en institusjonskontekst.

En innvending mot denne studien kan være at den tar for seg brukermedvirkning uten å spørre etter brukeres opplevelse. Av hensyn til studiens omfang valgte jeg et hjelperperspektiv. I teoridelen er det brukt litteratur som også får fram brukernes synspunkt. Forhåpentligvis vil fokuset på hjelperperspektivet kunne komme brukerne til gode.

1.3 Oppgavens oppbygning.

Kapittel 2 innledes med en kort beskrivelse av litteratursøk. Videre presenteres tidligere forskning og teori knyttet til brukermedvirkning og myndiggjøring. Deretter vil sentrale begreper knyttet til de psykoterapeutiske perspektivene selvsykologi og personsentrert terapi bli presentert. Dette vil danne grunnlag for diskusjonen av funnene i denne studien. Kapittel 3 beskriver hermeneutisk fenomenologisk design slik dette er anvendt i denne studien.

Studiens funn beskrives i kapittel 4 og 5. Kapittel 4 tar for seg hvordan informantene forstår brukermedvirkning i den praktiske utøvelsen, og utfordringene de opplever knyttet til dette. Kapittel 5 beskriver hvordan psykisk helsearbeiders rolle og arbeidskontekst innvirker på muligheten for å legge til rette for brukermedvirkning, slik informantene erfarte det.

I kapittel 6 diskuteres funnene i lys av teori fra brukermedvirkning, myndiggjøring, selvsykologi og personsentrert terapi. En oppsummering av hovedfunn og mulige konsekvenser av disse følger i kapittel 7.

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

For å finne tidligere relevant forskning om brukermedvirkning og myndiggjøring, søkte jeg i databasene bibsys, ovid og proquest etter litteratur fra 1995 til 2009. I bibsys kombinerte jeg søkeordene:

- Bruker(e), kommune(r), psyk(iatrisk/isk).
- Myndig(gjøre/gjøring/gjort) eller empowerment og psyk(iatrisk/isk).

Det gav 182 treff til sammen. Relevant litteratur ble valgt ut på bakgrunn av tittel på artiklene.

I ovid og proquest ble søket begrenset til engelskspråklige artikler og følgende søkeord kombinert:

- Community mental health/ community psychiatric nur\$, user/consumer/patient participation. Dette resulterte i 502 treff.
- Empowerment, community mental health nur\$/community psychiatric nur\$. Dette gav 166 treff. Jeg gikk igjennom abstracts i begge søkene og la vekt på at artiklene skulle handle om brukermedvirkning i det kliniske feltet. Jeg fant mest relevant litteratur i ovid. Det meste av litteratursøk ble gjort innen juni 2009. Jeg har brukt både forsknings-, fag- og debattartikler som grunnlag for denne oppgaven. I tillegg til disse søkene har jeg brukt litteratur fra pensum, funnet noen artikler i manuelle søk i litteraturlister og fått anbefalt litteratur av veileder.

Brukermedvirkning i denne studien er knyttet til relasjonen mellom psykisk helsearbeider og bruker ute i kommunen. Jeg har derfor funnet det hensiktsmessig å starte dette kapitlet med en beskrivelse av hva slags rolle psykisk helsearbeider har i kommunen, litt om konteksten de jobber i, og brukergruppen.

2.1 Psykisk helsearbeider i kommunen: Rolle, kontekst og brukergruppe.

Av en engelsk studie av psykiatriske sykepleiere i kommunen går det fram at de har en mye mer selvstendig rolle enn deres kollegaer på sykehus. Studien viser at de psykiatriske sykepleierne i kommunen kunne bestemme hvem som skulle få tjenestetilbud, innholdet i tilbudet og hyppigheten. De hadde ingen faste rutiner på å diskutere brukerne med sine kollegaer eller henvisende instans, og de hadde nesten ikke veiledning (Morrall 1997). Denne studien er kritisk til at psykiatrisk sykepleier i kommunen har så stor makt, og

hevder dette hindrer god kvalitet på tjenesten sett fra brukernes side. At psykisk helsearbeider i kommunen har en selvstendig rolle, og ofte bestemmer om det skal settes inn tiltak, bekreftes i flere norske undersøkelser (Almvik og Borge 2006; Robberstad 2002). Robberstad (2002) skriver at henvisningene fra allmennlege eller institusjoner ofte er diffuse, og at det derfor må være psykisk helsearbeiders faglige vurderinger som må styre arbeidet. Det praktiseres også at den som ønsker tjenesten, kan henvende seg direkte uten å måtte bli henvist fra noen instans. Både Robberstad (2002) og Almvik (2006) forholder seg mindre kritisk til det at psykisk helsearbeider har så stor makt. I følge Almvik (2006) er det nettopp i den spesialiserte delen av psykisk helsearbeid i kommunene en finner flest eksempler på brukermedvirkning. I kommunen er det vanlig at bruker bare har én psykisk helsearbeider å forholde seg til (Morrall 1997). I tillegg til samtaler, er miljøarbeid vektlagte oppgaver i psykisk helsearbeid i kommunene (Kalseth 2006).

Antall voksne brukere i det kommunale psykiske helsearbeidet i Norge er beregnet til ca 60000. Dette utgjør ca. 1,7 % av den voksne befolkningen totalt sett (Ose 2007).

Målgruppen har siden opptrappingsplanens start utvidet seg og omfatter nå alt fra brukere med lettere psykiske problemer til alvorlige psykiske problemer. Det er et økende antall unge brukere med alvorlige psykiske lidelser ofte kombinert med rusavhengighet, samtidig som de eldre brukerne forblir i systemet (Robberstad 2002; Coombes og Wratten 2007).

Ramsdal (2004) hevder at brukergruppen ikke er godt nok definert, og vokser i takt med at tilbudet øker.

2.2 Brukermedvirkning – gjennomgang av tidligere forskning

2.2.1 Mangel på brukermedvirkning

Flere undersøkelser viser at brukerne ikke blir godt nok ivaretatt i det personlige møtet med tjenesteyter. Brukerne etterlyser i denne sammenheng at tjenesteyter har tid, gir informasjon, verdsetter brukernes kunnskap og er imøtekommende (Larsen, Aasheim, Nordal 2008). Videre viser studier at helsearbeidere og brukerne er uenige om behovet for hjelp, og hva slags type hjelp brukerne trenger. De har også forskjellige prioriteringer når det gjelder brukernes behov. En studie viser at helsearbeiderne blant annet var opptatt av å redusere symptomer i motsetning til brukerne som var mer opptatt av å leve uavhengig, ha godt humør og å hindre stigmatisering. Når brukernes og helsearbeidernes perspektiv var

ulikt, forsøkte helsearbeiderne til dels å overbevise brukerne om at deres syn var det rette (Hansen et. al 2004). Flere studier peker på at paternalisme fortsatt er gjeldende og at hjelperne er lite villige til å gi fra seg makt (Stringer et. al 2008; Anthony og Crawford 2000; Hansen et. al 2004).

2.2.2 Sammenhenger der brukere opplever medvirkning

Noen norske undersøkelser har funnet at brukerne opplever å ha mest medvirkning når hjelpen utøves i eget hjem og når de bor i småkommuner (Larsen, Aasheim, Nordal 2006; Hansen et. al 2004). En undersøkelse konkluderte med at brukervedvirkning først og fremst foregår i relasjonen mellom tjenesteyter og bruker (Helgesen 2006). Videre ser det ut til at psykisk helsearbeid på kommunenivå i Norge, beveger seg i riktig retning når det gjelder brukervedvirkning.

Det er lett å finne eksempler på kommuner som arbeider i tråd med opptrappingsplanens ånd, som innebærer mer fokus på brukernes mestring av hverdagslivet, hjelp på brukernes premisser og tilgjengelighet. Dette gjelder særlig den spesialiserte delen av psykisk helsearbeid i kommunene (Almvik 2006, 29).

Av disse beskrivelsene er det grunn til å tro at brukere opplever noe medvirkning i møte med psykisk helsearbeider i kommunen. Samtidig mangler en dokumentasjon vedrørende innhold og omfang av brukervedvirkning både i norsk og internasjonal litteratur (Larsen, Aasheim, Nordal 2006; Hansen et. al 2004). Videre er det behov for mer forskning med henhold til å måle effekten av metodene helsearbeidere bruker for å fremme brukervedvirkning (Stringer et. al 2008). Og det pekes på behovet for å utforske de praktiske konsekvensene av brukervedvirkning (Anthony og Crawford 2000). I denne studien vil fokus være rettet mot innholdet og de praktiske konsekvensene.

2.2.3 Dilemma med brukervedvirkning

Flere studier beskriver dilemmaer med brukervedvirkning, sett fra de profesjonelle hjelpernes synspunkt. Elstad (2009) fant at hjelperne opplevde et dilemma mellom å motivere brukere til å delta i avgjørelser, og hensynet til at brukere selv må få bestemme hvor mye de vil involveres. I en studie går det fram at fagfolkene opplevde dilemma knyttet til å bruke mye tid på å tilfredsstille brukernes ønsker, og at det i denne sammenheng ble vanskelig å opprettholde andre mål for behandlingen (Ørstavik 1995). Helgesen (2006) fant at brukervedvirkning er overlatt til den enkelte tjenesteyter, og at

disse etterlyste kunnskap om hvordan de kunne prioritere ”de rette brukerne” og om hvordan brukermedvirkning praktisk skal gjennomføres. Vatne (1998) beskriver en rekke dilemma knyttet til brukermedvirkning i en institusjonskontekst, for eksempel relatert til rammer ved institusjonen, vurdert opp mot den enkelte brukers ønsker.

2.3 Brukermedvirkning – Hva ligger i begrepet?

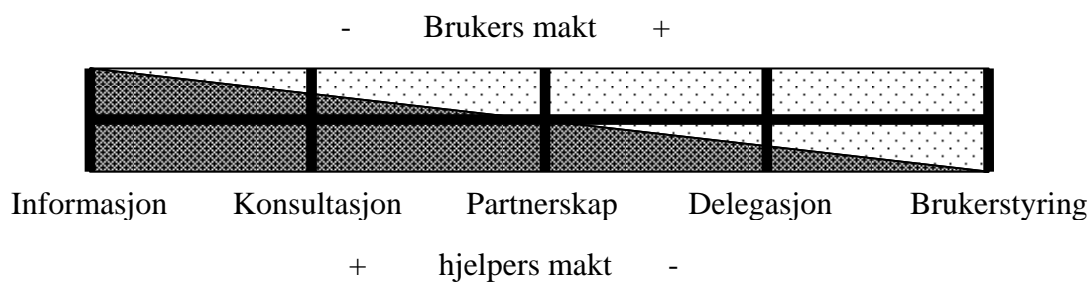
Litteraturgjennomgangen i 2.2 viste at det er uklart hva brukermedvirkning innebærer i praksis. Også på et teoretisk nivå beskrives brukermedvirkning som et diffust begrep med mange og uklare definisjoner. Brukermedvirkning kan knyttes til ulike verdier, og disse er til dels motstridende (Ørstavik 2002; Humerfelt 2005). Sekretariatet for modernisering og effektivisering (SME) definerte brukermedvirkning som en ideologi med et sett av verdier. Denne tilnærmingen til begrepet innehar ingen konkrete beskrivelser for handling, men definerer brukermedvirkning som retten til å bestemme over eget liv, egen hverdag og egne problemer. I SMEs definisjon gjenspeiles brukermedvirkning som en demokratisk verdi. I kraft av å være samfunnsborgere har brukerne rett til å ha styring over egen livssituasjon, bli likestilt med og å ha samme rettigheter som alle andre (Vatne 1998). I lys av demokratiske verdier har alle rett til at deres stemme skal bli hørt og tatt hensyn til. Prinsippet om at ”den vet best hvor skoen trykker, den som har den på” blir gjeldende. Kunnskap kan i denne sammenheng knyttes til erfaring, og da har alle samme forutsetninger uavhengig av utdanning (Ørstavik 2002). Det å knytte kunnskap til erfaring kan slik sett bidra til maktutjevning mellom profesjonelle hjelpere og brukere. En relasjon med mer lik makt er sannsynligvis noe både brukere og profesjonelle hjelpere vil være positiv til i utgangspunktet. Samtidig innebærer dette utfordringer i forhold til hvilken kunnskap som skal råde, dersom fagkunnskapen og brukerens erfaringskunnskap er uforenelige. Hva innebærer brukermedvirkning når brukere og hjelpere har ulikt syn? Ørstavik (2002) peker på at brukermedvirkning i slike situasjoner kan få utilsiktede konsekvenser. I relasjoner der hjelperen føler hun kommer til kort, føler seg utbrent eller ikke orker ansvaret, kan en skyve dette over på brukeren med argumenter om at brukeren med sin erfaringskunnskap, vet best. Da blir brukermedvirkning i realiteten ansvarsfraskrivelse. I en norsk studie fremhever brukere at selv om brukermedvirkning vektlegges, er det viktig at deres behov for profesjonell hjelp ikke blir oversett (Elstad og Eide 2009).

I den demokratiske retten til selvbestemmelse ligger også en rett til å reservere seg. Idealet om at brukeren må medvirke aktivt for at behandlingen skal kunne lykkes, kan slik fort bli en moralsk plikt om å delta (Ørstavik 2002). Faren er at brukeren kan bli avvist med argumenter om at hvis han ikke vil medvirke, kan han heller ikke få noe tjenestetilbud. I en rapport fra Sosial- og helsedepartementet brukes en mer praktisk definisjon av brukermedvirkning:

På individnivå betyr brukermedvirkning at den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet. Vedkommende medvirker til valg av utforming og anvendelse av de tilbud som til en hver tid måtte være tilgjengelige (Larsen, Aasheim og Nordal 2006, 8).

Selv om denne definisjonen er mer praktisk, sitter jeg fortsatt med spørsmålet om hva det vil si at brukeren skal ha innflytelse på tilbudet i de ulike situasjonene. Hva vil det si å ha innflytelse i relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider? Hva innebærer brukermedvirkning når kunnskapssynet er ulikt?

Flere har skrevet om ulike grader av medvirkning. Hvis en beskriver brukermedvirkning på et kontinuum, vil en i det ene ytterpunktet finne at hjelperen har sterk grad av makt og kontroll og brukeren tilsvarende svak. I det andre ytterpunktet vil rollene være motsatt. Dette kan illustreres som figuren nedenfor.



(Humerfelt 2005, 32)

I det ene ytterpunktet har hjelperen all makt og informerer bare om de avgjørelser som blir tatt. I det andre ytterpunktet er det full brukerstyring. Midt på kontinuumet er det partnerskap. Her har hjelper og bruker like mye makt og kontroll i prosessen. Modellen kan illustrere at brukermedvirkning kan variere i forhold til situasjon og prosess. En kan tenke at det vil være et mål at brukermedvirkningen i en hjelperelasjon, skal ha utvikling mot høyre side i modellen. Samtidig kan en tenke at på noen områder kan bruker ta mindre ansvar enn på andre, og at utviklingen også vil gå i rykk og napp. Utfordringen blir derfor

å finne ut hvor på kontinuumet bruker og hjelper skal være til en hver tid (Humerfelt 2005).

Så langt har brukermedvirkning vært relatert til demokratiske verdier. Brukermedvirkning kan og knyttes til markedsteorier som "consumerism" og "New Public Management" (Ørstavik 2002; Ekeland og Heggen 2007). Her blir brukeren sett på som en kunde eller forbruker. Tanken er at kunden skal kunne velge den tjenesten han synes er best, noe som kan være problematisk å overføre til offentlig tjenestetilbud. I consumerperspektivet har "kunden alltid rett" og kundens ønsker skal, så langt det lar seg gjøre, oppfylles. Sees brukeren som en kunde, er det han som har rett til å definere premissene, og hjelperen blir en leverandør av tjenester på brukerens premisser (Ørstavik 2002).

2.4 Myndiggjøring i hjelperelasjonen.

2.4.1 Myndiggjøring og brukermedvirkning

Begrepene myndiggjøring og brukermedvirkning har mye til felles. I et myndiggjøringsperspektiv er en opptatt av maktforhold. Som figuren i 2.3 viser er brukermedvirkning også knyttet til hvor mye makt partene har i relasjonen. En kan bruke begrepet myndiggjøring både som en individuell og en strukturell dimensjon. Har en fokus mot den strukturelle dimensjonen vil en være opptatt av barrierer i samfunnet, som kan hindre grupper i å bli myndiggjorte. Siden det er brukermedvirkning i hjelperelasjonen som er fokus i denne oppgaven, er det den individuelle dimensjonen av myndiggjøring som vektlegges.

Myndiggjøring som en individuell dimensjon kan beskrives som en prosess for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. I denne prosessen må hjelperen gi fra seg makt til brukeren (Almvik og Borge 2006; Ekeland og Heggen 2007). Brukermedvirkning på individnivå kan sammenlignes med individuell myndiggjøring, og flere steder blir begrepene brukt om hverandre, selv om de til dels har ulikt verdigrunnlag (Ekeland og Heggen 2007).

Brukermedvirkning i hjelperelasjonen er en forutsetning for at brukeren skal bli myndiggjort. Brukeren trenger imidlertid ikke å være myndiggjort for at han skal kunne medvirke (Humerfelt 2005). I det følgende vil jeg beskrive det jeg fant av forskning på myndiggjøring, som jeg mener er relevant å knytte til brukermedvirkning i denne studien.

2.4.2 Uklarhet i hva myndiggjøring innebærer i den praktiske utøvelsen.

Flere kvalitative undersøkelser peker på at det er uenighet om hva begrepet myndiggjøring betyr i praksis (Corbally et. al 2007; Tilley, Pollock og Tait 1999). I en kvalitativ undersøkelse fra Edinburgh er psykiatriske sykepleiere som jobber på kommunenivå intervjuet om hva myndiggjøring betyr i den praktiske utøvelsen. Å gi informasjon til pasientene, å gi dem en opplevelse av å være involvert i avgjørelser eller å utjevne skjevheten i maktbalansen i relasjonen, er noen av de praktiske ”definisjonene” de gav på begrepet myndiggjøring (Tilley, Pollock og Tait 1999).

Disse definisjonene kan tyde på at det er et sprik i hvordan myndiggjøring oppfattes blant hjelperne, men også at myndiggjøring er avhengig av situasjonen bruker og hjelper er i. Relatert til de forskjellige situasjonene blir dette et komplekst fenomen. I en kritisk debattartikkel hevdes det at myndiggjøring har blitt en måte å få pasientene til å samarbeide på (Powers 2003). Utsagnet over: ”å gi pasientene en opplevelse av å være involvert i avgjørelser” kan oppfattes som at det ikke handler om en reel maktdeling, men å gi pasientene opplevelse av å ha makt. Videre i artikkelen hevdes det at pasientene anses for å være myndiggjorte hvis, og bare hvis, de tar de korrekte valgene sett fra helsearbeidernes synspunkt. Selv om fokus på myndiggjøring skulle være et middel til å forandre tradisjonell praksis, skjer ikke dette, da begrepet forstått og anvendt i praksis, ofte er mye mer begrensende en den opprinnelige definisjonen av myndiggjøring. ”If we talk about empowering others we are the ones who control the process” (Powers 2003).

Ut fra dette blir det misvisende å snakke om at hjelperen kan myndiggjøre brukeren, for da har hjelperen fortsatt makta og kontrollen. Hjelperen kan derimot forsøke å legge til rette for at brukeren skal bli myndiggjort.

Diskusjonen om hva myndiggjøring betyr i praksis i hjelperrelasjonen, har en del til felles med det som er beskrevet i 2.2 og 2.3 om uklarhet ved innholdet i brukermedvirkningsbegrepet. Både myndiggjørings- og brukermedvirkningsbegrepet sier noe om hvordan relasjonen bør være, eller hva målet er, men lite om hvordan den enkelte hjelper kan legge til rette for dette i de ulike situasjonene. Kanskje dette er noe av grunnet til at det blir uklart hva begrepene betyr i praksis? ”Empowerment består både av prosess og produkt, og det finnes ikke umiddelbart gitte metoder til å finne veien og nå målet”(Askheim 2003,173).

2.4.3 Myndiggjøring i hjelperelasjonen: Begrensninger og muligheter

Flere faktorer kan hindre myndiggjøring. Manglende motivasjon hos bruker, mangel på innsikt eller psykose kan hindre myndiggjøring i følge en intervjuundersøkelse blant psykiatriske sykepleiere. Videre kan organisatoriske og økonomiske forhold vanskeliggjøre myndiggjøring (Tilley, Pollock og Tait 1999). Negative holdninger hos hjelpere kan også hindre myndiggjøring (Powers 2003). I en artikkel understrekes det at psykiatriske sykepleiere selv må føle seg myndiggjorte for å kunne myndiggjøre brukerne (Lloyd 2005). Det å oppleve respekt fra lederne og ha frihet til å ta avgjørelser, samt personlige egenskaper som selvtillit, er faktorer sykepleiere har pekt på for være myndiggjorte i jobben (Corbally et. al. 2007). Det er altså faktorer både ved bruker, psykisk helsearbeider og organisasjonen som kan virke inn på muligheten for myndiggjøring i de ulike situasjonene. Siden myndiggjøring og brukermedvirkning i hjelperelasjonen er så nært beslektede begrep er det grunn til å tro at disse faktorene også har konsekvenser for brukermedvirkning.

