

Masteroppgave i helsevitenskap

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPESIALISERING: Master i helsevitenskap i psykisk helsearbeid

SEMESTER: Våren 2013

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Rachel Masia Duås

VEILEDER: Anne Marie Rovik

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Erfaringer med brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse i kommunal psykisk tjeneste. En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere i en kommune.

Engelsk tittel: Experience with user participation for people with substance abuse in addition to mental illness I local mental health services.
A qualitative study among mental health professionals in a municipality

EMNEORD/STIKKORD: Erfaring, brukermedvirkning, Rop-lidelse, kommune, psykisk helsearbeidere

ANTALL SIDER: 73

STAVANGER: 24. juni 2013

Førord

Jeg har ved denne reisen som master student ved universitetet i Stavanger møtt utrolig mange kunnskapsrike og positive mennesker som har gitt meg pågangsmot til å gjøre ferdig denne masteroppgaven. Jeg har lært utrolig mye, og for meg er det en personlig ”seier” og endelig komme i mål å føle at jeg har mestret dette.

Først og fremst en takk til psykisk helsearbeidere for at dere villig ga deres bidrag gjennom å fortelle om deres erfaringer i praksisfeltet med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse. Det står stor respekt av det arbeidet dere gjør, og denne oppgaven ville ikke vært mulig uten dere.

Gjennom denne reisen har jeg vært avhengig av å få støtte, innspill og kommentarer. En takk til Første lektor Anne Marie Rovik som har vært min veileder. Du var alltid tilgjengelig når jeg trengte deg. Takk for det og for godt samarbeid!

Samtidig vil jeg rette en takk til Dagrunn Sømme som ordnet med permisjoner, lån av litteratur og andre praktiske ting disse to årene. Tusen takk, til alle mine kollegaer for enestående støtte, oppmuntring og tro på at denne studien kunne bli bra. En spesiell takk også til Hanne for lån av litteratur og faglig innhold. Jeg er utrolig imponert over det arbeidet dere gjør og hvor mye dere betyr for så mange mennesker.

Jeg vil også takke Sigrunn for gode tilbakemeldinger, både på masterstudie generelt og i denne oppgaven. Du har gitt meg mange tanker som jeg vil ta med meg videre.

En stor takk rettes også til deg Mai Britt, for korrekturlesing av oppgaven og mange nyttige innspill. Men mest av alt, for at du har hørt på meg og støttet meg underveis.

Takk, til mor og Bjørn som alltid har vært der og oppmuntret meg. Dere aner ikke hva det har betydd for meg i denne tiden!

Jeg vil takke, min kjære Geir for utrolig god støtte i disse to årene. Alle kopiene du har tatt og alle de dagene du lyttet når jeg var frustrert. Og takk for alle de gode middagene du laget, jeg er utrolig takknemlig...

Til sist, men ikke minst, vil jeg berømme barna mine – Andre` og Rene` som hele tiden har hatt troen på at dette går bra og for deres tålmodighet! Jeg er utrolig stolt over dere. Dere er verdens beste!!

Hommersåk, juni 2013

Rachel Masia Duås

Sammendrag

Tema for denne studien var erfaringer med brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse i kommunal psykisk helsetjeneste. En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere i en kommune.

Hensikten var å kartlegge hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse i det praktiske arbeidet i en kommune.

Metoden er en kvalitativ tilnærming med intervju som datainnsamlingsmetode hvor jeg undersøkte hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse. Det ble gjennomført seks intervjuer med psykisk helsearbeidere som ga helsetjeneste til brukergruppen på kommunalt nivå.

Funnene viste at psykisk helsearbeidere var opptatt av brukermedvirkning. I analysen og drøftingsdelen kom det frem viktige elementer hvor respondentene opplevde at brukermedvirkning var en faglig utfordring i arbeidet med å gi helsetjenester til brukergruppen. Her pekes det på ulik forståelse av hva brukermedvirkning var og behov for mer kompetanse om brukermedvirkning som særlige utfordringer. Faktorer som respondentene mente kunne være med å bidra til og fremme brukermedvirkning var positive holdninger, relasjonens betydning, betydning av gjensidig tillit, ansvarsgruppens betydning og aktiv faglig ledelse. Respondentene pekte også på faktorer som negative holdninger, umotiverte brukere og manglende individuell plan som hemmende faktorer for brukermedvirkning.

Nøkkelord

user participation substance abuse and mental illness, dual diagnosis, mental health worker, experience, qualitative research

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	4
Kapittel 1 Introduksjon.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Studiens relevans for psykisk helsearbeidere.....	9
1.3 Studiens problemstilling og hensikt	12
1.4 Mennesket bak rusavhengigheten og psykisk lidelse.....	12
1.5 Organisering av studien.....	13
Kapittel 2 utfordringer med forskning på området.....	14
Kapittel 3 Teoretisk forankring av studien	16
3.1 Empowerment.....	16
3.1.1 En ny profesjonsroll.....	16
3.2 Brukermedvirkning	17
3.2.1 Brukermedvirkning på ulike nivåer.....	18
3.2.2 Demokratiske verdier for brukermedvirkning.....	19
3.2.3 Brukermedvirkning i et kvalitets perspektiv.....	20
3.2.4 Brukermedvirkning som relasjonelt perspektiv.....	20
3.2.5 Lovmessig forankring av brukermedvirkning i helsetjenesten.....	20
3.2.6 Brukermedvirkning et ledelses ansvar.....	21
3.3 Recovery.....	22
3.4 Oppsummering.....	23
Kapittel 4 Metode.....	24
4.1 Metodiske overveielser	24
4.1.1 Fordeler og ulemper med forskning i egen organisasjon.....	25
4.2 Betydning av forforståelse.....	26
4.3 Valg av forskningsmetode	27
4.4 Det kvalitative intervju.....	28
4.5 Utvelgelse av respondenter.....	30
4.6 Datanalyse.....	31
4.6.1 Forsknings etiske vurderinger.....	33
4.7 Pålitelighet og gyldighet.....	35
4.8 Oppsummering.....	37

Kapittel 5 Presentasjon av funn.....	38
5.1 Brukermedvirkning som faglig utfordring.....	39
5.1.1 Ulik forståelse av hva brukermidvirkning er.....	39
5.1.2 Behov for mer kompetanse om brukermidvirkning.....	41
5.2 Faktorer som fremmer brukermidvirkning.....	42
5.2.1 Positive holdninger.....	42
5.2.2 Relasjonens betydning.....	43
5.2.3 Betydning av gjensidig tillit.....	45
5.2.4 Ansvarsgruppens betydning.....	45
5.2.5 Aktiv faglig ledelse.....	46
5.3 Faktorer som hemmer brukermidvirkning.....	47
5.3.1 Negative holdninger.....	47
5.3.2 Umotiverte brukere.....	48
5.3.3 Manglende individuell plan.....	49
5.4 Oppsummering.....	50
Kapittel 6 Drøfting av studiens funn i lys av problemstilling og teori.....	51
6.1 Brukermedvirkning som faglig utfordring.....	51
6.1.1 Ulik forståelse for hva brukermidvirkning er.....	51
6.1.2 Behov for mer kompetanse.....	53
6.2 Faktorer som fremmer brukermidvirkning.....	54
6.2.1 Positive holdninger.....	54
6.2.2 Relasjonens betydning.....	55
6.2.3 Betydning av gjensidig tillit.....	57
6.2.4 Ansvarsgruppens betydning.....	58
6.2.5 Aktiv faglig ledelse.....	58
6.3 Faktorer som hemmer brukermidvirkning.....	59
6.3.1 Negative holdninger.....	59
6.3.2 Umotiverte brukere.....	59
6.3.3 Manglende individuell plan.....	60
6.4 Oppsummering.....	61
Kapittel 7 Avsluttende kommentarer	62
Referanser.....	64

Vedlegg 1 Søknad om godkjenning for gjennomføring av studien.....	68
Vedlegg 2 Informasjons brev til psykisk helsearbeider om deltakelse i studien.....	70
Vedlegg 3 Intervjuguide.....	71
Vedlegg 4 Samtykke erklæring.....	73

Kapittel 1 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ønsket å gjøre en studie på psykisk helsearbeideres erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop- lidelse, i det praktiske arbeidet i kommunen. Studien retter seg i hovedsak mot individnivå og møte mellom bruker og hjelper. Ut fra ulike posisjoner har jeg vært opptatt av brukermedvirkning til denne brukergruppen. Jeg har erfart at det er behov for kritisk refleksjon i forhold til praksis, for å sikre kvalitet i helsetjenestene, samt fagutvikling på området. Likeverdighet er ofte en verdi som løftes frem når det er snakk om brukermedvirkning (Sande, 2010). Det krever andre arbeidsmetoder og holdninger i møte med bruker. En slik endring forutsetter at psykisk helsearbeider har nødvendig kunnskap og forståelse for brukermedvirkning.

Jeg vil heretter bruke begrepet Rop-lidelse som er i tråd med anbefalingene i de nye retningslinjene for personer med samtidig rus og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012).

Med min bakgrunn som yrkesaktiv vernepleier, har jeg lenge vært opptatt av brukermedvirkning i helsetjenesten. Jeg har gjennom arbeid med brukere som bor og oppholder seg i kommunen, sett at det ligger store utfordringer i å inkludere dem i medvirkning. Jeg har opplevd glede med at man som bruker og psykisk helsearbeider sammen får til gode helsetjenester som har ført til økt selvtillit, mer inkludering i nærmiljøet og mer deltakelse i samfunnet generelt. Men jeg har også ofte følt meg maktesløs i helsetjenesten på bakgrunn av den komplekse tilstanden som Rop- lidelse er. Jeg har erfart at man som psykisk helsearbeider ser positivt på brukermedvirkning. Men i det praktiske arbeidet til denne brukergruppen møter man daglig vanskelige etiske valg og dilemmaer. Brukermedvirkning handler om å prøve så godt man kan og forstå brukerne. Sette seg inn i brukernes ståsted behov og ønsker så langt det lar seg gjøre. Strekke seg for at det skal la seg gjennomføre og legge tjenestene til rette. I tilfeller når brukernes ønsker eller behov kommer i konflikt med andre hensyn, handler brukermedvirkning om å trekke grenser mellom brukernes behov på den ene siden, og hva som er praktisk eller etisk forsvarlig på den andre. Dette er dilemmaer som oppstår i hverdagen. For eksempel kan det dreie seg om hensynet til brukerens interesser/valg på den ene siden og brukerens egen helse på den andre. Den tradisjonelle hjelperelasjonen har vært preget av en passiv bruker som har tatt imot hjelp uten å formidle sine behov. Ingen har forventet at brukerne skulle stille krav. Helsepersonell har hatt mye

makt og har definert hvilken type hjelp brukerne skulle få. Relatert til dette innebærer brukermedvirkning en omfordeling av makt mellom fagperson og bruker (Ørstavik, 2002). Motsatsen til maktmisbruk er ansvarsfraskrivelse. Det ene er like lite ønskelig som det andre (Sande, 2010). Ved brukermedvirkning er det å lytte til brukerne et helt sentralt punkt. Ikke minst er det viktig å lytte til deres meninger når det gjelder ønske om medvirkning. Men på den andre siden handler det også om å respektere brukernes reservasjon i forhold til ønske om å medvirke (Humerfelt, 2005b). I veileder for kommunal rusmiddel politisk handlingsplan er verken føring eller anbefaling om at kommunen bør søke å innhente synspunkter fra denne brukergruppen nevnt (Sosial- og helsedirektoratet, 2006a).

I denne studien blir psykisk helsearbeider brukt som en samlebetegnelse på alle med 3 årig helse eller sosialfaglig bakgrunn og som i tillegg har videreutdanning i psykisk helsearbeid eller rusproblematikk. Det vil si at begreper som helsepersonell, fagperson, psykisk helsearbeider og hjelper blir brukt.

1.2 Studiens relevans for psykisk helsearbeidere

Brukermedvirkning er blitt et viktig prinsipp for planlegging og utvikling av offentlige helsetjenester. Helsemyndighetene har i tråd med dette stilt krav til kommunene om at de skal ha systemer for brukermedvirkning hvor man er opptatt av å legge til rette for at brukerne av helse- og omsorgstjenester skal ha anledning til å kunne medvirke i utformingen av sitt eget tjenestetilbud (Storm, 2009). Et viktig element for disse føringene er at brukermedvirkning fremmer verdighet og økt livskvalitet og motvirker negative faktorer som håpløshet og maktesløshet og er derfor et krav som myndighetene har pålagt helsepersonell (Andreassen, 2005). Idealene om brukermedvirkning har konkret blitt gitt gjennom statlige føringene som:

St. meld. Nr. 25 (1996-1997) «Åpenhet og helhet» er brukermedvirkning innen helse- og sosialtjenestene er et overordnet mål. Her går det frem at tjenester til mennesker med psykiske lidelser skal ta utgangspunkt i brukernes behov. Dette gjelder både hvilke tjenester som ytes, og hvordan de er organisert (Helse- og omsorgsdepartementet, 1996-1997).

I NOU (1997:2) *Pasienten først*, påpekes det at brukers behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Dette skal prege oppbygning, praksis og ledelse av alle helsetjenester (Sosial- og helsedepartementet, 1997).

Ved behandling av St.prp. nr. 63 (1997-1998) om Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, sluttet Stortinget seg til at brukerperspektivet skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innen psykisk helse. Det erkjennes at brukere med sine erfaringer, kunnskap og innsikt skal bli hørt, da de vet best hvordan tjenestetilbudene fungerer. For brukere som engasjeres i medvirkning representerer dette en aktivisering som kan styrke mulighetene for å kunne mestre eget liv, sikre verdighet og bidra til at behandlingsmessige behov blir ivaretatt (Sosial- og helsedepartementet, 1998).

I St.meld. nr. 26 (1999-2000) «*Om verdier i den norske helsetenesta*» poengteres brukermedvirkning som en sentral verdi i helsetjenesten, sammen med verdier som autonomi og vern om personlig integritet (Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Rusreformene 1 (Ot.prp.nr.3. 2002-2003) og rusreform 2 (Ot.prp. nr. 54. 2002-2003) ble pasientrettighetene gjort gjeldene for rusavhengige og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innlemmet i spesialisthelsetjenesten. Kommunene fikk en sterkere rolle i å ivareta oppfølgings- og omsorgsoppgaver for rusavhengige og de fikk rett til individuell plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002- 2003).

I Opptappingsplanen for rusfeltet handler det om å øke brukerinnflytelsen. Brukernes behov og muligheter skal være utgangspunktet for tjenestene. Betydningen av og kunnskap om brukerperspektiv og brukermedvirkning må være forankret i ledelsen og hos de ansatte i tjenestene. Videre sies det: at individuell plan sikrer brukermedvirkning fordi den gir tjenestemottakeren innflytelse over egen situasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2012).

Utfordringene med å inkludere brukere i medvirkning blir blant annet løftet frem i samhandlingsreformen (2008-2009). Utfordringene som kommer frem her er knyttet til at det i liten grad er strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i brukernes behov. Dermed har deres behov ikke blitt tatt nok hensyn til når helsetjenestene skal utvikles. Det understrekes derfor at betydningen av og kunnskap om brukermedvirkning både forankres i ledelse og hos ansatte som gir helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008–2009).

I Nasjonal faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP- lidelser. Sammensatte tjenester samtidig behandling. Ett av målene i retningslinjen er at brukervedvirkning skal ses på som viktig ut fra et humanistisk og et behandlingsmessig perspektiv fordi brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og gjennom dette få en økt myndighet. For personer med samtidig rus og psykisk lidelse er det også viktig å utvikle individuell plan som et middel til å styrke brukervedvirkning (Helsedirektoratet, 2012).

I veileder for psykisk helsearbeid i kommunene er det viktig å få frem hva brukerne opplever som betydningsfullt for å bli bedre. Brukere vet noe viktig om det å ha psykiske vansker, og deres kunnskap er nødvendig i arbeidet med å gi helsetjenester i kommunen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Videre står det at *«Tjenestene må ytes med utgangspunkt i hva brukerne ”ønsker med livet sitt”. Brukernes rett til selvbestemmelse er grunnleggende, og ansatte må ta hensyn til at de har andres hjem som hjelpearena. Hjelperens tenkning bør være orientert mot styrke og resurser, og basert på et verdisyn som innebærer at alle skal gis mulighet til å ha ansvar for seg selv og bestemme hva slags liv de vil leve. Fagfolkene må ivareta brukernes rett og mulighet til å delta»* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 14)

Etter opptrappingsplanen har brukervedvirkning vært et sentralt tema i evalueringer som er gjennomført i forbindelse med årenes satsning på psykisk helsearbeid. Realitetene er at det fortsatt er betydelige utfordringer knyttet til brukervedvirkning. Evalueringsrapportene viser at kommunene har et godt stykke igjen for å nå målene i Opptrappingsplanens intensjoner om å styrke brukeren og brukers stilling (Brofoss & Larsen, 2009)

Norsk forskningsråd ble bedt om å gjennomføre en følgesvaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helsekrevende. I evalueringen kommer det frem at fagpersoner i det psykiske helsearbeidet mener at brukerne blir hørt og har innflytelse. Ansatte i det psykiske helsearbeidet rapporterer også at tiltak som de foreslår og anser som viktige, ikke alltid er ønsket av brukerne, og at medvirkningen å bære preg av motiveringssamtaler. Tiltak som ikke blir akseptert av brukerne, blir i følge fagpersonene ikke satt i verk (Brofoss & Larsen, 2009)

I en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2006b, s. 5) erkjennes det at brukervedvirkning ikke er godt nok ivaretatt, og at brukervedvirkning er en forutsetning for at målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse nås.

Overnevnte rapporter viser at satsningen på brukervedvirkning ikke har ført til måloppnåelse i tilstrekkelig grad og viser at det fremdeles er viktig å sette fokus på brukervedvirkning for å få en mer nyansert forståelse av begrepets innhold.

