

Brukermedvirkning i kommunal psykisk helsetjeneste

En kvalitativ studie om brukere sine opplevelser rundt medvirkning i egen
oppfølging



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Master i Helsevitenskap
Masteroppgave (50 studiepoeng)

Veileder: Stig Erlend Bjønnes
Phd. stipendiat ved UiS

NADIEH JOLINE VERHEUL

Mai 2019

Forord

Det er mange som har stilt sin tid og interesse til rådighet for at dette prosjektet skulle komme i mål. Jeg vil takke dere alle så mye.

Jeg vil gjerne takke min fantastiske veileder Stig Erlend Bjønness for god faglig veiledning, og for støtte og oppmuntring i stunder hvor prosessen stoppet litt opp.

Jeg vil også takke mine samarbeidspartnere i kommunene som har stått på for å sette meg i kontakt med ulike informanter. Deres varme velkomst og vennlige smil har vært en sann glede å få oppleve. Og ikke minst en stor takk til informantene som har brukt av sin tid for å gi oss ett innblikk i sine opplevelser rundt brukermedvirkning. Jeg setter stor pris på hjelpen.

Jeg vil også gjerne takke mine medstudenter for gode faglige diskusjoner og mye inspirasjon gjennom hele studieforløpet.

Til slutt vil jeg takke min kjære familie for all tålmodighet og støtte dere har vist det siste året. Uten dere hadde denne oppgaven aldri blitt ferdig.

Mai 2019



Nadieh Joline Verheul

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG.....	4
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN.....	5
1.1.1 <i>Et økt kommunalt ansvar</i>	5
1.1.2 <i>Brukermedvirkning i kommunal psykisk helsetjeneste</i>	7
1.1.3 <i>Psykisk helse og innsats rettet mot unge voksne</i>	8
1.2 TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET.....	9
1.2.1 <i>Litteratursøk</i>	9
1.2.2 <i>Forskning på shared-decision making (SDM)</i>	10
1.2.3 <i>Forskning på brukermedvirkning hos barn og unge voksne</i>	11
1.2.4 <i>Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid – en kunnskapsoppsummering</i>	12
1.3 FORMÅLET MED STUDIEN OG PROBLEMSTILLING.....	12
1.4 AVGRENSNING	13
1.5 BEGREPSAVKLARING	13
1.6 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING.....	15
2. TEORETISK RAMMEVERK	16
2.1 BRUKERMEDVIRKNING	16
2.1.1 <i>Brukermedvirkningspolitikken utvikling</i>	17
2.1.2 <i>Recovery</i>	19
2.1.3 <i>Brukermedvirkning som rettighet</i>	19
2.1.4 <i>Brukermedvirkning på individnivå</i>	20
2.2 MOTIVASJONSTEORI	22
2.2.1 <i>Selvbestemmelsesteorien (SDT)</i>	22
3. METODE.....	26
3.1 DESIGN.....	26
3.2 UTVALG	27
3.2.1 <i>Innhenting av informanter</i>	27
3.2.2 <i>Kjennetegn ved informantene</i>	29
3.3 DATAINNSAMLING.....	29
3.4 TRANSKRIPSJON.....	31
3.5 ANALYSE.....	32
3.6 YTTERLIGERE METODISKE OVERVEIELSER.....	35
3.6.1 <i>Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet</i>	35
3.6.2 <i>Forskerens posisjon og rolle</i>	37
3.7 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	38
3.7.1 <i>Forskningsetisk godkjenning</i>	38
3.7.2 <i>Personvern</i>	38
3.7.3 <i>Informasjons- og samtykkeskriv</i>	39
3.7.4 <i>Samarbeidsavtale</i>	39
4. RESULTAT	40
4.1 FRI TIL Å VELGE TING OG SLIK	40
4.2 MÅLET OM Å TA AV STØTTEHJULENE OG SYKLE SELV	43
4.3 ALLE KAN JO IKKE KLAFTE MED ALLE	44
4.4 SÅ DET Å BLI HØRT OG BLI TATT PÅ ALVOR ER VIKTIG	47
4.5 TRENGER EN STEP-BY-STEP PLAN.....	51
5. DISKUSJON.....	54
5.1 OPPLEVD DELAKTIGHET	54
5.2 OPPLEVDE FORUTSETNINGER	58
5.3 OPPLEVDE KONSEKVENSER.....	60

5.4	OPPLEVDE UTFORDRINGER	62
5.5	EN FORESLÅTT MODELL FOR BRUKERMEDVIRKNING	64
5.6	METODISKE BEGRENSENINGER OG ANDRE GENERELLE OVERVEIELSER	66
6.	KONKLUSJON	68
6.1	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	69
6.2	IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING	70
	REFERANSER	71

VEDLEGG

1. Informasjons- og samtykkeskjema
2. Følgeskriv – informasjon om masterstudiets forankring ved UiS
3. Samarbeidsavtale
4. Intervjuguide
5. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) -
tilbakemelding
6. Norsk senter for forskningsdata (NSD) - tilbakemelding
7. Datahåndteringsplan
8. Eksempel fra analyseprosessen

Sammendrag

Omfanget av psykiske lidelser er stort, og rammer unge mennesker spesielt hardt. I tråd med et endret syn på sykdom og pasientforløpet har Norge, i likhet med flere andre land, forsøkt å reformere de psykiske helsetjenestene slik at økt grad av brukermedvirkning og delaktighet i egen behandlingsprosess i dag står sentralt. Tidligere forskning på område er i all hovedsak basert på helsepersonell sine erfaringer, og i mindre grad pasienter eller brukere. Formålet med denne studien er derfor å bidra med innsikt i hvordan brukere av kommunale psykiske helsetjenester opplever brukermedvirkning i egen oppfølging. Problemstillingen besvares gjennom kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Informantgruppen består av fem unge voksne i alderen 19 til 27 år som mottar slike helsetjenester. Intervjuene ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering. Funnene viser at informantene stort sett var fornøyd med måten de kunne påvirke egen oppfølging, og at delaktighet i egen oppfølging medførte positive konsekvenser. Informantene fortalte at de da følte seg verdig og respektert, og at oppfølgingen var mer i tråd med det de opplevde som utfordrende. De fikk derfor større utbytte av helsehjelpen. Videre opplevde de at delaktighet medførte positive konsekvenser for behandlingsoverholdelse og motivasjon i arbeidet mot egen tilfriskning. Kjemi og tillit, samt lydhørhet og det å selv være motivert for å gjøre en endring ble nevnt som viktige forutsetninger for reell brukermedvirkning. Manglende selvtillit ble nevnt som den viktigste utfordringen for å være med å bestemme selv. Studien kan bidra til viktig innsikt, men det er behov for flere studier som kan gi mer kunnskap om sammenhengen mellom brukermedvirkning og motivasjon for egen tilfriskning.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

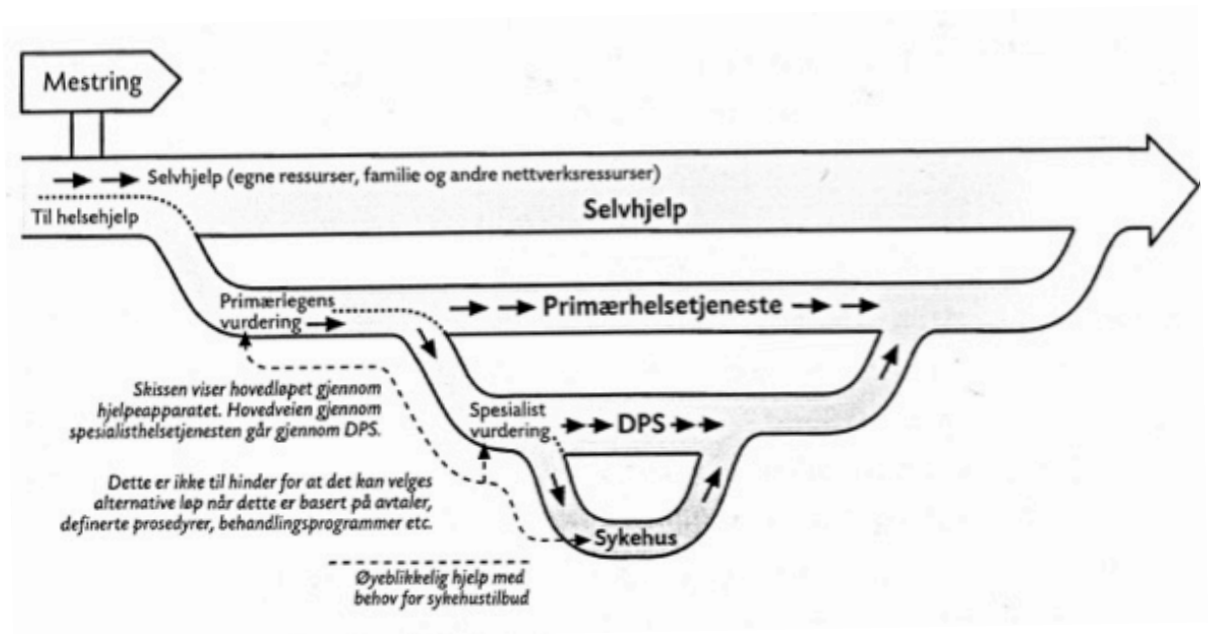
Nasjonale data viser at mellom 30 og 50% av befolkningen vil oppleve en eller flere psykiske lidelser i løpet av livet (Departementene, 2017, s. 9), der depresjon, angstlidelser, tilpasnings- og spiseforstyrrelser er de hyppigst forekommende lidelsene (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 59). Samtidig som psykiske lidelser er blant de sykdommene som gir mest helsetap i Norge, øker de også risikoen for fysiske lidelser og tidlig død (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 49 & 50). Lidelsene fører i tillegg til at mange personer står utenfor arbeidslivet. Andelen unge uføre øker, og for personer under 30 år er psykiske lidelser hovedårsaken til uførhet (Departementene, 2017, s. 41). For den totale befolkningen var psykiske lidelser i 2014 hoveddiagnosen for 36,8% av dem som fikk innvilget uføretrygd (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 50). Konsekvensene av psykiske lidelser er dermed omfattende, både for velferdsstaten og for det enkelte individ.

1.1.1 Et økt kommunalt ansvar

De psykiske helsetjenestene i Norge har gjennomgått store ideologiske og organisatoriske endringer siden 1970-tallet. Endringene innebar i stor grad en nedleggelse av sengeplassinstitusjoner, til fordel for mer desentraliserte psykiske helsetjenester (Norvoll, 2013, s. 221). Deinstitutionaliseringen ble derimot ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp av et lokalt psykisk helsetilbud, noe som medførte at regjeringen i 1995 hadde en gjennomgang av det psykiske helsetilbudet i Norge. Denne gjennomgangen la grunnlaget for St.meld. nr. 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (psykiatrimeldingen)*, og den påfølgende St.prp. nr. 63 (1997-1998) *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (Norvoll, 2013, s. 230). Målet med *Opptrappingsplanen for psykisk helse* var å tilstrebe et moderne psykisk helsearbeid ved å hjelpe mennesker med psykiske helseutfordringer tette opp mot der personene bor (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 15), samtidig som det nasjonale tjenestetilbudet skulle preges av likeverdighet og kvalitet uavhengig av hvor man bodde (Norges forskningsråd, 2009, s. 123). Som resultat av opptrappingsplanen er omfanget av det kommunale psykiske helsetilbudet utvidet, noe som blant annet støttes opp av en radikal økning i antall årsverk (Norges forskningsråd, 2009, s. 132).

Videre har kommunene gjennom St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen* fått et større ansvar for å dekke et økende behov for samlede helsetjenester. Målet er at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning. Forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, samt behandling og oppfølging er sentralt i alle deler av arbeidet (Helseomsorgsdepartementet, 2009, s. 15). Det helsefremmende og forebyggende arbeidet er også en viktig del av kommunenes psykiske helsetjenester (Departementene, 2017, s. 7). Figuren nedenfor viser mulige veier til psykisk helsehjelp i Norge.