2.5 Sammenheng mellom brukermedvirkning, myndiggjøring og terapi.

Som beskrevet i 2.4.1 er likheten mellom myndiggjøring og brukermedvirkning på individnivå så stor at begrepene brukes om hverandre. Når det gjelder spesifisering av målområder har disse to tilnærmingene også mye til felles med beskrivelser av overordnede mål for psykoterapi. Askheim sier dette om myndiggjøring:

Den individuelle dimensjonen er rettet mot prosesser og aktiviteter som har til hensikt å øke individets kontroll over eget liv og utstyre individet med større selvtillit, bedre selvilde og økte kunnskaper og ferdigheter, slik at det kan identifisere barrierer mot selvrealisering som begrenser mulighetene til egenkontroll (Askheim 2003, 104).

Det er reist kritikk i forhold til om det er riktig å redusere myndiggjøring til en terapeutisk prosess, slik sitatet over kan innebære. Ved å fokusere på individet mister en noe av det samfunnskritiske fokus som myndiggjøring opprinnelig handlet om. Det å fokusere på individet kan føre til at maktskjevheten i samfunnet opprettholdes, da søkelyset ikke rettes mot forhold som virker undertrykkende, men mer den "undertrykte". Da denne oppgaven handler om hjelperelasjonen, vil fokuset i første rekke likevel være den individuelle dimensjonen av brukermedvirkning og myndiggjøring.

Askheim (2003) sier at det ikke er beskrevet metoder for hvordan hjelperen kan løse utfordringene knyttet til myndiggjøring og brukervedvirkning. Han mener en løsning kan være at hjelperen har høy grad av bevissthet om sin egen rolle. På bakgrunn av at psykisk helsearbeider har en terapeutisk rolle, og at mål for brukervedvirkning og myndiggjøring kan sammenlignes med overordnede mål for psykoterapi, har jeg valgt å bruke begreper fra selvpsykologi og personsentrert terapi som diskusjonsgrunnlag for funnene. Begrepene fra disse to terapiretningene er valgt ut med henblikk på at de har relevans til mål og innhold i brukervedvirkning. Selvpsykologi og personsentrert terapi utgjør noe av det faglige fundamentet i videreutdanning i psykisk helsearbeid som flere av mine informanter hadde. Videre er disse blant de psykoterapeutiske retningene som sterkest betoner en likeverdig relasjon mellom terapeut og klient. I lys av dette skulle disse terapiretningene være relevante i diskusjonen om innhold og tilnærming til brukervedvirkning, i relasjonen mellom psykisk helsearbeider og bruker.

2.6 Et selvpsykologisk perspektiv

2.6.1 Gjensidighetsrelasjon og affektinntoning.

Heinz Kohut (1913-81), opprinnelig psykoanalytiker, grunnla selvpsykologien (Kohut 1990). Innenfor denne retningen legges det vekt på at individets utvikling er knyttet til relasjoner med andre hele livsløpet. Daniel Sterns forskning på samspill mellom mor og barn har hatt betydning for selvpsykologiens relasjonsfokus og affekter knyttet til disse. Stern mente at barnet allerede fra fødselen av kan begynne å dele oppmerksomhet og følelsesmessig tilstand med omsorgspersonen. Hans forskning viste at gode mor-barnsamspill er preget av at moren forsøker å stille seg inn på barnets følelsesuttrykk.

Denne følelsesmessige innlevelsen foregår automatisk, og moren tar i bruk uttrykksmidler som ikke barnet bruker. For eksempel kan moren ved å variere intensitet i stemmen formidle noe barnet har uttrykt kroppslig gjennom bevegelse, slik at barnet oppfanger at morens stemme er en følelsesmessig kommentar til barnet (Urnes 1997, 77).

Denne prosessen kalte Stern affektinntoning. Affektinntoning handler om å forsøke og oppnå følelsesmessig samstemthet med den andre (Hartmann 2000).

I motsetning til psykoanalytiske teorier om at barnet er født narsissistisk, fant Stern et gjensidig samspill mellom omsorgsgiver og barn. Barnet vil gi gjensvar på morens

følelsesmessige uttrykk. Å være i gjensidige relasjoner regnes i selvspsykologien som et grunnleggende behov gjennom hele livet.

2.6.2 Vitalitetsaffekt.

Mennesket styres ikke av drifter, men har behov for å føle seg hel, verdifull og grunnleggende forstått i nære relasjoner. Stern introduserte i den sammenheng begrepet vitalitetsaffekt. Hans forskning viste at spedbarn merker om moren er affektinntonende, og det at spedbarn kan fornemme vare følelser fra omsorgspersonen, knyttet Stern til vitalitetsaffekt. Stern mente at den sosiale verden til å begynne med er en vitalitetsopplevelse (Bråten 1998). Vitalitetsaffekter er knyttet til livsprosesser som for eksempel å føle sin egen pust eller omsorgsgivers hjerteslag (Schibbye 2002). I voksen alder kan vage følelser som det å føle seg levende, flytende eller synkende, være beskrivelser på vitalitetsaffekter. Vitalitetsaffekter har betydning for å oppleve et sammenhengende selv eller å føle seg hel. Utvikling av vitalitetsaffekter avhenger av at omsorgspersonene er affekt inntonende. Svikt i inntoning fra omsorgspersonene kan føre til manglende vitalitetsaffekter og en opplevelse av manglende selvsammenheng, som i sin tur vanskeliggjør selvregulering og derfor også relasjoner til andre. En kan se på affektinntoning som en bro i relasjoner, der det å ha tilgang til egne følelser er en forutsetning for å forstå andres, og dermed å kunne gå inn i følelsesmessige relasjoner med andre. Hvis utvikling av vitalitetsaffekt hemmes, kan det bidra til en følelse av mangel på liv eller en tomhet (Schibbye 2002).

2.6.3 Selvobjekter

Kohut brukte begrepet selvobjekter.

Et selvobjekt er den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kulturmanifestasjon eller en idetradisjon har for opprettholdelse av ens følelse av å være et sammenhengende og meningsfylt selv (Karterud 1997,18).

Selvobjekter er subjektive i den betydning at det bare er personen selv som kan definere hvem og hva som er selvobjekter for seg. Det sentrale er at personen selv opplever at de er viktige for å gi en følelse av sammenheng, trygghet og kompetanse (Hartmann 2000).

Mennesket inngår i relasjoner med selvobjektene. Kohut beskrev 3 typer selvobjektrelasjoner mennesket har behov for:

Speilende selvobjektrelasjon: I en slik relasjon opplever individet å bli anerkjent som den er, bli verdsatt og forstått. Begrepet speiling har mye felles med affektinntoning. Mens affektinntoning handler om å oppspore den andres følelse for så å dele den, handler speiling om å gjenkjenne den andres følelse og så legge noe til før en gir den tilbake.

Schibbye (2002) bruker eksemplet med at moren kan oppfatte at barnet er oppspilt og kan ved å bringe inn sin egen følelse av ro, speile dette tilbake. På denne måten kan den opprinnelige følelsen av oppspilthet hos barnet endres. En speilende relasjon innebærer derfor både anerkjennelse og korrigerende ved at den andre får brakt inn noe nytt.

Idealisert selvobjektrelasjon: I denne relasjonen erfarer individet å få støtte, bli holdt oppe av noen eller noe som oppleves å ha større klokskap, indre ro eller mestringskapasitet, enn en selv.

Alter ego selvobjektrelasjon: I denne relasjonen føler individet en grunnleggende likhet med den andre, og relasjonen oppleves som jevnbyrdig og likeverdig.

2.6.4 Følger for terapirelasjonen og terapeutrollen:

Mangel av selvobjekt, eller svikt i selvobjektrelasjoner i barndom, forklarer patologi i voksen alder. Som følge av dette blir det i terapeutisk sammenheng sentralt å legge vekt på relasjonen mellom terapeut og bruker. "Den viktigste terapeutiske erfaring er at klienten får en genuin opplevelse av å bli forstått av terapeuten" (Hartmann 2000, 28). I møte med terapeuten skal klienten erfare å bli ivaretatt og møtt på en annen måte enn det han/hun opplevde i forhold til sviktende selvobjektrelasjoner i oppvekst. Dette har ført til endringer i terapeutrollen. Historisk sett har idealet i fra psykoanalytisk tenkning om en nøytral og distansert terapeut stått sterkt. Terapeuten var den som kunne tolke pasientens opplevelse i den hensikt å gjøre det ubevisste bevisst. I denne tolkningsprosessen kom terapeuten lett i en ekspertrolle, i og med at å begrepsforklare hvorfor klienten opplevde og følte det han gjorde, ble viktigere enn å nærme seg klientens egen forståelse (Hartmann 2000).

Innenfor selvpsykologi legges hovedvekten på at terapeuten skal være empatisk og affektinntonende. Gjennom følelsesmessig å forsøke å forstå klienten, bekrefte og anerkjenne hans/ hennes opplevelse, skjer det en styrking av selvet (Hartmann 2000). Empati blir beskrevet som en kontinuerlig aktiv anstrengende prosess fra terapeutens side, da det hele tiden er lett å falle tilbake til eget perspektiv (Karterud 1997). Hartmann (2000) skriver videre at gjensidighet og likeverdighet i relasjonen, der begge parter er aktive, vektlegges. I den hensikt at klienten skal bli forstått og møtt, kan terapeuten innta en mer naturlig og

varmere rolle enn det en tradisjonelt har hatt. En forsøker å møte klienten slik en oppfatter at klienten har behov for å bli møtt. En kan derfor gå, eller bli ledet, inn i alle de 3 formene for objektrelasjoner som er beskrevet i 2.6.3. For at klienten skal føle seg forstått, vil det være riktig å imøtekomme klientens ønsker underveis i terapiforløpet. Hartmann (2000) nevner som eksempler det å kunne ta imot gaver fra klienten, servere kaffe, svare på spørsmål eller gi råd. Det å imøtekomme klientens ønsker, må imidlertid ikke gå på bekostning av terapeutens selvavgrensning.

Selvavgrensning viser til individets evne til å skille mellom egne og andres opplevelse og følelser. Som følge av svikt i inntoning fra objektrelasjonene, eller mangel på objektrelasjoner, kan klienten ha mangelfull selvavgrensning. I denne studien er det hjelperne som er i fokus, og selvavgrensning kan også være en utfordring for disse. I møte med klienten kan terapeutens selvavgrensning svekkes, og det kan bli uklart for terapeuten hva som er egne følelser og hva som er klientens. Slik jeg forstår det, handler selvavgrensning om en aktiv prosess i møte med den andre. En forutsetning for å kunne møte klienten empatisk og affektinntonende, er at terapeuten er selvavgrensende. Det betyr at han/hun kan skille ut hva som er egne følelser, og hva han/hun tror klienten kjenner på. Gjennom møte med en selvavgrensende terapeut, kan det bli lettere for klienten å finne egne grenser og dermed utvikle egen selvavgrensning (Schibbye 2002).

Selv om likeverdighet og gjensidighet betones i selvpsykologien, plasseres mye ansvar for terapiprosessen hos terapeut. Hvis den terapeutiske prosessen stopper opp, må terapeuten være villig til å ta ansvar. Det innebærer blant annet å være var for negative og ambivalente reaksjoner hos klienten, å ta dette opp til samtale og sammen utforske slik at en kan gå videre (Hartmann 2000).

2.6.5 Selvpsykologi og brukervedvirkning.

En kan, slik jeg ser det, finne igjen flere elementer av brukervedvirkning i det som ovenfor er beskrevet i forhold til selvpsykologi. For å oppsummere kan en si at hjelperen innenfor et selvpsykologisk perspektiv, vil legge vekt på likeverdighet og gjensidighet i relasjonen. Videre vil en være opptatt av å møte brukeren slik at han skal føle seg forstått og møtt. Det er vanskelig å tenke seg at en kan lykkes med dette uten at brukeren får medvirke i relasjonen. Å bli forstått og verdsatt, er også noe av det brukere selv opplever kan være mangelvare i møte med hjelpere (Larsen, Aasheim og Nordal 2006). Selv om det

legges vekt på gjensidighet i relasjonen, er det terapeuten som har hovedansvar for å holde terapiprosessen i gang. Videre er det lagt vekt på at terapeuten må være selvavgrensende. Brukermedvirkning forstått som et kundeforhold slik det ble beskrevet i 2.3, passer dårlig med momentene om gjensidighet, likeverdighet og selvavgrensning. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 6.

2.7 Personsentrert terapi:

2.7.1 Selvaktualisering og vekst

Personsentrert terapi ble utviklet av Carl R. Rogers (1902-1987) fra 1940- tallet og utover. Retningen er en del av de humanistiske terapitradisjonene. Innenfor personsentrert terapi sees mennesket på som at det har et iboende potensial for selvaktualisering og vekst. Rogers bruker eksemplet med et barn som skal lære å gå. Barnet har, på tross av at de første skrittene fører til stor anstrengelse og mange fall, en iboende trang til å ville gå. Ingen lærer barnet å gå, men det utvikler denne ferdigheten selv, hvis ikke ytre omstendigheter hindrer det. På samme måte vil mennesket naturlig aktualisere seg selv og vokse i forhold til å bli ansvarlige, uavhengige, men samtidig sosiale individ (Raskin og Rogers 2004). Personsentrert terapi kan sees som en motreaksjon til psykoanalytisk terapi som mente menneskets drifter måtte temmes, eller behaviorisme som mener mennesket kan styres utenfra. Rogers mente at mennesket er født med naturlig evne og vilje til å gjøre gode handlinger mot andre. Hvis en møtes med ekthet, ros, anerkjennelse, tillit, respekt og empati, vil selvaktualisering og vekst finne sted, og en vil da naturlig velge det gode både for seg selv og andre.

Ett menneske som styres ut fra indre premisser har evne til både å kjenne hva som er godt for seg selv, og samtidig ville det beste for de en står i relasjon til. Mennesket skal derfor ikke styres av andre, kontrolleres eller temmes (Rogers 2005).

2.7.2 Vekststagnasjon og terapi:

Selv om det å være menneske innebærer at en har en naturgitt forutsetning for vekst, kan veksten hemmes eller stagnere. Veksten kan blant annet hemmes ved at personen overstyres av andres meninger og oppfatninger. Det er derfor et mål i terapien at klienten skal kunne kjenne etter hva som er viktig for seg selv, og ta valg på egne indre premisser.

Terapeutens oppgave er å frigjøre vekst. Dette skjer gjennom at terapeuten møter klienten med empati, ekthet og ubetinget positiv forståelse.

Empati innebærer et følelsesmessig perspektivskifte: å forsøke å sette seg inn i den andres situasjon, å forsøke å forstå ham fra innsiden. På samme måte som innenfor selvspsykologi er dette en aktiv kontinuerlig prosess.

I begrepet ekthet/kongruens ligger det at det skal være samsvar mellom det terapeuten føler, og det han uttrykker. Dette innebærer blant annet at terapeuten kjenner etter vanskelige følelser i relasjonen og tar dette opp i dialogen med personen. Her understrekes betydningen av likevekt i relasjonen. Terapeuten skal forsøke å ha en mest mulig ikke-dirigerende holdning, forsøke å framstå slik som han er, med de begrensninger han har, slik at det blir et jevnbyrdig møte mellom to parter.

The person-centered therapist presents him-or herself as honestly and transparently as possible and attempts to establish a relationship in which he or she is authentically caring and listening (Raskin og Rogers 2004, 134).

Det er et viktig poeng for Rogers at terapeuten ikke skal gjemme seg bak en profesjonell maske, men framstå så autentisk som mulig. For Rogers kan det å gå inn i en profesjonell terapeutrolle, sammenlignes med at terapeuten ikke er seg selv, men later som han er en annen. Da vil det ikke være samsvar mellom det terapeuten uttrykker verbalt, og det han uttrykker nonverbalt. Å framstå ekte og autentisk betyr at terapeuten har kontakt med og er bevisst de følelser som den andre vekker i ham/henne, og kan kommunisere dette. Her er det verdt å merke seg at terapeuten ikke skal fortelle alt han føler til enhver tid, men kun det som han/hun opplever hindrer kommunikasjonen (Rogers 2005).

Rogers tredje punkt er å møte klienten med ubetinget positiv forståelse. Dette innebærer å akseptere alle de ulike følelsene personen kommer med og samtidig ha tro på at personen selv har iboende ressurser til vekst.

Denne terapiformen legger ikke vekt på diagnoser, men forutsetter at klienten opplever en eller annen form for stagnasjon og tilknyttet sårbarhet, og at han ønsker å motta hjelp på det grunnlag terapeuten kan tilby (Raskin og Rogers 2004). Angst forstås ikke som et symptom, men heller som et varsel om stagnasjon i selvaktualisering og vekst.

2.7.3 Personsentrert terapi og brukermedvirkning.

I likhet med selvspsykologisk perspektiv vil en også innenfor det personsentrerte perspektivet finne flere elementer som går godt sammen med brukermedvirkning og myndiggjøring. Rogers legger vekt på at terapeuten skal ha en ikke-dirigerende holdning. Pardans blir brukt som metafor, og det er klienten som skal lede an i denne dansen. Med tiltro til klientens eget iboende vekstpotensial, er det klienten selv som skal sette sine mål, velge frekvens og antall terapitimer (Raskin og Rogers 2004).

Det kan virke lett vint bare og skulle følge klienten i dansen, men det blir mer komplisert hvis en tar med at målet med det hele, er at personen skal bli "indre styrt" og mindre avhengig av andres oppfatning. Med andre ord er målet at klienten skal bli myndiggjort. Rogers advarer i denne sammenheng om å gi råd eller forsikringer til klienten. Dette gjelder selv om klienten skulle komme med slike forventninger og ønsker. Rogers vil heller forsøke å utforske hvilke følelser som ligger bak et slikt ønske. Terapeuten forsøker å unngå å svare direkte på spørsmål. Ved å møte klienten på denne måten gis klienten mulighet til å kjenne etter hva som er viktig for ham, og dermed kunne være sin egen rådgiver. Hvis terapeuten hadde besvart spørsmålet direkte, hadde klienten blitt avhengig av terapeutens vurdering. Dette ville være å umyndiggjøre klienten i følge Rogers (Raskin 2004). I likhet med selvspsykologien er det ingen kunderelasjon Rogers beskriver. Det å møte personen på en annen måte enn det han ber om, betyr at brukeren ikke kan sees på som kunde, men heller som en medvirkende part.

3.0 METODE

3.1 Valg av metode

Bruk av kvalitative metoder er regnet som velegnet for problemstillinger som omhandler opplevelse, erfaringer og holdninger (Ellingsen og Drageset 2008). Kvalitative metoder er også vanlig innen tema det ikke er gjort mye forskning på fra før. Relatert til problemstillingen er det nettopp opplevelsene og erfaringene psykisk helsearbeidere har i forhold til brukermedvirkning, denne studien ønsker å få tak i. Litteraturgjennomgangen viser at det er forsket betydelig innenfor temaet brukermedvirkning. Likevel etterlyses det mer forskning på kvalitet og innhold i brukermedvirkning, og litteratursøket gav forholdsvis få treff på norske studier i en kommunal kontekst. I lys av dette ble det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming for denne studien.

Innenfor den kvalitative rammen har jeg valgt en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Forskning der en forsøker å forstå deltakernes felles eller delte erfaringer med et fenomen er, ifølge Creswell (2007), godt egnet for bruk av fenomenologisk design. Innenfor dette perspektivet er en ikke opptatt av å finne objektive sannheter, men å få tak i og forstå individets livsverden. Livsverden er beskrevet som verden slik den erfares og oppleves av subjektet. Igjennom dybdeintervjuene som er benyttet i denne studien, har jeg forsøkt å nærme meg informantenes livsverden ved å forsøke å forstå hva den enkelte deltaker har opplevd med brukermedvirkning, og hva hun/han tenker om det. Innenfor et hermeneutisk fenomenologisk design vil en i tillegg til å beskrive informantenes livsverden, være opptatt av å tolke denne i forhold til ulike kontekster, situasjoner eller teori (Creswell 2007; Ellingsen og Drageset 2008). Jeg har valgt å tolke funnene innenfor rammen av myndiggjøring og to psykoterapeutiske perspektiv.