1.3 Studiens problemstilling og hensikt

Offentlige dokumenter legger som nevnt over føringer for at vedvirkning skal være en sentral del i arbeidet med å gi helsetjenester, og brukervedvirkning er nødvendig for å kunne yte riktig hjelp og aktivere brukerens iboende ressurser (Storm, 2009). Med dette som utgangspunkt har jeg valgt følgende problemstilling for studien:

«Hvilke erfaringer har psykisk helsearbeidere med brukervedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse?».

Hensikten med studien er å kartlegge erfaringene som psykisk helsearbeider har med brukervedvirkning for personer med Rop-lidelse i det praktiske arbeidet.

1.4 Mennesket bak rusavhengigheten og psykisk lidelse

I forbindelse med St.meld.nr.25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet* ble det gjennomført en utredning av omfanget og behandlingsbehovet. Man kom frem til at det dreide seg om rundt 4000 mennesker i Norge med samtidig rus og psykisk lidelse og som hadde et utilfredsstillende behandlingstilbud. Disse menneskene pendlet ofte mellom behandlingssystemene og mange hadde vansker med å klare seg i egen bolig (Helsedirektoratet, 2012)

De psykiske skadevirkningene er avhengig av individuell sårbarhet som: liten tillit til egen mestring, opplevelse av maktesløshet, lite sosial støtte, økonomiske problemer og utestenging fra arbeidslivet (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2006). Kaotisk livsstil, lavt energinivå og uakseptabel atferd kan hindre regelmessige møter mellom helsepersonell og bruker (Lossius, 2012, kap. 1-6, & Thommesen, 2012). Eller som jeg selv har erfart, å skape en trygg og god

relasjon hvor medvirkning er sentralt. Både rus og psykiske lidelser er assosiert med funksjonssvikt og redusert mestringsevne (Mueser, et al., 2006).

1.5 Organisering av studien

Studien er organisert i 7 kapitler. I kapittel 2 presenteres kort utfordringer med forskning på området. Teoretisk perspektiver belyses i kapittel 3. Metodiske overveielser. Betydning av forforståelse. Valg av metode. Gjennomføring av undersøkelsen og analyseprosessen beskrives i kapittel 3. Refleksjoner over forskningsetiske vurderinger. Drøft av studiens pålitelighet og gyldighet belyses også i kapitlet. I kapittel 5 blir funnene fra intervjuene presentert på bakgrunn av et utvalg. I kapittel 6 blir funnene drøftet med utgangspunkt i teori, forskning og sentrale føringer. Avsluttende kommentarer presenteres i kapittel 7

Kapittel 2 utfordringer med forskning på området

Det har vært en utfordring å finne forskning relatert til tema. I søkene gikk jeg igjennom abstracts og la vekt på at artiklene skulle handle om brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse. Litteratursøkene er foretatt i perioder mellom januar 2012 til mai 2013. Ved gjennomgang av eksisterende forskning ser det ut som om psykisk helsearbeideres erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse ikke har vært gjenstand for forskning. Deres perspektiv er ikke belyst. Det gir dermed grunnlag for et forskningsbehov på temaet. Ulike kombinasjoner av søkeordene: service user involvement, while substance abuse, mental illness, dual diagnosis, community mental health worker, experience og qualitative research, i databasene CINAHL, PsycInfo og Bibsys ga ingen resultater. Jeg har derfor funnet det hensiktsmessig å beskrive en norsk kvantitativ studie som omhandlet temaet, men i en annen kontekst. I tillegg har jeg bruk en rapport og en fagartikkel som jeg mente var relevante for denne studien som forskningsgrunnlag. Dette har jeg valgt å gjøre da funnene i studien og relevante fagartikler pekte i samme retning som informasjonen respondentene ga i denne studien. I tillegg kunne dette bidra til mer bredde i drøftingskapittelet. Det er ikke gitt at resultatene som vises nedenfor kan overføres til de erfaringene psykisk helsearbeider har med brukermedvirkning for denne brukergruppen og tjenesten på kommunalt nivå.

I en oppfølgingsstudie av brukermedvirkning beskrives omfanget av former for brukermedvirkning ved et utvalg norske sykehusavdelinger. Funnene viste stor variasjon i hva slags interaksjon mellom brukere og fagpersoner som ble rapportert som brukermedvirkning (Steinsbekk & Solbjør, 2008).

Helgesen (2006) fant at brukernes medvirkning på kommunalt nivå er avhengig av både de profesjonelles og kommunens fortolkning av hva brukermedvirkning og brukernes deltakelse er. I kommuner, der brukermedvirkning ser ut til å lykkes, har profesjonelle yrkesutøvere høyt bevissthetsnivå på hvordan brukere involveres i egen tjeneste.

Rise (2012) sier at brukermedvirkning fortsatt ikke er en normalisert og innarbeidet del av arbeidsrutinene ved individuell pasientbehandling i helsetjenesten. Erfaringer viser at det ikke er enkelt å involvere brukerne i helsevesenet. For at nye tiltak som brukermedvirkning skal bli en naturlig del av en organisasjon må det fremstå som meningsfullt, tydelig og anvendelig. Videre legger forfatteren vekt på at det må være forståelig hva tiltaket skal innebære i praksis,

hvorfor det skal gjennomføres, og hva det skal lede til. I tillegg mener Rise at brukermedvirkning er blitt identifisert på forskjellige måter, og blant annet har helsepersonell pekt på at det er et uklart og diffust fenomen. De aktørene som skal delta i medvirkningsprosesser, slik som brukere, helsepersonell og ledere, har også ulik forståelse av medvirkning og legger vekt på ulike deler av prosessen.

Kapittel 3 Teoretisk forankring av studien.

I dette kapitlet beskrives teorivalg på bakgrunn av tema. Det er funnene som i hovedsak har vært styrende for valget av teori jeg mente var passende for dem funn som kommer frem i analysen. I tillegg har min forforståelse, erfaring og kunnskap hatt innvirkning i valget av teori. Jeg har valgt et temmelig bredt teoriomfang da jeg har vurdert at dette gir meg et bredere drøftingsgrunnlag. Kapitlet avsluttes med en oppsummering.

3.1 Empowerment

Perspektivet som er valgt på brukernes deltakelse innenfor psykisk helsearbeid i Norge er mestringsperspektivet. Begrepet om mestring er en del av en internasjonal trend spredd via WHO, men er i WHO's egne oppskrifter kalt Empowerment, og det grenser til begrepene likhet og inkludering. Empowerment er et begrep som kan anvendes både på individ- og kollektivt nivå, samt at det kan benyttes for å betegne den deltakelse som foregår i relasjon til systemnivået i kommuner (Helgesen, 2006). Empowerment dreier seg om å overføre makt, som i denne sammenheng vil bety en overføring av makt fra fagpersoner til brukerne av helsetjenestene. Her er likheten med brukermedvirkning tydelig. Kjernen i begge begrepene er maktoverføring. Begrepene opererer delvis side om side, er rettet mot de samme områdene og har i utgangspunktet samme ideologiske innhold, å styrke brukernes innflytelse i utformingen av sin egen helsetjeneste (Askheim og Starrin, 2007)

Sosial- og helsedirektoratet beskriver Empowerment som den prosess som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets egenkraft. Det handler på den ene siden om individuelle faktorer som selvtillit, kunnskap og ferdigheter og på den andre siden om samfunnsmessige faktorer som politikk, rammebetingelser og økonomi. Det handler både om å styrke brukerne som enkeltindivid slik at personer gis økt makt og myndighet i eget liv, og å arbeide for å øke brukernes rettigheter og muligheter for deltakelse og innflytelse i samfunnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b).

3.1.1 En ny profesjonsrolle

Empowerment skiller seg i vesentlig grad fra tradisjonelt arbeid innenfor helse- og omsorgstjenestene. Helsepersonell skal først og fremst være en tilrettelegger, slik at bruker selv kan arbeide for å realisere sine egne preferanser og verdier. Dette innebærer at bruker blir mer selvstendig og mindre avhengig av helsepersonell. På denne måten får helsepersonell

reduisert makt over bruker. Det kan være utfordrende fordi makt i de aller fleste tilfeller blir sett på som et gode. Empowerment innebærer en omdefinering av faglig ekspertise som i visse tilfeller kan bli oppfattet som en nedvurdering av kompetanse og erfaring (Ekeland & Heggen, 2007).

Da Empowerment ble lansert satte man det opp mot paternalisme. Og Empowerment og paternalisme utgjør to forskjellige måter å forholde seg på når man skal hjelpe mennesker. Det paternalistiske systemet bygger på over- og underordning. Man antar at mennesker ikke selv er i stand til å vite hva som er best for dem. Det er opp til ekspertisen å bestemme dette. Konsekvensen blir at livet for «vanlige mennesker» blir planlagt og bestemt av andre (Aksheim & Starrin, 2007).

Empowerment tenkningen betoner de horisontale relasjonene mellom mennesker. Her tar man avstand fra over- og underordning til fordel for menneskers likeverd. Et basalt utgangspunkt er at mennesket har kompetanse og evner som kan utvikles, men at de hindres i dette av autoritetstro, formynderi, profesjonalisering, jantelov og utpreget arbeidsdeling (Aksheim & Starrin, 2007). I denne tenkemåten er det viktig å lytte til brukerne sine behov og gi rom for det særegne (Ekeland & Heggen, 2007).

3.2 Brukermidvirkning

Brukermidvirkning har vokst frem som idé og fenomen i Norge de siste 30 årene. Ideen startet som en del av borgerrettighetsbevegelsen i USA i 1960-årene og spredte seg siden til Europa. I Norge startet utviklingen av brukermidvirkning først i 1980-årene (Rise, 2012). Brukermidvirkning har en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, ønsker å styre over viktige deler av eget liv. Motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dersom brukerne i større grad kan påvirke omgivelsene gjennom egne valg og ressurser, vil det kunne påvirke selvbilde på en positiv måte og dermed styrke brukernes motivasjon. Dette vil dermed kunne bidra positivt til brukers bedringsprosess, og således å ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b).

Begrepene brukermidvirkning og brukerperspektiv er diffuse begreper med relativt mange og uklare definisjoner. Ordet brukermidvirkning er satt sammen av bruker og midvirkning.

Begrepet bruker er et konstruert begrep og er blitt tatt i bruk de siste tiår, da man mente at klient-begrepet inneholdt negative assosiasjoner i form av å virke stigmatiserende, og antyde noe nedverdiggende og en passiv rolle. Medvirkning, som er det andre ordet i brukermedvirkning, viser til den leksikalske betydning å delta, bidra og hjelpe. Ordet inneholder en intensjon om å ta del i noe, yte noe; noe aktivt skal finne sted. Snur man på rekkefølgen i medvirkning, får vi virke med. Skal en virke med indikerer det at en skal virke med i forhold til noen. Det vil si at noe skal finne sted i en relasjon mellom parter, og relasjon er vesentlig i begrepet brukermedvirkning. Brukermedvirkning dreier seg slik sett om en relasjon mellom brukere og forvaltning, hvor brukere som part skal være aktive (Humerfelt, 2005a).

3.2.1 Brukermedvirkning på ulike nivå

I en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2006b) skilles mellom brukermedvirkning på tre nivå: På individnivå betyr brukermedvirkning at den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet. Denne formen for brukermedvirkning som foregår i den daglige relasjonen mellom bruker og hjelper er kanskje den viktigste. Det betyr at personen medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som er tilgjengelige, noe som vil føre til større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. Brukernes interesser kan også ivaretas av en representant for brukerne. Brukerne eller den som ivaretar brukers interesser, skal tilbys medvirkning både i planlegging og gjennomføring i tiltakene. Det handler også om at bruker tar konkret ansvar for sine deler av arbeidet mot et bedre liv. Brukeren må da oppleve at egne bidrag betyr noe. Medvirkningen handler også om hvordan den enkelte bruker medvirker i relasjonen med psykisk helsearbeider (Humerfelt, 2005a).

På gruppenivå vil brukermedvirkning medføre at brukerne inngår i et likeverdig samspill med tjenesteapparatet og er aktiv deltakende i planleggings- og beslutningsprosesser. Brukere og representanter for brukerorganisasjoner eller brukergupper velges inn i ulike utvalg og råd. Representantene skal bidra med sin kompetanse til helsepersonell, administrasjon og politikere i planlegging, utforming og drift av en bedre tjeneste (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b). Her skjer medvirkning i relasjonen mellom en gruppe brukere og fagpersoner. Det kan være hvordan brukergruppens interesseorganisasjoner får medvirke som høringsorgan i forvaltningens drøftinger om helsetjenestene (Humerfelt, 2005a).

På samfunnsnivå er det betydningsfullt at brukergrupper og brukerorganisasjoner blir involvert i prosesser før politiske beslutninger tas. Brukerrepresentanter bør så langt det lar seg gjøre oppnevnes til råd, utvalg og komiteer som legger premisser for politisk beslutninger innen psykisk helsefeltet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b). På samfunnsnivå vil brukermedvirkning foregå i relasjonen mellom brukere og den offentlige forvaltningen. En bruker på dette nivået benytter seg av sine demokratiske rettigheter ved å fungere som talmann for underprivilegerte grupper i den hensikt å påvirke politiske myndigheter, slik at gruppens mulighet for medvirkning blir ivaretatt (Humerfelt, 2005a). På alle tre nivåer hviler viktige demokratiske verdier til grunn for brukermedvirkning, som menneskets iboende likeverd, borgenes rett til medbestemmelse og til å føre et mest mulig autonomt liv (Ibid).

3.2.2 Demokratiske verdier for brukermedvirkning

Anerkjente verdier i vår norske velferdsstat og rettsstat er autonomi, medbestemmelse og deltakelse. Verdiene er reflektert ved at borgere av den norske stat er sikret politiske rettigheter til å delta i demokratiske beslutningsprosesser, både direkte og indirekte gjennom valg av representanter. Gjennom brukermedvirkning i helsetjenesten har deltakelsesrettigheter for brukere i beslutningsprosesser som angår utforming og gjennomføring av helsetjenester, blitt sikret (Storm, 2009).

Det medmenneskelige argumentet har å gjøre med det at medborgernes medbestemmelse og rettigheter er viktige for menneskeverdet. Ved å gi brukerne deres brukerstatus tilbake og la brukerne delta ut fra demokratisk borgerrett, og da med tanke på både rettigheter og plikter som ligger i borgerstatus. Dette har med at medborgernes medbestemmelse og rettigheter er viktige for menneskeverdet. Dette kan foregå med vektlegging av medvirkning gjennom ytringsfrihet for å ivareta brukernes eller gruppens interesser. Argumentet kan ses i forhold til Yrkesetisk grunnlagsdokument (FO, 2010) for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere, og velferdsarbeider hvor et etisk prinsipp er solidaritet. Her står det: «Ut fra en erkjennelse av at mennesker er avhengig av hverandre skal barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeider fremme solidaritet mellom individer, grupper og klasser og arbeide for et inkluderende samfunn (Humerfelt, 2005b).

3.2.3 Brukermedvirkning i et kvalitets perspektiv

En annen måte å argumentere for brukermedvirkning på, er at det er et viktig virkemiddel til hele tiden og kvalitets forbedre helsetjenestene. Utviklingen av kvalitativt gode tjenester må bygge på brukernes vurderinger og innspill som et sentralt grunnlag (Bøe & Thommasen, 2007). Det er kun brukerne som opplever hele tjenesteforløpet og som kan gi nyttig informasjon om hva som bør forbedres og på hvilke måter. For å utvikle og forbedre tjenestene i tråd med det brukerne opplever som kvalitet, er man derfor avhengig av å involvere brukerne i disse aktivitetene. Den kommunale helsetjenesten må utvikle faglig kompetanse hvor sensitivitet for brukernes synsvinkler og erfarings basert kunnskap alltid er en sentral faktor (Sosial- og helsedirektoratet, 2006b).

3.2.4 Brukermedvirkning som relasjonelt perspektiv

De offentlige dokumentene gir klare føringer om at brukernes behov skal stå i sentrum for den offentlige virksomheten. I disse dokumentene til forskjell fra tidligere finner vi nå også forventninger som berører relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker (Willumsen, 2005). Et relasjonelt perspektiv på brukermedvirkning kommer frem i en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet om brukermedvirkning (2006b) i pkt. 4.3 fremheves betydningen av å skape et godt personlig møte mellom bruker og tjenesteyter, der bruker får oppleve trygghet, forståelse og likeverd på tross av de plager personer med psykiske lidelser ofte sliter med. Det personlige møtet står så sentralt i helsetjenesten til mennesker med psykisk lidelse at det bør vises mer oppmerksomhet i forhold til hva som påvirker det, og sørge for en kvalitetssikring av ansikt-til- ansikt- relasjonen som metode.

3.2.5 Lovmessig forankring av brukermedvirkning i helsetjenesten

De helsepolitiske utredningene som på slutten av 1990-årene satte søkelyset på brukermedvirkning, banet samtidig vei for en lovregulering på området og en rettsliggjøring av brukernes stilling. På det helsefaglige området fikk brukerne en lovfestet rett til å medvirke i egen behandling med grunnlag i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kapittel 3 § 3-1, 3-2 og 3-5 som sikrer brukers rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene og til nødvendig informasjon for å få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal være tilpasset brukers individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen

skal gis på en hensynsfull måte. I kapittel 4 sikres bruker retten til å ta imot helsehjelp ved samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.

Helsepersonelloven (1999) ivaretar det ansvaret helsepersonell har i forhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1, 3-2, 3-5 og kapittel 4 som vist over. Loven formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester og omfatter alle pasient- og brukergrupper.

Lovene skal bidra til tillit i forholdet mellom bruker og helsetjenesten og ivareta respekt for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd.