Figur 1. Mulige veier til psykisk helsehjelp i Norge



Kilde: Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke. (2009, s. 339). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Et av de viktigste styrende dokumentene ledere og tjenesteutøvere i norske kommuner forholder seg til i arbeidet med psykisk helse per i dag er *Sammen om mestring: veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* som kom i 2014 (Ose, Kaspersen, Ådnanes, Lassemo & Kalseth, 2018, s. 25). Denne veilederen beskriver hvilke ansvarsområder som tillegges kommunene. Det poengteres at det kreves et tett samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten slik at det kan tilbys et bredt spekter av tjenester og tilnæringsmåter, og at tjenestene skal være lett tilgjengelige. Videre forventes det at tjenestene skal bidra til bedre levekår. Dette skal gjøres ved at tjenestene fremmer brukerens mestring av eget liv, blant annet ved å legge

til rette for sosial inkludering, personlig økonomi, bolig, arbeid, og frafall fra skolen. Til slutt fremheves det at brukeren skal være den viktigste aktøren i egen oppfølging (Helsedirektoratet, 2014, s. 11-13).

1.1.2 Brukermedvirkning i kommunal psykisk helsetjeneste

Målsettingen med psykisk helsearbeid i kommunene er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser kan mestre eget liv (Norvoll, 2013, s. 225), gjennom å fremme selvstendighet, autonomi og opplevd egenverdi, arbeide for en opplevelse av sammenheng og mening i hverdagen, samt skape inkluderende lokalmiljø (Norvoll, 2013, s. 31). *Stortingsmelding nr. 25 (1996-97)* og *Opptappingsplanen for psykisk helse* vektla i denne sammenheng at tjenestene skal utvikles basert på brukerens behov og medvirkning. Gjennom opptappingsplanen ble derfor brukermidvirkning et sentralt begrep i videre tjenesteutvikling i Norge (Larsen, Aasheim, Nordal, 2006, s. 6). Brukermedvirkning innebærer at brukerne skal kunne være med på å utvikle tilbudet sammen med fagfolk, basert på personlige behov, synspunkter og interesser og respekten for det enkelte menneske ut fra et helhetlig menneskesyn (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 7; Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Til tross for at brukermidvirkning i større grad enn tidligere er blitt vektlagt i psykiske helsetjenester viste evalueringsrapporten, fremlagt av Norges forskningsråd i 2009, at det fortsatt gjenstod store utfordringer. Evalueringsrapporten pekte blant annet på at det var sprikende meninger mellom helsepersonell og brukere om hvor vidt brukermidvirkning var implementert i utforming av individuell behandling og tiltak (Norges forskningsråd, 2009, s. 97). Rapporten viste at kommunene hadde et godt stykke igjen for å nå opptappingsplanens intensjon om å sikre ivaretagelsen av brukerperspektivet (Norges forskningsråd, 2009, s. 12). Forskningsrådet anbefalte derfor at det måtte satses på en ytterligere styrking av brukermidvirkning i det psykiske helsearbeid i kommunene (Norges forskningsråd, 2009, s. 134).

Selv om regjeringen i etterkant av *Opptappingsplanen for psykisk helse* sin planperiode (1998-2008) ønsket å beholde fokus på arbeidet med psykisk helse, manglet Norge en helhetlig plan for dette arbeidet. Derfor la regjeringen i 2017 frem en *Nasjonal strategi for god psykisk helse – mestre hele livet*. Strategien har fokus på helsefremmende og helseforebyggende arbeid som en del av kommunens psykiske helsetjenester og

folkehelsearbeid, i tråd med anbefalingene fra WHO – Mental Health action plan (2013-2020) (Departementene, 2017, s. 7). Den ønsker også å tydeliggjøre mestring og livskvalitet som viktige deler av arbeidet med psykisk helse (Departementene, 2017, s. 8). Også her nevnes brukermedvirkning som et viktig satsningsområde for videre utvikling av tjenester, under betegnelsen «pasientens helse- og omsorgstjeneste» (Departementene, 2017, s. 27).

1.1.3 Psykisk helse og innsats rettet mot unge voksne

De fleste pasienter får den første kontakten med det psykiatriske hjelpeapparatet når de er i overgangen fra ungdom til voksen alder (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009, s. 348). Det anslås at halvparten av de som får en psykisk lidelse får den før de fyller 14 år, mens 3/4 får den før fylte 25 (Delman, Clark, Eisen & Parker, 2015, s. 239). Lidelsene som ikke behandles vil i stor grad kunne påvirke individets sosiale-, intellektuelle-, og emosjonelle utvikling, og potensial til å leve meningsfulle og produktive liv. Ubehandlete psykiske lidelser i tidlig alder vil dermed gjennomgripende kunne påvirke helsen senere i livet (World Health Organization, 2018, s. 114). Tidlig intervensjon og hjelp rettet mot unge anses som viktig fordi det har til hensikt å forhindre utvikling eller videreutvikling av lidelser og problemer enten tidlig i livet, eller tidlig i et forløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 68). Samtidig er effekten av innsats er større desto tidligere tiltak settes inn (Departementene, 2017, s. 48). Dette er gunstig for den enkeltes helse fordi det bidrar til å redusere sykdom, samtidig som det kan bidra til å øke individets mestringsevne. I tillegg til stor personlig nytte, både på kort og lang sikt, har tidlig intervensjon også stor økonomisk og samfunnsmessig nytte. Redusert personlig helse kan medføre store samfunnsmessige kostnader, blant annet i form av behandling, økt uførhet, og fravær av bidrag til velferdsstaten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 15). Samtidig er den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge, i likhet med andre Vest-europeiske land, i endring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13). I tråd med dette vil det være av stor samfunnsmessig nytte å sørge for at flest mulig vokser opp med god psykisk helse, og at denne helsen vedlikeholdes gjennom livet.

1.2 Tidligere forskning på området

1.2.1 Litteratursøk

I desember 2018 ble det utført litteratursøk i tre ulike databaser; PsychInfo, Medline og Academic Search Premier. Tabellen under viser hvordan søket ble bygget opp.

Tabell 1. Oversikt over søkeord og kombinasjoner

AND			
OR	Service user participation	Motivation	Mental health
	Service user involvement	Self-efficacy	Mental health services
	Client participation	Personal efficacy	
	Client involvement	Efficacy	
	User participation		
	User involvement		
	Patient participation		
	Patient involvement		
	Shared decision making		

Alle sammendrag ble gjennomgått med vekt på å finne artikler som omhandlet brukermedvirkning i kommunal psykisk helsetjeneste. Søket gav henholdsvis 30, 223 og 266 treff, der få av treffene ble ansett som relevante. Det ble også utført et søk på norsk i databasen idunn.no. Her ble søkeordene brukermedvirkning, motivasjon og mental/psykisk helse benyttet. Dette søket gav henholdsvis 37 (mental helse) og 57 (psykisk helse) treff. Også her ble kun et fåtalls ansett som relevante. Videre ble relevant litteratur funnet ved gjennomgang av litteraturlister i artikler som ble ansett som relevante. Supplerende litteratursøk ble gjort fortløpende gjennom hele prosessen.

Store deler av litteraturen som ble ansett som relevant omhandlet «shared-decision making» (SDM). Fordi SDM har flere likhetstrekk med begrepet brukermedvirkning (se avsnitt 2.1.4) presenteres relevante funn fra denne forskningen nedenfor. Videre presenteres forskning rundt brukermedvirkning hos barn og unge voksne. Øvrig

relevant litteratur omhandlet blant annet en kunnskapsoppsummering av brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i Norge, foretatt på vegne av omsorgsbiblioteket.no. Denne presenteres også nedenfor.

1.2.2 Forskning på shared-decision making (SDM)

Å engasjere brukere i egen behandlingsprosess anses som svært viktig (Metz et al., 2017, s. 2), og stadig mer forskning antyder at SDM indirekte kan forbedre en rekke helserelevante utfall (Arandjelovic et al., 2019, s. 87). Forskning har blant annet vist at pasienter som deltar aktivt er mer tilfredse med helsehjelpen de mottar, i større grad opplever positive forventninger til behandlingen, i større grad opplever engasjement, i større grad følger opp behandlingen, og rapporterer om høyere grad av livskvalitet (Metz et al., 2017, s. 2; Arandjelovic et al., 2019, s. 88). Bedre informerte og mer aktive pasienter gir også bedre relasjon mellom pasient og helsepersonell og færre oppfølgingstimer. De helserelevante beslutningene passer i større grad individets livsstil og blir slik lettere å vedlikeholde. Dette vil også på lang sikt kunne medføre behandlingsoverholdelse og bedre helserelevante utfall (Stiggelbout, Pieterse & De Haes, 2015, s. 1174).

Til tross for at mye internasjonal forskning argumenterer for positive utfall ved bruk av SDM, viser enkelte systematiske litteraturgjennomganger at evidensen er mindre entydig enn først antatt (Slade, 2017, s. 147). Duncan, Best & Hagen (2010) foretok en systematisk litteraturstudie basert på randomiserte kontrollerte studier. Studien identifiserte kun to RCT-studier som passet inklusjonskriteriene, der én omhandlet 113 pasienter med schizofreni og én omhandlet 405 pasienter som nylig var diagnostisert med depresjon. Mens den ene studien rapporterte om høyere grad av pasient tilfredshet på bakgrunn av SDM, fant den andre studien ikke tilsvarende funn. Ingen av studiene fant en effekt av SDM på kliniske utfall, eller på pasienters behandlingsoverholdelse. Forfatterne konkluderte med at det det lave antall artikler som var publisert ikke er tilstrekkelig for å danne sikre konklusjoner rundt utfallene av SDM (Duncan et al., 2010, s. 15). Disse funnene er ikke unike for mental helse (Slade, 2017, s. 147; Shay & Lafata, 2015, s. 129). Likevel antyder forskning at SDM i mental helse er spesielt utfordrende (Slade, 2017, s. 147), og funnene er mindre entydige innenfor dette feltet enn for det medisinske fagfeltet ellers (Thompson & McCabe, 2012, s. 11).

Forskning innen psykiske helsetjenester viser at både helsepersonell og pasienter har positive holdninger knyttet til SDM (De las Cuevas, Peñate, de Rivera, 2014, s. 222). Likevel viser forskning at helsepersonell og pasienter kan ha svært ulik oppfatning av i hvilken grad SDM implementeres (Stiggelbout et al., 2015, s. 1174; Slade, 2017, s. 150). Mange pasienter erfarer fortsatt en inaktiv rolle, der inntrykket er at helsepersonellet vet best (Metz et al., 2017, s. 2). Basert på kvalitative intervju av helsepersonell, rapporterte Seale, Chaplin, Lelliott & Quirk (2006) at helsepersonellets opplevelser rundt tilrettelegging av SDM ikke samsvarer med pasienters opplevelser. Videre diskuterer de ulike årsaker til dette, herunder at helsepersonell og pasienter besitter ulike opplevelser av virkeligheten, samt at helsepersonells overordnede stilling kan virke begrensende for i hvilken grad pasienter uttrykker seg, uavhengig av i hvilken grad helsepersonellet selv forsøker å tilrettelegge for SDM (Seale et al., 2006, s. 2871). Légaré, Ratté, Gravel & Graham (2008) rapporterte på sin side, basert på et systematisk litteratursøk, at helsepersonell opplever tidspress, mangel på implementering grunnet pasientkarakteristikker og mangel på implementering grunnet karakteristikker ved situasjonen som de viktigste barrierene for SDM.

1.2.3 Forskning på brukermedvirkning hos barn og unge voksne

Etterhvert som forskning rundt brukermedvirkning for voksne øker, rettes fokus også i stadig større grad mot barn og unge voksne. Forskning på ikke-mentale lidelser viser at barn og unge voksne ønsker å være delaktige i valg rundt egen behandling, og at de er kapable til det (Langer & Jensen-Doss, 2018, s. 823). Likevel rapporterte Delman, Clark, Eisen & Parker (2015) at unge voksne i liten grad uttrykker sine preferanser og at de i liten grad deltar aktivt i egen behandling. Basert på kvalitative intervju med unge voksne som plages av alvorlige psykiske lidelser rapporterte de at opplevd motstand og mangel på tid hos helsepersonell, samt egen begrenset erfaring og lav mestringsforventning, ble betraktet som de viktigste barrierene for aktiv brukerdeltakelse i forbindelse med valg rundt medisiner. Helsepersonells åpenhet til brukerdeltakelse, helsepersonells tilgjengelighet utenfor åpningstid, støtte fra annet psykisk helsepersonell, samt personlig utvikling og selvtillit ble derimot sett på som de viktigste fasilitatorene for aktiv deltakelse ved valg rundt medisiner (Delman et al., 2015). I Norge har Ness, Kvello, Borg, Semb & Davidson (2017) undersøkt hva unge voksne brukere mener er viktig for et godt samarbeidsklima. De rapporterte, basert på kvalitative intervju med syv ROP-brukere i alderen 20-30 år, at gode relasjonelle

forhold og konstruktiv dialog er viktig, samtidig som brukerne ser nytten av oppfølging preget av både samtaler og praktisk hjelp.