3.2 Utvalg

3.2.1 Utvalgsriterier

I denne studien er det foretatt intervju med 7 personer. Utvalgsriteriene var å ha videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie, og arbeide på kommunenivå i direkte kontakt med brukere. Som følge av avgrensningene til

problemstillingen som er beskrevet i 1.2 valgte jeg å ekskludere mulige deltakere som primært hadde arbeid tilknyttet døgnbemannede boliger eller dagsentra.

Som beskrevet i 2.2.2 kan kommunestørrelsen ha betydning for graden av medvirkning. På bakgrunn av dette ble det valgt 1 kommune med et innbyggertall på mindre enn 6000 og 1 relativt stor kommune. Deltakerne ble rekruttert fra disse 2 kommunene. Variasjon i utvalget er vektlagt i kvalitative studier (Ryen 2002). Det at deltakerne skulle komme fra forskjellige kommuner, var ment som et bidrag til å sikre variasjon i utvalg og dermed bredden i svarene. For ytterligere å øke variasjon i utvalget, ønsket jeg noen med nyere utdanning, og noen med eldre. Innholdet i utdanningene styres blant annet av sentrale føringer. Det er derfor grunn til å tro at undervisning om brukermedvirkning, har hatt en mer sentral plass i videreutdanningene de siste 10 åra enn tidligere.

Jeg valgte kommuner jeg hadde lite kjennskap til. Et problem med intervju som metode, er at en risikerer å få svar som deltakerne forventer at intervjueren vil ha. Muligheten for at dette skal skje, er større hvis deltakerne og intervjueren kjenner hverandre fra før (Robson 2002). Ved å velge "ukjente" kommuner, var håpet at deltakerne ikke skulle kjenne meg og heller ikke forvente at en kunne bli kollega i framtida. Samtidig ble kommunene valgt ut ifra et bekvemmelighetshensyn med at kjøredistansen var overkommelig for å foreta intervjuene.

3.2.2 Rekruttering av deltakere

Utvelgelsen av informantene skjedde ved at jeg kontaktet den som var faglig ansvarlig for psykisk helsearbeidere i hver av de to kommunene via e-post. Der ble det gitt informasjon om prosjektet, samt en forespørsel om de kunne tenke seg å distribuere informasjon og samtykke- erklæringer til de arbeidstakerne de mente oppfylte inklusjonskriteriene. De fagansvarlige var positive til dette. De fikk deretter tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring og ferdig frankerte konvolutter som de distribuerte til aktuelle deltakere (Vedlegg 1). Det ble i alt distribuert informasjon til 12 personer. De som ønsket å delta, skulle fylle ut samtykkeerklæring og sende den direkte til meg. Det gikk litt tregt å få inn svar. Derfor sendte jeg e-post til de to fagansvarlige med påminnelse om prosjektet, og ba dem videresende e-posten til de som hadde fått informasjon første gang. Jeg fikk svar fra 8 som ønsket å delta i intervju. En oppfylte ikke inklusjonskriteriene ved at arbeidet var knyttet til døgnbemannede boliger.

Når det gjelder antall deltakere, er det en generell regel å intervju til en når metningspunktet. Jo mer kompleks problemstillingen er, jo flere intervju må til. Det advares imidlertid mot å samle inn for mye data da det blir vanskelig å analysere et stort og uoversiktlig datamateriale (Creswell 2007). Jeg ønsket å være realistisk i forhold til manglende erfaring når det gjelder analyse, tid og oppgavens størrelse, og hadde på forhånd tenkt å intervju 6-8 personer. Da det var 7 aktuelle deltakere som meldte sin interesse og oppfylte inklusjonskriteriene, ble disse 7 utvalget i denne studien.

3.2.3 Beskrivelse av utvalget

Av de 7 som ble intervjuet, hadde 4 videreutdanning i psykisk helsearbeid. De 3 andre hadde videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. 2 av informantene jobbet i team, mens de 5 andre oppgav at de jobbet alene. Hvor lenge de hadde vært i sin stilling som psykisk helsearbeider i kommunen, varierte fra 1 til 8 år. 4 av deltakerne hadde til dels mye institusjonserfaring, og de andre 3 hadde erfaring fra ulike helsetjenester i kommunen. Som beskrevet i 3.2.1 var det ønskelig med et variert utvalg. Da det bare var 7 som tilfredstilte utvalgskriteriene, kunne jeg ikke velge med tanke på å øke variasjonen. Likevel ble utvalget jevnt fordelt med tanke på de som hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid, og de som hadde den eldre videreutdanningen. Det ble derimot bare 1 informant fra den minste kommunen. Seks informanter var sykepleiere og en hadde annen 3-årig helsefaglig bakgrunn. Utvalget representerer begge kjønn, men med overvekt av kvinner.

3.3 Metode for datainnsamling

3.3.1 Dybdeintervju

I tråd med fenomenologisk design valgte jeg å dybdeintervju deltakerne. Som utgangspunkt for intervjuet ble det brukt vignetter. Dette er nærmere beskrevet i 3.3.2. Kvale (2009) beskriver kunsten å stille ”spontane” oppfølgende spørsmål underveis i intervjuet i tilknytning til svarene som blir gitt. I denne sammenheng nevner han en rekke ulike former for spørsmål som kan være til hjelp i intervjuet. Inngående spørsmål kan for eksempel få informanten til å utdype mer av det han sier. Indirekte spørsmål av typen ”hva tror du kollegaer ville gjort i samme situasjon?”, kan en bruke for å få tak i andre rådende

holdninger, eller det kan også si noe om informantens egen holdning. Det vil føre for langt å gå inn på alle de ulike spørsmålene her. Kvale (2009) sammenligner intervjuet med en samtale. Slik jeg ser det, ligner Kvales oppfølgende spørsmål på spørsmål en ofte anvender i terapeutiske samtaler. Selv om formålet med intervju og en terapeutisk samtale er ulikt, ønsker en i begge tilfeller å stille spørsmål for å frigjøre informasjon og skape mening. For meg ble det naturlig å anvende spørsmål fra systemisk intervjumetodikk og sokratisk spørreteknikk, da dette var noe jeg hadde erfaring med fra før (Tomm 1997; Berge og Repål 2010). Jeg laget en intervjuguide med 3 hovedemner (vedlegg 2). Første del gikk på opplysninger om informanten selv. Neste del var spørsmål i forhold til vignettene. Siste del var egne erfaringer knyttet til utfordringer med brukervedvirkning, og hva de gjorde i forhold til dette. Intervjuguiden har ingen adskilt del om kontekst, men jeg stilte spørsmål i forhold til kontekst knyttet til situasjoner og erfaringer de beskrev. I tilknytning til hovedemnene satte jeg en rekke spørsmål i parentes inspirert av sokratisk spørreteknikk og systemisk intervjumetodikk. Spørsmåla i parentes skulle være til hjelp dersom jeg sto fast, men i praksis opplevde jeg at disse spørsmåla kom spontant i samtalen uten at jeg måtte lese fra arket. Intervjuguiden ble justert noe etter et prøveintervju jeg foretok med en kollega. Videre varierte det fra intervju til intervju hvor mange spørsmål jeg måtte stille, i hvilken rekkefølge og hvor mye informanten fortalte spontant.

3.3.2 Bruk av vignetter

En utfordring med intervju som metode er at det kan være vanskelig å hente fram erfaringer i intervjusituasjonen. Det var heller ikke et utvalgs-kriterium at informantene skulle ha mye erfaring med, eller være spesielt opptatt av, brukervedvirkning. Som en hjelp til å få fram informantenes refleksjoner over brukervedvirkning, valgte jeg derfor å bruke 3 vignetter. Vignetter kan presenteres på ulike måter. Jeg valgte korte narrativ med brukere og psykisk helsearbeidere, der brukervedvirkning er et indirekte tema (vedlegg 3). Ved å bruke vignetter, i tillegg til å spørre etter informantenes egne historier, håpet jeg å få fram flere refleksjoner rundt erfaringene med brukervedvirkning enn det jeg ville ha klart ved et vanlig dybdeintervju. Vignettmetoden er beskrevet som en metode som egner seg til studier rettet mot meninger, antagelser og vurderinger knyttet til situasjon, og er benyttet i tilknytning til dybdeintervju i andre studier (Østby 2006). Slik jeg opplevde det, var vignettene med på å forberede informantene til intervjuet. Alle hadde lest vignettene på forhånd og sa det var lett å kjenne seg igjen i beskrivelsene. En av de som jobbet i team,

opplevde at konteksten vignettene beskrev, var noe fremmed, men dette ble et utgangspunkt der informanten fikk fortelle utfyllende om egen kontekst. Noen startet intervjuene med å komme med egne historier som de assosierte med vignettene, og på den måten virket vignettene åpnende for å komme inn på hva informantene selv forsto og hadde opplevd med brukervedvirkning. Kanskje ble det lettere å trekke fram situasjoner de følte de ikke hadde mestret, da vignettene nettopp beskriver situasjoner som er utfordrende for hjelper. I to av intervjuene opplevde jeg at informantene snakket lenge om hvordan de ville ha løst utfordringene som er beskrevet i vignettene. Og løsningene ble noe teoretiske og idealtypiske, men etter hvert kom også disse med egne opplevde eksempler. Det er vanskelig å si hvordan dybdeintervjuet hadde blitt uten vignettene, men slik jeg opplevde det var vignettene med på å åpne opp for at informantene ville dele sin opplevelse av brukervedvirkning.

3.3.3 Gjennomføring av intervjuene.

Etter hvert som jeg fikk inn samtykkeerklæringene, ble informantene kontaktet fortløpende for å avtale tidspunkt for intervjuet. Alle intervjuene foregikk på informantenes kontor. Intervjuene ble foretatt fra juni til september 2009. Informantene fikk tilsendt vignettene en uke før intervjuet skulle skje. Intervjuene ble i sin helhet tatt opp ved hjelp av løse mikrofoner tilkoblet bærbar pc. Jeg innledet intervjuet ved å repetere informasjon de hadde fått skriftlig om anonymisering og taushetsplikt. Videre la jeg vekt på at selv om intervjuet tok utgangspunkt i vignettene, var jeg like interessert i deres egne historier. Deretter fulgte selve intervjuet som beskrevet i 3.3.1. Hvert intervju varte fra 70 til 95 minutter.

3.4 Forskningsetiske overveielser og tillatelser

Det ble sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om godkjenning til denne studien, da all bruk av personopplysninger krever dette (Vedlegg 4). Lydopptak av intervju regnes som bruk av personopplysninger. Studien ble godkjent og først etter dette, ble informasjon sendt til lederne i kommunen for videre distribusjon.

I all forskning legges det vekt på at de som er med, deltar frivillig og ikke utsettes for press. Fagansvarlig i de to kommunene gav tillatelse til at jeg kunne utføre intervju. I tråd med anbefalinger jeg fikk fra NSD, gav de fagansvarlige meg ikke navn på mulige

deltakere, men distribuerte informasjon til aktuelle deltakere. På den måten kunne de selv velge om de ville svare ja, og jeg hadde ikke mulighet til å påvirke dette, og jeg fikk heller ikke innsyn i hvem som ikke responderte. Svarene skulle sendes direkte til meg, og dermed hadde de fagansvarlige lite mulighet til å yte noe press i forhold til den enkelte da de ikke visste hvem som valgte å delta. Skjema for samtykkeerklæring ble undertegnet før jeg hadde mulighet til å kontakte dem for å avtale intervju.

Informasjon om studiens hensikt og innhold ble gitt skriftlig til aktuelle deltakere. Det ble lagt vekt på at de har rett til å trekke seg fra studien når som helst i prosessen, og at opplysninger de har gitt, da ikke vil bli brukt videre. De fikk også informasjon om taushetsplikt og min plikt til anonymisering. Noe av informasjonen ble gjentatt muntlig som innledning til intervjuet.

I fremstillingen av funnene og beskrivelsen av utvalget, har jeg lagt vekt på at både informantene og utsagn knyttet til brukere, ikke skal kunne gjenkjennes. Dette har vært en utfordring da utvalget er lite, og det kan være lett å gjenkjenne informanter og brukere. Dette har ført til at jeg konsekvent har valgt å beskrive informantene som hun i teksten, selv om begge kjønn er representert. Med tanke på anonymisering er det gjengitt få detaljer i utsagnene og historiene om brukerne, og bruken av hun/ han er der tilfeldig valgt. Bare den enkelte informant skal kunne gjenkjenne det hun sa.

3.5 Metode for analyse av data

Analysen starter i følge Kvale (2009) allerede i selve intervjuet. I 3.3.1 ble det beskrevet hvordan intervjuer kan stille oppfølgende spørsmål til det informanten forteller. Intervjuer kan spørre om sine tolkninger av det informanten sier og får nye svar ut fra dette. På denne måten har analysen av det som blir sagt, allerede startet. Etter at det første intervjuet var gjort, hørte jeg igjennom det. På denne måten kunne jeg forholde meg kritisk til min egen rolle, og jeg kunne notere spørsmål jeg satt igjen med, som jeg hadde ønsket å få utdype mer. Disse spørsmålene kunne jeg ta inn i senere intervju. Jeg gjorde tilsvarende etter de 4 første intervjuene. Jeg valgte å foreta transkriberingen selv for å få størst mulig inntrykk av hva intervjuene virkelig handlet om. Intervjuene og transkripsjon foregikk parallelt.

Da transkriberingen var ferdig, hadde jeg 110 sider ordrett tetskrevet tekst. I neste omgang kortet jeg ned på setningene ved å ta vekk unødvendige ord som brukes mye i muntlig tale. Jeg fant ut at jeg ved noen tilfeller hadde vært for ledende i min spørsmålsstilling, og

svarene jeg hadde fått på disse spørsmåla ble markert med egen farge. Slik kunne jeg ta vekk disse svarene hvis ikke andre informanter hadde sagt det samme uten min tydelige påvirkning.

Etter fasen med intervjuer og transkribering begynte hovedanalysen. Det er anbefalt at nybegynnere følger prosedyrer for analyse. I all forskning er det et krav at forskeren kan redegjøre for hvordan en har kommet fram til resultatene. Ved mer intuitiv analyse er det vanskeligere å redegjøre for prosessen (Malterud 2003). Med tanke på manglende erfaring når det gjelder analysearbeid, og at jeg hadde med meg mye forforståelse i forhold til at jeg selv har arbeidet i tilsvarende kontekst som informantene, ble det viktig for meg å forsøke å følge en prosedyre. Hovedpoenget uavhengig av prosedyre er å finne mening i datamaterialet. Når Kvale beskriver analyse innenfor et fenomenologisk design, tar han utgangspunkt i Giorgis prosedyre for meningsfortetning. Giorgi anbefaler at analysen gjennomføres i fem trinn, der stikkordene er: 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsenheter, 3) å uttrykke innholdet i de enkelte meningsenhetene så presist og kort som mulig, 4) å undersøke meningsenheten i lys av problemstillingen, 5) å sammenfatte og beskrive de viktigste temaene i intervjuet (Kvale 2009, 212).

Kvale beskriver Giorgis prosedyre som velegnet for å analysere intervjutekster, men den er tidkrevende. Slik jeg forstår Kvale forenkler han trinn 4 og 5 i Giorgis metode, noe jeg valgte å følge. Gjennom å lytte til opptakene og gjennom transkripsjonsprosessen, forsøkte jeg å danne meg et helhetsinntrykk av hva som var viktig i hvert enkelt intervju. Deretter konsentrerte jeg meg om ett og ett intervju hvor jeg først delte inn teksten i meningsenheter. Deretter ble essensen i hver enkelt meningsenhet beskrevet med korte setninger, tilsvarende trinn 3 i Giorgis prosedyre. Da dette var gjort hadde jeg mer overkommelig mengde tekst å forholde meg til. Neste trinn var å samle temaene i 5-6 hovedkategorier. Da jeg hadde gjort dette med ett intervju, gjorde jeg tilsvarende for de neste. Selv om disse trinnene i analyseprosessen reduserer teksten, la jeg vekt på å holde meg så nært som mulig til ordene informantene selv hadde brukt i intervjuene. En tekstreduksjon på denne måten vil i alle tilfelle innebære en tolkning fra min side, men det å holde meg nært til informantenes ordvalg, ble en hjelp til at deres mening kunne komme fram. Da alle intervjuene var analysert på denne måten, så jeg på hovedkategoriene i alle intervjuene og undersøkte om noen av disse kunne slås sammen. Neste trinn var å gå tilbake til problemstillingen og se hvilke svar kategoriene gav i forhold til den. Det 5. trinnet i analysen innebærer i følge Kvale (2009) en meningsfortolkning. En beveger seg

da fra de rene beskrivelsene av funnene, og til mer kritiske fortolkninger av teksten. Innenfor en hermeneutisk fenomenologisk forståelse tenker en ikke at en kan finne den egentlige sannheten om hva informantene mener om temaet, men en erkjenner at mening konstrueres i intervjuet, der både intervjuer og informant er bidragsyttere til dette. Det er altså ikke snakk om å finne den rette tolkningen, men mer å beskrive et fortolkningsmangfold. En kan snakke om fortolkninger på 3 nivåer. På det første nivået beskriver en meningen slik en oppfatter informantene forstår det. På nivå to stiller forskeren seg kritisk til det som blir sagt av informantene på bakgrunn av fornuftige, allmenne argumenter. I kapittel 4 og 5 presenteres funnene ut fra det første, og delvis det andre tolkningsnivået. I kapittel 6 anvendes en teoretisk fortolkningsramme som er det tredje tolkningsnivået Kvale (2009) beskriver. Teori om myndiggjøring, selvpsykologi og personsentrert terapi er valgt som teoretisk fortolkningskontekst for denne studien. Dermed blir funnene vurdert i et kritisk lys i forhold til blant annet makt og vekst. Andre fortolkningskontekster ville ha gitt andre tolkninger, men hovedpoenget er å vise hvordan en er kommet fram til de tolkninger en har gjort. Ut fra hermeneutisk forståelse vil en aldri finne den endelige beste fortolkning, det vil alltid være mulighet for nye fortolkninger.

3.6 Troverdighet og pålitelighet.

Validitet handler om at metoden og designet som er brukt, faktisk undersøker det den er ment å undersøke. Når en skal diskutere en kvalitativ studies validitet og reliabilitet, må diskusjonen ta utgangspunkt i premisene for kvalitativ forskning. I kvalitativ forskning brukes ofte begrepene troverdighet og gyldighet i stedet for validitet. Min oppgave i intervjuene og analysen har vært å få fram informantenes fortellinger om brukermedvirkning og de tilhørende refleksjonene. I et forsøk på å hindre misforståelser i forhold til det informantene sa, stilte jeg oppklarende spørsmål i intervjuet, transkriberte intervjuene selv og lyttet til opptakene der det var uklarheter. Et gjenintervju der jeg hadde lagt fram tolkningene for informanten, ville ha styrket validiteten i forhold til å sikre at jeg har forstått informantene rett, men ideen ble forkastet av hensyn til arbeidsmengden.

For å få fram informantenes perspektiv er det viktig at intervjuer er så kjent med konteksten at hun har mulighet til å forstå informantene (Ryen 2002). Da jeg har jobbet som psykisk helsearbeider i samme kontekst som informantene, har jeg erfaring med temaene informantene tok opp. Jeg opplevde slik at jeg forsto det informantene snakket

om, og kanskje bidro dette til at de fortalte mer åpent om vanskelige situasjoner. Samtidig sto jeg i fare for å bli for nær "feltet" jeg skulle undersøke. Min forforståelse av brukervedvirkning kunne stå i veien for å oppfatte det informantene ville meddele, og på den måten true studiens gyldighet. Det var en risiko for at jeg samlet opplysninger som jeg selv kjenner til og overså andre sider. Kvale (2009) kaller dette partisk subjektivitet. Det å skrive ned egne erfaringer med fenomenet for å bli bevisst egen forforståelse, er anbefalt innenfor fenomenologisk design. Jeg skrev stikkord om egne erfaringer med brukervedvirkning, og reflekterte over hvilke funn jeg forventet å finne (Creswell 2007). Selv om en del av funnene samsvarte med mine forventninger, har det også vært noen overraskende funn. Som beskrevet i 3.5 vil meningen i intervjuet være resultat av en interaksjon mellom intervjuer og informant (Kvale 2009). Det betyr at min forforståelse uansett er med på å forme spørsmålene og dermed også funnene. Både valg av teorigrunnlag, og utforming av intervjuguide og vignetter er preget av min forforståelse. En annen intervjuer hadde kanskje gjort andre valg. Selv om en innenfor et hermeneutisk fenomenologisk design erkjenner at det ikke finnes én sann tolkning, vil ikke alle tolkninger være like gyldige eller troverdige. Hvis tolkningene skal være gyldige, må det redegjøres for hvilket perspektiv funnene belyses ut ifra. I 3.5 har jeg forsøkt å redegjøre for valg av teoretisk perspektiv. Og i 1.1 har jeg kort redegjort for egen forforståelse i forhold til kontekst og temaet brukervedvirkning. Dette er gjort med tanke på at det skal være mulig for andre å vurdere hvordan egen forforståelse har preget denne studien og dermed tolkningene (Malterud 2003).