3.2.6 Brukermedvirkning et ledelsesansvar

Ledere har et viktig ansvar for å sette brukermedvirkning på dagsordenen. Deres budskap om brukermedvirkning vil være viktige for å selge den som en verdi og egenskap ved tjenesten til ansatte, brukere og pårørende. Brukermedvirkning skal realiseres både på individ- og systemnivå og i den daglige virksomheten. Lederne har samtidig et ansvar for og en forpliktelse til å bidra til at tjenestene utføres i samsvar med gjeldene lovgivning og politiske føringer for helsetjenesten (Storm, 2009).

Å forankre brukermedvirkning på overordnet nivå i helsetjenestens organisasjon er viktig for å sikre både at brukermedvirkning etableres og fungerer, og at den bindes sammen til den ordinære driften og de løpende plan- og beslutningsprosessene. Ledelsesforankring er også viktig fordi det signaliserer at invitasjonen til medvirkning er alvorlig ment (Andreassen, 2005). Brukermedvirkning vil på tross av dette ikke komme av seg selv. På den ene siden vil brukers sykdomstilstand og funksjonsnivå influere brukers evne til medvirkning, og på den andre siden besitter fagfolk makt, og kan ha en egen interesse av å opprettholde «status quo» i helsetjenesten (Storm, 2009).

3.3 Recovery

Definisjon av recovery i norsk sammenheng er ”å komme seg” i forbindelse med en sykdom (Vatne, 1998). Til alle tider og under mange ulike omstendigheter har mennesker kommet seg. Ofte anvendes personens bedringsprosess for å understreke at det handler om en prosess der den enkelte er den aktive og styrer kursen selv. Bedringsprosesser handler ikke om en utvikling som er strømlinjeformet, men det er både oppturer og nedturer, og det er flere løsningsstrategier. Det å komme seg må derfor betraktes som både en sosial og individuell prosess (Borg & Topor, 2003).

I bedringsprosesser er forhold innen individet viktige. Blant annet er livsbehov, ulike og individuelle veier mot bedring, håp og tro om et bedre liv, verdsatte roller og egne mestringsstrategier viktige. Mennesker som har en psykisk lidelse legger sterk vekt på alminnelige livsbehov som er felles for de fleste mennesker; trygg bolig, nok penger til å leve alminnelig, familie, venner og gjerne en kjæreste. Fulle en rolle og kunne bety noe for noen andre. Slike forhold ser ut til å være viktige for å kunne starte et langsiktig og møysommelig arbeid med å forandre livet til det bedre (Almvik & Borge, 2007).

Bedringsprosess skapes og utvikles også gjennom relasjoner til andre. Mange av de individuelle forholdene er også avhengig av forhold og mennesker i omgivelsene. Det er avgjørende å bli sett av noen som et helt og verdig menneske. Uansett om den som ser er slektning, venn, fagpersoner eller noen i en brukerorganisasjon (Almvik & Borge, 2007).

Å bli tatt på alvor som et verdig menneske innebærer også å få rask hjelp ved forverring. Å bli avvist når man søker hjelp, er en avvisning av en selv og sine behov for hjelp eller støtte. Fagpersoner som beskrives av brukere som ekstra gode hjelpere, legger til rette for et samarbeidsklima preget av selvstendighet og selvbestemmelse, trygget og åpenhet. De har blikk for rettigheter og materielle og sosiale betingelser. Når noen positive vendepunkter skjer i helsetjenestene er det ofte knyttet til spesiell oppfølging fra fagpersoner. Ikke sjelden med et eller annet brudd på rollefordelingen, slik at fagpersonen viste seg som et vanlig menneske. En følelse av at brukeren er spesielt utvalgt av en fagperson, er ofte et element i bedringsprosessen (Almvik & Borge, 2007)

3.4 Oppsummering

I dette kapitlet presenteres Empowerment. Brukermedvirkning har blitt gitt en vid innramming hvor jeg har forsøkt å begrepsfeste brukermedvirkning, for så å vise at brukermedvirkning skjer på flere nivåer. Deretter belyses forskjellige perspektiver å se brukermedvirkning på. Lovmessig forankring av brukermedvirkning trukket frem. Videre er det satt søkelys på ledelsesansvar for å sikre at brukermedvirkning etableres og fungerer. Tilslutt i teori kapitlet er recovery kort presentert.

I neste kapittel beskrives valgt metode og hvordan den er gjennomført.

Kapittel 4 Metode

Studiens problemstilling var hvilke erfaringer psykisk helse arbeider har med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse. Jeg ønsket å få fram deres subjektive erfaringer, med utgangspunkt i det praktiske arbeidet. Først i kapittelet beskrives metodisk overveielse og forskers forforståelse. Valg av forskningsmetode i lys av ulike metodiske tilnærminger. Så avklares bruk av intervju som fremgangsmåte og utvelgelse av respondenter. Forskningsetiske vurderinger. Deretter belyses pålitelighet og troverdighet og tilslutt en oppsummering av kapittelet.

4.1 Metodisk overveielse

Jeg hadde et ønske om å gjennomføre studien i organisasjonen jeg selv er en del av og kartlegge psykisk helsearbeideres erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse i en kommune. I forhold til problemstillingen kan det forventes at forskningen skal bidra til å belyse kompleksiteten med brukermedvirkning til denne brukergruppen, men også at kvaliteten på helsetjenesten forbedres. Det vil da komme brukerne til gode.

Praksisforskning viser til begrepet praktikere i et eller annet fag eller yrke som forsker på sin egen praksis, med veiledning og oppfølging fra forskere (Halvorsen, gjengitt etter Johansen, Halvorsen & Repstad, 2009a s. 110). Lofland og Lofland oppmuntrer kvalitativt orienterte forskere til å starte hvor man er og bruke allerede eksisterende engasjement i forskningsøyemed (Loflang & Lofland 1995, gjengitt etter Johansen, et al., 2009b s. 248). Gullestad har etterlyst et mer nøkternt forhold til studier av egen kultur (Gullestad 1991, gjengitt etter Johansen, et al., 2009 s. 250b). Jacobsen (2010) oppmuntrer til å forske i eget miljø, men man må være klar over fordelene og ulempene ved å studere noe som er så tett på en selv. Gry Paulgaard sier at både innenfor kvinneforskning og den samepolitiske bevegelsen er det vanlig å regne med at det å være fortrolig med kulturen er en forutsetning i forskningssammenheng (Gry Paulgaard 1997, gjengitt etter Aase & Fosseskaaret, 2007a s. 90).

Det er trolig mye å vinne på forskning i samarbeid mellom forskere og praktikere. Det gjelder ikke minst i forhold til identifisering av relevante forskningstema, og til forskningens nytte og anvendelse i praksis. Samtidig er det trolig eneste vei til praktikernes dels tause,

erfaringsbaserte kunnskap (Halvorsen, gjengitt etter Johansen, et al., 2009a s. 251). Samtidig hevder andre at forskernes personlige forutsetninger har betydning for hva en får tilgang til og hvilke problemer man møter, uansett om man arbeider innenfor kjente eller ukjente omgivelser (Aase & Fossekåret, 1997). Bestemmer man seg for å forske i egen organisasjon, skal dette gjøres klart for leseren (Jacobsen, 20010).

4.1.1 Fordeler og ulemper med å forske i egen organisasjon

I følge Jacobsen (2010) er fordelene ved å studere egen organisasjon, den førstehåndskunnskapen man har til det som skal studeres. En slik førstehåndskunnskap har mange positive sider. For det første er det lettere å få tilgang til informasjon ved at man kjenner personer og vet hvor man skal gå. Motivasjon, engasjement, utholdenhet, solidaritet, lojalitet og sympati nevnes som fordeler. I tillegg vil man ofte møte større åpenhet og tillit enn en utenforstående. Man vet hvilke uformelle strukturer som finnes. Hva slags språk som benyttes i organisasjonen, og dermed vet man klarere hvor man skal gå for å få fram informasjonen. Tilslutt kjenner man organisasjonens historie, slik at hendelser og forestillinger kan plasseres i en historisk sammenheng. En som gjør studie i et annet samfunn, må streve med å komme inn i den fremmede kulturen, mens en som gjør feltarbeid i eget samfunn, må streve med å komme ut av sin egen blindhet (Gullestad, gjengitt etter Johansen et al., 2009 s. 251). Men blindhet er ikke nødvendigvis uhelbredelig. Det og observasjoner underveis. Få kommentarer eller spørsmål fra kollegaer. Teoretiske modeller og perspektiver og ikke minst bevisstgjøring og refleksjon kan være med på å skape nødvendig distanse (Balsnes, gjengitt etter Johansen et al., 2009b s. 258).

Det finnes også ulemper med å forske i egen organisasjon og i følge Jacobsen (2010) er det at man som medlem av en organisasjon utvikler raskt en forståelse av hvordan man gjør tingene her. Dermed får man lett en forutinntatt holdning til hvordan ting faktisk er. Videre mener Jacobsen at ved å forske i egen organisasjon registrerer det man forventer å se. I tillegg skal man være klar over at det finnes andre ulemper ved at man opplever at det kan være vanskelig å holde den nødvendige, kritiske avstanden til det man skal studere. Ofte vil man selv ha erfaringer på området, og kanskje også sterke meninger om det. Dermed er det en fare for at man inntar en rolle som part i saken. Enkelte kan også oppfatte deg som partisk, selv om en klarer å holde en nøytral tilnærming. Det er også en fare for at man oppsøker de uformelle strukturene man kjenner til.

4.2 Betydning av forforståelse

Malterud (2011) hevder at forforståelse er den ryggsekken man bringer med seg inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter. Dette er bagasje som kan gi næring og styrke til forskningsprosjektet og fungere som en matpakke. Videre sier Malterud (ibid) at forforståelsen er som regel en viktig side av forskerens motivasjon for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema og uansett hvilken forskningsmetode man bruker, eller hva slags forskningsprosjekt man gjennomfører, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater.

For å klare å gjenfortelle psykisk helsearbeiders erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse på en mest mulig autentisk måte, krevde det at jeg hadde et reflektert forhold til egen innflytelse på gjennomføringen og analysen av studien.

På bakgrunn av dette var det relevant å beskrive min tolkningsbakgrunn.

Jeg har mange års arbeidserfaring som miljøterapeut fra psykisk helsefeltet både i kommunen studien foregår i, fra andre kommuner og andre linjetjenesten. Arbeidserfaringen min med denne brukergruppen er fra 2007. Det er blant annet gjennom denne erfaringen min forforståelse har blitt dannet, og jeg vil av den grunn ikke gå forutsetningsløs inn i arbeidet med denne studien. Forforståelsen min vil med stor sannsynlighet farge studien. Min rolle i kommunen er i stor grad knyttet til å gi time baserte helsetjenester til personer med Rop-lidelse som bor eller oppholder seg i kommunen. For noe av dette arbeidet inngår samarbeid til andre avdelinger i kommunen. Det er gjennom disse rollene jeg hadde kjennskap til respondentene.

I de seks årene jeg har arbeidet med personer med Rop-lidelse har jeg hatt behov for veiledning. Denne kan ha påvirket min forforståelse. Veiledningen har hatt fokus på forskjellige dilemmaer man som fagperson opplever i møte med denne brukergruppen. Det har handlet om alt fra å gi gode helsetjenester til tross for personens destruktive atferd. Dilemmaer omkring hvordan brukere blir møtt av fagfolk og andre i samfunnet har også vært drøftet under veiledningene. Hvor går balansen for medvirkning har også mange ganger blitt drøftet.

I neste omgang er det relevant å beskrive min forforståelse som ligger i den faglige referanserammen som jeg har som vernepleier og videreutdanning i rusproblematikk og

gjennom arbeidet mitt med personer som har en Rop- lidelse. Yrkesutøvelsen er basert på humanistiske og demokratiske verdier og skal fremme likeverd og respekt. Det er også viktig å møte menneskers behov og bidra til at de får brukt sine ressurser (FO, 2010). Dette har gjort at jeg har en måte å tenke på, en faglig forforståelse som jeg som forsker bringer med meg i møtet med respondentene. Jeg har tilegnet meg en bestemt tradisjon, som er en bestemt måte å forstå dette arbeidet på og handle på overfor brukere.

Min interesse for brukermedvirkning og denne brukergruppen har klart påvirket mitt valg for å undersøke akkurat dette tema. Jeg har vært engasjert i arbeidet mitt og har alltid hatt et ønske om at brukerne skal føle seg sett og hørt. Arbeidet har til tider vært svært inspirerende, men også svært krevende. Jeg har kjent på både frustrasjoner, sorg og glede. Det å være «vitne» til en lang rekke negative handlinger som en bruker kan ha, er vondt å se.

Ved at jeg har valgt å forske i egen organisasjon har det vært viktig for meg å tenke gjennom min rolle som forsker, og hvilken betydning den har for påvirkning av utarbeidelsen av studien underveis i prosessen. I prosessen opplevde jeg at det var nødvendig å «ta pauser» for å gjøre nødvendige refleksjoner for hele tiden å etterstrebe at min forforståelse ikke var styrende i prosessen. Det jeg erfarte gjorde meg i stand til å lytte til respondentenes erfaringer med et åpent sinn.

4.3 Valg av forskningsmetode

Med bakgrunn for valg av forskningsmetode vil enkelte metoder egne seg bedre enn andre til å studere ”min virkelighet”. Det første jeg måtte avklare var om studien skulle ha en deduktiv eller induktiv tilnærming. Ved deduktiv tilnærming går man fra teori til empiri som grunnlag for innhenting av data og dataen er knyttet til et ønske om å få en beskrivelse av hvor vanlig et fenomen er. Man velger da en undersøkelsesdesign som går i bredden, og data som samles inn blir omgjort til tall. Ved induktiv tilnærming forsøker man å samle inn data så åpent som mulig, og å legge så få føringer på det som skal undersøkes, som mulig. Struktureringen av informasjonen blir gjort i analysen, det vil si etter at dataene er samlet inn (Jacobsen, 2010). Jeg ønsket å gå inn i problemstillingen med et åpent sinn. Etter innsamlingen av relevant materialet, trekke seg tilbake for å systematisere innsamlet materiale. I følge teorien er dette en induktiv tilnærming.

I kvalitativ metode har man få respondenter og går i dybden på hver enkelt. Her ønsker man ikke å generalisere, men å få mye informasjon fra et lite antall enheter (Jacobsen, 2010). Malterud (2011) sier at kvalitativ tilnærming egner seg godt for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Man kan spørre etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd, og man kan oppnå større forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Ibid). Ved kvalitativ tilnærming etablerer man nærhet til respondentene for å studere fenomenet innenfra, og for å få en dypere og mer fullstendig forståelse gjennom å få tak på respondentenes subjektive mening, om situasjonen (Ibid).

Problemstillingen har vært styrende for valg av metode (Holme & Solvang, 1996). For å finne ut hvilke erfaringer psykisk helsearbeider har med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse, må deres egne beskrivelser av sine erfaringer med brukermedvirkning komme frem. Derfor var det relevant å bruke kvalitativ tilnærming. Jeg vil her gjøre rede for hva kvalitativ metode innebærer, og hva som kjennetegner denne metoden.

4.4 Det kvalitative intervju

Kvalitativ metode er et samlenavn for flere teknikker og kombinerer: direkte observasjon, direkte deltaking, intervju og dokumentasjonsanalyse (Holme & Solvang, 1996).

Det ble derfor viktig å avklare hvilken type informasjon som skulle innhentes.

Intervju som datainnsamlingsmetode er kjennetegnet ved at forsker og respondent samtaler over et tema. De data som genereres er i form av ord, setninger og fortellinger og det etableres en relasjon og en samhandling mellom forsker og respondent. De resultatene forsker sitter igjen med, er notater og opptak på digital lydopptaker som skal analyseres. Når intervju er valgt som datainnsamlingsmetode, innebærer det at man fokuserer på et begrenset antall enheter Det individuelle intervjuet egner seg godt til å få fram enkeltindividets fortolkning av et eller annet fenomen. Man avklarer den enkeltes forståelse, hva slags mening som legges i ulike forhold (Jacobsen, 2010).

Styrken i det kvalitative intervjuet ligger i at undersøkelsessituasjonen ligger så nær opp til hverdagssituasjonen og samtalen. Med det mener man at dette er den intervjuformen der forsker har minst styring med tankegangen til den som intervjues (Holme & Solvang, 1996)

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer med bakgrunn i en intervjuguide, fordi det her søktes å la respondentene selv styre utviklingen i samtalen, selv om forsker hadde gitt den tematiske rammen (Malterud, 2011). I studien valgt jeg å intervju seks respondenter. Grunnen til dette var i hovedsak praktiske, da det ville kreve for mye ressurser og tid å undersøke svært mange enheter gjennom intervju.

På forhånd utarbeidet jeg en intervjuguide (Vedlegg 3) som inneholdt noen bestemte temaer og spørsmål knyttet til psykisk helsearbeiders erfaringer med brukermedvirkning for brukergruppen. Dette for å minne meg om temaer jeg ønsket materiale om, men supplert av spontane oppfølgingsspørsmål som er en mulighet ved kvalitativ metode. Jeg kunne ha gjennomført pilotintervju for å prøve ut intervjuguiden. Jeg valgte isteden å drøfte intervjuguiden med en student og en kollega. I tillegg fikk jeg tilbakemeldinger på intervjuguiden fra hele kullet samt faglærere under fremlegg på skolen. Hensikten med intervjuene var å få kartlagt hva respondentene selv erfarte med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse. Respondentene hadde lest gjennom informasjonsskriv (vedlegg 2) og signert samtykkeerklæring (vedlegg 4) på forhånd. Alle respondentene ønsket å få tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuene. Etter å ha lest gjennom denne var det en person som takket nei til deltakelse i studien. I og med at alle respondentene hadde lest gjennom intervjuguiden opplevde jeg at de alle var godt forberedt. Kanskje ville innholdet av materiale vært annerledes om de ikke hadde hatt mulighet til å lese gjennom intervjuguiden i forkant. Alle intervjuene fant sted ved respondentenes arbeidssted. Det skilles mellom to hovedgrupper intervjusteder: Et miljø som er naturlig for den som intervjues, og et som er kunstig (Jacobsen, 2010). Et naturlig sted for respondentene i denne studien var et rom ved respondentenes arbeidssted. Dette var noe jeg som forsker tilbudte da med tanke på at det skulle være enkelt å stille til intervju, og at respondentenes refleksjoner skulle være på et kjent sted hvor det var vanlig å foreta drøftinger og refleksjoner over forskjellige temaer som de var opptatt av. Dette kunne også være med på å skape en trygg og god kontekst. Imidlertid sier Jacobsen (Ibid) at det ikke finnes kontekster som er nøytrale. Alle påvirker de intervjuet i en eller annen form. Det er på bakgrunn av dette umulig å si om en kontekst er bedre eller dårligere enn en annen.