1.2.4 Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid – en kunnskapsoppsummering

På vegne av omsorgsbiblioteket.no har Klausen (2016) foretatt en oppsummering av brukermedvirkning i psykisk helsearbeid i Norge, med særlig vekt på helse- og omsorgstjenestene i kommunen. Oppsummeringen omhandler lover og forskrifter, offentlige dokument, forsknings- og utviklingsarbeid, som har betydning for brukermedvirkning. Litteraturgjennomgangen som ble gjort i forbindelse med oppsummeringen viste at det meste av forskningen er basert på helsepersonell sine betraktninger rundt brukermedvirkning. Det finnes derimot mindre forskning som er knyttet til brukernes opplevelser om medvirkning (Klausen, 2016, s. 45).

Litteraturgjennomgangen viste også at norske kommuner hovedsakelig har vært opptatt av brukermedvirkning på systemnivå, selv om mye av brukermedvirkningen i praksis foregår på individnivå (Klausen, 2016, s. 16). Oppsummeringens konklusjon påpeker at det er behov for mer forskning på implementering av brukermedvirkning, fra et brukerperspektiv, spesielt innenfor psykiske helsetjenester på kommunalt nivå (Klausen, 2016, s. 45).

1.3 Formålet med studien og problemstilling

I tråd med kunnskapsoppsummeringens anmodning er målet med denne studien å få mer innsikt i hvordan brukermedvirkning i den kommunale psykiske helsetjenesten oppleves, ut fra et brukerperspektiv. Det overordnede formålet med studien er å innhente kunnskap som kan bidra til å øke kvaliteten på psykiske helsetjenester i kommunen i tråd med helsemyndighetenes føringer om brukermedvirkning.

Målet vil belyses gjennom følgende problemstilling:

Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukermedvirkning i egen oppfølging?

Problemstillingen vil besvares gjennom følgende tre forskningsspørsmål:

1. På hvilke måter opplever brukere å være delaktig i utformingen av hjelpen de mottar?
2. Hvilke faktorer opplever brukeren fremmer/hemmer egen delaktighet?
3. Hvilke sammenhenger mener brukere det er mellom delaktighet og behandlingsoverholdelse?

1.4 Avgrensning

I Norge skilles det ofte mellom tjenester som gis til barn og unge (opp til 18 år), og voksne (over 18 år). Fordi mange oppnår den første kontakten med psykisk helsearbeid i tidlig alder vil et fokus på yngre brukere være av spesiell betydning. Sett i sammenheng med at stadig mer av det psykiske helsetilbudet gis lokalt, som et resultat av desentralisering, vil det være viktig å sikre at denne gruppen blir godt i varetatt av kommunale psykiske helsetjenester. Kommunale psykiske helsetjenester, slik det er definert i denne oppgaven, gis derimot i større utstrekning til voksne med psykiske helseutfordringer, enn til barn og unge (Ose et al., 2018, s. 64-67). På bakgrunn av dette tar denne studien derfor utgangspunkt i aldersgruppen 18-25 år for å besvare den overnevnte problemstillingen.

1.5 Begrepsavklaring

Bruker: I denne oppgaven vil begrepet benyttes som overordnet begrep for alle personer som mottar helse- og omsorgstjenester.

Pasient: Der begrepet pasient brukes i denne oppgaven vil det kun være i forbindelse med gjengivelse av litteratur der dette begrepet er brukt eksplisitt. Dette for å bevare den gjengitte studiens kontekst, da det ikke alltid er tydelig hvilken definisjon forfatter tillegger begrepet.

Brukermedvirkning: Brukermedvirkning på individnivå handler om at brukere av helsetjenester skal kunne delta i valg, utforming og bruk av disse tjenestene (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 8). I denne sammenhengen brukes begrepet om den enkeltes innflytelse på, og delaktighet i, planlegging, utforming, utøving og evaluering av egen oppfølging. Brukermedvirkning vil omtales nærmere under avsnitt 2.1.

Delaktighet: Med delaktighet menes i denne sammenheng å ta del i utformingen av oppfølgingen.

Shared-decision making (SDM): Shared decision making kan beskrives som et verktøy for å oppnå større grad av brukermedvirkning (Storm & Edwards, 2013, s. 327). Begrepet shared decision making brukes i denne sammenheng i forbindelse med litteraturhenvisninger som omtaler SDM eksplisitt. SDM kan på norsk oversettes til samvalg (Jamtvedt & Nortvedt, 2015, s. 188). Det norske begrepet vil i denne oppgaven benyttes i diskusjonen i forbindelse med litteraturhenvisninger som omhandler SDM. En nærmere redegjørelse av begrepet følger under avsnitt 2.1.4.

Kommunal psykisk helsetjeneste: Med kommunal psykisk helsetjeneste menes i denne sammenheng tjenester som tilbys personer som sliter med psykiske helseutfordringer. Tjenestene gis i form av psykisk helsearbeid og tildeles etter vedtak.

Oppfølging: Med oppfølging menes i denne sammenheng systematisk kontakt mellom en person som sliter med psykiske helseutfordringer og helsepersonell i kommunal psykisk helsetjeneste, med sikte på å få til bedring av symptomer, øke mestring, livskvalitet og funksjon. Slik oppfølging kan bestå av samtaler eller praktisk hjelp, og bidra til å lage struktur i hverdagen, finne meningsfulle aktiviteter og utarbeide individuell plan. Oppfølgingen gis gjerne i samarbeid med fastlege og andre hjelpeinstanser. Det er en klar overlapp mellom oppfølging og behandling, men behandling er oftest knyttet til helsetilbudet som gis gjennom psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, og er derfor ikke benyttet her.

Tilfriskning: Begrepet tilfriskning vil brukes gjennomgående i oppgaven. Med begrepet menes i denne sammenheng en personlig bedringsprosess, basert på individuelle behov og preferanser, med mål om bedre helse. Begrepet ses i sammenheng med en recovery-orientert tilnærming til psykisk helsehjelp. Recovery vil omtales nærmere under avsnitt 2.1.2.

Behandlingsoverholdelse: Med behandlingsoverholdelse menes i denne sammenheng hvordan brukerne følger opp hjelpen de mottar, og må i denne oppgaven ses i lys av arbeid mot egen tilfriskning. Begrepet behandlingsoverholdelse benyttes til tross for at begrepet oppfølging i denne sammenheng benyttes fremfor begrepet behandling. På

engelsk bruker man begrepene «compliance», «concordance» og «adherence» for å beskrive slik etterlevelse. «Compliance» kan oversettes med føyelighet, og impliserer en passiv etterlevelse fra pasientens side. Begrepene «concordance», som kan oversettes med overenstemmelse eller samstemmighet, og «adherence», som kan oversettes med fastholdelse eller det å gi sin tilslutning til noe, antyder derimot en mer aktiv tilslutning fra pasientens side og innebærer at legen og pasienten på et likeverdig grunnlag er enige om behandlingen (Hov, Bjartnes, Slørdal & Spigset, 2012, s. 418). I mangel på dekkende norske ord vil begrepet behandlingsoverholdelse i denne oppgaven benyttes i tråd med en slik aktiv tolkning av begrepet etterlevelse. Begrepet vil også benyttes som en norsk oversettelse av det som i litteraturen omtales som «treatment adherence».

1.6 Oppgavens videre oppbygning

I dette kapittel, kapittel 1, er det forsøkt å skissere et rasjonale for den foreliggende studien, basert på nasjonale føringer og tidligere forskning på området. Videre følger en gjennomgang av studiens teoretiske rammeverk i kapittel 2. Kapittel 3 består av metodegjennomgang, der det beskrives hvordan studien er gjennomført. I kapittel 4 beskrives funnene, mens disse diskuteres opp mot teori og tidligere forskning i kapittel 5. Konklusjon og implikasjoner for praksis og videre forskning presenteres i kapittel 6.

2. Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil studiens teoretiske rammeverk presenteres. Først vil det redegjøres for ulike sider ved brukermedvirkning. Det vil gjøres rede for brukermedvirkningspolitikkenes utvikling, som i stor grad bygger på en vektlegging av menneskets autonomi. Videre vil det redegjøres for brukermedvirkningens lovmessige forankring. Brukermedvirkning på individnivå vil omtales spesielt. Med bakgrunn i studiens forskningsspørsmål presenteres også motivasjonsteori som teoretisk fundament. Selvbestemmelsesteorien omtales spesielt fordi denne vektlegger menneskelig autonomi som en viktig kilde til motivasjon.

2.1 Brukermedvirkning

I likhet med flere andre land har Norge forsøkt å reformere de psykiske helsetjenestene slik at økt grad av brukermedvirkning og delaktighet i egen behandlingsprosess i dag står sentralt (Ness et al., 2017 s. 126). Brukermedvirkning defineres i litteraturen på ulike måter, noe som ifølge Rise (2012, s. 1882) kan gi et inntrykk av et bredt, mangfoldig, komplekst og heller uklart fagområde. Overordnet deles vanligvis begrepet inn i tre nivå; brukermedvirkning på individnivå, brukermedvirkning på systemnivå og brukermedvirkning på politisk nivå. I tillegg kan man referere til brukermedvirkning på forskningsnivå (Klausen, 2016, s. 14). På individnivå er brukermedvirkning definert som deltakelse i valg, utforming og bruk av tjenester. På systemnivå innebærer begrepet at brukerne er aktive i planlegging og utforming av et bedre tjenestetilbud generelt. Slik brukermedvirkning kan foregå på ulike områder innen organisasjonen, og omhandle både forebygging og behandling. Brukermedvirkning på politisk nivå er definert som en aktiv rolle ulike brukergrupper og organisasjoner kan ha, i politiske prosesser, før beslutninger tas. Brukermedvirkning bidrar til å ivareta grunnleggende menneskerettigheter, og har gjennom norsk lovgivning blitt en grunnleggende rettighet i psykisk helsearbeid (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 8).

Nedenfor vil det først gjøres rede for brukermedvirkningspolitikkenes utvikling, og dette vil ses i sammenheng med en recovery-orientert tilnærming til psykisk helsehjelp. Deretter vil ulike lover og rettigheter som er sentrale for brukermedvirkning beskrives.

Til slutt vil brukermedvirkning på individnivå omtales spesielt, og dette vil ses i sammenheng med shared-decision making.

2.1.1 Brukermedvirkningspolitikken utvikling

Til grunn for brukermedvirkningspolitikken ligger en pasientsentrert omsorgstilnærming, som i generell forstand innebærer å utarbeide helsetjenester med hensyn til det enkelte individs preferanser og behov. En slik tilnærming til helse- og omsorgstjenester kom som en reaksjon mot paternalisme, reduksjonisme og økt medikalisering, og innebærer en overgang fra et tradisjonelt biomedisinsk sykdomsfokus, der pasienten anses som passiv mottaker av behandling, til en mer aktiv tilnærming, hvor pasienten anses som en viktig samarbeidspartner. Brukermedvirkning anvendes som virkemiddel for å oppnå pasientsentrert omsorg i praksis (Storm & Edwards, 2013, s. 327; Ekman & Norberg, 2013, s. 31). En pasientsentrert omsorgstilnærming har flere utspring, og brukermedvirkningspolitikken kan derfor ses som et resultat av flere, delvis overlappende, begrunnelser (Norvoll, 2013, s. 308). Nedenfor vil det redegjøres kort for tre av disse.