I intervjuene ble det brukt vignetter. Det kan hende det hadde kommet andre historier om brukervedvirkning dersom vignettene ikke hadde vært brukt. Slik sett er også dette et eksempel på hvordan funnene dannes på bakgrunn av en prosess mellom intervjuer og informant. Vignettene ble laget på bakgrunn av kollegaers og egne erfaringer. Det ble lagt vekt på at de skulle være gjenkjennbare og tilstrekkelig vage slik at informanten kunne gjøre det om til en gyldig situasjon for seg. Alle informantene sa at vignettene tok opp relevante, og dermed gyldige problemstillinger. Ved bruk av vignetter kunne det ha vært foretatt en valideringsundersøkelse på forhånd, for å kontrollere at vignettene faktisk var gjenkjennbare og hadde relevans for andre enn meg og mine kollegaer (Østby 2006). Dette ble ikke gjort av hensyn til prosjektets tidsbegrensning.

En tolkning er lite troverdig eller gyldig hvis ikke flere finner menging i den. Funnene og teorigrunnlaget er diskutert med veileder, medstudenter og kollegaer. I noen tilfeller førte dette til endring av egne opprinnelige tolkninger. Videre har jeg sammenlignet svarene til informantene med annen forskning. På denne måten har jeg forsøkt å sikre troverdighet og gyldighet i forhold til tolkning av funn.

Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om forskningsprosessen har vært pålitelig og nøyaktig. Reliabilitet er en forutsetning for at studien er valid. Jeg har forsøkt å holde meg til anbefalte analyseprosedyrer innen hermeneutisk fenomenologisk design, slik at det ikke skulle bli tilfeldige funn, men at funnene i størst mulig grad skulle gjengi essensen i det informantene sa. Funnene av denne undersøkelsen kan ikke generaliseres da jeg bare har 7 informanter og at dette er bekvemmelighetsutvalg slik jeg beskrev i 3.2.3. Likevel, hvis diskusjonen og funnene er gjenkjennbare for hjelpere som arbeider innenfor psykisk helsearbeid på kommunenivå, kan studien kanskje bringe nyttig kunnskap i form av refleksjoner.

Det kan oppfattes som en svakhet ved studien at jeg ikke spurte informantene om de vektla en terapeutisk rolle i praksis, og om de anvendte psykoterapeutiske tilnærminger i samhandling med pasienten. Det var imidlertid gjennom analyse av data jeg fant at de syntes å mangle slike tilnærminger, og at dette gjorde det vanskelig å få til brukermedvirkning i praksis. I intervjuene ble det lagt vekt på at informantene fikk beskrive situasjonene og tilnærmingene detaljert og inngående. De hadde derfor muligheter til å beskrive terapeutiske tilnærminger i intervjuet.

4.0 INFORMANTENES FORSTÅELSE AV BRUKERMEDVIRKNING, UTFORDRINGENE OG TILNÆRMINGENE.

I de følgende to kapitler vil studiens funn bli presentert. Sitater fra informanter vil gjengis med kursiv skrift.

Informantene var opptatt av at de hadde ansvar for å legge til rette for brukermedvirkning. I analysen fant jeg tre tema som både omhandler forståelsen av hva brukermedvirkning innebærer i praksis, og hvilke tilnærminger de vil bruke for å oppnå det:

- Brukerens mål må styre arbeidet
- Hjelper må være fleksibel
- Hjelper må tilstrebe en god relasjon.

Temaene vil i det følgende bli presentert hver for seg sammen med de tilhørende utfordringene informantene beskrev.

Før utfordringene med brukermedvirkning blir presentert, kan det være verdt å merke seg at noen informanter spontant gav uttrykk for at brukermedvirkning stort sett gikk greit sett fra deres synspunkt. Andre bekreftet det samme når de fikk spørsmål om dette, men presiserte at det egentlig er brukeren som kan vurdere om han får medvirke. Selv om brukermedvirkning i mange tilfeller oppleves greit, er det hva informantene fortalte om utfordringene, som vil være fokus i det følgende.

4.1 Brukermedvirkning betyr at brukerens mål må styre arbeidet.

Informantene la vekt på at brukermedvirkning innebærer rettigheter for brukeren. De sa at brukerne har rett til å være med og bestemme, påvirke tjenestens utforming og å ha innflytelse på egen livssituasjon. En informant sa det slik: *Brukeren må få være sjef i eget liv.*

Videre sa noen at brukermedvirkning innebærer rettigheter i forhold til hvilke holdninger brukere skal møtes med: *De må bli hørt og respektert.*

Som konsekvens av dette ville informantene legge vekt på brukerens ønsker og mål: *Jeg jobber ut fra brukers målsetting.* De kunne komme med forslag om aktiviteter, tiltak og mål, men det var brukeren som skulle bestemme. En informant presiserte at det må være brukerens egne mål det hele dreier seg om:

Vi prøver å være bevisst på at det er bruker selv og ikke den som henviser eller pårørende som bestemmer målene.

4.1.1 "Jeg vil han skal komme videre, men han er opptatt av sine behov her og nå".

I tilknytning til vignett A kommenterte informantene at de kjente igjen dette med passivitet og stagnasjon og kom med egne erfaringer knyttet til dette. Flere syntes brukermedvirkning ble utfordrende i møte med brukere de opplevde som umotiverte. I intervjuene brukte informantene mange utsagn om at brukerne *ikke vil: ha mål, ha endring eller være med på noe*. Videre kom det utsagn om at brukerne *vil ha det slik og bare vil snakke om vær og vind*. Når informantene bruker ordene *vil* og *ikke vil* i så stor grad kan en stille spørsmål om dette gjenspeiler negative holdninger overfor bruker. En sa at det er opplagt at brukeren egentlig ønsker en mindre angstfylt tilværelse, og at utfordringen ligger i å skape håp hos bruker om at det er mulig. Likevel ble angst trukket fram som en begrunnelse for at de *ville* ha det som de hadde det. Om verbet *ville* i denne sammenheng står for at brukeren ikke ønsker forandring, eller om det skal tolkes som han ikke vil fordi han ikke ser en annen reell mulighet, kommer ikke klart fram.

Angsten lammer alt. Det er trygt å ligge på sofaen og røyke og drikke kaffe. Det er så mange bortforklaringer. De tør ikke å ta imot tilbudene som er her.

Hun tror ikke hun blir bedre. Hun tror ikke hun klarer noe.

Selv om informantene ønsket å arbeide etter brukernes mål, hadde de erfaring med at ikke alle har mål for å komme videre, men er opptatt av å ha det best mulig her og nå. I denne sammenheng fortalte flere informanter at brukeren ikke ønsket noe annet enn at de skulle få et hyggelig besøk. En sa noe oppgitt:

Det er samme samtalen hver gang. Det er som å sette på en cd med samme spørsmål og samme svar.

Når brukere ikke hadde mål for å komme videre, opplevde informantene en konflikt mellom det å støtte brukeren i hans ønsker her og nå, og det å legge til rette for vekst. *Jeg ønsker mer for den jeg skal hjelpe*. En annen sa: *Målet er at alle skal ha aktivitet og innhold i dagen*.

En informant fortalte en historie om en som misbrukte rusmidler og stadig foreslo å øke mengden med B-preparater. Informanten opplevde at hun og bruker hadde forskjellige mål

og forskjellige oppfatninger av hva behovet var. Informanten skildrer hjelpeløshet i en slik situasjon:

Han kommer ikke videre med de forslagene han har. Jeg må bare godta at slik er det, men som hjelper kjenner jeg på hjelpeløshet når han ikke kommer videre.

I situasjonene som er beskrevet ovenfor kan det virke som om spørsmålet om brukermedvirkning, blir spørsmålet om i hvor stor grad hjelper skal møte brukers ønsker her og nå, og da risikere å bli på stedet hvil, eller om en skal ha et endringsfokus som oppleves å være i konflikt med brukerperspektivet. En informant kom med følgende refleksjon:

Hvem vet hva brukeren har behov for? Det er feil i et brukermedvirkningssynspunkt å si at brukeren ikke vet best. Hjelperen ser at han har andre behov, men den hjelpa blir avslått. De kan få det de vil, men det er ikke sikkert det er det de har behov for egentlig.

Her reflekterer informanten over hvem som skal ha retten til å definere hva brukeren har behov for. Er det bruker med sine opplevde behov, eller er det hva hjelper mener kan hjelpe brukeren til å komme videre?

Funnene viser altså at brukermedvirkning i praksis innebærer at bruker må få hjelp til å nå sine mål. Samtidig blir dette utfordrende når hjelper og bruker har ulikt syn på hva som er ”gode” mål.

4.1.2 ”Jeg senker egne ambisjoner og lar brukeren bestemme”

Informantene beskrev lange løp der de hadde forsøkt å finne motivasjon og mål hos bruker. I de relasjonene de ikke lyktes med dette, sa flere at de senket egne ambisjoner. To informanter uttalte dette slik:

Det er bra nok for meg hvis det er bra nok for dem.

Jeg har godtatt at hasj fungerer som medisin. Jeg spør om han fortsatt har nytte av det, og når han bekrefter det er ikke rus noe samtaleemne.

Informantene beskrev at de møtte brukeren på det han/ hun ønsket å samtale om, og samtalene ble gjerne over en kaffekopp. Noen beskrev også at de satte av tid til å bli med på kjøpesenter for at brukeren skulle ha en god opplevelse.

Av analysen framgår det at når informantene opplever at brukerne ikke har mål som fører dem videre, velger informantene i de fleste tilfellene å legge vekt på brukerens ønske. En

informant som hadde forsøkt å etterkomme alle ønsker om hjelp her og nå hos brukeren kom med følgende utsagn: *Det var ikke bra for henne, hun ble ikke bedre. En annen sa: Jeg må bare godta at slik er det.*

Av utsagnene kan det se ut som om de velger å overlate all styring til bruker, til tross for at de ikke opplever relasjonen som vekstfremmende. Er brukervedvirkningen i disse situasjonene blitt til at det bare er bruker som medvirker?

4.1.3 "Og når blir det ansvarsfraskrivelse?"

Noen informanter fortalte om situasjoner der de hadde vært i tvil om det var uforsvarlig å la brukeren bestemme. Historiene var knyttet til at brukeren takket nei til noe. Dette kunne være medisiner, hjelp til hygiene eller kontakt. En informant fortalte en historie om en ung bruker som de var usikker på om holdt på å gå inn i en alvorlig psykose, eller om hans ønske om å få fred fra hjelpeapparatet, var uttrykk for noe annet. Informanten uttrykte sin bekymring for om dette var uforsvarlig, på denne måten:

Det kunne gå 3-4 uker og ingen visste hvordan han hadde det innenfor døra.

Tre informanter beskrev dilemmasituasjoner knyttet til hygiene.

Og når blir det ansvarsfraskrivelse? Dette med hygiene er også noe. Det så ut som en forferdelig svinesti.

Alle hadde forsøkt å snakke med bruker om dette i lang tid, og noen hadde også erfaring med at situasjonen hadde løst seg av seg selv når de ventet lenge nok. I motsetning til situasjonene i 4.1.3 der bruker får styre, ville flere informanter her forsøke å ta styringa for å hindre at brukeren fikk det verre. Følgende 2 historier illustrerer dette:

Hun ringte og sa hun ville slutte med antipsykotisk medisin. Det jeg har gjort før, er å snakke, snakke og motivere, men hun har likevel slutta, og det har endt i dramatiske innleggelseser. Da hun ringte denne gangen, sa jeg at hvis du ikke tar antipsykotisk medisin vet jeg ikke om du får b-preparat hos behandler. Hun opplevde nok at jeg truet henne litt....Jeg har en bismak når jeg tenker på det.

En annen fortalte ei historie der hygiene i leiligheten hadde blitt et problem ut fra hjelpernes syn.

Vi må vaske ned, kaste og kjøpe nytt. Han er så syk at han ikke skjønner det. Vi må gå over ei grense. Det er nødvendig. Flere fagfolk er enige om det. Han blir informert.

I begge disse historiene er det tydelig at informantene kjenner ubehag ved det de gjør. Den ene føler en *bismak* og den andre opplever å *gå over ei grense*. I begge tilfellene er hensikten å hindre brukeren i å ta valg som er uforsvarlige for seg selv. Informantene knyttet utfordringen om forsvarlighet til om brukerne hadde innsikt. En sa litt oppgitt: *De kan ha null innsikt da.*

Så langt er det presentert utfordringer informantene har opplevd knyttet til å arbeide etter brukernes mål. Situasjonene som er presentert, har en fellesfaktor i det at det stort sett er én part som har styringa. Uansett om det er bruker eller hjelper som har styringa, kan en i begge tilfeller stille seg kritisk til om dette kan kalles brukermedvirkning, da det er en part som ikke virker med. Dette vil bli diskutert mer i kapittel 6.

4.2. Brukermedvirkning betyr at hjelper må være fleksibel

Informantene la vekt på å være fleksibel for å få til brukermedvirkning. De hadde erfaring med at bruker ikke alltid var i form til å gjøre, eller være med på, det de på forhånd var blitt enige om. I denne sammenhengen ble det poengtert at hjelper må kunne vente, omstille seg raskt og være klar til å handle når brukeren er det. Flere fortalte at brukeren ikke alltid åpnet når de kom til avtalte besøk. Her viste fleksibiliteten seg i at de ville møte opp neste dag, eller uke. De understreket betydningen av å bevege seg i brukers tempo og på hans nivå for å nå målene.

Informantene var og opptatt av å være fleksible i forhold til hvilke oppgaver de kunne gå inn i. Det ble lagt vekt på å imøtekomme ønsker om praktisk hjelp: *Vi gjør mange rare ting av aktiviteter og oppgaver for å nå brukerens mål.* Fire av informantene sa de hjalp brukeren med praktiske oppgaver for å få til et felles fokus med brukeren.

Av og til går det ikke etter den avtalte planen. Jeg må gjøre de praktiske tingene først, ellers har vi ikke felles fokus.

Noen ganger ser jeg det ikke har noen hensikt å diskutere, og at jeg bare må gjøre som han tenker, ellers er han ikke åpen for noe.

Av intervjuanalysen går det fram at informantene gjør praktiske ting for brukerne fordi det er et nødvendig skritt på veien for å nå mer langsiktige mål, for å skape en god allianse eller fordi de er de nærmeste til å hjelpe. Informantenes vektlegging av fleksibilitet kan kanskje forstås som en vektlegging av medvirkning her og nå, og ikke bare medvirkning i forhold til å legge mål for mer langsiktig arbeid.

4.2.1 "Hvis jeg rekker det, gjør jeg det"

Informantene la vekt på at de hadde stor frihet i arbeidet og få ytre rammer. Likevel sa de at hvor mye de kunne etterkomme brukerens ønsker, var begrenset av tiden de hadde til rådighet.

Det kan hende at jeg gjør som brukeren ønsker for at jeg skal rekke neste avtale. Jeg har ikke tid til den lange samtalen. Da er det ikke terapeutisk. Jeg gjør det for å slippe maset. Jeg har noen ungdommer som ringer og har behov for en lang samtale. For å få avslutta det fort, sier jeg, ok jeg kan kjøre deg. Jeg sier det fordi det går fortere enn å høre om alt det vonde som skjedde i helga, og samtalen vil likevel ende med at han ønsker å bli kjørt.

Brukeren fikk her oppfylt ønsket om å bli kjørt, men ikke samtale. Flexibiliteten viser seg i at informanten tilbyr seg å kjøre informanten, men likevel kan en stille spørsmål ved om dette fremmer brukermedvirkning i denne situasjonen. Begrunnelsen for å være fleksibel i dette tilfellet ligger ikke i hva brukeren har mest behov for, men at hjelper skal rekke neste avtale. I følgende sitat kan det virke som spørsmålet om hjelperen har tid, eller ikke, er det eneste som er med i vurderingen i forhold til om brukeren skal få praktisk hjelp:

Brukere ønsker ofte hjelp til praktiske ting som å ta inn posten og kjøpe røyk. Hvis jeg kjører forbi en butikk, gjør jeg det.

En annen informant fortalte en historie der hun opplevde at en bruker tok for stor plass med tanke på tid og ressurser hun hadde til rådighet. I tillegg så hun ingen framgang:

Vi har stilt opp med kjøring.... Og hjulpet henne med småting som å skru korka av en flaske og vri opp en klut..... Til slutt satte jeg foten ned. Vi hadde ikke kapasitet. Jeg sa hun kunne gjøre det selv. Jeg var så sliten.

I begge sitatene over finnes begrunnelsen for å oppfylle brukerens ønske, eller avslå det, i hjelperens behov om å rekke det tidsmessig eller ressursmessig.

Det kan se ut som om tid spiller en større rolle i forhold til flexibilitet, og hvor mye brukerens ønsker skal innfris, enn det informantene er klar over. Argumentene for å være fleksibel i den hensikt å nå langsiktige mål, eller skape allianse, ble presentert innledningsvis i 4.2. Disse argumentene samsvarer ikke med å gi brukeren ekstra service, eller avslå ønsker, avhengig av om hjelperen har tid eller ikke. Dette vil bli diskutert nærmere i 6.3.

To av informantene hadde en litt annen arbeidskontekst. Deres ansvarsområde var tydeligere definert enn de andres. Disse la vekt på at det er viktig å avklare helt fra starten

av hvilke forventninger brukeren har til tjenesten, og avklare hva de faktisk kan bidra med, og hva som ligger utenfor deres ansvarsområde. I disse intervjuene fant jeg ikke at tid ble en begrunnelse for å oppfylle ønsker eller ikke.

4.3 Brukermedvirkning betyr at hjelper må tilstrebe en god relasjon

Et sentralt tema i intervjuene var informantenes opptatthet av relasjonen. De forsøkte å fremme brukermedvirkning gjennom å skape en god relasjon og dialog. *Jeg ville ha forsøkt å få til en god relasjon.*

Andre sa:

Vi er avhengige av allianse. Uten allianse mister en målet.

Mister du alliansen, mister du alt.

Vi er avhengig av å ha en relasjon for å kunne komme inn i hjemmet.

Informantene mente at de verken kunne hjelpe eller legge til rette for brukermedvirkning uten allianse.

For å få til en relasjon ville de legge vekt på dialogen: *Vi prøver å spørre hva de har behov for å snakke om.*

Noen informanter var opptatt av at for å få til en god relasjon var det viktig å være ydmyk: *Jeg må innrømme feil.* Andre var opptatt av å formidle forståelse for brukerens perspektiv.

4.3.1 "My way or no way"

I tilknytning til vignett B fortalte informantene en rekke historier om at det kan være vanskelig å få til en relasjon. I motsetning til funnene som er presentert i 4.1 som handlet om brukere som "ikke ville" noe, er følgende historier knyttet til det informantene beskrev som mer krevende brukere, som kunne protestere mer aktivt og høylytt.

Flere informanter sa de opplevde det vanskelig å få til en relasjon hvis brukeren er for bestemt. En informant forklarte det slik: *Dialogen hindres viss brukeren er for bestemt.*

En annen hadde følgende erfaring: *Jeg følte at det var my way or no way fra brukerens side.*

I møte med det informantene opplevde som kompromissløse brukere, kan det virke som om de tenker at de må la brukeren styre det hele, ellers mister de alliansen. Her brukte informantene ord som at de måtte strekke seg eller legge seg flate:

Jeg strakk meg langt i forhold til kjøring og andre praktiske ting. Jeg måtte strekke meg langt for at hun ikke skulle takke nei til tjenesten. Skulle vi ha en allianse måtte hun få styre det.... Hvis det er veldig stor uenighet mellom hjelper og bruker, og dialogen mislykkes, er det et dilemma. Da må hjelper legge seg mest flat.

Noen informanter opplevde det nærmest umulig å sette grenser i slike situasjoner. De følte de måtte være der helt på brukerens premisser. Sitatet under sier noe om ansvaret informanten føler for å bevare relasjonen:

Så lenge en koseprater med henne, er det greit, men er jeg uenig og sier at jeg er bekymra for barna og stiller litt krav til henne, får jeg ikke komme igjen.

Når hun ikke får til et kompromiss der de sammen kan reflektere over hva som kan hjelpe ungene, velger hun å la brukeren styre samtalen for i det minste å kunne komme inn neste gang å få observert ungene.