Før hvert intervju begynte ble respondentene informert om taushetsplikt, anonymisering og sletting av data. Fire respondenter intervjuet jeg en og en. I ett tilfelle intervjuet jeg to

respondenter sammen etter deres eget ønske. I tillegg til de praktiske fordelene ved å intervju to personer sammen, opplevde jeg det særlig at dynamikken i samtalen mellom de to arbeidskollegaene gjorde at materialet fra dette intervjuet ble særlig spennende.

Intervjuguiden ble fulgt gjennom alle intervjuene, men ble løsere i formen fra første til siste intervju.

Intervjuene varte ca 1 time med unntak av ett intervju som varte i 1 time og 30 min. Jeg noterte stikkord underveis, både for å kunne stille oppfølgingsspørsmål og for å kunne ta med ideer til neste intervju. Etter hvert intervju noterte jeg ned noen umiddelbare inntrykk.

Intervjuene ble avrundet med at forsker spurte om respondentene hadde noen mer å legge til, samt at respondentene ble spurt om hvordan de opplevde situasjonen.

Intervjuene ble tatt opp på digital opptaker og deretter transkribert. Når muntlig samtale omsettes til skriftlig tekst, skjer det alltid en fordreining av hendelsen, også ved detaljert gjengivelse ord for ord. Formålet med skriftliggjøringen er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som respondentene hadde til hensikt å formidle (Malterud, 2011). Jeg har etter beste evne forsøkt å gjengi materialet fra intervjuene på en slik måte at hver enkelt respondent skal kunne kjenne seg igjen

Transkripsjon fra digital opptaker var tidkrevende og førte til et omfattende skriftlig materiale som tilslutt viste 62 sider. Denne jobben valgte jeg å gjøre selv, fremst og fremst for å bli godt kjent med datamaterialet og for at jeg selv som deltaker i samtalen, husket momenter som kunne oppklare uklarheter, eller som var av betydning for meningen i teksten. Jeg brukte lang tid på å høre på råmaterialet. Det var som om jeg fikk en ny forståelse hver gang jeg hørte gjennom det. I tillegg kom det fram at under første intervju var det noen usikre momenter hvor det var vanskelig å høre det som ble sagt. Dette på bakgrunn av støy i nærheten.

4.5 Utvelgelse av respondenter

Jo mindre man vet om hva man vil se nærmere på før feltarbeidet påbegynnes, desto større er sannsynligheten for at utvalget gir magre og tilfeldige data. Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig rikt og variert materiale om det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført (Malterud, 2011). Selv om man har fått tak i det riktige utvalget, er det ikke dermed gitt at utvalget gir fra seg den riktige informasjonen. Jacobsen (2010) hevder det

derfor må fortas en kritisk vurdering av kildenes evne til å gi riktig informasjon om det man studerer.

Med dette som grunnlag ble respondenter valgt ut fra en vurdering av respondentenes erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse og dermed kapasitet til å svare på problemstillingen. Dette kalles et strategisk utvalg, i følge Malterud (2011). Det ble valgt ut seks respondenter. Dette antallet var satt som øvre grense for hvor mange det var mulig for forsker å intervju innenfor studiens rammer, uavhengig av om det hadde nådd en grad av metning i informasjonen eller ikke. Forsker antok også at den mengden informasjon som intervjuene ville gi, var mer enn nok å håndtere fra tidligere erfaringer med kvalitativ forskning. For forsker var det viktigste i avgjørelsen både av hvor mange og av hvem, å sikre mest mulig variasjon i utvalget. Dette var mulig å gjennomføre i og med at jeg forsket i egen organisasjon.

I forkant hadde jeg reflektert over hva som kunne tenkes å være viktige inklusjonskriterier i valget av respondenter. I min avgrensning kom jeg frem til følgende inklusjonskriterier: Respondentene burde ha minst 3 års erfaring i arbeidet for personer med Rop- lidelse på individ nivå, og minimum 3 år med høyere utdanning som for eksempel vernepleier, sykepleier, sosionom eller barnevernspedagog. Et annet viktig kriterium for utvelgelsen var bredde som kunne sikre at jeg fikk en respondent fra hver enhet i kommunen og at både kvinner og menn ble representert. Med dette som bakgrunn bestod utvalget av 5 kvinnelige respondenter og en mannlig respondent med høyere utdanning, men med forskjellige profesjonsbakgrunn. På bakgrunn av det overnevnte hadde respondentene mellom 3-7 års arbeidserfaring knyttet til brukergruppen og respondentene representerte ulike avdelinger i kommunen, med brukergruppen som fellesnevner.

4.6 Dataanalyse

I analysearbeidet ble det relevant å ta utgangspunktet i Malteruds (2011) fire trinns fremgangsmåte som bygger på Amando Giorgis fenomenologiske analyse. Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller man spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som man gjennom systematisk kritisk refleksjon

kan identifisere og gjenfortelle. Dette krever at den som forsker har et reflektert forhold til egen innflytelse på gjennomføring og analyse av undersøkelsen (Ibid).

I første trinn skal man bli kjent med materialet ved å lese gjennom de 62 transkriberte sidene for å få et helhetsinntrykk. I dette trinnet er det viktig å arbeide aktivt for å sette forskers forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig til side. Utvikle kunnskap om respondentenes erfaringer innenfor feltet. Dette er forutsetningen for at man kan stille seg åpen for de inntrykk som materialet kan formidle- at man kan høre respondentenes stemmer tilstrekkelig tydelig. Eller for å si det med andre ord « Her er det fugleperspektivet som gjelder. Først når man har lest alt, kan man oppsummere inntrykkene (Malterud, 2011). Etter transkripsjon leste jeg gjennom sidene av den innsamlende dataen jeg hadde fått for å få et helhetsbilde. Man spør seg selv hvilke temaer man kan skimte i teksten som kan fortelle om erfaringene til respondentene med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse.

I det andre trinnet av analysearbeidet organiserer man den delen av materialet som man skal studere nærmere. Her skal man skille relevant tekst fra irrelevant, og man skal begynne med å sortere delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstilling (Malterud, 2011). Man starter med en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Man velger ut tekst som på en eller annen måte bærer med seg kunnskap om ett eller flere tema fra første trinn (Ibid) som bestod av ord, setninger og sitater, og disse ble markert med fargekoder. Samtidig som man merker de meningsbærende enhetene i teksten, begynner man å systematisere dem. Dette kalles koding. Kodearbeidet tar i utgangspunktet sikte på å identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten, dvs. tekstelementer som har sammenheng med de foreløpige temaene man samlet seg om i første trinn. Kodene utvikles og justeres med utgangspunkt i de foreløpige temaene fra første analysetrinn. Det er her viktig å utvikle et reflektert forhold til kategoriene (Ibid). De forskjellige temaene ble merket med farger og en kort beskrivelse av innholdet. Flere meningsbærende enheter ble samlet inn under samme kode fordi innholdet omhandlet felles tema.

I analysens tredje trinn skal man abstrahere kunnskapen som man har etablert i andre trinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Man skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. På

dette stadiet har man redusert det empiriske datainnholdet til et dekontekstualisert utvalg av å sortere meningsbærende enheter. Man tolker teksten ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted (Malterud, 2011). For meg handlet dette om mitt faglige ståsted som vernepleier, mine erfaringer i jobbsammenheng og mine holdninger til mennesker med Rop-lidelse. Dette var en prosess med vurderinger frem og tilbake og etter hvert ble det tydelig at flere koder kunne slås sammen. Jeg ga noen av kodene nye navn som bedre ivaretok kodens innhold og som var viktig i forhold til mitt tema om psykisk helsearbeideres erfaringer med brukermedvirkning for brukergruppen. Jeg arbeidet mye med konkretisering av kategoriene. Koder som gav liten mening til problemstillingen ble utelatt.

I fjerde og siste trinn i analysearbeidet skal man sette sammen bitene igjen. Man skal sammenfatte det man har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper som kan deles med andre. Sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal i forhold til respondentens stemmer og som gir innsikt og tillit. Her vurderes hvorvidt resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den opprinnelig var hentet ut fra. Først skal man sammenfatte kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe. Med basis i dem kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene lager man en analytisk tekst for hver kodegruppe (Malterud, 2011).

Malterud`s fire trinnsanalyse metode fungerte som et godt verktøy for å bearbeide datamaterialet. Gjennom analysen dannet det seg tilslutt tre erfaringskategorier og 10 erfaringstemaer (tabell 1) Disse kategoriene vil bli nærmere presentert i kapittel 5.

4.6.1 Forsknings etiske vurderinger

Forskning der enkeltmenneske og samfunn er objekt, reiser utfordringer av etisk karakter. Generelt gjelder det at man gjør valg, man tar visse utgangspunkt for sitt vitenskapelige arbeid. Valgene og utgangspunktet man tar, har sitt grunnlag i verdier og normer hos en selv og i det miljøet man arbeider i. De er ikke først og fremst uttrykk for at en har grepet den fulle sannheten, men at man tilnærmer seg virkeligheten ut fra et bestemt ståsted. Dette betyr at den nøytrale og verdifrie forskningen ikke finnes. Respekt for enkelt mennesker er et betydningsfullt utgangspunkt for enhver samfunnsforskning. Man kan ikke akseptere en forskningspraksis der mennesker blir gjort til middel for å oppnå enkelte mål. Det betyr videre at man i arbeidet sikrer vern om fysisk og psykisk integritet for den enkelte. Taushetsplikten

må følges strengt, og man må sikre at ikke andre kan finne ut hvem den enkelte respondent er. Respondenten må heller ikke delta på falske premisser, men være informert og ut fra dette selv vurdere om man vil delta (Holme og Solvang, 1996).

Denne studie omhandlet ikke forskning som involverte brukere, men jeg rettet i forkant av undersøkelsen en henvendelse til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med spørsmål om undersøkelsen var meldepliktig. Svaret fra NSD var at studien ikke medførte meldeplikt under formodning av at lydopptak ikke ble overført til pc (Vedlegg nr. 1). Lydopptakene og den transkriberte teksten ble slettet når studien var ferdig. I transkripsjonen har jeg anonymisert den enkelte person ved å betegne dem som respondent. Kjennetegn som arbeidsted blir ikke tatt med i studien og det var heller ikke bruk av personalia i intervjuguiden.

Etter beste evne har jeg vist aktsomhet ved at studien kunne oppleves å ta opp sensitive temaer, nettopp for å ivareta så mye som mulig omkring anonymiseringen. Jeg hadde lovet ved informasjonsskriv anonymitet. Men dette har vært en utfordring da utvalget var lite. Jeg har av den grunn konsekvent brukt betegnelsen respondent for samtlige intervjupersoner. På denne måten kunne bare den enkelte respondent gjenkjenne det vedkommende hadde sagt under intervjuet.

Respondentene fikk informasjon om anonymisering, oppbevaring og sletting av data, samt at de kunne trekke seg når som helst. Dette var noe jeg klargjorde i brevet som jeg sendte ut til respondentene. Samtidig presiserte jeg i starten av intervjuene at informasjonen som kom frem skulle anonymiseres og det var kun jeg som hadde tilgang til lydopptakene. De ble også informert om hva prosjektet gikk ut på og hvordan informasjonen de ga fra seg skulle anvendes. Forholdet til mine intervjuede kollegaer har vel å merke slik jeg opplever det, ikke endret seg etter intervjuene, hvilket i alle fall indikerer at jeg ikke har tråkket over noen. Dermed opplever jeg å ha handlet i overensstemmelse med gjeldende etiske prinsipper.

4.7 Pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet innebærer om hvorvidt resultatene i studien er pålitelig. Man stiller spørsmålet, om man kan stole på, at det man presenterer som kunnskap om et saksforhold, nå også var holdbart som sådan, og om denne erkjennelsen kan deles av respondentene og andre, som presenteres for materialet (Jacobsen, 2010 & Malterud, 2011).

Utgangspunktet for hele prosessen er den forforståelsen man som forsker har og som ble utdypet under punkt 4.2. I denne prosessen har jeg lagt vekt på at leseren skal kunne følge hele arbeidet gjennom prosessen som studien har ført til fra begynnelse til slutt. Dette er basert på presentasjoner og drøftinger av valg som er gjort i forberedelsene og gjennomføringen av studien, fortolkninger og den teoretiske referanserammen. Studiens pålitelighet kan på denne måten synliggjøres. Som jeg nevnte i punkt 4.3 er kjennetegnet ved kvalitativ metode rettet mot å gå i dybden på noe, hvor man fokuserer på et fåtall enheter (Jacobsen, 2010). På bakgrunn av dette mener jeg at seks intervjuer har gitt nok informasjon til å svare på studiens problemstilling. Studien gir kunnskap om respondentenes erfaringer av faktorer og forhold med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse. Hadde utvalget vært større kunne det ha gitt et bredere og mer nyansert bilde av respondentenes erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse.

Et annet kjennetegn ved kvalitativ metode er nærheten til forskningsobjektet. Metoden særkjennes ved et direkte subjekt/subjekt forhold mellom forsker og undersøkelsesenheter. Enda viktigere er det trolig at denne tilnæringsmåten åpner for at undersøkelsesenheten selv kan styre sin egen medvirkning (Holme & Solvang, 1996). Jeg har nærhet til tema som studeres ved at jeg arbeider som vernepleier i en avdeling som gir tjenester til personer med Rop-lidelse i kommunen studien gjennomføres i. På bakgrunn av dette kan man stille spørsmål ved i hvilken grad min rolle som forsker og ansatt i kommunen kan ha påvirket respondentenes svar. Det har derfor vært viktig å være åpen om mine vurderinger og refleksjoner rundt dette, slik at andre kan ha mulighet for å vurdere resultatenes pålitelighet. Respondentene og flere i organisasjonen har også bedt om å lese studien når den er ferdig. Erfaringen jeg har gjort ved å forske blant sine egne er at nærheten kan gjøre at man «tvinges» til å være ekstra bevisst og her i dette tilfellet håper jeg konsekvensene for «mine respondenter» vil være av overveiende positiv karakter. Felles koder gjorde også at samtalen fløt lett. Dette kan innebære farer da jeg kan ha gått glipp av viktig informasjon på grunn av innforståthet. Det at jeg er ansatt i samme kommune som respondentene, kan også ha preget

respondentene i intervjusituasjonen. Har respondentene egentlig fått sagt det de mener til meg, eller har de sagt det de tror jeg som forsker vil høre? Det er for meg umulig å svare på. Det har gjennom min tilnærming vært viktig å være ydmyk overfor respondentenes egne erfaringer og det har vært et mål at de funn som kom frem, på best mulig måte skal reflektere deres erfaringer. Likeledes er studien mitt arbeid og det er jeg som har ansvaret for studien. Jeg har gjennom min tilnærming og den struktur jeg har lagt for intervjuene forsøkt å skape en trygg og åpen atmosfære. Vist min genuine interesse for oppgavens tema og de tanker, synspunkter og vurderinger respondentene har delt med meg. I studien er det redegjort for hvordan jeg har gått fram metodisk i studien for å vise mine valg, forståelse og tolkning i forskningsprosessen. Utstrakt bruk av direkte sitater fra intervjuene i presentasjon av funnene bidrar også til at leserne selv kan vurdere om jeg har kommet fram til rimelige tolkninger og konklusjoner. En annen erfaring var at det var tidseffektivt å forske i egen organisasjon. Flere respondenter sa imidlertid at det var godt å bli intervjuet av en person som visste hva de snakket om.

Pålitelighet er også knyttet til registrering. Jeg har i intervjuene brukt digital opptaker for å sikre en fullstendig gjengivelse av samtale. Som jeg har nevnt i punkt 4.4 var lyd kvaliteten på opptakene i det første intervjuet av svært varierende karakter, og opptakene måtte spilles flere ganger for å oppnå en korrekt gjengivelse. Dette kan ha virket inn på studiens pålitelighet.

Gyldighet innebærer at man virkelig måler det man ønsker å måle, at det man har målt, oppfattes som relevant. Generell gyldighet kan igjen deles i to delkomponenter. Den første er intern gyldighet, og den andre er ekstern gyldighet. Intern gyldighet går på om en faktisk måler det man tror man måler (Fog, 2004). Mine funn er et resultat av hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse. Jeg har etter beste evne sørget for at funnene og min tolkning av dette utgjør et gyldig bindeledd mellom utgangspunktet og resultatene. Fog (Ibid) mener at sannsynligheten av tolkninger hviler på to ben. Det første er kvaliteten på opptakene av intervjuene og utskriften man har gjort og forskerens bruk av funnene. For det andre er tolkningen avhengig av forskerens teoretiske forforståelse og den teoretiske bearbeiding av materialet. Dette er elementer som er ivaretatt etter beste evne hvor jeg blant annet har forsøkt å velge ut erklæringer som representerer bredden i svarene fra respondentene. På denne måten er jeg bundet av samtalen i

de individuelle intervju situasjonene, som setter grenser for hvilke fortolkninger jeg som forsker kan komme med.