Empowerment

I Norge vokste brukermedvirkningspolitikken fram på 1980-tallet, på bakgrunn av borgerrettighetsbevegelsen i USA. Bevegelsen var karakterisert av en mobilisering av sivil motstand, og hadde som mål å oppnå like borgerrettigheter for alle mennesker (Rise, 2012, s. 1882). I så måte har bevegelsen flere likhetstrekk med empowerment-ideologien slik den kommer til uttrykk i helsepolitikken. Empowerment betraktes som en ideologi der målet er å mobilisere styrke hos personer slik at de opplever makt og styring over egne liv. Et grunnleggende skille innenfor empowerment-litteraturen går mellom hva vi kan kalle empowerment som etablering av motmakt og individorienterte tilnærminger. Motmaktstilnærmingen har et tydelig politisk aspekt der en mobilisering av kollektivet står sentralt. Fokus er på sammenhengen mellom individer og samfunnsmessige og strukturelle forhold. Den søramerikanske pedagogen Paulo Friere har vært en viktig inspirasjonskilde innenfor denne empowerment-tradisjonen. De individorienterte tilnærmingerne kan ta ulike former, men hovedfokus er å legge til rette for å styrke den enkelte, slik at kraften og ressursene den enkelte besitter kan videreutvikles. Det sentrale er faktorer i det enkelte individ, uten at dette settes inn i en

samfunnsmessig kontekst, og tanken er at vi gjennom å mobilisere indre styrker og ressurser kan oppnå våre mål (Askheim, 2016, s. 16, 21 & 35).

Brukermedvirkning i et demokratiperspektiv

Anerkjente verdier i Norge er autonomi, medbestemmelse og deltakelse, verdier som speiles ved at borgerne er sikret rettigheter til å delta i demokratiske beslutningsprosesser. Dette gjelder både indirekte, gjennom valg av politiske representanter, og mer direkte ved å delta i beslutninger som berører en selv og samfunnet (Storm, 2009). Tjenestetilbydere forsøker derfor å trekke inn innbyggers erfaringer og vurderinger for å finne frem til løsninger som på en hensiktsmessig måte balanserer ulike hensyn og interesser. Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene sikrer, gjennom et økt fokus på autonomi og medbestemmelse, slike demokratiske rettigheter i utforming og gjennomføring av tjenestene. Dette kan gjelde det generelle tilbudet, men også det konkrete tilbudet til hver enkelt (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 10).

Brukermedvirkning i et kvalitetsperspektiv

Nasjonale helse- og omsorgstjenester omfatter flere ulike tilbud, og samhandling mellom tjenestene er viktig. Likevel er det kun brukerne som opplever sitt eget behandlingsforløp i helhet, og brukerne besitter derfor verdifull erfaring, kunnskap og innsikt i hvordan tilbudet fungerer (Sosial- og helsedepartementet, 1998). På bakgrunn av dette vil brukerne kunne gi nyttige tilbakemeldinger om hva som kan forbedres og hvordan. Brukernes tilbakemeldinger vil kunne fungere som en viktig supplering til fagfolk og politikeres synspunkt, både i planlegging, utforming og drift av tjenester. Dette kan bidra til forbedret kvalitet i tjenestetilbudet. En slik involvering krever at tjenestetilbydere har evne til å lytte, erkjenner brukernes forutsetninger og forståelse av egen situasjon, samt viser respekt for brukerens fortløpende tilbakemeldinger. Det er derfor viktig at kommunene og de ulike helseforetak har kvalitetssystemer som sikrer brukermedvirkning. Å utarbeide gode rutiner for utøvelse av brukermedvirkning vil kunne bidra til sikre gode helse- og omsorgstjenester (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 10 & 11).

2.1.2 Recovery

Brukermedvirkning må også ses i sammenheng med «Recovery». En recovery-orientert tilnærming til psykisk helsehjelp handler om å støtte personer i deres mentale helseutfordringer, med mål om å leve meningsfulle liv i samfunnet (Storm & Edwards, 2013, s. 327). I Norge oppstod fokus på en recovery-orientert ideologi og praksis i etterkant av deinstitusjonaliseringen på 1970-tallet. Nøyaktig hvordan fenomenet recovery skal defineres er det ingen allmenn enighet om. Litteraturen synes likevel samstemt om at recovery dreier seg om en personlig bedringsprosess, basert på egne vilkår og behov, i en sosial sammenheng, og er basert på en vurdering som individet selv deltar aktivt i (Hummelvoll, 2012, s. 57, 59, 66 & 74). Brukermedvirkning er et viktig virkemiddel for å støtte opp under den enkeltes bedringsprosess, og vil av den grunn ha betydning for psykisk helsehjelp (Storm & Edwards, 2013, s. 319).

2.1.3 Brukermedvirkning som rettighet

Gjennom Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) har brukermedvirkning blitt en lovfestet rettighet i norske helsetjenester, herunder rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, samt rett til informasjon og samtykke (pbrl, 1999, § 3-1, 3-2, 4-1). Tjenesten skal så langt som mulig utformes i samarbeid med bruker, og det skal legges stor vekt på hva brukeren mener, jf. pbrl (1999, § 3-1, andre ledd).

Kommunehelsetjenesten har gjennom Helse- og omsorgstjenesteloven (hol) en tilsvarende plikt til å sørge for brukermedvirkning og -innflytelse i utformingen av helse- og omsorgstjenester (hol, 2011, § 3-10), samt sikre at brukerne mottar den nødvendige informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (pbrl, 1999, § 3-1 og 3-2; hol, 2011, § 4-2a). Denne informasjonen må være tilstrekkelig og tilpasset brukerens individuelle forutsetninger, og helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at brukeren forstår innholdet og betydningen av informasjonen (pbrl, 1999, § 3-5).

Videre har helsepersonell gjennom Helsepersonelloven (hpl) plikt til å ivareta brukernes rettigheter i henhold til pbrl. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for brukere, og samtidig øke kvaliteten på helse- og omsorgstjenester, jf. hpl (1999, § 1).

Personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering skal altså kunne medvirke ved gjennomføring av eget tilbud. Med gjennomføring av helse- og omsorgstjenester menes planlegging, utforming, utøving og evaluering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 4). Tjenestene som tilbys og ytes skal kunne bidra til stimulering av egen motivasjon og læring, samt øke funksjons- og mestringsevnen, basert på likeverdighet og deltakelse. Forskriften om habilitering og rehabilitering skal videre sikre at tjenestene som tilbys og ytes baseres på et brukerperspektiv, er samordnet, er i eller nærmest mulig brukerens vante miljø, og for brukeren oppleves å være i en meningsfull sammenheng (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 1)

2.1.4 Brukermedvirkning på individnivå

Denne oppgaven vil omhandle brukermedvirkning på individnivå, noe som innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner og kan delta aktivt i beslutninger som omhandler egen helse (Helsedirektoratet, 2014, s. 17). Mennesker som søker hjelp vil gjerne ha mest mulig styring over eget liv og motta hjelp på egne premisser. De ønsker å bli sett og respektert, på lik linje med andre. Individuell brukermedvirkning har i lys av dette en åpenbar egenverdi. Hver enkelt bruker besitter iboende ressurser. Dersom disse ressursene aktiveres vil det gi brukeren et mer aktivt forhold til egen sykdom og oppfølging, noe som vil kunne styrke brukerens selvrespekt og mestringsevne. Individuell brukermedvirkning vil således kunne ha en terapeutisk effekt. I motsatt fall kan den hjelpeløsheten mange brukere opplever bli forsterket (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 9).

Utgangspunktet i denne oppgaven er følgende definisjon fremlagt av Norges Handikapforbund, som er like aktuell for brukermedvirkning innen psykisk helse:

”Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner eller representative organisasjoner som er eller blir påvirket av en tjeneste/et tiltak skal ha innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjeneste/tiltaksutformingene.” (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 7).

Dette innebærer at bruker gis en reell mulighet for aktiv deltakelse i valg, utforming og bruk av tjenestene (Klausen, 2016, s. 14). En slik reell mulighet for medvirkning krever tilrettelegging, informasjon, og et samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteyter i søken på et best mulig tjenestetilbud for den enkelte (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 16).

Definert på denne måten har begrepet brukermedvirkning store likheter med begrepet «shared-decision making», et begrep som på norsk kan oversettes til samvalg (Jamtvedt & Nortvedt, 2015, s. 188; Metz et al., 2017, s. 2)

Shared-decision making (SDM)

Shared-decision making (SDM) kan defineres som prosessen hvor helsepersonell og pasienter jobber sammen for å komme frem til beslutninger rundt pasientens pleie eller behandling, i den grad og på de måter pasienten selv ønsker (Hayes, Edbrooke-Childs, Town, Wolpert, Midgley, 2018, s. 1). På den måten kan SDM anvendes som et verktøy for å oppnå større grad av brukermedvirkning i behandlingssammenheng (Storm & Edwards, 2013, s. 327). Begrepet ble for første gang anerkjent i forskningslitteraturen gjennom to artikler av Charles, Gafni & Whelan (1997, 1999). De vektlegger fire grunnleggende nøkkelprinsipp for SDM, herunder at minst to personer (pasient og helsepersonell) er involvert i valgene, at begge partene aktivt deler informasjon rundt behandlingsvalg, at de sammen kommer frem til valgene rundt ønsket behandling, og at det skal være et valg begge er enig i (Charles, Gafni & Whelan, 1997).

Ved bruk av shared-decision making vektlegges det at både pasienter og helsepersonell kan bidra med viktige innspill når beslutninger rundt behandling skal tas.

Helsepersonell har fagkunnskaper, herunder medisinsk kunnskap og ulike kliniske erfaringer, mens pasienten har kunnskap om seg selv, sin livsstil og sine fysiologiske og emosjonelle reaksjoner (Hayes et al., 2018, s. 1). Interessen for SDM kom ved at stadig

mer forskning antydnet at pasienter har ulike preferanser i valg rundt egen behandling, og at disse preferansene ofte ikke sammenfaller med preferansene til helsepersonell (Stiggelbout et al. 2015, s. 1173).

2.2 Motivasjonsteori

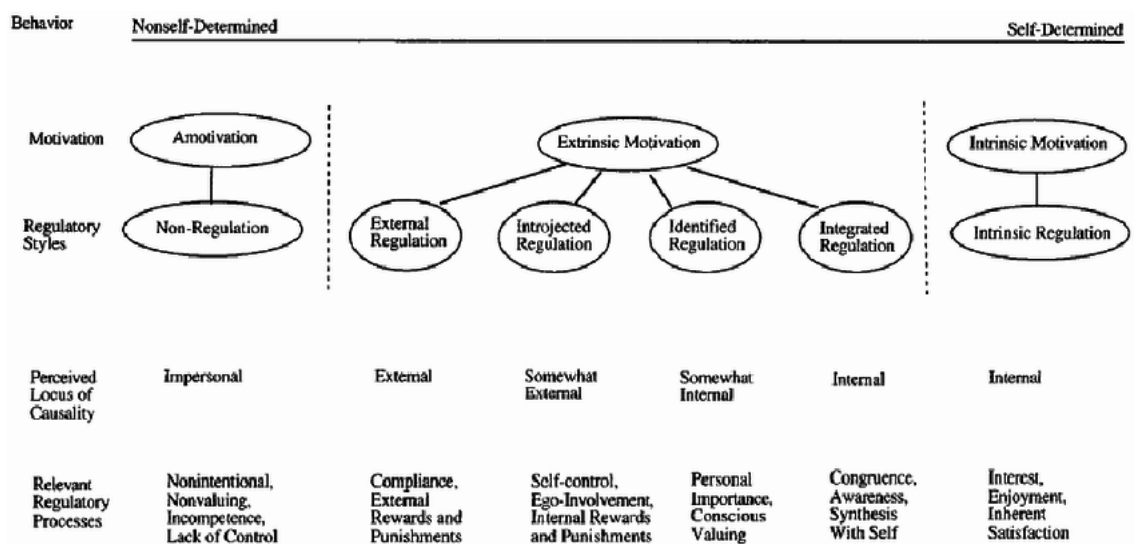
Motivasjon kan defineres som en prosess som påvirker retningen, utholdenheten og styrken på målrettet atferd (Ryan & Deci, 2000, s. 69). Tradisjonelt er motivasjon betraktet som et endimensjonalt fenomen, som kun endres i mengde. Teorier som bygger på denne antakelsen tar utgangspunkt i at større motivasjon gir høyere, og mer suksessfull, måloppnåelse. Senere har også kilden til motivasjon blitt vektlagt som en viktig predikater for måloppnåelse (Deci & Ryan, 2008, s. 14). Slike teorier skiller hovedsakelig mellom to kilder til motivasjon, én ytre og én indre. Ytre motivasjon stammer fra faktorer utenfor individet, som forventninger om belønning eller straff. Individet kan derimot også stimuleres av selve oppgaven og de følelser dette medbringer, for eksempel glede, mestring eller nysgjerrighet. Når aktiviteter utføres fordi selve oppgaven er motiverende i seg selv er individet indre motivert (Manger & Wormnes, 2015, s. 28). Både indre og ytre faktorer kan øke motivasjonen, og flere oppgaver kan innebære begge element (Manger & Wormnes, 2015, s. 30). Forskning tyder likevel på at indre motivasjon gir større utholdenhet og er mer effektiv i møte med kreative og utfordrende oppgaver. Indre motivasjon er også tett knyttet opp mot selvinnsikt, velvære og god psykisk helse (Ryan & Deci, 2000, s. 69).