Informantene fortalte om flere situasjoner der de mente det var riktig å forholde seg nærmest grenseløst. En fortalte at selv om personen var ruset da hun kom, ville hun være forsiktig med å avslutte besøket. Hun begrunnet dette med følgende historie:

En kollega sa: " Hvis du er full, så går jeg". Kollegaen satte tydelige grenser, og det skar seg helt. Brukeren ville ikke ha mer kontakt med henne.

Det å bevare relasjonen kunne også gi seg utslag i at de måtte gjøre en del praktiske oppgaver, som brukeren ønsket: *Jeg kan ikke si nei til å kjøpe røyk, for det lukker for relasjonen.*

4.3.2 "Legge seg flat" eller "ta litt og gi litt"

Alle sitatene over har fokus på hva hjelperen må gjøre i relasjonen. Bare to av informantene var inne på at brukermedvirkning består av to parter med deling av makt mellom hjelper og bruker. En sa at brukermedvirkning handler om et kompromiss og utdypet det slik: *En tar litt og gir litt. Det er 2 parter som møtes.*

En annen informant la vekt på at brukermedvirkning ikke er det samme som brukerstyring.

Er det brukermedvirkning at han fikk bestemme alt? Det er ikke riktig at brukeren skal styre alt. En kan ikke legge seg flat hele tiden.

De to informantene som hadde en litt annen arbeidskontekst, gav litt andre svar.

Jeg kan si nei. Det kan hende han ikke vil ha mer med meg å gjøre, og det er ok. Det er hans problem at han ikke kan godta at jeg sier nei.

I motsetning til de andre informantene mente disse to at det ikke er hensiktsmessig å bevare relasjonen for en hver pris. En av disse informantene hadde flere historier der hun hadde valgt å være tydelig fra starten av på hvilke oppgaver hun kunne gå inn i, og hva hun opplevde hun ikke kunne bidra med, men samtidig invitert til et kompromiss. I noen tilfeller hadde dette ført til en bærekraftig relasjon, i andre tilfeller hadde dette ført til at brukeren takket nei til tjenesten. Kanskje kan noe av forklaringen til at disse informantene gav andre svar, ligge i at disse opplevde å ha ett ledd til i helsetjenesten som kunne ta over dersom brukeren takket nei til deres tilbud. Forskjellene i informantenes kontekst vil bli nærmere presentert i kapittel 5.

Funnene som er presentert i kapittel 4 viser at informantene legger vekt på brukernes mål, forsøker å være fleksible og legger vekt på relasjonen. Beskrivelsene tyder på at i de utfordrende situasjonene havner hjelper lett i en enten/ eller posisjon. Ved enten å legge seg flat og opptre nærmest grenseløst, eller å ta styringa, blir det lite mulighet for medvirkning fra begge parter. Kanskje viser funnene både en manglende bevissthet om hva brukermidvirkning er i praksis, og at tilnæringsmetodene informantene beskriver ikke strekker til for å få til brukermidvirkning i de utfordrende situasjonene. Dette vil bli diskutert i kapittel 6.

5.0 INFORMANTENES ROLLE OG ARBEIDSKONTEKST:

muligheter og begrensninger for å legge til rette for brukermedvirkning

I dette kapitlet vil fokuset være hvordan informantene opplevde rollen som psykisk helsearbeider i kommunen og den tilhørende arbeidskonteksten: Hvilke muligheter og begrensninger finnes med tanke på å skulle legge til rette for brukermedvirkning?

5.1 Rolle, kontekst og muligheter for brukermedvirkning

Alle informantene mente de hadde bedre muligheter for å legge til rette for brukermedvirkning ute i kommunen sammenlignet med en institusjonskontekst.

5.1.1 Frihet i rollen

Informantene mente at rollen som psykisk helsearbeider innebærer gode muligheter for å være fleksibel i møte med brukerne. Som beskrevet i 4.2 mente de at fleksibilitet var en forutsetning for brukermedvirkning. Videre la de vekt på at de hadde stor frihet til å ta egne valg. Noen trakk fram at de ikke hadde regler ovenfra å forholde seg til.

Jeg har ingen regler. På institusjonen er det systemet som bestemmer. Vi har stor frihet til å være med på brukernes behov.

Vi blir ikke begrenset av regler. Jeg kan velge å bruke 4 timer på en bruker en dag.

I 4.2.1 ble det beskrevet at tid kan begrense brukermedvirkning. Det er derfor naturlig å tro at siste utsagn gjelder innenfor visse begrensninger.

Informantene fortalte at brukerne hadde vedtak om tjenesten, men informantene opplevde i liten grad at vedtakene begrenset deres frihet i rollen. Noen informanter skrev vedtakene selv, og andre hadde en overordnet som gjorde det. I begge tilfellene hadde de stor innvirkning på vedtakene og eventuelle forandringer. Informantene sa at brukerne oftest ble henvist til dem, men at brukere også kunne ta kontakt selv. Ved henvisning eller henvendelse var informantenes oppgave å ta ”vurderingsbesøk”. Ved nærmere spørsmål om hva denne vurderingen innebar, gikk det fram at alle stort sett fikk tilbud om tjenesten. I praksis kan det ut fra intervjuene virke som om brukerne bestemmer både om de skal få tjenesten, og om hvor lenge de skal ha tjenesten. Informantene hadde derimot en del å si i forhold til mengde av tjeneste pr uke eller måned.

Det er vanskelig å gi avslag når du først har møtt vedkommende. Jeg avslutter hvis de godtar det, ellers tilbyr jeg en samtale 1 gang i måneden.

Flere informanter sa det var vanskelig å avslutte tjenesten hvis ikke brukeren var enig i det, noe som følgende to sitater illustrerer:

Det er ikke lett å avslutte når de ikke ønsker det, selv om de avslår tilbud om aktivitet.

Jeg har aldri avsluttet noen mot deres ønske.

5.1.2 Hjemmet som arena.

Informantene la vekt på at brukerne fikk bestemme hvor de skulle møtes, om det var på kontoret, ute eller i hjemmet. Det å møte brukeren i eget hjem ble trukket fram som en positiv faktor for brukermedvirkning: *Jeg er i hjemmet alene som gjest og må oppføre meg deretter. Jeg er mer likeverdig.*

En annen informant sa mer konkret hva gjesterollen kunne innebære, og her kan det se ut som at det ikke handler om likeverdighet, men mer at hjelper kommer i en avmaktssposisjon:

I hjemmet må vi være veldig varsomme, ydmyke og forsiktige. En legger seg litt flat. Jeg sier det er ok at de røyker når jeg er på besøk, selv om jeg egentlig ikke synes det.

5.1.3 Rolle med lite eller mye makt?

Selv om noen mente at maktbalansen ble utjevnet noe ved at de møtte brukeren i hans hjem, var informantene uenige om hvor mye makt de hadde. En mente hun hadde lite makt i sin rolle, og at dette førte til at brukeren fikk medvirke mer.

Det eneste vi forventer, er mål og innhold. Der presser vi nok folk, men utover det, tenker jeg brukere vil oppleve oss som de hjelperne som har minst makt. Vi har ingenting annet enn oss selv å tilby. Jeg kjenner på likevekt i relasjonen. Vi er ikke avdelingen som sier nei til plass eller hiver deg ut. Vi er ikke hjemmesykepleien som kommer med dosett eller injeksjon. Vi sitter ikke på vedtak om penger.

Sitatet over kom fra en informant som ikke hadde noe med medisinerings å gjøre. Andre informanter hadde derimot det, og trakk fram at selv om de hadde lite makt på noen områder, var medisiner ett av unntakene:

Jeg håper jeg bruker makta mi i samsvar med brukernes ønske. Når det gjelder medisin, kan jeg ringe legen, og da får jeg det som jeg vil i 99 % av tilfellene, og det er ikke alltid slik brukeren ønsker det.

En annen pekte på at noen brukere ble avhengige av henne, og at hun derfor hadde mye makt i slike relasjoner.

En umoden kvinne søker råd om alt mulig. Alt fra seksuelliv til når hun skal trekke for gardinene. Der merker jeg at det jeg sier, omtrent er som om det er Gud som snakker. Jeg må ikke gjøre dem så avhengig av meg. Jeg blir som en slags morsfigur for noen.

Så langt har vi sett at informantene opplever at det å ha stor frihet i rollen, arbeide i hjemmet til brukerne og, på noen områder, ha lite makt, fører til at de har gode forutsetninger for å legge til rette for brukervedvirkning. En kan derimot reise spørsmål ved om det å møtes i hjemmet fører til maktutjevning, eller om det kan innebære at hjelper kommer i en avmaktssposisjon. Disse temaene vil bli nærmere diskutert i kapittel 6.

5.2 utfordringer ved rolle og kontekst knyttet til brukervedvirkning.

I det følgende blir ulike sider ved informantenes rolle og arbeidskontekst som kan ha negativ innvirkning i forhold til brukervedvirkning belyst.

5.2.1 Manglende samarbeid - alene om ansvar.

Med unntak av de to informantene som jobbet i team, trakk alle fram at de var alene om ansvaret. En informant var opptatt av at 2.linjetjenesten ”dyttet” ansvaret over på kommunen:

Det nye mantraet er at det er kommunens ansvar.

Fire av informantene påpekte at det er manglende samarbeid mellom hjelperne innad i kommunen. Når ansvaret oppfattes å ligge hos 1. linjetjenesten, opplevde de at det i realiteten ble deres ansvar: *Alle andre forventer at jeg skal gjøre noe.*

En annen informant hadde opplevd først å ha en bruker som mange var engasjert i, men som hun etter hvert fikk aleneansvaret for:

Jeg blir igjen alene i ansvarsgruppa. De andre gir opp. Jeg er den eneste som reiser hjem til ham og ser haugen med inkasso.

Informantene så manglende samarbeid som en hindring for brukermedvirkning:

I samarbeidsmøter er brukermedvirkning avhengig av hjelperne som er til stede. Ikke alle er like opptatt av det.

Fem av informantene sa at negative holdninger hos andre hjelpere hindret brukermedvirkning. Dette kunne være negative holdninger i forhold til det å samarbeide, men også negative holdninger i forhold til bruker. I et forsøk på å fremme brukermedvirkning fortalte flere informanter at de nærmest opptrådte som brukers advokat. Flere informanter hadde vært med bruker på Nav for å hjelpe ham å legge fram sine behov for derigjennom å få mer hjelp til å nå målene. En hadde følgende erfaring: *Mange opplever at de blir hørt bedre hvis jeg er med og framlegger saken hans på Nav.* En informant mente rusmisbrukere hadde lavest status i møte med hjelperne, og at han særlig overfor denne gruppen opplevde at andre hjelpere kunne møte disse med lite respekt. I denne sammenheng fortalte informanter om brukere de opplevde hadde klare mål og fulgte opp sin del av avtalen etter ansvarsgruppemøter, men opplevde at andre hjelpere ikke fulgte opp det de hadde lovet. Informantene opplevde at selv om de hadde fokus på at brukeren skulle medvirke, er målene i mange tilfeller så komplekse, at det ikke holder at de alene støtter brukeren i å nå målene. De er avhengig av at hjelpere fra andre instanser bidrar. Individuell plan ble trukket fram i denne sammenhengen. *Individuell plan blir ikke brukt. Den er bare ferdig.*

5.2.2 Utfordrende å bevare håpet

Det å ha ansvar alene for brukeren, kan også ha mer indirekte betydning for brukermedvirkning enn det som er beskrevet over. Noen av informantene fortalte om relasjoner der de til å begynne med hadde hatt forventninger om endring, men etter som tida gikk, hadde de godtatt situasjonen som den var. En informant sa i denne sammenheng at endringen kom som en overraskelse på henne:

Etter 6 år skjedde det en endring. Det skjedde helt uventet. Jeg skjønner det ikke jeg bare sitter og måper når jeg hører på ham.

En annen informant som jobbet i team, la vekt på kollegaers betydning for å opprettholde håp:

Jeg hadde ikke klart å stå i det så lenge hvis jeg ikke hadde hatt kollegaene mine. Jeg møtte den samme tunge personen, men de hadde sett noe annet, og det klarte jeg på en måte å leve på.

Beskrivelsene over forteller at det er utfordrende å bevare håpet når en står alene som hjelper. I 4.1 ble det å tenne håp hos brukeren om at han kan komme videre, vektlagt i forhold til at en kan bli enig om mål for arbeidet.

5.2.3 Alene og sårbar

Det å være alene, opplevde noen som å være sårbar. Temaet sårbarhet kom spesielt fram i refleksjoner knyttet til vignett B der informantene fortalte egne historier om situasjoner de hadde følt utfordrende, og der de hadde opplevd kritikk.

Ingen kan avløse meg når jeg er sliten og oppbrukt. Når jeg står fast med de som er dårlige, har jeg ingen å overlate dem til. Det er ikke bare å gå på vaktrommet og kalle på legen. En blir sårbar når en er alene. Det er ingen å snakke med der og da.

Noen sammenlignet med erfaringen de hadde fra institusjon:

Jeg fikk mye mer kritikk på institusjon. Det var tvangsmedisinering med mange sterke utbrudd mot meg. Men der var det bestemt hva som skulle gjøres, så jeg kunne si at det ikke var jeg som hadde bestemt det. Jeg hadde flere i ryggen, og alle fikk kritikk i slike situasjoner.

Andre sa:

Jeg må ta avgjørelsene selv. Jeg kan aldri si at slik er systemet her, for det er jo jeg som på et vis utgjør systemet.

Jeg føler meg mer sårbar her i kommunen. Jeg legger opplegget sammen med pasientene selv. Mislykkes jeg, går det mer på meg selv, og kritikken blir mer personlig.

I 5.1 la informantene vekt på at friheten i rollen gjorde at de hadde gode muligheter for å la brukeren medvirke. Av utsagnene over, kan en tenke at friheten og mangel på et system gjør informanten mer sårbar. Kanskje kan denne sårbarheten noen ganger få negative konsekvenser for brukermedvirkning:

Av og til gir jeg meg fordi det blir så ubehagelig å stå i situasjonen. Jeg kan være redd for å tape ansikt. Jeg vil bli godt likt hos pårørende. Du ønsker jo ikke å være den slemme som får kjeft. Det er enklere å bli likt. Du blir litt fanget av egne behov.

Ut fra dette sitatet kan en tenke at bruker får det han ønsker fordi hjelperen vil unngå ubehaget. En kan spørre om dette er god brukermedvirkning da det er begrunnet i hjelperens behov og ikke nødvendigvis i brukerens behov.

5.2.4 "Jeg må holde ut, og får ikke avlastning".

I 4.3 ble det beskrevet at informantene la vekt på relasjonen for å få til brukermedvirning. De kom også med skildringer om relasjoner som de følte var belastende, og der det lange tidsperspektivet ble understreket:

Jeg må holde ut de samme brukerne.

Mange har hatt psykiatrisk sykepleier i over 10 år. Noen kommer vi til å ha videre til de dør, eller til de flytter.

De beskrev ulike aspekter ved avmaktsfølelser i tilknytning til utfordrende relasjoner. En informant knyttet avmaktsfølelsen blant annet til at hun ikke hadde noe valg i forhold til å være i relasjonen:

Jeg tenkte at nå må jeg ha en pause fra deg. Etter så mange år endte du opp med å slå, og det hadde jeg ikke forutsett. Kan hende var jeg redd. Jeg måtte gå dit en gang i uken, men besøkene ble kortere, og jeg var ikke så engasjert.

Sitatet over forteller at når informanten kjenner redsel og avmakt, og hun fortsatt har ansvaret for å besøke brukeren, får dette konsekvenser for bruker og kanskje også for brukermedvirkningen i relasjonen.

Utsagnene over kan tolkes dit hen at informantene føler at de er tvunget til å være i relasjonene uten avlastning. *Vi har ikke kultur for å avlaste hverandre.*

En informant mente hun ikke hadde noen som kunne avlaste henne bortsett fra hjemmetjenesten, og dette var allerede en presset tjeneste. De andre informantene hadde miljøarbeider, men de sa de stort sett hadde adskilte brukere. Det hendte de kunne dele på oppgavene i den forstand at de kunne gå på besøk annenhver gang. Selv om flere informanter arbeidet i samme kommune, var det uaktuelt å gå sammen om brukere da de hadde hver sine geografiske områder. Grunnen til at de er alene, kan altså finnes både på systemnivå og i kulturen. Flere begrunnet det også i at brukerne var avhengige av dem:

De har ingen andre, og de trenger meg.

Jeg kan ikke slippe dem ut til ingenting.

Jeg er det faste holdepunktet.

Også her skilte de to informantene som jobbet i team seg ut. De hadde mer definerte kriterier for hva tjenesten innebar og opplevde heller ikke å være tvunget til å bli i relasjonen.

For å være hos oss må de være motiverte, eller kunne bli motiverte for endring. Når målene er nådd, trekker vi oss ut, og de får oppfølging hos andre. Vi er en tidsavgrenset tjeneste selv om vi også kan ha vansker med å avslutte.

Passive brukere opplever vi kanskje ikke i så stor grad som de andre psykiatriske sykepleierne i hjemmetjenesten, for de kan vi avslutte etter hvert her.

En ser at disse to informantene på flere punkter har en annen tilnærming til utfordringene i forhold til brukermedvirkning, enn de andre. Av 4.2.1 går det fram at de la vekt på en avklarende samtale om forventninger til tjenesten. Dette ble styrende i forhold til hvilke ønsker hos brukeren som ble imøtekommet, heller enn at det var avhengig av om informanten hadde ekstra god tid den dagen. I følge 4.3.2 hadde de også en annen måte å gå inn i relasjoner på, og var mer opptatt av å få til et kompromiss enn å legge seg flate. Disse to informantenes arbeidskontekst skiller seg fra de andre på flere områder. Hvilke konsekvenser de forskjellige kontekstene kan ha i forhold til brukermedvirkning, vil bli diskutert i 6.5.

6. 0 DISKUSJON

6.1 Oppsummering av hovedfunn og introduksjon til diskusjon.

I kap.1.2 ble følgende problemstilling stilt: Hvordan forstår psykisk helsearbeidere i kommunen brukervedvirkning, og hvilke utfordringer opplever de i den praktiske utøvelsen?

Informantene beskrev brukervedvirkning som en rettighet for bruker. Videre var de mest opptatt av hva de som hjelpere kunne gjøre for at brukeren skulle oppnå sine rettigheter. For å få til brukervedvirkning la de vekt på brukerens mål, å være fleksibel og å skape en god relasjon. Samtidig problematiserte flere at de ikke opplevde vekst hos brukeren. Det er få funn knyttet til at brukervedvirkning forutsetter deltakelse fra begge parter, altså en gjensidighetsrelasjon. I de utfordrende situasjonene bærer brukervedvirkningen preg av å være enten brukerstyrt eller hjelperstyrt. Dette kan sees som en konflikt mellom enten å ha et endringsfokus der hjelper blir aktivt dirigerende og tar styringa, eller fokus på brukerperspektivet der hjelper passivt godtar brukerens ønsker og senker ambisjonene. De fleste historiene går i retning av at brukeren har makta. Brukervedvirkningen ligner da på et kundeforhold slik det er beskrevet i 2.3, der hjelperen blir opptatt med å gi brukeren det han vil ha. Dette kunne føre til at hjelperen kom i en avmaktsposisjon, og valgte å ta styringa. Kanskje tyder dette på en manglende bevissthet om brukervedvirkning som en myndiggjørende prosess? Disse beskrivelsene kan også forstås som at hjelperne mangler tilnærminger for å få til brukervedvirkning som en myndiggjørende prosess.

Kanskje handler informantenes beskrivelser, på et overordnet nivå, om en konflikt mellom en aktiv dirigerende terapeutrolle og brukervedvirkning i praksis? Kan andre mindre dirigerende terapiperspektiv, som har mer fokus på likevekt i relasjonen, være en brobygger i denne sammenheng? Kanskje ligger muligheten til å få til brukervedvirkning som en myndiggjørende prosess i terapeutiske tilnærminger? Dette er rasjonale for å diskutere funnene opp mot et selvpsykologisk og et personsentrert perspektiv i håp om å få en mer integrert forståelse av brukervedvirkning, myndiggjøring og terapi. Dette vil bli nærmere diskutert i punktene 6.2- 6.4.

Noen av utfordringene informantene beskrev kan også knyttes til faktorer ved deres rolle og arbeidskontekst. Dette tas opp i 6.5.

6.2 Brukermedvirkning i henhold til brukerens mål - mangel på vekst

Av analysen framgår det at de fleste utsagnene fra informantene går i retning av at de velger å godta brukerens ønsker her og nå, og forsøker å gjøre som bruker sier. De la vekt på at samtaletema skulle bestemmes av brukeren, men beskrev samtidig utfordringen ved dette når brukeren ikke hadde vekstfremmende mål. Informantene beskrev disse besøkene som *samtaler om vær og vind*, eller som *å sette på en cd med samme spørsmål og samme svar*. Ser en brukermedvirkning som et kontinuum slik det er beskrevet i 2.3, kan en si at brukermedvirkningen i disse relasjonene beveger seg i retning av brukerstyring der brukeren har makta. Brukerperspektivet kan derfor sies å være ivaretatt som et kundeforhold, men samtidig tyder beskrivelsene på at det ikke skjer noen vekst. I det følgende vil drøftingen handle om hvordan disse utfordringene kan møtes ut fra tilnærminger fra selvspsykologi og personsentrert terapi.