Ekstern gyldighet går på om resultatet fra et avgrenset område, er gyldig også i andre sammenhenger (Jacobsen, 2010). Ekstern gyldighet er ikke et mål i denne studien. Men jeg håper studien kan føre til økt innsikt gjennom å kartlegge psykisk helsearbeideres erfaringer med brukermedvirkning for personer som med Rop-lidelse, og på denne måten gi mening utover seg selv.

4.8 Oppsummering

Først i dette kapitlet har jeg redegjort for metodisk overveielser, fordeler og ulemper ved å forske i egen organisasjon. Rollen som forsker er viet oppmerksomhet, da det er viktig i kvalitativ tilnærming som er brukt som metoden som er brukt og fremgangsmåte er belyst både med hensyn til innsamling av data og analyse. Studiens pålitelighet og gyldighet er også drøftet. Til slutt er etiske overveielser som er foretatt underveis, redegjort for.

I form av sitater og plassering av noen hovedfunn som kulepunkter gis det i neste kapittel en oversikt over studiens funn.

Kapittel 5 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres funnene. Funnene er fremskaffet ved individuelle intervjuer og hensikten har vært å kartlegge hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med brukervedvirkning for personer med Rop-lidelse. Erfaringskategoriene som jeg har valgt gikk igjen som et mønster i datamaterialet. På bakgrunn av det har jeg tolket at disse erfaringskategoriene var viktige og betydde noe for respondentene og dermed hadde stor betydning for videre analyse. Fremstillingen understøttes av sitater og plassering av noen hovedfunn som kulepunkter. Sitatene er i størst mulig grad gjengitt slik de fremkom, i kursivskrift. En oversikt over funnene presenteres i tabell (1).

Erfaringskategorier	Erfaringstema
Brukermedvirkning som faglig utfordring	Ulik forståelse for hva brukermedvirkning er Behov for mer kompetanse om brukermedvirkning
Faktorer som fremmer brukermedvirkning	Positive holdninger Relasjonens betydning Betydning av gjensidig tillit Ansvarsgruppens betydning Aktiv faglig ledelse
Faktorer som hemmer brukermedvirkning	Negative holdninger Umotiverte brukere Manglende individuell plan

Tabell 1: Oversikt over psykisk helsearbeideres erfaringer med brukervedvirkning for personer med Rop-lidelse.

5.1 Brukermedvirkning som faglig utfordring

5.1.1 Ulik forståelse for hva brukermidvirkning er

Først og fremst, det som er felles for respondentene er at de trekker frem at brukermidvirkning gjenspeiler et positivt syn på brukerne, og at brukeren er den som best kjenner seg selv. Samtidig sier respondentene at de erfarer innimellom at det er langt fra teori til praksis. Ofte synes de det er mange fine ord knyttet til brukermidvirkning, men at det i praksis ikke er så lett å gjennomføre. I følge respondentene er reell brukermidvirkning en utfordring i praksis fordi personer med Rop-lidelse kan ha funksjonssvikt og varierende grad av motivasjon, noe som kan begrense dem i å medvirke. Videre kom det frem at respondentene har ulik forståelse av brukermidvirkning og for å illustrere dette har jeg valgt å se på hva noen av respondentene sa omkring dette temaet.

- En respondent legger vekt på at brukermidvirkning er: *«En rettighet som brukere har»*.
- Samme respondent sier: *«De har også rett på klar og tydelig informasjon, tilpasset den enkelte»*. I forbindelse med dette sier respondenten at brukerne selv har rett til å være med å bestemme og påvirke i sin egen helsetjeneste.
- En annen respondent sier at *«Brukerne må få være sjef i eget liv»*. For at brukeren skal kunne være sjef i eget liv, la respondenten vekt på og spørre brukerne om deres drømmer, ønsker, behov og målsetting i livet og for fremtiden.
- Videre sier respondenten: *«Som psykisk helsearbeider må man finne ut av hvilke mål brukerne har, og arbeide mot dette målet. Det er brukerne som vet best om hvilke behov som skal vektlegges, og dette skal så langt det lar seg gjøre forsøkes å innfris»*.
- Respondenten sier man bruker mye tid sammen med bruker for å finne ut om målene og drømmene deres. Ofte kan det være vanskelig for denne brukergruppen å definere sine mål. Noen ganger oppleves det at brukere har vansker med å sette ord på sine drømmer, men når de setter ord på drømmene handler det ofte om å skaffe seg et eget hjem, få seg en kjæreste og et arbeid».
- En annen respondent la stor vekt på at brukermidvirkning var *« At brukere skulle være aktive i sin egen helsetjeneste og at en viktig oppgave for meg som psykisk helsearbeider er å legge til rette for at bruker skal få komme med sine tanker og aktivt medvirke i prosessen»*.

- Respondenten sier: *«Det er viktig å inkludere brukerne ved å spørre dem gjentatte ganger om deres utfordringer, tanker og resurser, da dette kan endre seg etter hvert. Når brukere blir sett og hørt oppleves de å være mer aktive i prosessen».*
- Videre sier respondenten at: *« Det er kjempeviktig at brukerne får en mer aktiv rolle og mer innhold i dagene og på denne måten kan brukerne kjenne seg betydningsfulle».*
- En respondent legger vekt på at brukermedvirkning er: *« At behovene til bruker skal være i sentrum».*

Respondenten er opptatt av at det er viktig å få frem brukernes egne behov sett ut fra tidligere erfaringer, ressurser og utfordringer. Respondenten sier at det er brukerne som er ekspertene på sine egne liv. De vet selv hva som hjelper dem og hva som ikke hjelper dem.

- En annen respondent sier: *«For meg handler brukermedvirkning om at det må legges til rette for at brukere kan gi tilbakemeldinger på både det de synes fungerer bra, men også på det som ikke fungerer så bra og på denne måten gi dem mer innflytelse og mer ansvar over egen situasjon.*
- En annen gir uttrykk for at: *«Brukermedvirkning handler om det å se bruker og lytte til hva personen sier».*
- Videre sier respondenten: *« at det er en balansegang mellom å ha for store forventninger og for lite forventninger. Det er viktig å bli kjent med bruker og spørre heller en gang for mye, enn for lite, om hva personen ønsker hjelp til».*

Respondenten mente at det var viktig at brukerne opplevde trygghet, lyttet til slik at de kunne gi tilbakemeldinger om helsetjenesten. Dette kunne være med på å hindre at brukerne opplevde ubalanse i forventningene andre hadde.

- Flere respondenter sier at brukermedvirkning handler om *« at brukene må bli sett og hørt og på denne måten kunne gi tjenester som bygges på elementer brukerne selv mener var nødvendige for dem. Det kunne handle om støtte/hjelp med økonomi, hjelp til å skaffe seg egnet bolig, eller hjelp til å komme i en annen form for behandling».*

Flere respondenter opplevde mangel på et fellesståsted om hva brukermedvirkning er i helsetjenesten og at brukermedvirkning opplevdes til tider personavhengig. To av respondentene trekker fram NAV og spesialisthelsetjenesten som steder hvor man opplever praktiseringen av brukermedvirkning veldig forskjellig fra deres enhet i kommunen.

- En respondent sier: *«Jeg opplever spesielt at brukervedvirkning oppleves forskjellig for meg på tvers av instanser, men også innad i kommunens enheter».*
- En annen respondent sier: *«Innen for de ulike tjenesteområdene herskes det ulike mulighet for å arbeide med brukervedvirkning og at det oppleves at man som psykisk helsearbeider har forskjellige oppfatninger av vedvirkning og legger vekt på ulike deler av prosessen.*

Slik jeg forstod respondentene var de frustrerte over psykisk helsearbeideres forskjellige oppfatninger av brukervedvirkning. De opplever behov for felles forståelse av begrepet.

5.1.2 Behov for mer kompetanse om brukervedvirkning

Respondentene mente at de hadde en generell forståelse av brukervedvirkning og at kompetansen de hadde ervervet seg, var fra tidligere utdanninger, i møte med hver enkelt bruker. Mens andre igjen formidlet at forståelsen om brukervedvirkning kom via drøftinger med kollegaer og gjennom samarbeid på tvers av etater. Alle respondentene berørte temaet i en eller annen form og dermed fremstod temaet som viktig for respondentene. Jeg vil nedenfor vise hvordan respondentene vektla temaet, men dog på forskjellig vis.

Respondentene erfarer det snakkes mye om brukervedvirkning, men ikke mye om hvordan man skulle gjøre det i det praktiske arbeidet.

Respondentene mente at kunnskapsnivået kunne heves.

- En respondent sier: *« Det er ønskelig med kurs/skolering om brukervedvirkning generelt, men jeg tenker også det er viktig å få mer kompetanse om hvordan man skal utføre det i det praktiske arbeidet til denne brukergruppen».*
- Videre sier respondenten: *«At kurs og liknende burde være obligatoriske for alle ansatte som gir helsetjenester i en eller annen form til brukere i kommunen».*

På denne måten håpet vedkommende at man skulle få til en felles forståelse av brukervedvirkning både på generelt grunnlag, men også ute i praksis, i møte med brukerne.

- En respondent uttrykker seg på denne måten: *« Jeg har behov for videre utvikling og ajourføring omkring brukervedvirkning og for å dele denne kompetansen med brukerne for å inspirere brukerne til mer aktiv vedvirkning».*

Respondenten etterspør mer faglig tyngde for å kunne innfri kravene om reell brukervedvirkning.

- En annen respondent vektlegger dette: *«Det er vanskelig å holde seg oppdatert om alle tjenestene som kommunen tilbyr. Det gjelder i særs nye tiltak som blir implementert i kommunen».*

Respondenten mener det er viktig å få til gode rutiner på arbeidsplassen som kan gjøre det lettere å holde seg oppdatert om det som skjer i kommunen.

5.2 Faktorer som fremmer brukermedvirkning

5.2.1 Positive holdninger

For respondentene var også brukermedvirkning et spørsmål om at brukerne blir møtt med positive holdninger. Respondentene opplevde at brukergruppen på mange steder blir tatt imot som den de er, og at flere og flere arenaer i kommunen åpner opp dørene for at personer med Rop- lidelse skal få muligheten til å delta på forskjellige aktiviteter og tilbud i regi av kommunen.

- En respondent sier: *«Det er viktig at brukerne opplever å bli møtt på en respektabel måte og med samme verdi som andre. At jeg som psykisk helsearbeider mestrer å gi brukerne mer tro på seg selv både generelt i helsetjenesten, men også tro på at de kan mestre livet med et redusert inntak av rusmidler eller mestre livet uten bruk av rusmidler.*
- En annen respondent legger vekt på *«Det å gi brukerne aksept og forståelse. Når de bruker rusmidler som kan ødelegge livet deres. De negative påvirkningene det kan få på den psykiske helsen er utrolig vanskelig og sårt og være vitne til. Det er allikevel viktig å se at brukerne mestrer noe og gi dem tilbakemelding på dette, slik at dem ser at jeg bryr meg om dem».*

Flere respondenter legger vekt på betydningen av at brukerne opplever at de er en viktig person og blir respektert for den de er og for de valg brukerne tar. Respondentene opplever også at brukerne får komme med innspill og at de blir hørt. Samtlige respondenter mener at brukermedvirkning kan være med på å styrke selvbilde og muliggjøre livssituasjonen hos brukerne bedre

- En respondent sier følgende: *«Ofte ønsker vi som hjelpere å få ryddet opp i det kaotiske livet som personene befinner seg i. Hjelp dem med å få orden på praktiske utfordringer og ta fatt på sitt forhold til andre mennesker. Men det er ikke sikkert at personen selv ønsker dette. Det er da viktig og ikke «å kjøre over» brukerne, men heller la nødvendige gjøremål gå etter brukernes premisser».*

Respondenten mener det er viktig i sitt arbeid å møte brukere som et helt menneske og samhandle med dem på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse.

5.2.2 Relasjonens betydning

Respondentene beskriver relasjon som en viktig faktor i deres arbeid med brukermedvirkning for denne brukergruppen. I utformingen av brukermedvirkning i helsetjenesten til personer med Rop- lidelse mente alle respondenter det var essensielt å få til en god relasjon.

- En respondent beskrev å bygge en relasjon: *«Det er en lang prosess å skape gode relasjoner til mennesker i denne brukergruppen da resultatet av et liv med rus og psykisk lidelse ofte innebærer mange brutte relasjoner. Man må nærme seg langsomt. Når man blir kjent med dem ser man dem som mennesker med styrker og svakheter. Og det er når man blir kjent med dem man kan skape gode relasjoner».*
- En respondent sier: *« Det å være tilgjengelig når bruker ønsker det, kan være en utfordring da man kan ha ulik døgnrytme og av den grunn kan det ta lang tid å bygge relasjon»*
- En annen respondent la vekt på tid og sa: *«Det er viktig at brukerne opplever at man har tid til dem. Tid til å slå av en prat, kanskje aller mest en prat om hverdagslige temaer».*

Respondenten ønsket å være en person som lyttet til brukeren her og nå. En respondent forteller hvordan hun brygger relasjon ved hjelp av å utføre praktiske oppgaver sammen med bruker. Mange brukere har behov for å lære seg å bo, og det innebærer mange aktiviteter.

- Respondenten forteller: *« At når bruker ønsker det, er jeg gjerne med og vasker i hjemmet. I situasjoner hvor brukere får hjelp i eget hjem, oppleves det mer brukermedvirkning. Brukerne er selv på hjemmebane og det kan være lettere å hevde sine styrker og svakheter og si hvordan man vil ha det. I disse situasjonene opplever respondenter at tiden sammen med bruker er god og uformell, og kan være en fruktbar start for å bygge en god relasjon».*
- En annen respondent sier: *» Ofte har disse menneskene vært kjent i systemet i årrekket og opplevd å knytte seg til forskjellige kontaktpersoner i den kommunale helsetjenesten, for så å oppleve at de forsvinner. Brukerne gir ofte uttrykk for at de er lei av å begynne på nytt med å fortelle historien sin på».* Dette med at psykisk

- *helsearbeidere slutter i jobben sin i kommunen for å prøve noe nytt, noe annet, kan oppleves problemfylt for brukere».*
- *En respondent sier: « I samtalen forsøker jeg så godt jeg kan å være tilstede med et åpent sinn, tilrettelegge slik at bruker våger å komme frem med sine tanker, uten inngripen fra meg».*
- *En utfordring i relasjonen sier en respondent er: «Når brukere tar beslutninger om egen helse og sikkerhet, som vurderes til ikke å være det beste for brukeren. For eksempel ved at bruker er for syk til å være i stand til å ta egne beslutninger. Når en bruker, ikke er i stand til å motta informasjon som er nødvendig, kan det være vanskelig å gjennomføre tiltak for brukervedvirkning».*
- *En respondent sier: Når bruker tar beslutninger om egen helse og sikkerhet som vurderes til ikke å være det beste for brukeren, kan det i slike situasjoner være viktig å tenke at det å overlate til dem å ta beslutninger om egen helse og tilbud også er et valg. Dette kan få konsekvenser for relasjonen som allerede er bygget opp».*
- *Respondenten sier: ” Man skal stå i situasjonen sammen med bruker både i gode og mindre gode perioder. Lidelsene kan gjøre at innsikt i egen situasjon vanskelig eller på annet vis kan brukerne være uegnet til å ta fullt ansvar for eller avgjørelser i eget liv. Når må eller bør man gripe inn og styre brukernes valg. På den ene siden vil ikke hjelper ”overkjøre” brukerne. På den andre siden må hjelper ta ansvar og handle slik at det er til det beste for brukerne».*

Respondenten mener da at fokuset for brukervedvirkning forskyves fra brukerens valg til brukerens beste. Hjelper må da ta vare på brukerens interesser i en periode. Men dette kan også være ødeleggende for relasjonen. Det som respondenten uttrykker her, forstår jeg som om vedkommende er redd for å ødelegge relasjonen som er bygget opp mellom bruker og respondent.

5.2.3 Betydning av gjensidig tillit

Flere respondenter forteller at det er nødvendig at brukere og psykisk helsearbeidere har gjensidig tillit til hverandre. Det er viktig å ha tro og håp på at brukerne kan gjøre endringer i livene sine. De fremhever også viktigheten av at psykisk helsearbeidere må oppleves som pålitelige hos brukerne

En respondent sier:» *Tillit er som en «døråpner» til at samarbeidet mellom bruker og psykiskhelse arbeider kan bli lettere. Mistillit krever at du hele tiden er på vakt. Det er derfor viktig at men signaliserer forutsigbarhet og åpenhet».*

- En annen respondent sier: «*At det er viktig at man møter opp til avtalte tider og eller sender tekstmelding eller ringer til bruker, for å informere at noe er kommet i veien og blir derfor forsinket, men passer det om jeg kommer.....?»*
- En respondent forteller fra en opplevd situasjon: «*Jeg skulle bli kontaktperson for en bruker. Det var avtalt at bruker skulle komme til kontorlokalene. Bruker bodde i egen leilighet, men i utkant av sentrum. Her var ikke den offentlige kommunikasjonen opparbeidet på en tilfredsstillende måte. Personen hadde ikke sertifikat og var avhengig av buss transport. På tross av hvor utfordrende det var for brukeren å komme seg til kontoret mitt, tok det åtte måneder for vedkommende å åpne døren i hjemmet sitt for meg. Dette lettet arbeidet betraktelig for vedkommende og en viktig stressfaktor forsvant. Det var først når bruker hadde tillit til meg, jeg slapp inn. Det kan ta tid å bygge opp tillit til denne brukergruppen, men når de først gjør det føles det som en ære».*

Respondentene vektlegger betydningen av å være ærlige med brukerne og at brukerne stoler på at det ikke blir tatt avgjørelser over hodet på dem. Må man gjøre noe brukere er uenig i, skal det være gitt informasjonen på forhånd.