2.2.1 Selvbestemmelsesteorien (SDT)

Selvbestemmelsesteorien (SDT) er blant motivasjonsteoriene som hevder at kilden til motivasjonen generelt er viktigere enn mengden. Teorien vektlegger at individet i utgangspunktet er aktivt, selvmotivert og nysgjerrig, og har et ønske om å lykkes fordi dette er givende i seg selv. Ifølge teorien er miljøet derimot ikke alltid tilrettelagt for slik atferd, noe som kan føre til passiv eller mekanisk atferd (Deci & Ryan, 2008, s. 14). SDT har, gjennom å granske ulike kilder til målrettet atferd, identifisert flere typer motivasjon. Hver av disse ulike typene motivasjon har distinkte konsekvenser for utholdenhet, læring, atferdsendring og velvære. Hovedsakelig skiller teorien mellom indre og ytre motivasjon, men i motsetning til liknende motivasjonsteorier fremmer

SDT tanken om at ytre motivasjon kan innebære ulike grader av autonomi, også kalt selvbestemmelse. Denne tanken introduserte Deci & Ryan (1985) gjennom en sekundær teori innenfor SDT, kalt *Organismic integration theory (OIT)*. OIT beskriver disse ulike formene for ytre motivasjon, og de kontekstuelle faktorene som påvirker hvordan atferden reguleres. Figuren nedenfor illustrerer hvordan Ryan & Deci (2000) fremstiller de ulike typene motivasjon langs et kontinuum, rangert fra venstre til høyre etter i hvor stor grad motivasjonen er autonom.

Figur 2. Self-determination Continuum Showing Types of Motivation.



Kilde: Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. American Psychologist, 55, 68-78.*

Motivasjonen helt til venstre i figuren karakteriseres som ikke-eksisterende motivasjon (*amotivation*), eller en manglende intensjon om å handle, mens motivasjonen helt til høyre karakteriseres som fullstendig autonom og indre motivert. I mellom finnes fire ulike typer ytre motivasjon. Ytterst av disse er motivasjonen som er ytre regulert. Atferden utføres her først og fremst med sikte på å oppnå en belønning eller unngå straff. Deretter følger motivasjonen som i større grad er internalisert, men som først og fremst utføres for å unngå stress eller dårlig samvittighet. Motivasjonen som følger deretter er i enda større grad internalisert. Denne atferden utføres i stor grad fordi den anses som personlig viktig. Den siste typen motivasjon som karakteriseres som ytre

motivert er preget av atferd som utføres fordi den er internalisert i slik grad at det oppleves som personlige verdier eller behov (Ryan & Deci, 2000, s. 72-73).

I hvilken grad atferden oppleves som internalisert og autonom vil kunne spille en avgjørende for hvordan personer tenker, føler og handler (Reeve, 2015, s. 143). Derfor er det viktig å forstå hvordan man kan oppnå og fremme slik motivert atferd (Ryan & Deci, 2000, s. 73). Sentralt i SDT er antakelsen om at mennesker har grunnleggende psykologiske behov som må tilfredsstilles. Disse antas å være iboende behov som gjelder uavhengig av kjønn, alder og kultur. De tre basale psykologiske behovene som SDT vektlegger er behovet for autonomi, behovet for kompetanse og behovet for tilhørighet. Oppfylles disse tre grunnleggende psykologiske behovene oppnås større indre motivasjon, og derigjennom større menneskelig motivasjon, utvikling og psykologisk velvære (Deci & Ryan, 2008, s. 15).

Autonomi

Behovet for autonomi refererer til at vi skal kunne handle basert på en følelse av fri vilje, og på bakgrunn av egne valg (Deci & Ryan, 2008, s. 18). Dette behovet anses gjerne som det mest grunnleggende for indre motivasjon, og omhandler et fundamentalt behov for at vårt engasjement i en aktivitet stammer fra et ønske i oss selv og ikke omgivelsene. Vår atferd er autonom når våre ønsker, interesser og preferanser styrer vår beslutning om å engasjere oss i en atferd eller la være. Dersom noen i stedet presser oss til å tenke, føle eller handle på en bestemt måte handler vi ikke autonomt, og dette vil påvirke vår indre motivasjon på en negativ måte (Reeve, 2015, s. 161).

Kompetanse

Med kompetanse menes ikke ferdigheter, men i hvilken grad personen opplever optimale utfordringer og mestring. Vi har et ønske om å interagere effektivt med omgivelsene, og vi ønsker å utvikle våre evner og potensial, gjennom å mestre optimale utfordringer. Når vi engasjerer oss i oppgaver som gir et optimalt nivå av utfordring i forhold til våre evner involveres vårt psykologiske behov for kompetanse, og vi føler interesse og glede. Dette øker sannsynligheten for at handlingen opprettholdes og repeteres (Reeve, 2015, s. 167). Den indre motivasjonen vil derfor være spesielt høy når

individet opplever å kunne arbeide med oppgaver det har valgt selv og til en hver tid føler er utfordrende, men mulig å beherske (Manger & Wormnes, 2015, s. 176). Positive tilbakemeldinger, enten i form av å lykkes med oppgaven eller i form av direkte tilbakemeldinger fra andre, styrker opplevelsen av mestring og kompetanse (Reeve, 2015, s. 173).

Tilhørighet

Behovet for tilhørighet henviser til det å føle en tilknytning til andre, føle at andre bryr seg om og respekterer oss, samt at vi bryr oss om og respekterer andre. Behovet handler om sosial interaksjon, og å kunne relatere seg selv til en annen person på en autentisk og betydningsfull måte. Fordi vi har et behov for å oppleve tilknytning og tilhørighet søker vi personer som vi opplever tillit til, og som vi tror kan gi oss omsorg og trygghet. For at det sosiale båndet skal være tilfredsstillende må vi oppleve at den andre personen bryr seg om vårt velvære og at de liker oss (Reeve, 2015, s. 175).

3. Metode

I dette kapitlet vil det redegjøres for de viktigste stegene i metoden som er brukt for å få svar på problemstillingen:

- *Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukermedvirkning i egen oppfølging?*

3.1 Design

Problemstillingen ble belyst gjennom kvalitative semistrukturerte intervju. Dette skyldtes prosjektets ønske om å gå i dybden på informantenes subjektive tanker og opplevelser rundt brukermedvirkning. På bakgrunn av studiens eksplorative formål, vurderes en slik kvalitativ metode som mest hensiktsmessig. Metoden er induktiv og forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk forskningstradisjon. Fenomenologien er opptatt av å forstå menneskers opplevelser, og undersøker subjektive fenomen fordi de mener opphavet til den sanne virkeligheten ligger i individets opplevde erfaring, en erfaring som bygger på individets livsverden (Polit & Beck, 2012, s. 494). Fenomenet som denne studien forsøkte å innhente informasjon om var brukernes opplevelse rundt brukermedvirkning i den kommunale psykiske helsetjenesten. Brukernes livsverden var en hverdag med psykiske helseutfordringer, og et behov for kommunal oppfølging for å bedre håndtere disse utfordringene.

Nyere fenomenologisk-hermeneutisk tenkning anerkjenner også at en beskrivelse av opplevelse må innebære tolkning. Hermeneutikken, som opprinnelig innebar fortolkning av tekster, vektlegger at forståelse av fenomener beskrives gjennom språk, og språk kan ikke eksistere uavhengig av tolkning (Holloway, 2005, s. 128). Samtidig bygger hermeneutikken på prinsippet om at tolkning består av en prosess, der delene forstås i lys av helheten (Holloway, 2005, s. 130). Gjennom et intervju skapes en fortelling der beskrivelser av personers livsverden blir innhentet. Det innhentede datamaterialet blir deretter fortolket for å skape en forståelse av mening. Dette gjøres gjennom transkripsjon av datamaterialet og siden gjennom systematisk analyse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 47).

3.2 Utvalg

Hensikten med studien er å innhente informasjon rundt hvordan brukere av kommunale psykiske helsetjenester opplever brukermedvirkning i egen oppfølging. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet følgende inklusjons-/eksklusjonskriterier.

- Brukeren er i alderen 18-25 år.
- Brukeren mottar kommunale psykiske helsetjenester, og vedtaket er utarbeidet på grunnlag av en psykisk lidelse. Dersom dette kriteriet er oppfylt ekskluderes ikke brukere med andre kombinasjonsproblemer.
- Vedtaket, altså tilbudet de mottar fra kommunen, må bestå av oppfølging minst 1 time per 14. dager.
- Brukeren må være samtykkekompetente
- Brukeren må kunne lese, snakke og forstå norsk. Dette for å unngå at misforståelser kan oppstå.

3.2.1 Innhenting av informanter

Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) til å behandle personopplysninger forelå 29.01.2019. Deretter startet innhenting av informanter. Dette ble gjort ved at det først ble opprettet telefonkontakt med virksomhetsledere for kommunale psykiske helsetjenester ved 3 ulike kommuner på Vestlandet. Alle virksomhetslederne takket, på bakgrunn av telefonsamtalen, ja til å få tilsendt mer informasjon om prosjektet. De fikk da tilsendt informasjon om bakgrunnen for prosjektet og hvilke inklusjonskriterier som var gjeldende, samt informasjons- og samtykkeskjema (se Vedlegg 1) og informasjon om masterstudien forankring ved Universitetet i Stavanger (se Vedlegg 2). De fikk også tilsendt en samarbeidsavtale som de ble bedt om å se igjennom, og eventuelt komme med tilbakemeldinger på (se Vedlegg 3). Alle virksomhetslederne informerte om at de sendte informasjonen videre til sine ansatte, som ble bedt om å ta kontakt med aktuelle brukere. Brukere som ønsket å delta kunne lese gjennom informasjonsskrivet og samtykke ved å signere samtykkeskjema. De signerte samtykkeskjemaene ble hentet hos den aktuelle virksomhetsleder, før informantene ble kontaktet for å avtale tid og sted for intervjuene.

Informantene ble kontaktet på den ønskede måten de hadde gitt uttrykk for på samtykkeskjema.

Innhenting av informanter skjedde med andre ord gjennom et strategisk bekvemmelighetsutvalg. Et strategisk utvalg er satt sammen med hensikt om at materialet best mulig skal kunne belyse problemstillingen (Malterud, 2017, s. 58). Utvalget var strategisk fordi forespørselen om deltakelse ble sendt direkte til virksomhetsledere for kommunale psykiske helsetjenester. I et bekvemmelighetsutvalg blir informanter ikke innhentet tilfeldig, men ved at potensielle informanter selv gir seg til kjenne (Polit & Beck, 2012, s. 516). Utvalget var bekvemmelig fordi rekrutteringen foregikk ved hjelp av de ansatte i kommunen, og ved at informantene samtykket før de ble kontaktet av forsker.