6.2.1 Brukerstyrt samtale – terapeutisk samtale

Schibbye (2002) beskriver noe av forskjellen på terapeutiske samtaler og konvensjonelle samtaler. I terapeutiske samtaler vil terapeuten være opptatt av det indre hos den andre, mens i andre samtaler dreier det seg ofte om det som skjer omkring, det ytre. For å få tak i det indre, må terapeuten forsøke å få tak i følelsene i det som blir sagt.

I kraft av sin utdanning og sin kunnskap stiller ikke terapeuten uten visse forutsetninger. Hun vet noe om hva det vil si å oppleve smerte,....hvordan det kan oppleves å komme til terapeut, om hvor sårbar en klient kan føle seg, om at tilknytning er viktig....(Schibbye 2002, 354).

I møte med den som bare vil *ligge på sofaen og røyke og drikke kaffe* eller bare snakker om *vær og vind*, slik to informanter beskrev det, vil en i et forsøk på å møte denne personen empatisk, forsøke å kjenne etter hva en tror brukeren kan føle i en slik situasjon. Videre vil en i dialogen med brukeren kunne undre seg ”høyt” over disse tankene. Denne prosessen tilsvare det Stern kaller affektinntoning. Omsorgspersonen fanger opp barnets følelsesuttrykk og svarer på det som en kommentar. Barnet kan ikke verbalt gi uttrykk for sine følelser, men omsorgspersonen forsøker likevel å oppfatte disse. På tilsvarende måte kan en tenke at den som bare *snakker om vær og vind* eller bare *vil ligge på sofaen*, ikke uttrykker med ord hvordan han har det, men ved at hjelperen forsøker å kjenne etter hva hun tror brukeren kan føle i denne situasjonen og undre seg over det, kan brukeren føle seg forstått og forstå mer av seg selv.

Innenfor et personsentrert perspektiv vil en være opptatt av å møte brukeren empatisk, og at terapeuten framstår som ekte og autentisk (Rogers 2005). I forbindelse med informantenes beskrivelser om at de opplevde at brukere ikke hadde vekstfremmede mål, beskrev de oppgitthet, hjelpeløshet og frustrasjon. Å framstå som ekte og autentisk i denne sammenhengen, kan bety at hjelperen kan kommunisere noen av disse følelsene til bruker. En kan tenke seg følgende tilnærming: "Når vi er sammen, kjenner jeg at jeg har lyst til at vi skal komme videre, samtidig som jeg kjenner på en hjelpeløshet eller oppgitthet. Opplever du noe lignende? Kan du fortelle mer om hva du føler?" I den personsentrerte retningen er det et mål at brukeren skal bli mer klar over egne følelser, og hva som er viktig for seg selv, for derigjennom å kunne ta valg på egne indre premisser. Å være åpen for og opptatt av det brukeren vil snakke om, slik informantene beskrev, kan være en måte å vise en ikke-dirigerende holdning på og en forutsetning for empati (Raskin og Rogers 2004). Det vil også være et utgangspunkt for inntoning, selv om temaet er *vær og vind*. Likevel, hvis samtalen over tid bare dreier seg om ytre hendelser, kan det være en fare for at en ikke lykkes i å forstå den andre fra innsiden, slik Rogers beskriver empati, og heller ikke lykkes med affektinntoning.

Brukermedvirkning forstått som en kunderelasjon, vil medføre at hjelper forsøker å møte bruker slik han ønsker, samtalen blir brukerstyrt. Brukeren styrer mer og har kanskje mer makt enn i en terapeutisk relasjon. I en terapeutisk relasjon vil terapeuten være opptatt av likevekt, empati, ekthet og inntoning. Samtalen vil ta utgangspunkt i brukerens ønsker, men samtidig være påvirket av hjelper. Ovenfor har jeg forsøkt å si noe om hvordan dette kan arte seg i praksis, i forhold til utfordringene informantene beskrev. Relatert til brukermedvirkningskontinuumet kan en tenke seg at tyngdepunktet da flyttes mer mot midten, slik at hjelper og bruker blir mer jevnbyrdige parter. Selv om det innebærer mindre makt til bruker enn i en kunderelasjon, vil prosessen kunne føre til vekst og dermed muligheter for myndiggjøring. For Rogers er det et mål at brukeren skal bli mindre avhengig av andres meninger, og heller ta valg på egne premisser. Dette ble i 2.7.3 sammenlignet med myndiggjøring. Å være minst mulig avhengig av andres hjelp, er også noe brukerne vektlegger (Hansen et. al 2004).

Når informantene legger vekt på å snakke om det brukeren vil, og gjøre det brukeren vil, er det grunn til å tro at brukeren er fornøyd med hjelperelasjonen. I 2.2.2 ble det referert til at brukere var mest fornøyd med brukermedvirkning i kommunen og når hjelpen skjedde i hjemmet. Ut fra diskusjonen over, kan en tenke at det at brukeren er fornøyd, ikke er et entydig barometer på kvaliteten på brukermedvirkningen.

6.2.2 Målfokus - relasjonsfokus

Informantene la vekt på brukerens mål. Det ble stilt spørsmål ved hvem som hadde rett til å definere målene når brukeren ikke hadde vekstfremmende mål. Både i selvspsykologi og personsentrert terapi er det mer fokus på hjelperelasjonen enn mål. Gjennom at brukeren blir forstått og møtt, skjer en heling av selvet eller vekstpotensial frigjøres. I 2.6.2 ble begrepet vitalitetsaffekt beskrevet. Mangel på tilgang til vitalitetsaffekter kan føre til en følelse av tomhet, meningsløshet og livløshet. Kanskje kan en se historiene om brukerne som tilsynelatende *ikke ville ha noen mål for å komme videre*, som et tegn på manglende adgang til vitale følelser. Vitalitetsaffekter utvikles gjennom at omsorgspersonene er inntonende og empatiske. I et terapiforløp vil nettopp disse tilnærmingene være sentrale. Dette trenger ikke bare skje gjennom samtale, men også gjennom at hjelper og bruker er sammen om aktiviteter. Vitalitetsaffekt er en forutsetning for at personen skal kunne oppleve seg hel og levende. I lys av dette kan en tenke at det å ha et relasjonsfokus, der en forsøker å legge til rette for at brukeren skal kunne komme i kontakt med vitale følelser, vil føre til at han på sikt får vekstfremmende mål. Spørsmålet blir da ikke hvem som skal bestemme målene, enten bruker eller hjelper, men mer hvordan hjelperen kan inntone seg i forhold til denne brukeren.

6.2.3 Hjelperstyring – selvavgrensning.

Så langt har mye av diskusjonen handlet om alternativ til brukerstyring. Funnene viser også til situasjoner der informantene hadde forsøkt å ta styringa. Historien om hun som ville kutte ut antipsykotiske medikamenter, eller leiligheten som måtte vaskes ned i 4.1.4 kan være eksempler på at brukerens kunnskap og fagkunnskapen er uforenelige. I 2.2.1 er det referert til tidligere studier som har konkludert med at når oppfatningene er ulike, vil helsearbeiderne forsøke å overbevise brukerne om at det er deres syn som er riktig. Det kan oppstå en maktkamp, og kanskje er disse to historiene eksempler på dette. Begge historiene ender med stor grad av hjelperstyring. Informantene opplevde ubehag ved disse løsningene da det å ta styringa, kom i konflikt med deres ønske om å legge til rette for brukermedvirkning. Samtidig opplevde de at det kunne være ansvarsfraskrivelse å la brukeren styre. Informantenes beskrivelser kan forstås som dilemmaet mellom å respektere brukerens autonomi, som kan føre til uheldige valg, eller paternalisme. I 2.6.4 ble betydningen av terapeutens selvavgrensning beskrevet. Kanskje kan en tilnærming med utgangspunkt i selvavgrensning være med å løse dilemmaet. Når brukeren velger å fortelle

at han vil slutte med antipsykotiske medikamenter, kan dette være et utgangspunkt for undring. Hjelperen kan reflektere over at han velger å fortelle dette til henne, og samtidig fortelle om sin egen redsel for at brukeren skal gå inn i psykose. Ved å være spørrende til hvilke følelser brukeren har til valget han har tenkt å ta, og til det hjelperen har brakt inn i samtalen, kan dette forhåpentligvis hjelpe ham til å ta et mer gjennomtenkt valg ut fra hva han selv mener og føler. Ved at hjelperen er selvavgrensende, forteller om sin redsel og bekymring, fremmes en mer jevnbyrdig relasjon. Situasjonen blir ikke hjelperstyrt, samtidig som hjelperen ikke er likegyldig, men forsøker å påvirke.

Likevel, en kommer ikke utenom at det kan hende brukeren holder fast på sin beslutning. I retten til brukermedvirkning er også retten til å velge feil (Vatne 1998). Ut fra dette har ikke hjelperen noe rett til å forsøke å påtvinge brukeren sine holdninger, verken om hygiene eller medikamenter, forutsatt at det ikke er fattet tvangsvedtak.

I forhold til historien om brukeren som ble påtvunget nedvask, gir ikke en intervjuundersøkelse som denne, mulighet til å vurdere om dette var etisk og juridisk riktig. Relatert til kontinuumet i 2.3 vil det uansett være en situasjon der hjelperen har makta. Brukeren får bare informasjon om det som skjer. For å øke brukerens mulighet til medvirkning, kunne en tenkt situasjon være at brukeren i tillegg til informasjon, fikk være med på kaste- og innkjøpsprosessen. Kanskje kan slike tiltak være med på å myndiggjøre brukeren slik at han på sikt kan få mer makt i relasjonen. Selv om mye av det som er diskutert i 6.2, har dreid seg om hvordan brukermedvirkning forutsetter medvirkning fra begge parters side, viser "nedvaskhistorien" at det ikke kan være et fiksert ideelt midtpunkt på kontinuumet. Hvem som har mest makt og styring av hjelper og bruker, vil måtte variere fra situasjon til situasjon. Brukermedvirkning forstått som en terapeutisk og myndiggjørende prosess, vil likevel innebære at en ønsker en bevegelse på kontinuumet mot høyre, altså i retning av at brukeren får mer makt og blir myndiggjort. Kan refleksjoner rundt hjelperens egen selvavgrensning kanskje være til hjelp i denne prosessen?

6.3 Brukermedvirkning som en myndiggjørende prosess?

Funnene i punkt 4.2 viser at informantene la vekt på å være fleksible både i forhold til tid og i forhold til hvilke oppgaver de gikk inn i. Denne fleksibiliteten ble av informantene ansett som et middel til å fremme brukermedvirkning. Det at hjelperen har tid og er

imøtekomme, er nettopp noe av det brukerne selv etterlyser i andre undersøkelser (Larsen, Aasheim og Nordal 2006).

Informantene knyttet fleksibilitet til blant annet å kunne imøtekomme ønsker om praktisk hjelp. Begrunnelsen for dette lå i å nå mer langsiktige mål eller å skape allianse. Disse begrunnelsene samsvarte imidlertid ikke med begrunnelsene for å imøtekomme ønsker i de konkrete situasjonene informantene beskrev. Hvis informanten hadde god tid kunne hun *kjøre røyk og hente posten*. Dette var med utgangspunkt i brukerens ønske, og på ett vis kan dette kalles brukermedvirkning, da brukeren opplever en imøtekomme fleksibel hjelper og har innvirkning på innholdet i tjenesten. Samtidig kan en tenke at det igjen handler om et kundeforhold der brukeren får bedre service hvis hjelperen har tid til overs. Det skaper neppe allianse, eller er et skritt på veien til å nå brukerens mål, hvis hjelperen utfører slike tjenester ut ifra om hun har tid, eller ikke.

I en studie av Ørstavik (1995) beskriver fagfolkene at de opplevde at det gikk med mye tid til å tilfredsstille brukernes ønsker, og at hjelpen kunne få en grenseløs karakter. Historien i 4.2.1 om hjelperen som hadde hjulpet brukeren med å *skru korka av en flaske og vri opp en klut* kan illustrere dette. Rogers (2004) var tilbakeholden med å møte personen direkte på det han ba om, da han mente dette ville gjøre klienten avhengig av terapeuten og dermed virke umyndiggjørende. I lys av dette kan en stille spørsmål ved at brukeren får tjenester ut fra hva hjelperen har tid til.

I motsetning til Rogers vil en innenfor selvpsykologi kunne finne det riktig å imøtekomme brukerens ønsker i den hensikt, at brukeren skal oppleve at han blir møtt og forstått av hjelperen. En tenker at den relasjonen som brukeren tilbyr hjelperen, sier noe om hvordan brukeren har behov for å bli møtt. I historien om hun som ville ha hjelp til å åpne en flaske kan en tenke at brukeren opplever seg som avhengig og hjelpetrengende. Har hun kanskje behov for å ha hjelperen som et idealisert selvobjekt? Av 2.6.3 framgår det at dette blant annet innebærer å bli holdt oppe av noen med større mestringskapasitet. Har brukeren kan hende behov for å bli holdt oppe i form av å få praktisk hjelp av hjelperen? Ved at hjelperen godtar denne rollen, kan brukeren kanskje oppleve at hun blir møtt og forstått. Samtidig vil en innenfor denne terapitradisjonen være opptatt av å gi brukeren en annen følelsesmessig opplevelse enn det hun tidligere har hatt i andre relasjoner. I lys av dette vil terapeuten kanskje gå inn å gjøre noe av det brukeren ber om, men samtidig forsøke å undre seg over hvordan det oppleves for brukeren å ha disse utfordringene, spørre om hva hun synes hun mestrer, og om hun har, eller har hatt, noen hun kan støtte seg til. Hvis

hjelperen opplever at brukeren reagerer negativt på ikke å bli møtt på alle ønskene, har hun også et ansvar for å ta opp spørsmål rundt det å føle seg avvist eller ikke å føle seg møtt. En empatisk og inntonende tilnærming til dette, kan føre til at brukeren opplever å bli møtt selv om hun ikke får oppfylt alle ønsker om praktisk hjelp. I likhet med diskusjonen i 6.2 vil det å møte brukeren på denne måten, innebære at brukermedvirkning blir mer et samarbeid, enn en kunderelasjon.

Personsentrert terapi og selvpsykologi forholder seg altså forskjellig i forhold til det å møte klienten direkte på det han ber om. Psykisk helsearbeider i kommunen har en arbeidskontekst som innebærer både samtaler og miljøarbeid (Kalseth 2006). I lys av dette kan det være unaturlig og uheldig å være så tilbakeholden som Rogers, da han beskriver en ren samtalekontekst. Samtidig kan en refleksjon i forhold til om fleksibilitet, i form av å etterkomme brukerens ønsker, innebærer myndiggjøring i de aktuelle situasjonene være viktig.

Informantene fortalte også historier der de hadde knapt med tid. I 4.2.1 ble historien om ungdommen som ringte etter ei vanskelig helg presentert, og informanten sa følgende:

For å få avslutta det fort sier jeg, ok jeg kan kjøre deg. Jeg sier det fordi det går fortere enn å høre om alt det vonde som skjedde i helga.

Informanten opplevde selv at denne situasjonen var lite terapeutisk. Hun hadde lite tid, og resultatet ble at brukeren fikk oppfylt ønske om å bli kjørt, men ikke tilbud om samtale. Kan hende er brukeren delvis fornøyd med å bli kjørt, men slik jeg ser det, legges det ikke til rette for myndiggjøring. En alternativ tilnærming kunne ha vært: "Jeg opplever at du har noe viktig å fortelle meg, men akkurat nå har jeg en annen avtale. Kan vi gjøre en avtale om at vi kan møtes i morgen for å snakke om dette i fred og ro?" I en slik tilnærming opptrer hjelperen selvavgrensende samtidig som hun forsøker å møte brukeren på en fleksibel måte.

I 2.4.3 ble det referert til at negative holdninger hos hjelpere kunne hindre myndiggjøring. En intervjuundersøkelse som denne, er trolig ikke den mest egnede måten for å avdekke negative holdninger, da informantene sannsynligvis vil være opptatt av å vise gode holdninger i intervjuet. Etter det jeg kan se, gjenspeiler ikke funnene negative holdninger i forhold til myndiggjøring. Funnene peker heller imot at det blir tilfeldig om brukerne får oppfylt sine ønsker, alt etter hvor mye tid hjelperne har til rådighet. Dette kan tyde på en manglende bevissthet i forhold til brukermedvirkning som et ledd i en

myndiggjøringsprosess. Videre gjenspeiler situatene ovenfor kanskje en manglende bruk av terapeutiske tilnæringer. Flere av informantene har igjennom videreutdanning i psykisk helsearbeid fått undervisning om brukermedvirkning, selvpsykologi og personsentrert terapi. Kanskje historiene som over er presentert viser et behov for en sterkere vektlegging av integrasjon mellom brukermedvirkning, myndiggjøring og psykoterapi i undervisningen?

6.4 Brukermedvirkning og gjensidighet i relasjonen.

I følge 4.3 mente informantene at å arbeide for en god relasjon var en forutsetning for å kunne legge til rette for brukermedvirkning. Flere fortalte at det kunne være utfordrende å få til en relasjon på mer enn den enes premiss: *Er det brukermedvirkning at han fikk bestemme alt? Eller jeg følte det var my way or no way* er eksempler på dette. For noen ble det å bevare relasjonen så viktig, at de fant det vanskelig å sette grenser.

6.4.1 Ensidig relasjon – selvobjektrelasjon.

Siden relasjonsarbeid er vektlagt så sterkt av informantene, kan det være interessant å se nærmere på hva en relasjon egentlig er. Innenfor et selvpsykologisk perspektiv vil det å etablere en relasjon, handle om at hjelperen blir en betydningsfull annen for brukeren, altså etablering av en selvobjektsrelasjon. Som beskrevet i 2.6.3 mente Kohut at selvobjektrelasjonene kunne innta ulike former: Speilende, idealisert eller alter ego. Finner vi igjen noe av dette i de ensidige relasjonsforholdene som er beskrevet i 4.3?

I en av historiene fikk ikke hjelperen gjort annet enn å *koseprate* på tross av at hun var bekymret for ungene. I denne relasjonen opplevde informanten at hun måtte snakke om "ufarlige" tema der de begge var enige, ellers risikerte hun at hun ikke fikk komme igjen. På samme måte som diskusjonen om å snakke om *vær og vind* i punkt 6.2, kan *kosepraten* være en måte å inntone seg på. Som beskrevet i 2.6.3 vil en speilende objektrelasjon innebære anerkjennelse som den en er, men samtidig en korrigerende og med at hjelperen ikke bare toner seg inn på den andres følelse, men legger til sin opplevelse i tillegg. I forhold til eksemplet over, kan en tenke at brukeren gjennom inntonning, etter hvert, kan bli tryggere slik at hjelperen kan bli et viktig selvobjekt. Inntonning kan skje både gjennom samtale og felles aktiviteter. Hjelperen opplever kanskje at brukeren er utrygg i forhold til om hun er en god nok mor og om noen kan ta fra henne barna. Kanskje kan hjelperen si at

hun opplever at når de nærmer seg tema som har med barna å gjøre opplever hun at brukeren blir redd og uttrygg, og utforske hvordan brukeren opplever det. Ved at hjelperen forsiktig tar opp temaet forsøker hun også å formidle en trygghet om at dette er et tema en kan snakke om. I denne prosessen kan begges forståelse bli utvidet. Kanskje vil dette være en form for speiling som brukeren godtar og der hun føler seg forstått og møtt. I følge selvspsykologi vil det da foregå en heling av selvet, som igjen kan få betydning for hvordan brukeren klarer å yte omsorg for sine barn. Prosessen kan også føre til at det blir mindre truende å motta hjelp og støtte i forhold til barna. Et dilemma som informanten står i, er hensynet til barna, og plikten til å melde fra til barnevernet om sin bekymring for barna. I noen tilfeller vil det være etisk uforvarselig å ta seg tid til den lange relasjonsbyggingen som ovenfor er foreslått. På tross av at det er et viktig tema, lar jeg dette ligge av hensynet til oppgavens omfang.