5.2.4 Ansvarsgruppens betydning

Brukere med Rop-lidelse har i perioder av sitt liv behov for hjelp ved flere instanser på bakgrunn av den komplekse tilstand Rop-lidelse er og av den grunn kan det være hensiktsmessig å danne ansvarsgruppe. De mener en viktig del av brukermedvirkning for denne brukergruppen er opprettelse av ansvarsgruppe. Respondentene sier også at ansvarsgruppe kan være det viktigste tiltaket for denne brukergruppen med tanke på deltagelse fra samarbeidspartnere.

- En respondent sier at: «Ansvarsgrupper er et godt og ofte et nødvendig verktøy for å få til et helhetlig tjenestetilbud. Det er også viktig av den grunn at man skal ikke stå alene om ansvaret for brukerne».
- Samme respondent sier: «At ofte er fastlegen en viktig brikke i arbeidet og det er viktig at fastlegen har et nært samarbeid til bruker og psykisk helsearbeider om oppfølging og eventuelt medisiner».

Respondentene mener at mye av dette samarbeidet kan gjøres gjennom deltakelse i ansvarsgrupper.

- En annen respondent forteller hvordan hun forsøker å involvere brukere i ansvarsgruppen: «Ansvarsgruppen skal være til for bruker og det er bruker som skal bestemme hvem som skal delta, elv om man kan komme med innspill».
- Videre sier respondenten: «Jeg spør alltid bruker i forkant av møtet om hvilke saker som er betydningsfulle akkurat nå. I tillegg skal bruker skal være trygg på at jeg deltar i gruppen som vedkommens «talsperson».
- En annen respondent sier: «Jeg har opplevd og sett brukere blomstre etter hvert som de blir trygge i situasjonen. Ansvarsgruppen blir på en måte noe brukeren kan forholde seg til og mestrer».

5.2.5 Aktiv faglig ledelse

Dette er et tema som samtlige respondenter berører. De mener det er relevant fordi det kan sikre lik praksis i forhold til brukermedvirkning. Respondentene poengterte ved flere anledninger nødvendigheten og relevansen for en aktiv ledelse som viste engasjement og ønske om å få til reell brukermedvirkning. For å illustrere dette har jeg valgt å se på hva noen av respondenter sa omkring temaet.

- En respondent sier «At leders fokus på brukermedvirkning får innflytelse på om brukermedvirkning kommer på agendaen og mener ledere er en viktig pådriver for at brukermedvirkning omsettes til konkrete handlinger i praksis».
- En annen respondent sier: «Det er viktig å sette av tid for å kunne drøfte sammen i personalgruppen om dilemmaer man møter omkring brukermedvirkning i helsetjenesten. Slik at man ikke bare suser i vei til neste oppdrag. Det er viktig at leder viser engasjement og prioriterer brukermedvirkning på arbeidsplassen».
- En annen respondent mener at: «Ledelsen har et ansvar for å bidra til at helsetjenestene utføres i samsvar med gjeldende lovgivning og politiske føringer».

5.3 Faktorer som hemmer brukermedvirkning

5.3.1 Negative holdninger

Respondentene mente at personer med Rop-lidelse står i fare for å bli møtt med negative holdninger og ofte opplevde respondentene at fagpersoner hadde liten tro på brukernes ressurser. Respondenten sier også at de negative holdningene brukerne kunne bli møtt med i verste fall hindret deres bidrag i brukermedvirkning. Når respondentene under intervjuet fortalte om hvordan de noen ganger hadde opplevd at brukere ble møtt, ble det liksom stille i rommet. Det var som om man kjente på kroppen hvordan det føles å oppleve negative holdninger. Erfaringene som respondentene trekker frem handler også om hvordan man snakker til brukere, lite respekt i kommunikasjonen og beskyldninger som hjelpere kommer med til bruker.

Respondentene mente at brukergruppen hadde krav på å bli møtt på en respektabel måte i møte med psykisk helsearbeider. Et tema som flere respondenter nevnte under intervjuene var hvor viktig det er å møte personer med Rop-lidelse som et helt menneske med samme verdi som oss andre.

- En respondent sa følgende: *«Respekten for menneskeverdet er sentralt for psykisk helsearbeiders rolle i tjenesteytingen, men menneskeverdet kan krenkes dersom man tenker at mennesker i denne brukergruppen er farlige, kriminelle og betraktes som mennesker med mindre verdi».*

Respondentene mener det er viktig å ha respekt for personens autonomi og legge til rette for at brukere kan ta egne valg og bestemme selv viktige ting i livene deres. Men ofte opplever de at dette kommer i konflikt med personens lidelse, ønsker og behov ved at personer med Rop-lidelse ofte er ruset. Er de edru har de abstinenser og er travelt opptatt med å skaffe penger for å kunne kjøpe rusmidler. Rusavhengige mennesker bærer på mye smerte og mange tapsopplevelser.

- En respondent sier: *«Jeg har deltatt i møter sammen med bruker, hvor jeg har opplevd at respekt dessverre, av enkelte mer eller mindre ikke eksisterer».*
- Samme respondent sier: *«At det er viktig å tenke over hvilke faglige og moralske standpunkter man har til denne bruker gruppen».*
- Videre sier respondenten at *«Mennesker med Rop-lidelse opplever å bli møtt med mye fordommer og negative holdninger i møte med tjenesteapparatet og også ellers ute i*

samfunnet. For eksempel kan naboer av brukerne ha negative holdninger ved at de slettes ikke ønsker å ha dem boende så tett innpå».

- En annen respondent sier: *«Noen ganger når jeg har fulgt brukere for å motta andre tjenester enn dem man kan tilby i kommunen, er jeg sjokkert over hvordan de kan bli møtt. Det å ty til rusmidler når hverdagen eller brukers psykiske symptomer blir for utfordrende å mestre, er ikke akseptert. Noen vil nok hevde at dette handler om dårlig moral og manglende vilje».*
- En annen respondent sier: *«Å gi helsetjenester til personer med Rop- lidelse og balansere hjelpen og forventningene etter behov og muligheter er en vanskelig men viktig balansegang».*

Respondentene sier det er lett å falle i grøfta ved å utføre oppgaver som brukerne selv kan gjøre, på bakgrunn av at de er ruset eller har psykotiske symptomer. Men ingen personer er men ingen er ruset eller psykotisk hele tiden.

- En respondent sier: *«Det er vondt å se når brukere blir for eksempel utestengt på livstid fra en butikk for de har stjålet en flaske pils. Selvsagt skal man ikke stjele, men det er måten butikkpersonalet tilsnakker dem på som oppleves krenkende og som setter sine spor i brukernes liv».*
- Samme respondent sa følgende: *Det å ty til rusmidler når hverdagen eller brukers psykiske symptomer blir for utfordrende å mestre, er ikke akseptert. Noen vil nok hevde at dette handler om dårlig moral og manglende vilje».*
- En annen respondent gir uttrykk for: *«At man som hjelpere lett kan vurdere at brukere med Rop-lidelse ikke har kompetanse til å ta selvstendige avgjørelser. For eksempel fordi de er ruset eller har tankeforstyrrelser».*

5.3.2 Umotiverte brukere

Respondentene sier i sitt arbeid med å gi helsetjenester til personer med Rop-lidelse, møter de alt fra de ressurssterke som mestrer å bo. Som utfører dagliglivets gjøremål med litt støtte og veiledning. Til de svakeste som daglig strever med å skaffe penger til å kjøpe rusmidler og som har psykotiske symptomer. De mener at det ikke er lett å drive aktiv brukermedvirkning til denne brukergruppen. Alle brukere sitter ikke inne med denne brukerkompetansen som en gjerne ønsker brukere har. Respondentene mente de brukte mye tid til motivasjonsarbeid. Det tar tid å lære seg å bli selvstendig. Mange startet ruskarrieren tidlig i barneårene og har av den grunn mistet mange ferdigheter.

Respondentene legger vekt på å bli kjent med brukere, slik at man på denne måten kan tilpasse hjelpen etter brukers behov. Respondentene beskriver denne brukergruppen som utfordrende og at mange av brukerne har en hverdag som er preget av psykose og ruspåvirkning. Samtidig respondenter mente at det ikke alltid var til hinder for å få til noe sammen.

- En respondent sier: «*Denne brukergruppen er ofte preget av ambivalens. I det ene øyeblikket vil de gjøre endringer i livet sitt for i neste øyeblikk ruse seg*».
- En annen respondent sier: «*Mangel på motivasjon hos brukerne kan gjøre det vanskeligere å arbeide for brukervedvirkning*».

Felles for alle respondentene var at de opplever store utfordringer med å gi tjenester til denne brukergruppen. Mangel på motivasjon vil dermed utgjøre en barriere mot brukervedvirkning. De mente også at det kan være vanskelig å finne balanse mellom det å hjelpe og støtte i perioder hvor det er kaos i livet til bruker og det å ivareta brukers interesser og selvbestemmelsesrett. Dette på bakgrunn av at vi har som ideal å gi omsorg. Men kravet for effektivisering er ofte så stort at helsetjenesten blir preget av det. I tillegg til dette ser også respondentene en økning i antall søkere som har krav på tjenester, men ikke at årsverkene i organisasjonen øker. Dette fører ofte til en krevende arbeidsdag og at det å yte tjenester som knyttes til brukers opplevelse av behov og viktige verdier i deres liv, bli en utfordring.

5.3.3 Manglende individuell plan

Respondentene ga uttrykk for at individuell plan er et ressurskrevende verktøy, og at det kan være en utfordring å involvere brukergruppen i utarbeidelse av individuell plan.

I følge respondentene var det få brukere som hadde individuell plan. På oppfølgingsspørsmål om hvor mange av brukerne som hadde individuell plan, i deres enhet, kunne ingen svare konkret på det. Alle respondenter informerte for at alle brukere som søkte om helsetjeneste i kommunen, blir tilbudt individuell plan. Respondentene sier også at de erfarer at brukere som er ressurssterke ønsker oftere individuell plan enn de som er ressursvake.

Et annet oppfølgingsspørsmål til individuell plan var om respondentene hadde gjort seg erfaring med hvorfor brukergruppen ikke benyttet seg av tilbudet.

- En respondent sier følgende: *«Jeg tror dette har å gjøre med brukernes erfaringer om at planen oppleves og ikke fungerer for dem».*
- En annen respondent sa: *«Mange brukere oppfattes for ambivalente til å få utarbeidet en individuell plan og at det tar tid å motivere dem».*
- En annen respondent sier: *«Mange brukere ønsker ikke slik plan. Brukere sier de har slik plan andre steder i behandlingssystemet. Brukerne gir også uttrykk for at de ikke skjønner hva planen skal brukes til».*
- En annen respondent sier: *«Brukerne lever et risikofylt liv, de kan oppleves som pågående og er utprøvende og også ukritiske. I rus påvirket tilstand gjør de ting de skammer seg over i etterkant. Livene deres er ofte kaotiske og mange preges av svekkede kognitive evner, lav motivasjon og håpløshet. Dette kan være årsaker til lite bruk av individuelle planer i brukergruppen».*

5.4 Oppsummering

Dette kapitlet har gitt en sortering, og en fortolkning av psykisk helsearbeiders erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse. Funnene viser at respondentene møter store utfordringer i helsetjenesten på bakgrunn av den komplekse lidelsen Rop-lidelse er. Alle respondentene opplever brukermedvirkning som viktig, men også som utfordrende når det blant annet stilles krav til aktiv deltagelse i egen prosess. De fremhever elementer som positive holdninger, god relasjon, gjensidig tillit mellom bruker og psykisk helsearbeider, ansvarsgruppe og en ledelse som aktivt er pådrivere av brukermedvirkning. I funnene kommer det også frem faktorer som hemmer brukermedvirkning. Her vektlegger respondenter at brukere blir møtt med en negativ holdning og at umotiverte brukere kan gjøre utfordringene med brukermedvirkning ytterligere problematisk. I tillegg kommer det frem at individuell plan ikke blir tatt i bruk slik som rettighetene tilsier og kan dermed gjøre utfordringene for tverrfaglig samarbeid ytterligere.

I neste kapittel vil studiens funn drøftes opp mot teori og sentrale føringer.

Kapittel 6 Drøfting av studiens funn i lys av problemstilling og teoretiske perspektiver

I dette kapittelet drøftes studiens funn. Funnene blir drøftet opp mot teori, forskning og sentrale føringer. Ut i fra studiens problemstilling ønsket jeg å kartlegge hvilke erfaringer psykisk helsearbeider har med brukervedvirkning for personer med Rop-lidelse. Kapittelet er strukturert ut fra studiens tre erfaringskategorier med en oppsummering til slutt.

6.1 Brukervedvirkning som faglig utfordring

6.1.1 Ulik forståelse for hva brukervedvirkning er

Respondentene viser ulik forståelse av hva brukervedvirkning er, og vektlegger da brukervedvirkning på forskjellige måter. Det er flere forhold som kan ha betydning for psykisk helsearbeideres ulike forståelse av brukervedvirkning. Man har sett innledningsvis at myndighetene har gjennom sentrale føringer og lovverk lagt sterke føringer for brukervedvirkning i helsetjenesten (Andreassen, 2005). Likevel er det så langt ingen selvfølge at brukere medvirker. Brukervedvirkning er fortsatt ikke en normalisert og innarbeidet del av arbeidsrutinene, verken ved individuell pasientbehandling eller ved organisatoriske beslutninger (Rise, 2012). Om brukervedvirkning skal bli en naturlig del av en organisasjon må det fremstå som meningsfullt, tydelig og anvendelig. Fagfolk må forstå hva tiltaket skal innebære i praksis, hvorfor det skal gjennomføres, og hva det skal lede til. Slik jeg forstår respondentenes ulike forståelse av hva brukervedvirkning er, kan det ha en sammenheng med at brukervedvirkning ikke er en innarbeidet del av arbeidsrutinene i helsetjenesten. Av den grunn kan det fremkomme at respondentene forstår brukervedvirkning ulikt. Etter mitt skjønn er det viktig at fagpersoner som gir helsetjenester til personer med Rop-lidelse bruker tid til å sette seg ned og reflektere over hva brukervedvirkning er. Da kan brukerne forstå hvilken betydning brukervedvirkning kan ha for dem. En avklaring av forutsetningene for brukervedvirkning vil jeg også tro er viktig for å kunne realisere dem. På denne måten kan man finne ut hvordan man på best mulig måte kan involvere brukere og oppnå reell brukervedvirkning. På denne måten kan man få til gode helsetjenester.

Rønning og Solheim (2005) gir oss et nærmere innblikk om mekanismer i hjelpeapparatet som kan belyse at brukervedvirkning er vanskelig å realisere. Den behandlingen den enkelte bruker får, er et resultat av mange ulike prosesser og mekanismer som både virker sammen og

under gitte forhold kan motarbeide hverandre. Man kan si at hjelpeapparatet består av et politisk, et byråkratisk og et profesjonelt subsystem. Det er ikke lett å trekke grensene mellom politikk og administrasjon, mellom fag og politikk eller mellom fag og administrasjon. Delsystemene opererer ut fra hver sine kriterier og hver sin ulike logikk. De forsøker på vær sin måte å fatte riktige beslutninger. Respondentene hadde sitt virke i forskjellige enheter innad i kommunen. Dette kan forklare hvorfor respondentene opplever brukervedvirkning ulikt. I hver enhet i kommunen har man sin kultur. Man får en bestemt måte å se brukervedvirkning på. Dette fører til ulik handling overfor brukerne. Disse handlingene kan være synlige og kan dermed gi forståelse av at man opplever brukervedvirkning ulikt.

Respondentene har som det er nevnt over ulik forståelse av hva brukervedvirkning er. En respondent sier at brukervedvirkning er en rettighet. Dette kan ses som brukervedvirkning i et demokratisk perspektiv og i et demokratisk perspektiv har alle like grunnleggende rettighetene, og rett til å delta i utformingen av sin egen helsetjeneste. Mens en annen respondent forstår brukervedvirkning som at brukere skal delta og være aktive i sin egen utforming av helsetjenesten. Rønning & Solheim (2005) betegner dette som selvrealiseringsdemokratiet. Respondentene har pekt på to ulike måter å forstå brukervedvirkning på og det er derfor viktig å klargjøre premissene og forventningene, for enheten man arbeider i som helhet, men også for seg selv og for brukerne. Dette påpeker nødvendigheten av å komme frem til en mest mulig felle forståelse av begrepet og hvordan samarbeidet skal være. Funnene i studien i norske sykehusavdelinger viste stor variasjon i hva slags interaksjon mellom brukere og fagpersoner som ble rapportert som brukervedvirkning (Steinsbekk & Solbjør, 2008). Jeg vil tro det kan være med på å forhindre forviklinger og frustrasjoner hos fagpersoner og veien noe mindre kronglete for brukerne. Dette vil øke kvalitetssikringen med å finne fram til gode helsetjenester som ivaretar reell brukervedvirkning til personer med Rop-lidelse. En annen viktig informasjon som respondentene ga var at flere forteller at de spesielt opplever at brukervedvirkning forstås ulikt med bakgrunn i hvor tjenesten blir utført. Spesialisthelsetjenesten og NAV ble spesielt fremhevet hos respondentene. Spesialisthelsetjenesten og NAV er en del av de tjenestene brukere har behov for i perioder. Det er mulig å tolke dette som om brukere kommer til forskjellige arenaer. Det er derfor nærliggende å tro at i spesialisthelsetjenesten er det brukere som er «gjesten» og må innrette seg etter deres strukturer, rammer og former for medvirkning. I helsetjenesten som blir gitt på kommunalt nivå blir man som hjelper invitert som gjest inn i

hjemmet til brukerne. Brukermedvirkning blir da forstått ut fra denne konteksten. Denne konteksten på brukers «hjemmebane» kan føre til at psykisk helsearbeider har en annen måte å nærme seg brukerne på og kan fremme en bedringsprosess (Borg & Topor, 2003).