Alle virksomhetslederne uttrykket gjennom telefonsamtalen og mailkorrespondanse at de var positive til studien. Det ble derfor tatt en vurdering på at det ikke var behov for å ta kontakt med flere kommuner. Etterhvert viste det seg likevel vanskeligere enn først antatt å innhente aktuelle brukere. Tilbakemeldingene fra to av kommunene var at det var utfordrende å finne aktuelle informanter fordi brukergruppen, basert på studiens inklusjonskriterier, er liten og sårbar. Basert på disse tilbakemeldingene ble det derfor søkt til NSD om mulighet til å utvide aldergruppen til informantene fra 18-25 år til 18-30 år. Denne vurderingen ble gjort for å møte kommunenes tilbakemeldinger. Samtidig representerer aldergruppen 18-30 år fortsatt aldergruppen unge voksne og det ble derfor vurdert dit hen at utvidelsen ikke ville ha betydning for oppgavens hensikt og ramme. Før tilbakemeldingen fra NSD forelå ble fem intervjuer, alle med informanter fra én kommune, utført med bakgrunn i de opprinnelige alders- og inklusjonskriterier. I påvente av tilbakemelding fra NSD ble det også holdt løpende kontakt med de to andre kommunene. Det kom etterhvert frem at det ikke var mulig å innhente informanter som passet inklusjonskriteriene, og samarbeidet med kommunene ble derfor avsluttet. I et siste forsøk på å innhente flere informanter ble det derfor besluttet å ta kontakt med én ny kommune på Vestlandet. Også denne kommunen fikk tilsendt informasjon om bakgrunnen for prosjektet. Denne ble videresendt til de ansatte, som ble bedt om å ta kontakt med aktuelle brukere. For å sikre at den informasjon som eventuelt ble innhentet gjennom flere intervju skulle kunne behandles med den samme respekt som de tidligere intervjuene, og ikke skulle preges av tidspress, ble det satt en tidsfrist for

tilbakemelding angående aktuelle informanter. Det kom ingen tilbakemeldinger innenfor fristen og intervjuprosessen ble derfor ansett som avsluttet.

3.2.2 Kjennetegn ved informantene

Kommunene som fikk tilsendt informasjon om prosjektet fikk også tilsendt hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som var utarbeidet for studien. Etter dette hadde forsker ingen innflytelse på hvem som ble spurt om å delta. Forsker fikk heller ingen informasjon om informantene i forkant av intervjuet med unntak av informasjonen som kom frem av samtykkeskjema, og måtte derfor gå ut ifra at inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble overholdt.

Totalt deltok fem informanter i studien. Av disse var tre kvinner og to menn. Ved oppmøte til intervjuet, før selve intervjuet gikk i gang, ble informantene bedt om å svare på tre bakgrunnsspørsmål. Dette dreide seg om spørsmål rundt alder, og hvor ofte, samt hvor lenge de hadde mottatt tjenesten. Disse spørsmålene ble ansett som relevante for å få innsikt i hvilket utvalg som danner grunnlag for å besvare problemstillingen. Gjennom disse spørsmålene kom det frem at fire informanter var i alderen 19-25 år. Én informant var derimot 27 år. Selv om dette var utenfor det aldersspennet som var satt som inklusjonskriterium ble det ikke ansett til å være et problem. Det er fortsatt innenfor aldersgruppen som regnes som unge voksne, og vil av den grunn ikke ville ha betydning for oppgavens hensikt eller ramme. Intervjuet ble derfor utført på lik linje som de andre. Av bakgrunnsspørsmålene kom det også frem at informantene hadde mottatt den kommunale psykiske helsetjenesten i varierende tid. Den informanten som hadde mottatt tjenesten lengst hadde mottatt denne i nærmere fire år, mens den som hadde mottatt den kortest kun hadde mottatt den i ca. ett år. Det varierte hvor ofte informantene fikk oppfølging, fra to ganger i uken til en gang annen hver uke. Noen av informantene fortalte også at hvor ofte de mottok tjenesten varierte etter behov.

3.3 Datainnsamling

Grunnet de tidsmessige begrensingene som ligger i oppgavens ramme ble samtykkeskjemaene hentet hos virksomhetsleder etterhvert som hvert enkelt forelås, fremfor å vente med å hente alle samtidig. Intervjuene ble også avtalt fortløpende. Dette

medførte at alle intervjuene ble utført med 4-7 dagers mellomrom, alle i løpet av mars 2019.

Datainnsamlingen foregikk ved individuelle semistrukturerte intervju. Dette ble ansett som mest hensiktsmessig på bakgrunn av studiens ønske om å innhente subjektiv dybdekunnskap rundt hver enkelt informants opplevelser. Å benytte semistrukturerte intervju gav muligheten til å innhente mangfoldig og nyansert informasjon. Det ble i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuguide (se Vedlegg 4). De forhåndsdefinerte åpne spørsmålene i intervjuguiden ble utformet for å sikre at informasjonen som ble innhentet var relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålene. Samtidig ble informantene oppfordret til å snakke fritt rundt hvert enkelt spørsmål, og komme med så mange eksempler og illustrasjoner de selv ønsket. Å benytte semistrukturerte intervju som datainnsamlingsmetode la videre til rette for å stille oppfølgingsspørsmål, samt validerende spørsmål, noe som gjorde det mulig å oppklare uklarheter og bidro til å sikre at det informantene sa ble tolket riktig (Polit & Beck, 2012, s. 537). Et åpent, avsluttende spørsmål gav mulighet til å innhente informasjon som deltakerne selv mente kunne være av betydning og som ikke tidligere er innhentet gjennom intervjuet.

Intervjuguiden var i forkant av intervjuene gjennomgått sammen med medstudenter og veileder for å kontrollere at spørsmålene tilsynelatende svarte på forskningsspørsmålene. Et pilotintervju ble utført med en medstudent som har erfaring innenfor fagfeltet ergoterapi. På bakgrunn av dette ble spørsmålene tilpasset noe. Et pilotintervju med målgruppen lot seg ikke gjennomføre i forkant av intervjuene fordi forskningsfeltet er utilgjengelig uten samtykke fra deltakerne. Derfor var det hensiktsmessig at alle intervjuene ble utført med 4-7 dagers mellomrom. Det medførte at det var god tid til å gå igjennom alle transkriberte intervju og eventuelt tilpasse intervjuguiden underveis. Noen mindre justeringer ble også gjort, blant annet ble det lagt til et spørsmål for å tydeligere få frem aspekter rundt det langsiktige målet for oppfølgingen, og hva brukerne opplevde som viktig for å nå dette. Andre mindre justeringer innebar forskers toneleie i spørsmålstillingen, samt fokus for eventuelle oppfølgingsspørsmål. Disse endringene førte til at informasjonen som kom inn i større grad var knyttet opp mot problemstillingen.

Som spesifisert i informasjons- og samtykkeskjema kunne informantene selv velge hvor intervjuet skulle gjennomføres, enten der de mottok tjenesten, hjemme hos seg selv, eller et annet egnet sted (se Vedlegg 1). Det ble lagt til rette for en slik mulighet fordi det var ønskelig at informantene skulle føle seg mest mulig komfortable i situasjonen. Fire intervju ble etter ønske fra informantene gjennomført i lokalet der de mottok psykisk helsehjelp. Det var i forkant avklart muntlig med virksomhetsleder at det var mulig å låne kontorer til dette formålet. Ett intervju ble gjennomført hjemme hos vedkommende. Alle intervjuene foregikk uforstyrret, og lokasjon hadde ingen betydning for lydopptakets kvalitet. Det korteste intervjuet varte i 42 minutter, mens det lengste varte i 1 time og 6 minutter. Alle informantene gav muntlig samtykke til at intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Det var lagt til rette for at feltnotater kunne benyttes ved behov, men det ble ikke benyttet i utbredt grad.

3.4 Transkripsjon

Intervjuene ble transkribert gjennom to faser. I første fase ble det lyttet til hvert enkelt lydopptak og transkribert fortløpende. Dersom noe var uklart eller utydelig ble det «hoppet» tilbake gjentakende ganger. Det ble også hele tiden kontrollert at den transkriberte teksten stemte overens med det som ble sagt i intervjuet. I andre fase ble det lyttet gjennom alle intervjuene en gang til og dette ble kontrollert opp mot den transkriberte teksten. På denne måten ble eventuelle feil eller mangler oppdaget og korrigert, og det ble sikret at de ulike tegnkodene ble benyttet på samme måte. Dette var med på å validere det transkriberte datamaterialet.

Det var mulig å stille inn hastighet og lydnivå på lydopptakeren ved avspilling, slik at det var enklere å transkribere. Intervjuene ble transkribert på dialekt, og alle ord, uttrykk og tenkepauser ble tatt med. Gester, som gestikulering og mimikk, ironi og følelsesuttrykk som ble ansett som relevant for å forstå innholdets mening ble markert i parentes. Dette for ikke å miste aspekter i innholdet informantene uttrykte. Samtidig kan ordrett skriftliggjøring, og en mekanisk forståelse av pålitelighet, svekke materialets gyldighet. Formålet med transkripsjonen skal være å fange opp innholdet slik informantene hadde til hensikt (Malterud, 2011, s. 76). Rask transkribering kan bidra til å øke gyldigheten i transkripsjonen, fordi det øker sannsynligheten for at forsker får med kontekstuelle aspekt ved det som ble sagt, blant annet gestikulering, ironi osv., som

ikke tydelig kommer frem gjennom lydopptaket (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 253). Alle intervjuene ble av den grunn transkribert innen 48 timer etter avsluttet intervju.

De fem intervjuene resulterte i 54 tettekrevne sider, enkelt linjeavstand, med tekstmaterialet. Dette materialet var gjenstand for videre tekstanalyse.

3.5 Analyse

Malterud sin systematiske tekstkondensering ble benyttet som analysemetode. Dette begrunnes i studiens fenomenologiske vitenskapsteoretiske tilnærming.

Fenomenologisk analysemetode er godt egnet når hensikten er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innen et bestemt felt (Malterud, 2011, s. 97), noe som er i tråd med studiens hensikt og ramme. Systematisk tekstkondensering er en slik fenomenologisk analysemetode. Metoden er eksplorerende, deskriptiv og databasert, og tar sikte på å få frem beskrivelser gjennom tverrgående analyse. I en tverrgående analyse sammenfattes informasjon fra flere ulike informanter, og det gis rom for å se etter variasjoner, likheter og forskjeller. Systematisk tekstkondensering består av fire trinn, og er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud, 2011, s. 94-98). Det er disse fire trinnene som vil være utgangspunkt for den videre beskrivelsen av analyseprosessen. Et eksempel fra analyseprosessen er lagt ved under vedlegg (se Vedlegg 8)

1. Danne et helhetsinntrykk – temaer

I analysens første trinn ble det lest gjennom det transkriberte datamaterialet i sin helhet. Forskerens forforståelse ble forsøkt lagt til side, slik at helhetsinntrykket som ble dannet var nærest mulig datamaterialet (Malterud, 2011, s. 98). Seks foreløpige hovedtema ble identifisert. Veileder leste samtidig gjennom to av intervjuene. Også han identifiserte noen foreløpige tema. Deretter møttes forsker og veileder for å forhandle om foreløpige tema, og entes om følgende tre tema for videre analyse; «*styre innholdet i oppfølgingen*», «*valgmuligheter*» og «*kjemi*».

2. Meningsbærende enheter – fra tema til koder

I analysens andre trinn ble meningsbærende enheter i teksten identifisert. Forsker gikk gjennom alle intervjuene i «Microsoft Word» og benyttet

kommentarfunksjonen til å markere alle meningsbærende enheter med koder. Tekstenhetene ble kodet etter de foreløpige tema i trinn 1. Kodingen innebar en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten ble hentet ut fra sin opprinnelige sammenheng for å kunne se nærmere på dette sammen med andre elementer av materialet som sier noe om det samme (Malterud, 2011, s. 104). Alle intervjuene ble først lest gjennom én gang, men fordi analyseprosessen stadig kom lenger og ny informasjon og refleksjon påvirket videre koding ble det ansett som hensiktsmessig å lese gjennom alle intervjuene en gang til. På den måten ble alle intervjuene kodet etter mest mulig like prinsipper.

3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

Ved den andre gjennomlesningen i trinn 2 ble det også notert stikkord for hva som ble opplevd som relevante subgrupper under hver kode. Også dette ble gjort ved å bruke kommentarfunksjonen i «Microsoft Word». Deretter ble alle meningsbærende enheter kopiert fra dokumentene med intervjutekst, inn i egne dokument etter subgruppe. Dette resulterte i åtte dokument. Dokumentene bestod alle av en tabell med 4 kolonner (informantnummer, meningsbærende enhet, navn på subgruppe og merknad). Disse ble printet ut, og den videre analysen foregikk manuelt. Hver rad ble klippet ut med saks, og de meningsbærende enhetene ble plassert i en rekkefølge. Denne rekkefølgen ble så utgangspunktet for kondensatet. Kondensatene er de meningsbærende enhetene satt inn i ett felles artefakt sitat, der det er gjort svært få og små justeringer av de opprinnelige sitatene. Kondensatene er skrevet i jeg-form (Malterud, 2011, s. 106). Gullsitat, sitater som på best mulig måte beskriver hvert enkelt kondensat, ble også markert (Malterud, 2011, s. 107). Underveis i dette arbeidet ble det observert at den opprinnelige inndelingen av meningsbærende enheter, under de ulike subgrupper, ikke alltid passet like bra. Meningsbærende enheter som ikke passet ble flyttet til et mer egnet sted. To subgrupper dannet grunnlag for egne tema og ble derfor skilt ut fra sine opprinnelige plasseringer. Hele materialet ble gjennomgått på nytt for å kontrollere at endringene ble gjennomført konsekvent. Justeringer i subgruppene resulterte i at innholdet i de eksisterende subgruppene ble noe endret. Navnene på disse subgruppene ble derfor også endret etterhvert, slik at de passet bedre med innholdet. Etter dette trinnet var materialet med andre ord delt inn i åtte subgrupper, fordelt under fem tema.

4. Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper

I analysens fjerde trinn ble det skrevet en analytisk tekst for hver av subgruppene, som bygget på kondensatene fra trinn 3. Gullsitater ble brukt for å illustrere eller utdype den analytiske teksten (Malterud, 2011, s. 108). Sitatene ble oversatt til bokmål, og utsatt for små justeringer i tråd med skriftlig fremstillingsstil, uten at dette har gått på bekostning av innholdet. Dette ble gjort for å bedre lesbarheten og tydeliggjøre innholdet i sitatene (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 283). Videre ble funnene vurdert opp mot den sammenhengen de opprinnelig ble hentet ut fra. En slik rekonstekstualisering er viktig for å validere funnene. Det er denne analytiske teksten som representerer resultatene i forskningsprosjektet (Malterud, 2011, s. 107). Resultatene presenteres gjennom fem delkapitler, basert på de fem temaene som ble identifisert. Overskriften på delkapitlene stammer fra et av gullsitatene som er brukt under den aktuelle analytiske tekst, og gir et innblikk i hva som presenteres i det påfølgende avsnittet. Sammenhengen mellom subgrupper, tema og overskrift på de fem delkapitlene illustreres i tabellen under.

Tabell 2. Sammenhengen mellom subgrupper, tema og overskrift på de fem delkapitlene

Subgruppe	Tema	Overskrift på delkapittel
Informasjon	Valgmuligheter	Fri til å velge ting og slik
Aktiviteter		
Mål om å klare seg på egenhånd	Mål om å klare seg på egenhånd	Målet om å ta av støttehjulene og sykle selv
Kommunikasjon og tillit	Kommunikasjon og tillit	Alle kan jo ikke klaffe med alle
Faktisk delaktighet	Styre innholdet i oppfølgingen	Så det å bli hørt og bli tatt på alvor er viktig
Mulighet for å uttrykke meninger, ønsker og behov		
Samspill		
Ønske om en plan	Ønske om en plan	Trenger en step-by-step plan

3.6 Ytterligere metodiske overveielser

3.6.1 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Her følger en nærmere beskrivelse av hvordan studiens kvalitet ble ivaretatt. Denne beskrivelsen må sees i sammenheng med det øvrige metodekapittelet og punktene som beskriver analyseprosessen. Begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet vil benyttes fremfor de tilsvarende begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Gyldighet og pålitelighet er begreper som brukes naturlig i språket vårt, i motsetning til validitet og reliabilitet som vanligvis benyttes i kvantitativ metode (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 249).

Gyldighet

Gyldighet har å gjøre med i hvilken grad metoden undersøker det den hadde til hensikt å gjøre, og reflekterer de fenomenene vi ønsket å vite noe om. Gyldigheten må derfor ikke betraktes som en avgrenset fase, men gjennomsyre hele forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 253 og 264). Nedenfor vil det redegjøres for ulike hensyn som ble tatt for å øke denne studiens gyldighet.

En logisk sammenheng mellom teori og forskningsspørsmål påvirker studiens gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 253). Det er derfor lagt vekt på en bred gjennomgang av litteratur både under innledning og teori. Studiens teoretiske grunnlag dannet også utgangspunktet for intervjuguiden. Intervjuguidens første del ble strukturert etter de ulike fasene som legges til grunn for gjennomføring av egen oppfølging, jf. Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011, § 4). Intervjuguidens andre del bygget på motivasjonsteori, mens guidens siste del omhandlet spørsmål som vil kunne være av relevans for implementering av studiens funn i praksis. Forskeren transkriberte materialet selv, og alle intervjuene ble transkribert innen 48 timer etter at intervjuene ble avsluttet. Forskeren, som selv bidro i samtalen, husker i større grad momenter som kan ha betydningen for å forstå det som blir sagt, selv om når dette ikke kommer tydelig frem på lydopptaket. Fordi intervjuene ble transkribert raskt øker også det sannsynligheten for at materialet overføres, fra muntlig til skriftlig fremstilling, tette opp mot meningsinnholdet. Samtidig medfører forskerens innsats i å transkribere

materialet selv at erfaringene fra intervjuet gjenopples. Dette bidro til større gyldighet også i videre analysearbeid (Malterud, 2011, s. 76-78). Analysemetoden som ble valgt bidrar også til å øke studiens gyldighet. Resultatene bygger på meningsinnholdet fra intervjuene, som på en systematisk måte er kondensert (Malterud, 2017, s. 96). En detaljert prosjektlogg ble utarbeidet fortløpende. Dette ble gjort for å kunne gå tilbake og kontrollere foregående arbeid dersom noe var uklart, eller dersom prosjektet kanskje måtte justeres noe underveis. Prosjektloggen bidrar også til at metodiske overveielser og fremgangsmåte kan rapporteres detaljert og nøyaktig (Malterud, 2011, s. 51-54). Studien ble ved to anledninger presentert for medstudenter, emneansvarlig og faglærer ved universitetet. Dette bidro til nyttige korrigeringer, og bidro til å øke kvaliteten på studien i underveis (Polit & Beck, 2012, s. 594).

Pålitelighet

Pålitelighet har å gjøre med forskningsresultatens konsistens og troverdighet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). Videre har det å gjøre med hvorvidt resultatene kan reproduseres av andre forskere. Det er derfor av betydning å sikre at intervjuene avholdes på en slik måte at informantene ikke vil endre sine svar i et intervju med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250). For å øke studiens reliabilitet ble det derfor utarbeidet en intervjuguide. Intervjuguiden ble anvendt i alle intervju, selv om rekkefølgen ble tilpasset hver enkelt intervjusituasjon. Intervjuguiden er lagt ved som vedlegg (se Vedlegg 4). For å øke studiens pålitelighet i analysefasen ble to av intervjuene også lest av veileder. Veileder var deretter med på å drøfte hva som var sammenfallende, og hvilke nyanser som eventuelt kunne tydeliggjøres i enda større grad. I analysens første trinn var veileder med på å bestemme de foreløpige tema som dannet grunnlag for den videre analysen. Veileder var også aktiv deltaker i den videre analyseprosessen. I diskusjonsdelen settes funnene opp mot foreliggende empiri og teori. Dette omtales av Malterud (2017, s. 125) som en del av analysen, og er med på å øke påliteligheten. En grundig og detaljert rapport som bidrar til at andre kan verifisere funnene er viktig for studiens pålitelighet. Å kvalitetssikre resultatene på denne måten er viktig for å trekke konklusjoner om hvorvidt den foreliggende studien bør danne grunnlag for videre forskning og praksis. En detaljert og grundig beskrivelse av studiens fremgangsmåte er på denne måten også av betydning for studiens overførbarhet (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 254).

Overførbarhet

Overførbarhet innebærer også en analytisk generalisering der forskeren argumenterer for om resultatene kan overføres til andre relevante situasjoner. Det vil forsøkes å argumentere for betydningen av denne studiens funn i en samfunnsmessig kontekst i diskusjonskapittelet. Basert på rikholdige og kontekstuelle beskrivelser er målet at leseren av denne oppgaven også skal kunne vurdere om funnene har relevans for andre situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 269).

3.6.2 Forskerens posisjon og rolle

Studiens gyldighet innebærer også at forskeren må utvise refleksivitet i alle studiens faser. Refleksivitet bygger på en bevissthet om at forskeren bringer med seg en unik bakgrunnskunnskap, bestående av personlighet, verdier og erfaring, som kan påvirke forskningsprosessen. Ved å erkjenne dette, og overveie betydningen av eget ståsted, kan forskeren arbeide målrettet med å minimere virkningen av dette (Polit & Beck, 2012, s. 589; Malterud, 2017, s. 21). Forskerens posisjon må tydeliggjøres slik at også leseren kan ta stilling til dennes påvirkning på alle studiens faser (Polit & Beck, 2012, s. 596). Derfor følger en redegjørelse av forskerens bakgrunn nedenfor.

Forskerens forforståelse

Med en utdanningsbakgrunn fra det psykologiske fagfelt har den bio-psyko-sosiale modellen for helse og omsorg vært et sentralt grunnlag for faglig forankring. Videre har en interesse for forebyggende og helsefremmende arbeid vært en viktig kilde til motivasjon for å starte på masterstudiet som denne oppgaven faller inn under. Forsker har de siste fem årene arbeidet, som ekstravakt, som miljøterapeut i kommunal psykisk helsetjeneste. Gjennom dette arbeidet ble det tydelig at brukervedvirkning kan ha en stor betydning for brukers bedringsprosess. Dette gav grunnlag for et ønske om å studere brukervedvirkning på en mer systematisk måte. Det er viktig å presisere at forsker ikke hadde kjennskap til noen av informantene i forkant av intervjuet, og ikke intervjuet brukere som var rekruttert fra eget arbeidssted.

3.7 Forskningsetiske overveielser

3.7.1 Forskningsetisk godkjenning

Denne studien er gjennomført i henhold til forskningsetikkloven, personvernlovgivning, samt forskningsetiske retningslinjer beskrevet i Helsinkierklæringen (World Medical Association, 2013). På grunnlag av målet med studien ble det i september 2018 søkt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om godkjenning til å gjennomføre prosjektet. De anslo at prosjektet falt utenfor helseforskningslovens virkeområde, fordi de ikke anså at prosjektet innhentet kunnskap om helse og sykdom som sådan. Det krevdes derfor ikke godkjenning fra REK til å gjennomføre prosjektet (se Vedlegg 5). Studien ble deretter meldt inn til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Studien ble tilrådd, med referansenummer 309156 (se Vedlegg 6), og datainnsamling kunne starte 29.01.2019. Grunnet utfordringer med å innhente aktuelle brukere ble det senere søkt til NSD om godkjenning til å utvide aldersspennet. I påvente av tilbakemelding fra NSD ble intervjuprosessen avsluttet. Dette ble meldt til NSD og den opprinnelige vurderingen ble derfor utstedt på ny.

3.7.2 Personvern

Konfidensialiteten i prosjektet ble sikret ved at samtykkeskjemaene ble lagret avlåst, adskilt fra det resterende datamaterialet og utilgjengelig for andre enn forsker og veileder. Lydopptakeren ble også lagret i et skap med lås når den ikke var i bruk til intervju eller transkripsjon, og lydfilene ble så raskt som mulig flyttet over på kryptert minnepinne. Det transkriberte datamaterialet ble også lagret på den krypterte minnepinnen. Siden studien kun hadde fem informanter var det ikke nødvendig med en skriftlig kodingsnøkkel. Lydfiler, transkribert materiale og samtykkeskjema vil slettes eller makuleres innen prosjektets slutt. Det gjenstående materiale vil være anonymisert. Det ble utarbeidet en egen datahåndteringsplan som beskriver håndtering av prosjektets forskningsdata (se Vedlegg 7)

3.7.3 Informasjons- og samtykkeskriv

Et informasjons- og samtykkeskjema ble lagt ved informasjonen som virksomhetslederne fikk tilsendt (se Vedlegg 1). Denne skulle deles ut til aktuelle brukere. Informasjonsskjemaet inneholdt informasjon om studiens hensikt, samt mulige fordeler og ulemper, samt opplysninger om hvordan personvernet skulle sikres. Deltakelse i dette prosjektet innbar ingen risiko. Det kom også tydelig frem av informasjonsskrivet at valget om å delta eller ikke var helt frivillig, at valget ikke ville få noen konsekvenser for den enkeltes oppfølging, og at samtykket når som helst kunne trekkes tilbake uten at individet behøvde å oppgi noen grunn for dette. Deltakerne kunne også selv bestemme hvordan de ønsket å bli kontaktet. Dette fremkom av samtykkeskjemaet. Dersom informantene hadde eventuelle spørsmål kunne de ta kontakt i forkant av intervjuet, eller ved ankomst til intervjustedet. Forsker innhentet de signerte samtykkeskjema hos virksomhetsleder før informantene ble kontaktet.