Så lenge relasjonen er en ensidig prosess der bruker styrer alt, kan en kanskje tenke at hjelperen enda ikke er blitt et viktig selvobjekt for brukeren. I diskusjonen over er det forsøkt å vise hvordan en ved hjelp av inntoning, etter hvert, kan komme til at bruker-hjelper-relasjonen kan utvikles til en selvobjektrelasjon. Stern legger vekt på gjensidigheten i mor-barn relasjonen. Relaterer vi dette til bruker-hjelper-relasjonen over, kan en anta at hvis hjelperen lykkes i inntoning til brukerens følelser, vil informanten svare på hennes uttrykk slik barnet svarer på morens uttrykk. Relasjonen som startet som en ensidig prosess med at brukeren begrenset samtalen til *koseprat* som en betingelse for at hjelperen skal få komme igjen, vil etter hvert kunne utvikle seg til å ha mer plass til hjelpers perspektiv også. Det vil da bli et mer gjensidig samspill. Motsatt kan en tenke at hvis hjelperen går inn i rollen som den som bare skal yte service for brukeren, fratrar hun brukeren muligheten for gjensidig deling av følelsesuttrykk. Muligheten for gjensidighet er ifølge selvspsykologien noe mennesket har behov for livet ut.

6.4.2 Grensesetting / grenseløs hjelp - selvavgrensning

Funnene i 4.3 viser at når det er vanskelig å få til en relasjon, velger flere informanter å møte brukeren ut fra prinsippet om at ”kunden har alltid rett”: *Jeg måtte strekke meg langt for at hun ikke skulle takke nei til tjenesten. Skulle vi ha en allianse, måtte hun få styre det.* Er det slik i utfordrende relasjoner at jo mer brukeren får styre det hele, jo lettere vil han godta at hjelperen kommer tilbake?

Noen hadde historier om at andre hjelpere hadde satt tydelige grenser: *hvis du er full, så går jeg*. Dette hadde medført at de ikke hadde fått komme igjen. Andre hadde historier om at de ikke hadde fått komme igjen på tross av at de hadde strukket seg til det ytterste, og dette hadde sammenheng med at før eller siden ble det umulig å tilfredsstille alle ønskene. Kanskje kan selvavgrensning igjen være med å løse utfordringen. Dette ble berørt i 6.2. Relatert til utsagnet fra informantene om at hun ikke kunne si noe på at brukeren var ruset ved hjemmebesøket, kan en tenke at dersom hjelperen kan reflektere eget ubehag i situasjonen, kan dette bli en annen måte å sette grenser på. En tilnærming som: ”Jeg ønsker å komme hit, men føler det ubehagelig når du har drukket, kan vi avtale at jeg heller kommer tilbake neste uke?” vil være en måte hjelperen kan ivareta sine grenser på, samtidig inviterer det brukeren til å begynne å gjenvinne grenser i forhold til alkoholbruk. Relatert til brukermedvirkning kan en tenke at refleksjon rundt selvavgrensning kan være en hjelp til at en ikke havner i ytterposisjonene enten ved at brukeren styrer alt og hjelperen blir grenseløs og selvutslettende, eller at hjelperen demonstrerer egen makt ved å si *hvis du er full, så går jeg*, noe som lett virker umyndiggjørende. I diskusjonen over er det på bakgrunn av selvavgrensning, foreslått mulige løsninger for å ivareta relasjonen, men samtidig sørge for at denne blir gjensidig slik at både bruker og hjelper får medvirke.

6.4.3 Etablere en relasjon – retten til å takke nei.

De fleste funnene kan tyde på at informantene opplever at relasjonen bør bevares for enhver pris, selv om den er ensidig. Så langt, i 6.4, har det vært fokus på terapeutiske tilnærminger for å få til en gjensidig relasjon, og det har vært tatt for gitt at brukeren ”egentlig” ønsker en relasjon. I et brukermedvirknings- perspektiv har også brukeren rett til å takke nei. Utsagnet *skulle vi ha en allianse, måtte hun få styre det*, kan tolkes på ulike måter. Opplever brukeren at han ikke trenger psykisk helsehjelp, men praktisk hjelp? Ifølge Rogers (2005) er forutsetningen for en terapeutisk relasjon, at klienten ønsker å få hjelp, og godtar å få den på det grunnlag terapeuten kan tilby. Spørsmålet blir da: Hva skjer hvis ikke disse forutsetningene innfris? Som beskrevet i 2.2.1, viser undersøkelser at helsearbeidere og brukere ofte er uenige om behovet for hjelp og type hjelp. Når hjelperen går inn i servicerollen og gjør alt hun kan for å få komme igjen, kan det bli vanskelig for bruker å sette ord på at han ikke ønsker tjenesten. Dette kan innebære en form for umyndiggjøring da brukeren kan oppleve at han blir presset på en tjeneste han egentlig

ikke ønsker. I følge Rogers er det hjelperens ansvar å ta dette opp til samtale, med utgangspunkt i egne følelser: ”Jeg får en følelse av at du ikke er helt sikker på om du ønsker at jeg kommer, kan du fortelle meg litt om hvordan du opplever dette? Hvilken hjelp tror du er best for deg? Hvordan tror du det ville være og ikke motta hjelp”. I denne samtalen kan også hjelper klargjøre hvilken hjelp hun opplever hun kan, og ikke kan, bidra med. Kan hende vil en slik samtale føre til at brukeren velger å ta imot hjelp innenfor premisser som hjelperen kan tilby. Eller det kan klargjøre at brukeren ikke ønsker denne type hjelp.

Ett av målene ved opptrappingsplanen for psykisk helse er å fremme uavhengighet og selvstendighet (St.prp. nr. 63 1997-1998). Opptrappingsplanen innebærer blant annet en erkjennelse av at lange institusjonsopphold kan føre til avhengighet framfor vekst. Kan det kanskje være en fare for at avhengigheten som tidligere fant sted på institusjonene nå flyttes til hjelperelasjonene i kommunene, fordi hjelperne ikke slipper brukerne? I 5.2.4 refereres det til utsagn der at hjelperen opplever at brukeren har et hjelpebehov: *Jeg kan ikke slippe dem ut til ingenting, de trenger meg*. Denne studien gir ingen mulighet til å vurdere hvorvidt dette bare er hjelperens syn, eller om det er sammenfallende med brukerens syn. De to informantene som hadde en litt annen arbeidskontekst og opplevde at andre kunne overta deres brukere, hadde et annet syn på relasjonen: *Det kan hende han ikke vil ha mer med meg å gjøre, og det er ok*. Det at de andre informantene opplever å være siste ledd i tjenesterekken, og i tillegg mangler kriterier for hvem som skal få tjenesten, kan kanskje gjøre det vanskelig å slippe brukeren. Forhold ved informantenes kontekst vil bli nærmere diskutert i 6.5, men kanskje kan økt fokus på myndiggjøring hindre at brukere holdes avhengig av hjelpeapparatet.

I diskusjonen så langt har det vært fokus på hvordan hjelperen kan løse utfordringer med brukermedvirkning ved hjelp av tilnærminger fra selvpsykologi og personsentrert terapi. I det følgende vil fokus utvides fra den enkelte hjelper, og til forhold ved arbeidskonteksten og rollen informantene fortalte om, som er relevant for temaet brukermedvirkning.

6.5 Psykisk helsearbeider i kommunen: muligheter og begrensninger for brukermedvirkning.

Et sentralt funn i kapittel 5 er at informantene mente de hadde god mulighet til å legge til rette for brukermedvirkning på grunn av en fri, selvstendig og fleksibel rolle. De hadde

samtaler på ulike arenaer, de kunne gå inn i ulike praktiske oppgaver, og de kunne opptre som brukers advokat i samarbeidsmøter. Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid legger vekt på at hjelper skal ha fokus på brukernes mestring av hverdagslivet, gi hjelp på brukernes premisser og være tilgjengelig (Almvik og Borge 2006). Den fleksibiliteten i arbeidsoppgaver som informantene beskrev, kan nettopp sees som en vektlegging av disse forholdene, og dermed vektlegging av brukermedvirkning. Slik sett kan en tenke at informantenes rolle gir gode muligheter for brukermedvirkning. Andre studier bekrefter også at brukere opplever å få medvirke mest i lignende relasjoner og kontekster som informantene beskriver (Hansen et. al 2004; Larsen, Aasheim og Nordal 2006). Ut ifra at informantene har ansvar alene, kan en tenke at dette gir gode muligheter for en relasjon som både er trygg og stabil, noe som kan fremme brukermedvirkning (Helgesen 2006). Likevel, informantene beskrev også sider ved deres rolle og arbeidskontekst som kan være med å hindre brukermedvirkning. Siden denne studien fokuserer på utfordringene ved brukermedvirkning, er det disse som vil være fokus for den videre diskusjonen.

6.5.1 Alenerollen - konsekvenser for brukermedvirkning.

Et sentralt funn var alle beskrivelsene informantene gav i forhold til det at de arbeider alene. Flere opplevde manglende samarbeid og at de ble alene om ansvaret. Informantene opplevde dette som et hinder for brukermedvirkning. Brukerens mål er ofte så komplekse at de er avhengige av at andre aktører bidrar. Manglende samarbeid skyldtes forventninger både fra 2. linjetjenesten om at det var kommunens ansvar, og at samarbeidspartnere i kommunen forventet at det var psykisk helsearbeiders ansvar. En informant sa hun ble igjen alene om ansvaret fordi *jeg er den eneste som reiser hjem til ham og ser haugen med inkasso*. Ved at hun møtte brukeren i hjemmet, så hun også flere behov enn andre hjelpere. Både funnene i denne studien og andre studier, viser at psykisk helsearbeiders rolle er lite definert (Almvik og Borge 2006; Robberstad 2002). Dette gjør kanskje at det er lettere for andre instanser å skyve ansvaret over på psykisk helsearbeider, og at det er vanskelig for vedkommende å sette grenser for hva en skal gå inn i alene. Funnene viser at manglende samarbeid kan hindre brukeren i å nå, eller i å ha reel medvirkning i forhold til de mest omfattende målene. Kanskje er de mest omfattende målene som å komme i jobb eller å få orden på økonomi, mest betydningsfulle?

En annen utfordring med alenerollen er å bevare håpet om vekst. Informantene beskrev relasjoner som varte i flere år uten at de opplevde framgang. En av informantene som arbeidet i team, beskrev en relasjon der det var kollegaene som bidro til å holde håpet om endring levende. Kanskje forteller dette at det å arbeide i en kontekst der en som hjelper er overlatt til seg selv, lett kan føre til at en mister håpet. Som beskrevet i 2.7.3 kan en sammenligne Rogers beskrivelse av frigjøring av vekst med myndiggjøring. Håp, eller ubetinget positiv forståelse, er i følge Rogers (2005) en betingelse for vekst. Slik sett vil det være en forutsetning at hjelper klarer å bevare håpet, hvis brukermedvirkning skal innebære en myndiggjørende prosess.

En fare med den selvstendige rollen er at det er få muligheter for andres innsyn i hjelperelasjonen. I studier hevdes det at psykiatriske sykepleiere i kommunen har mye makt (Morrall 1997). Denne studien kan ikke si noe om de faktiske maktforholdene i relasjonene. Funnene viser at det varierer med situasjonene om hvor mye makt informantene opplever å ha. I forhold til medisinerer mente flere at de hadde mye makt: *Når det gjelder medisin, kan jeg ringe legen, og da får jeg det som jeg vil i 99 % av tilfellene, og det er ikke alltid slik brukeren ønsker.* Informanten forklarte at dette kunne gjelde situasjoner der brukeren ønsket å trappe opp eller ned på et medikament, og at informanten var uenig i dette. Brukeren hadde samtykket i at informanten ringte legen, men var ikke til stede og heller ikke enig i informantens syn. Sitatet kan være et eksempel på paternalisme der hjelper mener hun vet hva som er best for bruker, og handler deretter. Brukermedvirkningen kan sies å være lite ivaretatt da bruker bare får informasjon om hva som skjer. I denne situasjonen har hjelperen mye makt, og prosessen virker lite myndiggjørende. Det legges ikke til rette for at brukeren får reflektert rundt sitt ønske om medisinendring.

Siden informantene arbeider alene med brukeren, og brukeren kan være avhengig av deres hjelp, mente noen at dette førte til at de hadde mye makt. I historien om brukeren som ville ha råd om *alt fra seksuell liv til når hun skal trekke fra gardinene* opplevde informanten at hun ble sett på som *en morsfigur* eller *som om det er Gud som snakker*. En kan forstå denne historien som en paternalistisk hjelperelasjon, der hjelperen har makta og kan fortelle den avhengige brukeren hva som er riktig og klokt å gjøre. En annen måte å se det på, er å bruke Kohuts teorier om selvobjektsrelasjoner. I en idealisert selvobjektsrelasjon erfarer brukeren å få støtte, eller å bli holdt oppe av noen som personen selv opplever har mer kunnskap enn seg selv. Brukeren i historien over ble beskrevet som ung, umoden og nylig etablert i egen bolig. Kanskje hun, for en tid, trenger hjelperen som rådgiver.

Paternalismekritikken er blant annet begrunnet i at brukeren blir umyndiggjort. I eksemplet over kan en tenke at hjelperen har mye makt da brukeren er avhengig av henne, hennes meninger og synspunkt. Samtidig kan en tenke at ved å møte brukeren på det hun faktisk etterlyser, som i dette tilfellet er gode råd, kan fremme mestring i dagliglivet. Da må det sies å være en myndiggjørende prosess.

”Medisin- eksemplet” over viser at mye makt kan føre til paternalisme og umyndiggjøring av brukeren. Diskusjonen viser imidlertid også at makta kan brukes i myndiggjørende prosesser. Når informantene beskriver sin rolle med aleneansvar, med lite veiledning og lite innsyn, blir det spesielt viktig å ha et reflektert forhold til egen makt, slik at den brukes til å tilrettelegge for brukermedvirkning og myndiggjøring.

I 2.5 ble det kort nevnt at ved å fokusere på den individuelle dimensjonen av myndiggjøring, blir det rettet lite fokus mot samfunnsfaktorer som kan hindre myndiggjøring. Funnene om at alenerollen kan ha negative konsekvenser for brukermedvirkning, og funn knyttet til negative holdninger blant hjelpere i 5.2.1, forteller kanskje noe om et behov for å fokusere på myndiggjøring på systemnivå, i organisasjoner og i utdanninger. Hvis en skal lykkes med brukermedvirkning på individnivå, er det kanskje behov for å se på organiseringen av tjenester slik at det blir mindre ”aleneroller”? Lovfestet rett til individuell plan og innføring av samarbeidsreformen kan ses på som tiltak for å oppnå myndiggjøring og brukermedvirkning (St. melding nr. 47 2008-2009). For at disse tiltakene skal lykkes, er en likevel avhengig av at hjelperne fra de ulike instansene har bevisste holdninger i forhold til myndiggjøring og brukermedvirkning, ellers blir det lett slik som en informant uttrykte det: *Individuell plan blir ikke brukt, den er bare ferdig.*

6.5.2 Sårbar hjelpeposisjon - konsekvenser for brukermedvirkning og myndiggjøring.

I denne studien er det valgt å belyse brukermedvirkning med tanke på at det innebærer en myndiggjørende prosess. En studie konkluderer med at hjelperne selv må oppleve at de er myndiggjorte for å kunne myndiggjøre andre (Lloyd 2005). Opplever psykisk helsearbeider i kommunen stor grad av myndiggjøring?

Det å ha frihet til å ta egne avgjørelser er i en studie ansett som en av faktorene for at hjelperen skal oppleve seg myndiggjort (Corbally et. al 2007). Ut ifra funnene om at informantene erfarte å ha stor frihet og få begrensninger kan en tenke at de på den måten opplever å være myndiggjorte. I samme studie er det å få anerkjennelse fra ledere for

jobben en gjør, og det å ha selvtillit, trukket fram som viktige faktorer for å føle seg myndiggjort. Selvtillit vil være personavhengig, samtidig kan en, ut fra selvpsykologi, tenke at selvtillit har sammenheng med adgang til selvobjekter som kan anerkjenne, bekrefte og korrigere en. Det å ha behov for selvobjekt er ifølge selvpsykologien grunnleggende for mennesket. Dette er nærmere beskrevet i 2.6. Behovet for selvobjekt gjelder også for hjelpere. Sitatet: *En blir sårbar når en er alene. Det er ingen å snakke med der og da*, sier kanskje noe om at det i jobbsammenhengen er vanskelig for informantene å finne selvobjekter for sin egen del som kan gi råd, støtte og avlastning. Flere informanter hadde heller ikke veiledning. Hvis en mangler selvobjekter i jobbsammenheng, vil dette kunne virke negativt inn på selvbylde og dermed på opplevelsen av myndiggjøring. Flere av informantene hadde erfaring fra institusjon og sammenlignet den rollen med sin nåværende rolle i kommunen. Selv om de hadde opplevd mer kritikk på institusjon, opplevde flere at kritikken rammet hardere i den nåværende rollen. Dette kan ha sammenheng med mangel av kollegaer som kan være støttende selvobjekt, men det kan også ha noe med den frie konteksten å gjøre. I en kontekst med få ytre rammer får hjelperen mye personlig ansvar, noe som kan øke opplevelsen av sårbarhet når hun blir utsatt for kritikk: *Jeg kan aldri si at slik er systemet her, for det er jo jeg som på et vis utgjør systemet.*

Informantene sa at det å arbeide i andres hjem, medfører at de kommer som gjest. Selv om noen mente dette førte til at de ble mer jevnbyrdige, og dermed hadde gode muligheter for brukervedvirkning, viser noen funn at gjesterollen kan føre til at hjelperen kommer i en avmaktsposisjon. Avmaktsposisjonen førte i noen tilfeller til at informantene lot brukeren styre. Det kan bli vanskelig å gå inn i terapeutrollen som gjest, og slik sett kan hjemmet som arbeidskontekst fremme kunderelasjonen.

En annen beskrev avmaktsfølelse etter å ha opplevd at en bruker hadde vært fysisk utagerende. Dette førte til at hun distanserte seg under besøkene. En distansert helper har liten mulighet for å gå inn i en følelsesmessig relasjon slik selvpsykologi og personsentrert terapi legger vekt på, og dermed får det konsekvenser for muligheten til å legge til rette for brukervedvirkning. Dette ble diskutert mer inngående i 6.2.1.

Funnene i 5.4 viser også at informantene følte avmakt i forhold til at de ikke hadde mulighet for avlastning og måtte *holde ut de samme brukerne* over år. Selv om informantene beskrev at de hadde stor frihet i rollen, gjelder dette altså ikke i alle sammenhenger. Diskusjonen over viser at det er en del faktorer ved konteksten og rollen

som kan føre til at hjelperen opplever avmakt og dermed, på noen områder, opplever mangel på myndiggjøring i egen jobbsituasjon. Dette kan videre få følger for om brukermedvirkning blir en myndiggjørende prosess. Sitatet under sier kanskje noe om dette: *Av og til gir jeg meg fordi det blir så ubehagelig å stå i situasjonen. Jeg vil bli godt likt.*

6.5.3 En kontekst og rolle som fremmer brukermedvirkning eller kunderelasjon?

Selv om informantene la vekt på at den selvstendige rollen og frie konteksten innebærer gode muligheter for brukermedvirkning, kan en stille spørsmål ved innholdet i brukermedvirkningen de beskriver. Funnene i 5.1.1 viser at selv om det skrives vedtak, er tjenesten lite definert. Informantene hadde ingen kriterier for hvem som skulle ha tjenesten, eller når den skulle avsluttes, men la vekt på brukernes ønsker. Funnene kan tyde på at vedtakene i praksis styres av bruker. Når tjenesten er lite definert, kan det bli uklart for bruker hvilke forventninger en kan ha til tjenesten, og det kan bli uklart for hjelper hvilke oppgaver hun kan gå inn i (Ørstavik 2002). En kan kanskje si at konteksten er grenseløs, og flere funn i 4.2 peker i retning av at hjelpen kan bli grenseløs. Ut fra dette kan en spørre: Gjør psykisk helsearbeiders rolle og frie kontekst at det lett oppstår en kunderelasjon? De to informantene som arbeidet mer i team og hadde mer definerte kriterier for sin rolle, hadde mindre beskrivelser av avmakt og sårbarhet og de opplevde det lettere å bevare håpet. Det kan være tilfeldige funn, da antallet informanter ikke gir grunnlag for å dra slutninger på generelt grunnlag. Som beskrevet i 6.4.2 er selvavgrensning viktig for å få til en gjensidig relasjon. Kan det å ha mer definerte rammer gjøre det lettere med selvavgrensning i forhold til brukere? De som jobber i team, har kanskje lettere tilgang til selvobjekter, noe som kan føre til mindre sårbarhet i forhold til kritikk og kanskje en større opplevelse av å være myndiggjorte. Diskusjonen i 6.5.2 har vist at sårbarhet og avmaktsfølelse kan hindre hjelperen i å legge til rette for brukermedvirkning. Sier dette noe om behovet for å se på organiseringen av tjenesten? Vil mer teamarbeid og en mer definert tjeneste, gjøre det lettere å legge til rette for brukermedvirkning?