Informasjon respondentene i en enhet ga skilte seg ut fra de andre. Her pekte de på at rammene innenfor deres kontekst opplevdes rigide for brukerne. Respondentene nevner kontroll som et eksempel. Dette kunne skape utfordringer for utøvelse av reell brukermedvirkning. Av den grunn kunne brukerne gi opp å nyttiggjøre seg helsetjenesten. Dette samsvarer til Vatne (1998) som sier det er knyttet utfordringer og dilemmaer med brukermedvirkning i konteksten man arbeider ut fra.

Respondentene formidler her brukermedvirkning på systemnivå. Selv om dette nivået ikke inngår i studien, mener jeg som forsker det allikevel var et viktig funn for å vise at reell brukermedvirkning i arbeidet til personer med Rop-lidelse kan møte mange hinder på alle nivåer. I tillegg kan dette vise vekselvirkningen mellom de ulike nivåene som alle har innvirkning på brukerne i helsetjenesten.

6.1.2 Behov for mer kompetanse

Velferdsstaten vår har tidligere vært bygget ut i tillit til at fagkompetansen skulle tilby svar på hvordan samfunnet og samfunnsmedlemmenes utfordringer skulle løses. Ideen om brukermedvirkning og Empowerment uttrykker et perspektivskifte når det gjelder denne uforbeholdne tilliten til faglig ekspertise. Man kan dermed se brukermedvirkning som et uttrykk for at spesialisert fagkompetanse alene ikke er tilstrekkelig til å løse de utfordringer samfunnet eller innbyggerne står overfor (Andreassen, 2005). Respondentene etterlyser mer opplæring for å få en bedre forståelse av begrepet. De mente de hadde behov for mer kompetanse om brukermedvirkning generelt, men også få mer kompetanse om hvordan man skal praktisere brukermedvirkning i det praktiske arbeidet med denne brukergruppen. De hadde videre forslag om kurs/ skoling. I tillegg mente de at kurs og liknende burde være obligatoriske for alle ansatte som gir tjenester i en eller annen form til brukergruppen i kommunen. Andreassen (Ibid) sier det er viktig at ansatte tilbys kompetanseheving innen brukermedvirkning i individuell behandling, og i organisatorisk sammenheng for å sikre lik praksis i helsetjenesten. Slik jeg forstod respondentene ser de sitt eget behov for mer kompetanse. De opplever og ikke å strekke til for å kunne gi gode helsetjenester samt å innfri

for føringene om reell brukermedvirkning fra statlig hold. Andreassen (Ibid) peker på økt kompetanse i befolkningen og økt tilgjengelighet til informasjon har ført til at fagpersoner ikke lenger er en selvfølge. Dette kan man også se som en årsak til at psykisk helsearbeidere opplever at de har behov for mer kompetanse. De har et reelt ønske om å kunne gi brukerne informasjon om hvilke tjenester som finnes i kommunen og hvilke tjenester som kan være med på å fremme brukers livskvalitet på best mulig måte. Til det trengs det vedlikehold og opparbeiding av deres kompetanse. De har et reelt ønske om å kunne være en ressursperson for brukerne og få til gode samarbeidsformer.

Respondentenes ønske om økt kompetanse kan også settes sammen med deres profesjonsutdanning. Den profesjonelle for forståelsen er utgangspunktet for kommunikasjon og valg av virkemidler. Det vil si den virkelighetsmodellen som er basis for hver psykisk helsearbeider i vesentlig grad er formet med utgangspunktet i utdanningen til den enkelte. Profesjonsutdanningene er ikke like. Profesjonene lærer ikke gjennom sine utdanninger å behandle den enkelte bruker. De lærer om typetilfeller for eksempel: den typiske rusmisbruker. Hvis man møter på utfordringer som kommer nær denne standardtypen, er det sannsynlig at hjelpen kan treffe bra. Faller man langt utenom kan det bli verre (Rønning & Solheim, 2005). Dette kan tolkes dit hen at den kompetansen som foreligger i profesjonsutdanningene for brukermedvirkning ikke gir nok kompetanse på området. Respondentene opplever også i helsetjenesten til brukergruppen krever ekstra kompetanse. Mange av dem greier ikke på egen hånd å skaffe rede på hvordan tjenestene er organisert og kan lenkes sammen, slik at de blir tilpasset deres behov og interesser.

6.2 Faktorer som fremmer brukermedvirkning

6.2.1 Positive holdninger

I Nasjonal faglig retningslinjer fremheves viktigheten av godt profesjonelt arbeid for personer med Rop-lidelse. I det menes at arbeid med personer med Rop-lidelse krever godt kunnskapsnivå om det som særpreger de menneskene de skal yte tjeneste til og samtidig ha spesielle ferdigheter. Kanskje det viktigste er interesse og holdninger. Det handler om respekt og empati, evne til å se verdighet gjennom mye elendighet og brutte avtaler (Helsedirektoratet, 2012)

En respondent beskriver nettopp dette med å gi brukerne aksept og forståelse. Når de bruker rusmidler som kan ødelegge livet deres og påvirke helsen negativt, er det allikevel viktig å se at brukerne mestrer noe og gi dem positive tilbakemelding på det dem mestrer. Slik ser de at jeg bryr meg om dem. Respondentens beskrivelse av arbeidet som en del av helsetjenesten i forhold til brukerne kan forstås som den er i tråd med både teori innenfor fagfeltet og samtidig i tråd med anbefalingene som retningslinjene gir. Respondenten viser at vedkommende er oppriktig interessert i brukerne. Vedkommende reflekterer over hva som kan bidra til å gjøre hverdagen litt lettere for brukerne og evner å se verdighet gjennom mye elendighet.

Evjen, Kielland & Øiern (2012) sier at de holdninger som har ligget til grunn for positive prosjekter og tiltak, kan best beskrives som en slags tålmodighet og langsom pågåenhet, som samtidig evner å ta klart hensyn til brukenes egne preferanser.

Respondentene gir uttrykk for at det er viktig å legge til side deres egne ønsker om å hjelpe brukerne. De sa at ofte ønsker man som hjelpere å få ryddet opp i det «kaotiske» livet som brukerne ofte befinner seg i. Hjelpe dem med å få orden på praktiske ting og ta fatt på sitt forhold til andre mennesker. Men det er ikke sikkert at bruker selv er klar for det. Det er da viktig at psykisk helsearbeidere ikke styrer over brukerne, men heller la bruker i størst mulig grad delta i planlegging av egen helsetjeneste og slik oppnå reell innflytelse. Det kan forstås som om respondentene har tålmodighet og er pågående på en god måte. Man kan også forstå dette som at psykisk helsearbeider har endret rollen sin fra å være styrer til å bli en medvandrer (Ekeland & Heggen, 2007) sammen med bruker i helsetjenesten.

6.2.2 Relasjonens betydning

Brukermedvirkning på individ nivå handler om relasjonen mellom bruker og helper (Humerfelt, 2005a) som psykisk helsearbeider må legge til rette for (Andreassen, 2005).

Respondentene beskriver relasjon som en viktig faktor i deres arbeid med brukermedvirkning og betydningen av å bygge gode relasjoner sammen med bruker. Relasjoner som varer over tid. Barbosa da Silva (2006) trekker frem betydningen av en jeg – du- relasjon som forutsetter et flerdimensjonalt menneskesyn hvor bruker opptrer som en fungerende helhet av kropp og sjel og hvor sykdom ikke bare er en skade i en målbar kropp som skal repareres ved hjelp av behandlinger. Et flerdimensjonalt menneskesyn bygger på både målbare og ikke målbare perspektiv. Det målbare perspektivet har med kropp å gjøre, mens det ikke målbare

perspektivet har å gjøre med at mennesket betraktes som en kreativ, opplevende og selvreflekterende person, det vil si som en aktør med evne til å handle og å ta ansvar for konsekvensene av sine handlinger. En jeg – du relasjon forutsetter fremfor alt en gjensidig respekt som bygger på likeverdighetsprinsippet. Dette kan ses i sammenheng med Sande (2010) sin beskrivelse av at asymmetriske forhold kan være likeverdig til den medmenneskelige dimensjonen og retten til å eie den subjektive oppfatningen om hva som er riktig og viktig om smått og stort i livet. Det er slik jeg forstår respondentenes vektlegging av relasjonen mellom bruker og dem. Det er her i denne relasjonen psykisk helsearbeidere mener de har mulighet til å forstå brukerens perspektiv og se mennesket bak lidelsen. Nettopp i dette møte vil psykisk helsearbeidere ta seg tid til bruker, være åpne for å drøfte og reflektere sammen med bruker. Det er her reell brukervedvirkning praktisk talt kan fungere og helsetjenesten kan bygges på brukernes behov og forutsetninger. Her samarbeider bruker og fagperson. Partene har gjensidig tillit til, forståelse for og aksept for hverandres roller og funksjon.

Erfaringene til respondentene tilsier at relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider er helt avgjørende og i arbeidet som de utøver er det viktig å legge til rette for en prosess som skaper god hjelperelasjon. Når psykisk helsearbeiders handlinger er forankret i det at vedkommende forstår brukerne, vil handlingen virke positivt inn på relasjonen. Det å føle seg forstått skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. Å føle seg forstått er også viktig i seg selv for å skape endring. Slik jeg ser det er det nettopp i slik relasjonen man kan sørge for en kvalitetssikring av ansikt-til- ansikt- relasjonen (sosial- og helsedirektoratet, 2006b).

Respondentene forteller de bygger relasjon blant annet ved hjelp av å utføre praktiske oppgaver sammen med bruker. I denne relasjonen mener jeg at psykisk helsearbeider har mulighet til å forstå brukerens perspektiv og se mennesket bak lidelsen. Nettopp i dette møte vil de ta seg tid til bruker, være åpen for å drøfte og reflektere. Slik kan helsetjenesten bygges på brukers behov og forutsetninger. Slik jeg forstod respondentene var det viktig at de var tilgjengelige, stabile og villige til å stå i relasjoner over tid. Det var viktig og ikke glemme en tilnærming som bidrar til både tilfriskning, økt mestring, autonomi og selvfølelse hos bruker.

Gode relasjoner innebærer å forstå andres opplevelser empatisk. Dette gjøres alltid fra vårt eget ståsted gjennom at vi fortolker det som blir formidlet. Samtaler om opplevelser tilhører derfor en hermeneutisk tradisjon. Oppmerksomheten rettes mot å fortolke opplevelser og erfaringer og å skape mening i det sammensatte eller uforståelige. Som fagperson kan vi bare skape mening i denne sammenhengen innenfra ved at vi ser på oss selv som medskapende deltakere (Røkenes & Hanssen, 2010). Jeg opplever at respondentene samhandler med brukerne på en måte som bidrar til å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse, og som fremmer selvstendighet og medvirkning. Det er viktig at respondentene forholder seg slik at brukerne opplever at de blir lyttet til, informert og trukket med som aktive og ansvarlige. Respondentene oppleves å være handlekraftig når det trengs. Dersom man kan legge til rette for en prosess som medfører at brukerne opplever at de blir møtt og forstått, har man et solid grunnlag for de handlingene man gjør overfor den andre.

Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetsperspektiv på brukers tilfriskning. Målet er å finne brukers egne resurser når det gjelder å finne meningsfulle aktiviteter. Brukernes egne resurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres (Helsedirektoratet, 2012). Borg & Topor (2003) slår fast at mennesker kommer seg etter sykdom. Det er viktig for psykisk helsearbeidere å ha tro på at brukere kan komme seg. Jeg tenker det er viktig at fagpersoner har tro på at bedring kan forekomme, men at det kan ta tid. Samtidig er det viktig å bære håpet om bedring, kanskje aller mest når bruker ikke har håp selv.

6.2.3 Betydning av gjensidig tillit

Respondentene mener gjensidig tillit mellom bruker og dem, med fokus på respekt for hverandre, er et verktøy for å arbeide mot brukermedvirkning og for å komme fram til gode behandlingsvalg. Respondentene mener tillit er et grunnleggende element for at personer med Rop- lidelse skal ta imot hjelp. En respondent sa at det som bruker formidler til oss, blir mellom oss. Alle trenger ikke å vite alt om livet til brukeren. Ved å ha denne forståelsen kan dette skape tillit til psykisk helsearbeider. Respondenten fremstår som en trygg person og misbruker ikke tillitten bruker har gitt. Jeg ser at i visse tilfeller kan dette skape etiske dilemmaer. For eksempel ved at respondent ikke skiller mellom informasjon som kan forverre situasjonen til bruker. I slike tilfeller bør bruker gjøres oppmerksom på at denne type informasjon ikke kan forbli mellom partene, for å hindre/ redusere skadevirkningene.

Respondentene mener at det er særlig viktig at brukerne har tro på at psykisk helsearbeider utfører den/de handlingene som man sammen har blitt enige om. Grimen (2008) sier at det er viktig å få tillitt fordi det kan lette overføring av informasjon og kunnskap og gjøre samarbeid lettere. Når man har tillitt til hverandre er det mulighet for å bygge på hverandres arbeid. Å ha tillitt åpner også opp for handlingsrom. I tillegg tenker jeg at når tillit finnes, bygges en anerkjennelse av psykisk helsearbeiders og brukers ulike posisjoner, synspunkter, forutsetninger, forventninger og på bakgrunn av dette kan reell brukermedvirkning forekomme.

6.2.4 Ansvarsgruppens betydning

Ansvarsgrupper er ikke lovpålagt, men har vokst frem som en måte å håndtere samarbeid og koordinering av helsetjenester til brukere på. Dette er grupper som i tillegg til bruker og eventuelt pårørende, oftest består av representanter for de instansene som brukerne mottar tjenester fra. Bruk av ansvarsgrupper er i dag vanlig, ikke minst i tilknytning til arbeidet med individuell plan. Erfaringene med slike grupper er delte og vil trolig henge sammen både med et generelt samarbeidsklima. Hvordan gruppen er sammensatt, hvilke oppgaver det skal samarbeides om, og hvordan gruppen ledes (Thommessen, Normann & Sandvin, 2003 & Bøe & Thomassen, 2007). Respondentene hadde positive erfaringer med bruk av ansvarsgrupper og slik jeg forstod deres formidling opplevdes dette som et viktig verktøy for å ivareta brukernes behov på fysisk, psykisk, sosialt og økonomisk plan. I tillegg pekte respondentene på at ansvarsgruppe var nødvendig for å få til et helhetlig tjenestetilbud til brukerne da de ofte kunne ha behov for tjenester ved flere instanser. Dette tolker jeg som om de har fått til gode samarbeidsrutiner og at hvert enkelt medlem kjenner ansvar overfor bruker.

6.2.5 Aktiv faglig ledelse

Dette er et tema som respondentene berører. De etterlyser involvering fra ledelse og mener det er relevant fordi det kan sikre lik praksis i forhold til brukermedvirkning. Respondentene poengterte ved flere anledninger nødvendigheten og relevansen for en aktiv ledelse som viste, engasjement og ønske om å få til reell brukermedvirkning.

Storm (2009) sier at ledelsen har et viktig ansvar for å sette brukermedvirkning på dagsorden. De vil være viktige for å selge brukermedvirkning som en verdi og egenskap ved tjenesten til ansette, brukere og pårørende. Ledere har også et ansvar for og en forpliktelse til å bidra til at

psykisk helsearbeidere utfører helsetjenesten i samsvar med gjeldende lovgivning og politiske føringer.

6.3 Faktorer som hemmer brukermedvirkning

6.3.1 Negative holdninger

Respondentene forteller om hvordan de opplever at denne brukergruppen kan bli møtt med nedvurderende holdninger og at de opplever at det finnes liten tro på at brukerne kan klare å få til endring. Man kan forstå informasjonen respondentene ga med at brukerne ikke har det beste utgangspunktet for å komme i en endringsprosess. I verste fall kan de negative holdningene som brukerne blir møtt med hindre deres bidrag i brukermedvirkning. Det kan være lurt å avklare hva som ligger i begrepet rusmiddelproblemer for å skjønne hvordan rusmiddelproblemer er tabubelagt. Ser man på den leksikalske betydningen og setter rusmiddel og misbruker sammen, blir rusmiddelmisbruker: «En som på en ulovlig/utilbørlig måte benytter seg av rusmidler (Humerfelt, 2005b).

For å forstå våre holdninger kan det være lurt å se på hva holdning består av. Den består av tre komponenter; det man tenker, føler og gjør relatert til et bestemt fenomen. Man kan tenke oss holdningene til rusmiddelmisbrukere plassert langs et kontinuum. Ved det ene ytterpunktet finner man en helt avvisende holdning, og på den andre enden en helt aksepterende holdning. På midten finner man dem som mener at rusmiddelproblemer kan oppleves å ha en gunstig funksjon knyttet til plagsomme symptomer på psykiske lidelse (Almvik & Borge, 2007). Psykisk helsearbeideres personlige holdning til rusmiddelmisbrukere vil gjenspeiles i vedkommets holdning til gruppen rusmiddelmisbrukere. Flere respondenter uttrykker sin misnøye over hvordan brukere kan bli møtt. Det er derfor viktig at fagpersoner tenker over hvilke faglige og moralske standpunkter man selv har overfor rusmiddelmisbrukere, og hvordan de uttrykkes i samhandling med rusmiddelmisbrukere.

6.3.2 Umotiverte brukere

Respondentene beskriver at i sitt arbeid med å gi helsetjenester til personer med Rop-lidelse møter de alt fra de ressurssterke til de svakeste, som daglig strever med å skaffe penger til å kjøpe rusmidler og som har psykotiske symptomer. De uttrykker at det ikke er lett å drive aktiv brukermedvirkning for denne brukergruppen. Videre kommer det frem under intervjuene at ofte er det slik at personer med Rop-lidelse ikke sitter inne med

brukerkompetanse som man gjerne skulle ønske de hadde. Personer med Rop-lidelse er sårbare. De kan være ambivalente til behandling, og blir av den grunn stemplet som vanskelige. Ikke alle brukere ønsker å leve rusfritt og stabilt (Evjen, et al., 2012).

Respondentene gir uttrykk for mange utfordringer i arbeidet generelt og for å inkludere brukerne til medvirkning. Det er viktig at hjelperne har stor toleranse for ulikheter i brukergruppen og er tålmodige. I tillegg skal man ha respekt for brukere som ikke ønsker å medvirke (Humerfelt, 2005b).

6.3.3 Manglende individuell plan

Retten til individuell plan er hjemlet i pasient og brukerrettighetsloven kapittel 2 § 2-5, mens helsepersonellens plikt til å utarbeide en plan er regulert i lov om kommunale helse og omsorgstjenester kapittel § 7 -1. Det er kommunen som skal utarbeide en individuell plan for brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester (Thommesen, et al., 2003).

Formålet med individuell plan er at brukerne skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2010). Individuell plan viste seg å være et lite brukt verktøy i helsetjenesten for personer med Rop-lidelse. Men når den er blitt tatt i bruk beskriver respondentene planen som et ressurskrevende verktøy, og en utfordring å involvere bruker i utarbeidelse av den. Ved et tilleggsspørsmål under intervjuene, spurte jeg om hvor mange av brukerne som hadde individuell plan. Det kunne ingen respondenter gi et noenlunde antall på, men de var sikre i at det var et fåtall av brukerne som hadde en slik plan. En respondent hevder at en mulig årsak til at det ikke blir utarbeidet flere individuelle planer til mennesker med Rop- lidelse, var at brukerne ikke ønsket slik plan. Samtidig som dette blir hevdet informerer andre respondenter at alle brukere av helsetjenesten i kommunen blir spurt om individuell plan.

Det er vanskelig å si noe om nytten av en slik plan ut fra et så lite utvalg og ved at den ikke i betydelig grad bli tatt i bruk i kommunen studien er foretatt i. Dette til tross for at individuell plan er en brukerrettighet som brukt riktig bidrar til at brukerne får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset helsetjeneste, at brukenes mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder kartlegges, og tilslutt bidrar til å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker

6.4 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg drøftet psykisk helsearbeiders sitt perspektiv på hvilke erfaringer de har med brukervedvirkning for personer med Rop-lidelse. Deres opplevelse med brukervedvirkning om hvilke faglige utfordringer de står over og hvilke faktorer som fremmer, men også hemmer brukervedvirkning i møte med denne brukergruppen.

Kapittel 7 Avsluttende kommentarer

Hensikten med studien var å kartlegge psykisk helsearbeiders erfaringer med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse i kommunal psykisk helsetjeneste. Jeg har under hele studien ønsket å ha en åpen holdning. Å sette fra seg ”ryggsekken” (Malterud, 2011) med min forforståelse om tema, var et mål i møte med respondentene. I kapittel 4 har jeg belyst fordeler og ulemper med å forske i egen organisasjon. På bakgrunn av dette kan mine tolkninger av funn derfor være preget av dette. Under punkt 4.4 kommer det frem at jeg har sørget for transkribering og dermed valg av kategorier selv. Hadde jeg hatt bedre tid, kunne jeg bedt om hjelp eller fått en annen forsker til å foreta en selvstendig kategorisering av data for å se på samsvaret mellom kategoriseringene. Denne kontrollen ville mulig øke håpet for at valgte kategoriseringer i analysen er gyldig, dersom forskeren også hadde kommet frem til samme funn. Jeg mener at mine funn gir svar på problemstillingen om å finne ut hvilke erfaringer psykisk helsearbeidere har med brukermedvirkning for personer med Rop-lidelse.

Det viste seg å være en utfordring å finne forskning som omhandlet temaet for denne studien. Jeg har i denne prosessen flere ganger reflektert over dette og stilt meg selv spørsmål om hvorfor. Jeg antar på bakgrunn av dette at det er et stort behov for forskning på området, ikke minst for å oppnå reell brukermedvirkning og for å kvalitetssikre helsetjenestene til denne brukergruppen. I studien kom det frem at få brukere hadde individuell plan. Jeg tenker at det i fremtiden er et høyst aktuelt tema å forske på. For eksempel en studie hvor man undersøker om hvilke forhold som spiller inn ved ”salg” av individuell plan, kunne vært spennende.

Etter å ha gjennomført studien, er det flere temaer jeg gjerne skulle forsket videre på. Pårørende har ikke vært et tema i denne studien og respondentene berørte heller ikke temaet under intervjuene. Men det hadde allikevel vært interessant og undersøkt hvilken betydning pårørende kan ha for å få til reell brukermedvirkning i helsetjenesten til brukergruppen. Tidligere studier viser betydningen av å ha familie og venner som bryr seg (Borg & Topor, 2003). Et annet tema som heller ikke er blitt tatt opp her, men som jeg mener kan være et av mange bidrag for å få til reell brukermedvirkning er å motivere brukerne til arbeid. For dem av brukerne som ønsker å returnere til arbeidslivet. Videre skulle jeg gjerne sett nærmere på begrepet Empowerment, da det kommer frem i funnene at brukere med Rop-lidelse kan regnes som undertrykte i samfunnet. Samtidig tror jeg at det er viktig å ha fokus på begrepet for å tydeliggjøre at fagfolk alene ikke kan gi gode helsetjenester til bruker. Bruker må også

gis rom for å kunne delta og sette ord på hvilke behov vedkommende har. I dette samarbeidet med de ulike rollene bruker og fagperson kan brukervedvirkning bli en kamp begge vinner (Sande, 2010).

Studien har gitt en rekke eksempler på hvilke erfaringer psykisk helsearbeider har med brukervedvirkning for personer med Rop-lidelse i det praktiske arbeidet. Dette har gitt en kartlegging av den variasjon av forhold som psykisk helsearbeider erfarer. Hvordan dette har betydning for deres praktisering av brukervedvirkning. Funnene som kom frem kan slik jeg vurderer det, brukes i veiledning eller i en undervisningssammenheng med tema om brukervedvirkning på arbeidsstedet. Flere funn kunne i seg selv også være tema for videre forskning. Spesielt interessant hadde det vært å gå mer i dybden på hvordan brukervedvirkning blir implementert i helsetjenesten.

Studien har vist at psykisk helsearbeidere har faglige utfordringer med brukervedvirkning. De opplever brukervedvirkning forskjellig og ønsker mer faglig kompetanse på området. Disse utfordringene kan tenkes i større grad å kunne håndteres om man har en aktiv faglig ledelse, som sikrer både at brukervedvirkning etableres og fungerer i det praktiske arbeidet. Refleksjon over praksis og teoretisk kunnskap om tema kan gi en dypere forståelse for begrepet og redusere utfordringene med brukervedvirkning i praksis. Samtidig kan det gi mer treffsikre tjenester.

Rop-lidelse er kompleks. Psykisk helsearbeidere erfarer at brukervedvirkning er positiv, men at det ligger store utfordringer i å få til reell brukervedvirkning for denne gruppen i det praktiske arbeidet. Dette fordi brukergruppen kan ha varierende grad av motivasjon og eller at begge lidelsene er assosiert med funksjonssvikt og redusert mestringsevne. Målet med brukervedvirkning bør allikevel være reell medvirkning i en likeverdig relasjon. Samtidig er det absolutt nødvendig å være bevisst at brukervedvirkning handler om å respektere brukernes reservasjon i forhold til ønske om å medvirke (Humerfelt, 2005b).

Referanser

Aase, T.H. & Fosseskaaret, E. 2007a) *Skapte virkeligheter; kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aase, T.H. & Fosseskaaret, E. (2007b) *Skapte virkeligheter; kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almvik, A.(Red.) & Borge, L. (Red.) (2007) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Andreassen, T. A. (2005) *Brukermedvirkning i helsetjenesten Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Askheim, O. P & Starrin, B. (red.) (2007) *Empowerment. I teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Barbosa da Silva, A. (red.) (2006) *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Borge, M, & Topor, A (2003) *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Brofoss, K. E & Larsen, F (2009) *Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*. Sluttrapport- syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd

Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid - om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Ekeland, T. J. & Heggen, K. (2007) *Mestring og myndiggjøring. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Evjen, R., Bøe Killand, K. & Øyern, T. (2012) *Dobbelt opp Om psykiske lidelser og rusbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) (Oppdatert 10.04.07) *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. Lastet ned 06.05.13, fra <http://www.fobsv.no>.

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

Grimen, H. (2008). *Hva er TILLIT?* Oslo: Universitetsforlaget.

Johansen, H. C. G. (red), Halvorsen, A (red), & Repstad, P.(red). (2009a) *Praktiker forskning-legitimt og nyttig bidrag i kunnskapsutvikling*. (2009) *Å forske blant sine egne. Universitet og region- nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Johnsen, C.H.C, (red), Halvorsen, A (red) & Repstad, P. (red) (2009b) *Koret Belcanto- en gullgrube av empiri i min hule hånd? Å forske blant sine egne. Universitet og region- nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Helgesen, M. 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.
- Holme, I. M & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano Aschoug.
- Humerfelt, K. (2005a): *Begrepe ne brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå*. I Willumsen, E (red.), *Brukerens medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Humerfelt, K. (2005b). *Verdige historier, men uverdige bruk?* I: Willumsen, E. (red.), *Brukerens medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s.75-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, Beskrivelse og Forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Larsen, E., Aasheim, F., Nordal, A. (2006b) IS-1315 *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf).
- Lossius, K. (red.) (2012) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderate til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (2 utg.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Malterud, K.(2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. (1. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Mueser, K.T, Noordsy, D. L, Drake, R.E. og Fox, L. (2006) *Integrert behandling av rus problemer og psykisk lidelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rise, B, M. (2012) *Mer brukermedvirkning?* Tidsskrift for Den norske Legeforening nr. 16-4 september
- Røkenes, O.H., & Hanssen, P.H. (2 utg.) (2010) *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønning, R. & Solheim, L.J. (2005) *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Sande, S. E. (2010) *Bruker og hjelper: komplementære roller under gjensidig påvirkning. En kvalitativ undersøkelse om hvordan fagrollen utøves og påvirkes overfor brukerne med psykisk lidelse og deres rett til medvirkning*. (Masteroppgave, Universitetet i Stavanger, Institutt for helse og sosialfag. Hentet fra <http://idtjeneste.nb/URN:NBN:no-bibsys> brage 17122 Master`s theses (SV-IH)
- Steinsbekk, A & Solbjør, M. (2008) *Brukermedvirkning i sykehusavdelinger*. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 2-21
- Storm, M. (2009) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thommesen, H. (2012) *Hverdagsliv. Med psykiske lidelser og rusrelaterte problemer*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Thommassen, H. Normann, T. & Sandvin, T.J. (2003) *Individuell plan. Et sesam, semsam?* Oslo: Kommuneforlaget.

Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Willumsen, E. (Red.).(2005) *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ørstavik, S. (2002) *Det tvetydige brukerperspektiv- en teoretisk analyse*. I Nordvoll, R. (red.), *Samfunn og psykiske lidelser-samfunnsvitenskapelige perspektiver-en introduksjon*. Oslo: Gyldendal.

Offentlige føringer

Helsedirektoratet (2010) *INDIVIDUELL PLAN 2010 – Veileder til forskrift om individuell plan*. Helsedirektoratet. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf>

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- ROP-lidelser. Sammensatte tjenester. Samtidig behandling*. IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) *Opptappingsplanene for rusfeltet. Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2012*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rundskriv/2001/i-362001.html?id=108840>

NOU 1997: 2. (1997) *Pasient først*. Sosial- og helsedepartementet. Ledelse og organisering i sykehus. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-2.html?id=140689>

Ot.prp.nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13.desember i 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere). Oslo: Helse og- omsorgsdepartementet

Ot.prp.nr.54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan). Oslo:Helse og- omsorgsdepartementet

St. meld. Nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Helsedepartementet og omsorgsdepartementet, 1996-1997. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086

St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*. Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/19992000/026/PDFA/STM199920000026000DDDPDFA.pdf>

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

St.prp. nr. 63. (1997-1998) *Om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-/4.html?id=201919>

Sosial- og helsedirektoratet (2005) *Psykisk helse for voksne i kommunene*. IS-1332 Veileder. Oslo. Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2006a) *Veileder for kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan*. Sosial- og helsedirektoratet IS- 1362. Oslo. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunal-rusmiddelpolitisk-handlingsplan/Publikasjoner/veileder-for-kommunal-rusmiddelpolitisk-handlingsplan.pdf>

Lovverk

Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Lov, 2. juli. 1999 nr. 63. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsepersonelloven m.v. (1999) Lov, 2. juli 1999 nr. 64. Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) Lov, 24. juni 2011 nr. 30. Helse- og omsorgsdepartementet)

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Anne Marie Rovik Duås
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 03.01.2013

Vår ref:32479 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.12.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

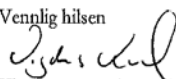
32479	<i>Brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk helsehjelp. En kvalitativ studie blant helsepersonell i en kommune</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Marie Rovik Duås</i>
Student	<i>Rachel Masia Duås</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Rachel Masia Duås, Tegeveien 4, 4310 HOMMERSÅK

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. red@itao.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 50 19 07. kyrie.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. rdmaa@svtuit.no



Personvernombudet kan ikke se at det i prosjektet behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til en datamaskin, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme. Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Vedlegg 2

Til respondenten

Jeg vil med dette takke for din deltakelse til studien:

Erfaringer med brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse i kommunal psykisk helsetjeneste. En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeidere i kommunen.

Denne studien har til hensikt å løfte fram psykisk helsearbeideres erfaringer med brukermedvirkning innen psykisk helsetjeneste. Kunnskap om dette kan ha betydning for anerkjennelse og videreutvikling av helsetjenester til brukergruppen.

Dette intervjuet blir tatt opp på lydbånd og når intervjuet er ferdig vil det bli skrevet ut i papirform og deretter slettet. I mitt videre arbeid vil jeg kun bruke det skriftlige materialet. Jeg vil igjen gjøre deg oppmerksom på at du når som helst kan trekke deg fra studien. I så fall vil all data fra deg bli slettet.

Du er sikret full anonymitet og all data vil bli behandlet konfidensielt. All informasjon vil bli slettet senest 28.06 2013. Studien er en del av masterstudie knyttet til Master i Psykisk helse ved universitetet i Stavanger.

Tusen takk for din hjelp og din deltakelse.

Dersom du har noen spørsmål ta kontakt med undertegnede.

Rachel M. Duås

Mastersudent

Tlf.: 416 77 083

Anne Marie Rovik

Første lektor

anne.m.rovik@uis.no

Vedlegg 3

Intervjuguide til psykisk helsearbeidere i en kommune

Problemstilling: *«Hvordan beskriver psykisk helsearbeidere sine erfaringer med brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse?»*

Erfaring i arbeidet for personer med samtidig rus og psykisk lidelse:

1. Erfaringer knyttet til brukermedvirkning

- a) Hvordan beskriver du innholdet i begrepet brukermedvirkning?
- b) Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med brukermedvirkning for mennesker med samtidig rus og psykisk lidelse?
- c) Hva er dine positive opplevelser med brukermedvirkning?
- d) Hva er dine negative opplevelser med brukermedvirkning?
- e) Hvilken betydning tenker du at brukermedvirkning har for personer med ROP- lidelse?
- f) Hvilken betydning har brukermedvirkning i forhold til praktiske oppgaver/aktiviteter i helsetjenesten?
- g) Er det i noen situasjoner du har savnet brukermedvirkning?
- h) Hva mener du er de største og viktigste utfordringene å ta fatt i for å fremme brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse
- i)Hva tenker du er dilemmaene med brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse?
- j) Hvorfor er brukermedvirkning viktig?

k) Hvorfor er det eventuelt ikke viktig?

l) Hvordan kan brukermedvirkning styrkes i forhold til personer med ROP- lidelse?

m) Hvordan kan brukermedvirkning svekkes i forhold til personer med ROP- lidelse?

n) Hva mener du er svakheten med brukermedvirkning?

o) Hva gjør brukermedvirkning vanskelig i arbeidet med personer som har ROP- lidelse?

p) Hvordan blir brukere tatt med i planlegging og gjennomføring av sin helsetjeneste?

q) Hvordan blir brukere involvert i beslutninger om sin egen helsetjeneste?

3 Konsekvenser av brukermedvirkning

a)Hvilke positive konsekvenser har brukermedvirkning for helsepersonell i kommunen?

b)Hvilke negative konsekvenser har brukermedvirkning for helsepersonell i kommunen?

c)Hvilke positive konsekvenser har brukermedvirkning for brukere?

d)Hvilke negative konsekvenser har brukermedvirkning for brukere?

4 Ledelse

a) Hvordan er lederens fokus og handlinger på brukermedvirkning?

b) Hvordan blir brukermedvirkning satt på dagorden?

5 Individuell plan (IP)

a) Hvordan anbefaler du som helsepersonell individuell plan til brukeren?

b) Hvordan blir brukere tatt med i utarbeidelsen av en individuell plan (IP)?

c) Hvordan bidrar individuell plan til å dekke brukers bistandsbehov?

6 Ansvarsgruppe

a) Hvordan anbefaler du som helsepersonell ansvarsgruppe til brukerne?

b) Hvordan fungerer eventuelt samarbeidet i ansvarsgruppen?

Vedlegg 4

SAMTYKKE- ERKLÆRING

Tema for studien er:

Erfaringer med brukermedvirkning for personer med samtidig rus og psykisk lidelse I kommunal psykisk helsetjeneste. En kvalitativ studie blant psykisk helsearbeider i en kommune.

Jeg samtykker til å delta som respondent i studien.

Jeg er kjent med at deltakelsen som respondent er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg. Jeg er også kjent med at notater, opptak på digital opptaker og utskrifter fra intervjuet vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

.....
Sted:

Dato:

Underskrift av respondent