7.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

Denne studien retter seg mot psykisk helsearbeidere som arbeider på kommunenivå, utenfor en institusjonskontekst. Temaet er brukermedvirkning i relasjonen mellom psykisk helsearbeider og bruker. Kvalitative intervju er brukt for å få fram hvordan de forstår brukermedvirkning, hvilke utfordringer de opplever i denne sammenheng, og hvordan de forsøker å møte utfordringene. Igjennom hele analysearbeidet er det anvendt et hermeneutisk fenomenologisk design.

Funnene viser at informantene legger vekt på at brukeren skal få medvirke, men at brukermedvirkningen i de utfordrende situasjonene ofte bærer preg av å være en kunderelasjon. I kunderelasjonen er det stor grad av brukerstyring, og hjelperen blir i denne sammenheng en serviceyter som forsøker å oppfylle kundens eller brukerens ønsker. Informantene problematiserte at brukerne kunne ha mål som ikke førte til vekst. Flere funn viste at kunderelasjonen føltes vanskelig for hjelper både fordi veksten uteble hos bruker, og fordi hjelperne kunne komme i en avmaktsposisjon. Noen ganger ble dette forsøkt løst ved at hjelper gikk inn og tok styringa og dermed opptrådte paternalistisk. Funnene peker mot at brukermedvirkningen bar preg av å være enten brukerstyrt eller hjelperstyrt, og det var lite fokus på at medvirkning forutsetter deltakelse fra begge parter.

Skal en nå målet i opptrappingsplanen om å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv, betyr dette at brukermedvirkning må innebære en myndiggjørende prosess (St.prp. nr. 63 1997-1998). Når brukermedvirkning i de utfordrende situasjonene, enten blir brukerstyrt eller hjelperstyrt, kan dette stå i et motsetningsforhold til brukermedvirkning som myndiggjøring. Kanskje tyder dette på manglende bevissthet om brukermedvirkning som en myndiggjørende prosess. Andre studier bekrefter at det er usikkerhet om hva brukermedvirkning og myndiggjøring betyr i praksis (Corbally et. al. 2007; Tilley, Pollock og Tait 1999). Funnene kan og forstås som at tilnærmingene informantene bruker for å få til brukermedvirkning er utilstrekkelige. I følge Askheim (2003) kan en økt bevissthet om egen rolle hos hjelper, være med å løse utfordringene med myndiggjøring i praksis. I lys av at psykisk helsearbeidere har en terapeutisk rolle, og at funnene tyder på en mangel av terapeutiske tilnærminger i forhold til brukermedvirkning, er det i diskusjonen lagt vekt på å belyse funnene opp mot selvpsykologi og personsentrert terapi. I begge disse terapiretningene er det lagt vekt på jevnbyrdighet og likevekt i relasjonen, og kanskje kan en tilnærming fra disse terapiretningene være med å løse utfordringene om å få til brukermedvirkning som en myndiggjørende prosess.

Studien har videre belyst psykisk helsearbeiders rolle og konteksten for arbeidet i kommunen. Funnene viser at det er en fri rolle med få ytre rammer for arbeidet, noe som også bekreftes i andre studier (Almvik og Borge 2006; Ramsdal 2004; Robberstad 2002). Informantene mente dette ga gode muligheter for å legge til rette for brukervedvirkning. Samtidig beskrev de sin rolle som en selvstendig, og i mange situasjoner, isolert alenerolle. Funnene peker mot at dette kan ha negative konsekvenser for brukervedvirkning. Beskrivelsene antyder at manglende samarbeid kan hindre brukeren i å nå de mest omfattende, og kanskje viktigste målene. Å arbeide alene i en lite definert kontekst der hjemmet ofte er arbeidsarenaen, kan føre til at hjelper føler seg sårbar og opplever avmakt. Videre blir det vanskelig å opprettholde håpet, og dermed legge til rette for myndiggjøring. Funnene viser at dette i de fleste tilfellene førte til at hjelper valgte å la bruker styre, men hjelper kunne også opptre paternalistisk. Funnene viser at de to informantene som arbeidet i team, og hadde en mer avgrenset arbeidskontekst, ikke kom så lett i avmaktsposisjoner og hadde mindre opplevelse av å være sårbare. Det kan se ut som at dette gjør det lettere å få til brukervedvirkning som en gjensidig prosess. Funnene kan ikke generaliseres, men i diskusjonen er det reist spørsmål ved om det er behov for å endre psykisk helsearbeiders rolle.

Oppsummerende kan en si at hovedfunnene i studien peker mot at det er behov for mer fokus på brukervedvirkning som en myndiggjørende prosess. Funnene kan tyde på en utilstrekkelighet når det gjelder tilnærminger til brukervedvirkning i de aktuelle situasjonene. I diskusjonsdelen er det fokusert på hvordan tilnærminger fra selvspsykologi og personsentrert terapi kan være med å løse utfordringene med brukervedvirkning i praksis. Videre er det reist spørsmål ved om vektlegging av samarbeid og en mer definert kontekst for psykisk helsearbeider i kommunen, vil øke muligheten for brukervedvirkning.

En innvending mot denne studien kan være at siste problemstilling: "Hvordan kan tilnærminger fra psykoterapi bidra til at brukervedvirkning kan romme myndiggjøring?" ble laget på bakgrunn av intervjuanalysen. Selv om informantene i intervjuene fikk beskrive hvordan de forsøkte å løse de utfordrende situasjonene, ble de ikke spurt direkte om, eller hvordan, de brukte tilnærminger fra psykoterapi. Ved en eventuell senere studie vil det derfor være aktuelt å følge opp temaet med brukervedvirkning der psykoterapi er et inkludert tema fra starten av.

Det kunne også vært spennende å forsøke et prosjekt der hjelperne får veiledning og refleksjonsmuligheter i tilknytning til brukermedvirkning, myndiggjøring og psykoterapeutiske tilnærminger, og sett om dette hadde ført til endret praksis.

Denne studien ser på brukermedvirkning fra hjelpernes perspektiv. Det hadde vært interessant å validere funnene opp mot brukernes egne erfaringer, og også gjort en feltstudie med mulighet for observasjon.

For videre forskning kunne det også være aktuelt med en kvantitativ studie. En kunne velge kommuner med ulike organiseringsformer, og ha et større utvalg der en kan sammenligne teamarbeidere med de som arbeider alene. Ut fra dette kunne en ha sett mer på hvilke faktorer i kontekst og rolle som fremmer brukermedvirkning.

Litteraturliste.

- Almvik, Arve og Lisbeth Borge. 2006. *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Anthony, P. og P. Crawford. 2000. Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 7 (5):425-434.
- Askheim, Ole Petter. 2003. *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, Torkil og Arne Repål. 2010. *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bråten, Stein. 1998. *Kommunikasjon og samspill: Fra fødsel til alderdom*. Otta: Tano Aschehoug.
- Coombes, L. og A. Wratten. 2007. The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 14:382-392.
- Corbally, Melissa Ann. P., Anne Scott, Anne Matthews, Liam MacGabhann og Catriona Murphy. 2007. Irish nurses' and midwives' understanding and experiences of empowerment. *Journal of Nursing Management* 15:169-179.
- Creswell, John W. 2007. *Qualitative inquiry and research design: Choosing Among Five Approaches*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen. 2007. *Meistring og myndiggjering: reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ellingsen, Sidsel og Sigrunn Drageset. 2008. Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning: en introduksjon og oversikt. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning* 10 (3):23-38.
- Elstad, Toril Anne og Arne Henning Eide. 2009. User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian journal of caring sciences*. 23 (4):674-681.
- Hansen, T., T. Hatling, E. Lidal og T. Ruud. 2004. The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11:292- 297.
- Hartmann, E. 2000. *Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi, I Arne Holte et. al (red) Psykoterapi og psykoterapiveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, Marit. 2006. Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe: om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Humerfelt, K. 2005. *Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå, I Elisabeth Willumsen (red): Brukernes medvirkning: kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kalseth, Jorid. 2006. Psykisk helsearbeid i kommunene:-tiltak og tjenester 2004/2005. In *SINTEF A 182 Rapport. Trondheim: SINTEF Helse*.
- Karterud, S. 1997. *Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Edited by Sigmund Karterud og Jan T Monsen. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kohut, Heinz. 1990. *Selvets psykologi*. Translated by M. Andersen. Oslo: Universitetsforlaget AS. Original edition, *The Restoration of the Self* 1977.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Vol. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Larsen, Erik, Finn Aasheim og Ann Nordal. 2008. *Plan for brukermedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. [Rapport]. Sosial- og helsedirektoratet 2006 [cited 15.09 2008]. Available from www.shdir.no.
- Lloyd, Marjorie. 2005. Social policy and empowerment. *Mental Health Nursing* 25 (2):20-21.
- Malterud, Kirsti. 2003. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Vol. 2. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morrall, P. A. 1997. Professionalism and community psychiatric nursing: a case study of four mental health teams. *Journal of Advanced Nursing* 25:1133-1137.
- Ose, Solveig Osborg. 2007. Psykisk helsearbeid i kommunene: Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov. In *SINTEF A 1254 Rapport*. Trondheim: SINTEF Helse.
- Powers, Penny R. N. 2003. Empowerment as Treatment and the Role of Health Professionals. *Advances in Nursing Science Health Variables: Economics and Class July/August/September* 26 (3):227-237.
- Ramsdal, Helge. 2004. Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet: noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 1 (2).
- Raskin, N. J. og C. R. Rogers. 2004. *Person-centered therapy*. 7 ed, In R.J. Corsini and D. Wedding (eds): *Current Psychotherapies*. Belmont: Ca: Brooks/Cole.
- Robberstad, Helga. 2002. *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Robson, Colin. 2002. *Real world research*. 2 ed: Blackwell publishing.
- Rogers, Carl R. 2005. *Person-centered therapy*. 4 ed, In I D Wedding and R. J Corsisni (eds): *Case studies in psychotherapy* Belmont: Ca: Brooks/Cole.
- . 2007. The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 44 (3):240-248.
- Ryen, Anne. 2002. *Det kvalitative intervjuet: Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2002. *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforl.
- St. melding nr. 24. 1996-97. Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St. melding nr. 47. 2008-2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.
- St.prp. nr. 63. 1997-1998. Om Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006.
- Stringer, B., B. Van Meijel, W. De Vree og J. Van Der Bijl 2008. User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 15 (8):678-683.
- Tilley, S., L. Pollock og L. Tait. 1999. Discourses on empowerment. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 6:53-60.
- Tomm, Karl. 1997. *Systemisk intervjumetodik: En utveckling av det terapeutiske samtale*. Translated by L. Liedèn. Smedjebacken: Bokförlaget Mareld.
- Urnes, Øyvind. 1997. *Utviklingspsykologi og selvpsykologi, I Sigmund Karterud og Jan T. Monsen (red): Selvpsykologi: Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Vatne, Solfrid. 1998. *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ørstavik, Sunniva. 1995. *Hjelp - et dilemma: Om pasienters medvirkning i behandling*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- . 2002. *Det tvetydige brukerperspektivet - en teoretisk analyse I Reidun Norvoll (red): Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Østby, May. 2006. *Miljøarbeid som balansekunst*. Bergen: Universitetet i Bergen.

VEDLEGG 1

Invitasjon til å delta i et forskningsprosjekt om Psykiatriske sykepleieres/ psykisk helsearbeideres oppfatninger og opplevelser om brukermedvirkning

Forskningsprosjektet er en del av min mastergradstudie ved Høgskolen i Molde.

Hensikt med studien

Hensikten med prosjektet er å finne ut av hva profesjonelle hjelpere i psykisk helsearbeid legger i begrepet brukermedvirkning, og hvilke dilemmaer de opplever i den praktiske samhandlingen med pasientene. Informasjonen du gir oss vil være en hjelp til å forstå bedre de dilemmaer som er knyttet til brukermedvirkning i praksis.

Metode

For å finne ut mer om dette ønsker jeg å intervju kommunalt ansatte med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie, som arbeider med voksne med psykiske lidelser. Jeg vil intervju 6-10 personer og fra to forskjellige kommuner.

Intervjuene vil ta utgangspunkt i 3 vignetter. Dette er korte situasjonsbeskrivelser som handler om relasjonen mellom brukere og hjelpere. De som skal intervjues vil få tilsendt vignettene ca 1 uke før det avtalte intervjuet. Intervjuet vil ta utgangspunkt i refleksjoner rundt vignettene. I tillegg til dette, vil spørsmålene handle om den enkelte hjelpers egne erfaringer med brukermedvirkning og opplevde dilemmaer.

Hvert intervju vil ta mellom 1-1,5 time og vi kan bli enige om tidspunkt og sted for intervjuet. Jeg vil ta opp intervjuene på lydbånd. Lydbåndene blir lagret innelåst og vil bli makulert ved prosjektslutt 1.5.2010. En navneliste på dem jeg har intervjuet vil bli lagret atskilt fra lydbåndene og denne navnelisten vil også bli slettet ved prosjektslutt.

Resultatene fra prosjektet vil bli presentert i en masteroppgave og publisert i et norsk tidsskrift.

Frivillighet og samtykke

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Det at du deltar i prosjektet vil ikke ha konsekvenser for deg eller ditt arbeidsforhold.

Anonymisering

Forskeren i prosjektet har taushetsplikt. Alle opplysninger du gir oss vil bli behandlet konfidensielt. Da psykiatrisk sykepleier / psykisk helsearbeider har taushetsplikt forutsettes det at du kun utaler deg på generelt grunnlag og ikke om gjenkjennbare enkeltsaker/ personer. Ved prosjektslutt 1.5.2010 vil datamaterialet bli anonymisert. I masteroppgaven vil alle resultatene fra prosjektet bli presentert generelt.

Etiske vurderinger

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste A/S.

Dersom du samtykker i å bli intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg i vedlagte ferdig frankerte konvolutt.

Min veileder ved Høgskolen i Molde er førsteamanuensis Solfrid Vatne. Ønsker du flere opplysninger om intervjuet og/eller studien kan du ta kontakt med meg på tlf. 468 53 423 eller e-post kjellaug.myklebust@himolde.no
Jeg tar kontakt med deg for nærmere avtale.

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

Kjellaug K. Myklebust
Grindvik
6260 SKODJE

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien om brukermedvirkning og ønsker å stille til intervju.

Sted.....Dato.....Signatur.....

Telefonnummer.....

VEDLEGG 2

INTERVJUGUIDE

Informasjon til deltakeren:

Kort orientering om bakgrunnen for prosjektet.

Orientering om muligheten til å trekke seg når som helst, selv om skriftlig samtykke er innhentet.

Orientering om intervjuet, kort hvordan det er lagt opp, bruk av lydbånd osv.

Be deltakeren ikke å diskutere innholdet i intervjuet før alle deltakerne er ferdig med sine intervju.

Personopplysninger:

Kjønn, utdanning, antall år med erfaring, by- eller landkommune?

Spørsmål i forhold til vignettene: Hvilken av de 3 vignettene synes du ut i fra din erfaring reiser de største dilemmaene? Hvilken av de 3 kjenner du best igjen fra din praksis?

Kan du si noe om hva du tenker i forhold til brukervedvirkning i denne situasjonen? Hva er utfordringene? (Hvordan ville du ha handlet? Hvordan tror du andre psykiatriske sykepleiere ville handlet i denne situasjonen? Hvis du skulle valgt en annen måte å løse dette på, hva kunne det ha vært?)

Hvis vi går til de 2 andre vignettene, hvilke tanker får du til disse?

(Hvis du tenker at du vil legge vekt på brukervedvirkning i disse situasjonene, hva vil du gjøre da?)

Spørsmål i forhold til egne erfaringer:

Hvis du skulle forsøke å gi en definisjon av begrepet brukervedvirkning, hvordan ville du definere det?

Er det noen gang du har opplevd at brukervedvirkning kommer i konflikt med andre viktige hensyn? Kan du nevne eksempler på dette?

Hva var vanskelig? Hvordan løste du det? (Når du tenker på det nå i ettertid hvilke tanker får du da? Hadde du noen å drøfte dette med? Hva sa de? Evt. hva tror du de ville ha sagt?)

Kan du komme på situasjoner der du synes brukervedvirkning er ”enkelt”? (Hva er det som gjør at disse er enkle, i motsetning til de vi snakket om for litt siden? Hva skal til for at en lykkes med brukervedvirkning? (Hos deg, bruker, situasjon))

Er dette med brukervedvirkning et tema i samtalen mellom deg og bruker noen gang? (Har du inntrykk av at kollegaer snakker med sine brukere om dette? Hvorfor, hvorfor ikke?)

Hvis en tenker at brukervedvirkning har noe med å dele makt å gjøre. Hvordan opplever du maktbalansen generelt i møte med dine brukere? I hvilke situasjoner opplever du å ha mye makt? Hva tenker du om mulighetene for brukervedvirkning i disse situasjonene? (De fleste hjelpere kommer av og til i situasjoner der de føler på maktesløshet eller egen sårbarhet i møte med brukere. Kan du komme på en slik situasjon der du følte at brukeren hadde for mye makt? Beskriv situasjonen? Hva tenkte du? Hva gjorde du? Når du tenker

tilbake på dette, hva var alternativene, hvilket alternativ ville du valgt viss du fikk velge nå? Hvis du skal si noe om brukermedvirkning i den situasjonen du nå har beskrevet, hva vil du si om det?

Hvis du skulle sammenligne din jobbsituasjon med det å jobbe på en institusjon. Hva er forskjellen på brukermedvirkningen?

Er det områder det er lettere å la brukeren medvirke på enn andre? Begrunn. Evt hvilke områder?

(Brukerne dine har forskjellige diagnoser og plager, i hvilken grad har dette innvirkning på brukermedvirkningen? Hvordan virker dette inn?)

VEDLEGG 3

Vignetter:

A

Du er på ditt ukentlige besøk hos en dame i midten av 40-åra som har hatt kontakt med psykiatrisk sykepleier i 10 år. Hun ligger på sofaen i det du kommer. Når du er der setter hun seg opp, drikker kaffe og røyker. Hun prater om dagligdagse ting, ensomhet og om sine angstplager. Hun har ingen familie og har lite omgang med andre. Du har foreslått dagsenter og ulike grupper med sosial og fysisk aktivitet, men hun har høflig avslått dette tilbudet og sier at hun liker bedre at bare du kommer.

B

Du har ansvaret for oppfølging av en middelaldrende dame som nylig har blitt utskrevet fra psykiatrisk aveling. Hun er uføretrygdet, men er aktiv i lokallag og har ofte kontakt med slekt og venner. I samtaler har hun fortalt om angst og depresjonsproblemer. Hun har og fortalt deg mange historier om ”udugelige” og ”krenkende” hjelpere.

Ansatte opplever at hun er god til å argumentere og framtrer som så ”sterk” at de lett blir ”vippa av pinnen”. Tidligere hjelpere har blitt utskjelt av henne og pårørende og hun har nektet å ta imot hjelp av disse i etterkant.

Etter at dere har hatt god kontakt en tid kommer hun med sterke krav om praktisk hjelp i heimen og begrunner dette med at hun får angst når ting ikke er i orden. Til tross for ulikt syn med tanke på hva som er ”nødvendige oppgaver” og hva hun kan gjøre selv, blir dere enige om en plan framover. Neste gang du kommer, møter hun deg i døra og sier at du må se vekk i fra planen. Hun må ha hjelp til dekkskifte på bilen nå med en gang og blir engstelig med tanke på og ikke ha mulighet til å kjøre.

C

En mann i 30-åra med bipolar lidelse kommer til samtaler på kontoret. Han forteller om mange utfordringer i forhold til økonomi, familie og rusbruk. Han har noen tanker om veien videre som han deler med deg. Dere ser sammen på alternative løsninger. I perioder klarer han å følge opp mye av det dere snakker om, men i andre perioder lar han det ”skure og gå” og er mer likegyldig. Det har også vært perioder han ikke har møtt til avtale uten å gi beskjed.



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Solfrid Vatne
Høgskolen i Molde
Serviceboks 8
6405 MOLDE

Vår dato: 07.05.2009

Vår ref: 21688 / 2 / AH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.03.2009. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.05.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21688

Brukermedvirkning på individnivå. Refleksjoner over dilemmaer fra psykiatriske sykepleiere/psykiiske helsearbeidere i kommunehelsetjenesten

Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Høgskolen i Molde, ved institusjonens øverste leder
Solfrid Vatne
Kjellaug Klock Myklebust

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillter kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-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, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

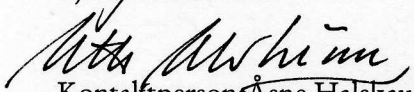
Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen


Asne Halskau


Kontaktperson: Asne Halskau tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Kjellaug Klock Myklebust, Grindvik, 6260 SKODJE