Før selve intervjuet ble gjennomført gikk forsker også muntlig gjennom den viktigste informasjonen i informasjons- og samtykkeskjema, herunder at informanten når som helst kunne trekke seg fra intervjuet, uten at dette medførte noen konsekvenser, samt at informasjonen om dem skulle oppbevares på en trygg og sikker måte, i tråd med forskningsetiske retningslinjer, slik at ingen får tilgang til personidentifiserbare opplysninger om dem.

3.7.4 Samarbeidsavtale

Alle virksomhetslederne fikk tilsendt en samarbeidsavtale som de ble bedt om å se igjennom og eventuelt komme med tilbakemeldinger på. I denne samarbeidsavtalen ble det blant annet spesifisert at brukerne skulle ha mulighet til å ta opp eventuelle tema som blir aktualisert i intervjuet i samtalene med sin kontaktperson ved virksomheten. Dette ble gjort for å sikre ivaretagelsen av brukerne i forkant og etterkant av intervjuet.

4. Resultat

Presentasjonen av studiens funn er delt inn i de fem sentrale temaene som ble identifisert gjennom analyseprosessen (se Tabell 2), og disse besvarer på ulike måter studiens problemstilling:

«Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukermedvirkning?».

Funnene presenteres i følgende rekkefølge:

- *Fri til å velge ting og slik*
- *Målet om å ta av støttehjulene og sykle selv*
- *Alle kan jo ikke klaffe med alle*
- *Så det å bli hørt og bli tatt på alvor er viktig*
- *Trenger en step-by-step plan*

4.1 Fri til å velge ting og slik

Flertallet av informantene fortalte at de hadde kommet i kontakt med det kommunale psykiske helsetilbudet gjennom andre instanser, herunder barnevernstjenesten, skolehelsetjenesten, eller psykisk helsevern for barn og unge eller vokse. Årsaken til at de søkte hjelp var at de alle hadde behov for en støttespiller i en hverdag preget av psykiske helseutfordringer. I etableringsfasen hadde flere mottatt informasjon om hva tjenesten gikk ut på, hvilke tilbud som fantes og hvilke aktiviteter det var mulig å være med på. Flere informanter sa at de i denne fasen syntes det var viktig at informasjonen ble gitt litt gradvis, slik at det ikke ble for overveldende. Én informant uttrykte dette slik

«Når du først begynner i et slikt tilbud så er det jo av en grunn, og da føler jeg ikke at du kan ha for mye på gang».

De syntes det var viktig og naturlig at kontaktpersonen tok seg tid til å bli kjent med dem, og deretter tilpasset informasjonen etter hvilke aktiviteter de kunne hatt interesse

av, og hva som kunne være egnede tilbud. Informasjonen de fikk omhandlet blant annet hvilke tjenester som kunne tilbys, hvilke aktiviteter det var mulig å være med på, og hvordan tjenesten kunne utformes etter den enkeltes ønsker og behov. Videre nevnte flere av informantene at de ettertrykkelig hadde fått informasjon om at de kunne styre innholdet i oppfølgingen selv, og dette var noe de satte stor pris på. Alle informantene fortalte at de var greit fornøyd med informasjonen de hadde fått i forbindelse med tjenesten de mottar. Spesielt gjaldt dette informasjon omkring ulike aktiviteter og tilbud de kunne benytte seg av. Informanter nevnte basketball, fotball, brettspillgrupper og bowling som aktiviteter de kunne delta på dersom de var interessert i det. Én informant uttrykte sine tanker rundt ulike aktiviteter og valgmuligheter slik

«De hadde sånn kunstterapi. Jeg er ikke så flink å tegne, men jeg ønsket å prøve det, kanskje var det noe som kunne hjelpe meg. Så jeg ble med på det. Det var ganske kjekt, men det var på en måte ikke noe som kunne hjelpe meg, så jeg sluttet. Det er slike valgmuligheter du har.»

De fleste informantene var også fornøyd med informasjonen de hadde fått rundt egne rettigheter, slik som informasjon om at de var *«fri til å velge ting og slik»*, selv om én informant gjerne skulle ønsket enda mer informasjon om dette. Denne informanten fortalte også at han syntes informasjonen i for stor grad ensrettet handlet om tilbudet i den kommunale psykiske helsetjenesten, og at han savnet informasjon om andre tjenester som kunne være av betydning. Flertallet av informantene fortalte likevel at de ikke hadde festet seg ved informasjonen om ulike rettigheter, at de hadde glemt hva informasjonen innebar eller at de ikke opplevde at denne informasjonen var viktig for dem i deres behandling. Én informant uttrykte det slik

«Jeg går ut i fra at jeg har fått det en gang i tiden, men de (rettighetene) bryr jeg meg som regel ikke om. Jeg går ut i fra at det er ganske standard, med taushetsplikt og alt det der. Jeg går ut i fra at jeg har fått disse skjemaene når jeg begynte her og går ut i fra at jeg latet som om jeg leste dem og «stuffde» de ned i en stor bunke med andre dokumenter, så. Men ja, jeg går ut i fra at jeg har fått informasjonen, men jeg tror ikke jeg har brydd meg så mye om den.»

Informantene syntes det var bra at det er så mange forskjellige typer aktiviteter. Dette gjorde at de kunne prøve ut forskjellige tilbud og finne ut hva de følte kunne passe dem. Likevel benyttet ingen av informantene seg av disse tjenestene lenger. Én informant fortalte at han ikke ønsket å delta på noen av aktivitetene siden alle var gruppebasert, og han foretrakk derfor at kontaktpersonen satte ham i kontakt med en annen bruker. En annen informant gav også uttrykk for at han savnet tilbud om flere aktiviteter som var mer individuelle og hvor han kunne gå på egenhånd. Han fortalte at aktiviteter og noe å fylle dagene med var viktig for hans tilfriskning, men at han savnet økonomiske støtteordninger som gjorde det mulig for ham å være med på slike individuelle aktiviteter. Han sa det slik

«Altså, de ansetter så mange sykepleiere, også spør de oss alltid om å gå med dem på tur eller være med dem. Det hadde vært bedre hvis de hadde gitt oss mer aktiviteter, sånn de hadde en kontrakt med et treningssenter eller et svømmebasseng. Der vi kan betale en del prosent selv hvis de tenker at vi ikke kan betale for dere. Jeg skulle ønske det var litt mer tilbud der, der du på egenhånd hvis du var interessert i svømming kan spør om du kan få en del prosent avslag på det. Mer aktiviteter enn å komme hit.»

Et viktig mål for informantene var å i fremtiden kunne klare seg på egenhånd. For én informant innebar dette konkret praktisk oppfølging, i form av å holde leiligheten ren og ryddig, mens det for en annen handlet om å bli kjent med seg selv og egne følelsesmessige reaksjoner. For to andre informanter handlet dette om å kunne fullføre videregående skole, eventuelt begynne i lære i en bedrift. Én informant nevnte at hun hadde som mål å begynne å studere. For å nå dette målet måtte hun fullføre videregående, da hun tidligere hadde strøket i ett fag. Kontaktpersonen hadde hjulpet henne med å finne en privatlærer, og hun hadde nå meldt seg opp til eksamen. Én annen fortalte også at han ønsket å ta opp fag fra videregående, men at det kostet en del penger for ham å gjøre det. Han savnet derfor et tilbud som gjorde det mulig for ham å fullføre videregående skole og siden få seg jobb. Han uttrykte det slik

«Eneste de sier er at du kan ta opp fag, enten opp på privatistskole eller ta det opp på egenhånd. Det er det ikke alltid vi har råd til det, for eksempel fordi vi er syke. (...) Jeg etterlyser litt mer tilbud i forhold til jobb og skole. Folk som har en psykisk lidelse, de fleste dropper ut fra skolen, og det hadde vært bedre hvis de som ville bygge seg opp

igjen fikk mulighet til for eksempel å ta opp skole eller ta fagbrev. Det hadde vært bra med tilbud som kunne hjelpe oss å bygge oss opp igjen, til et godt og sunt liv. (...) I alle fall gjort det litt enklere for oss å komme langt i livet igjen, for de som har lyst til å stå på. At de hjelper oss til et fornuftig liv. (...) Det er mange pasienter som er stabile i mange år, men det er synd vi ikke får hjelp til å stå på egne ben.»

4.2 Målet om å ta av støttehjulene og sykle selv

Flertallet av informantene snakket om hvor viktig det var at de selv var klar for å gjøre en forandring. De uttrykte en felles anerkjennelse om at oppfølgingen gjaldt dem, og at det var de som måtte gjøre endringen. Én fortalte at tjenesten i størst mulig grad kan legge til rette for endringsarbeid, gjennom samtaler, aktiviteter og tilbud, men det er opp til den enkelte å benytte seg av mulighetene. Én annen fortalte at et viktig mål med oppfølgingen for henne var å lære å kjenne igjen følelser og gjøre en forandring, og det var opp til henne å legge ned energien og arbeidet for å gjøre denne forandringen. Denne informanten uttrykte betydningen av selv å være klar for forandringen slik

«Fordi du kan styre en samtale så mye du vil, men hvis du ikke er klar for å forandre deg, så vil det ikke gå noe sted. Behandling er ikke noe som foregår på kontoret, det foregår i alle aspekter av hverdagen og livet så ...»

Flertallet av informantene nevnte at kontaktpersonen kunne være en viktig kilde til lysten til å gjøre en endring. Informantene anså motivasjon hos seg selv som det viktigste elementet for å lykkes i endringsarbeidet, men kommenterte at kontaktpersonen kunne være en viktig motivator og fasilitator i dette arbeidet. Én informant uttrykte det slik

«Ja altså, når du snakker med kontaktpersonen, får det ut og så bare snakker dere sammen, så får du på en måte en tanke om at det ikke er slik du ønsker å føle og at du må gjøre noe, noe må du jo bidra med for å få til en forandring selv.»

Én annen informant beskrev hvordan hun hadde behov for en kontaktperson som utfordret tankene hennes. For henne innbar det at kontaktpersonen var helt og fullt på hennes side ikke at kontaktpersonen alltid støttet opp om tankene hennes. Hun hadde

behov for at kontaktpersonen kunne være en støttespiller, men samtidig én som kom med innspill og ulike synspunkter. At noen kom med reflekterte tanker omkring situasjonen og på denne måten gav innblikk i et nytt perspektiv mente hun var viktig for at hun skulle lære seg selv bedre å kjenne, og for hennes tilfriskning.

Videre opplevde én informant at det var viktig for henne at kontaktpersonen hadde troen på henne. For henne var det viktig at noen heiet på henne og sa at dette kom hun til å klare. Det hadde gitt henne motivasjon og lyst til å bevise, ovenfor seg selv og for kontaktpersonen, at hun kunne få det til. To informanter nevnte også at brukermedvirkning og et samspill mellom dem og kontaktpersonen var spesielt viktig for dem. At de fikk være med å bestemme selv hva som skal gjøres og hvem de ønsker å være, gav dem motivasjon til å arbeide mot endringen og gjennomføre. Denne motivasjonen bestod av «*en slag fighting spirit*», en tro på at de kunne lykkes. Én informant beskrev denne sammenhengen slik

«Fordi jeg har fått lov til å være med og bestemme hva som skal gjøres, så føler jeg at jeg nesten må gjennomføre det. Sier du noe så skal du følge opp på en måte, det er i hvert fall jeg lært opp med.»

Målet for flere av informantene var på sikt å håndtere dagliglivet på egenhånd. En kontaktperson som heiet dem frem gav dem tro på at de kunne lykkes, mens de gjennom oppfølgingen på et trygt sted, der de selv fikk sette grenser og bestemme innholdet, fikk trent seg i hva de skulle gjøre når situasjoner oppstod. Når dette fundamentet var på plass var håpet at de skulle føle seg sikre, og slik én informant uttrykte det «*klar til å ta av støttehjulene og sykle selv*».

4.3 Alle kan jo ikke klaffe med alle

Alle informantene fortalte at god kontakt, eller kjemi, med kontaktpersonen var sentralt for å få et størst mulig utbytte av helsehjelpen. Informantene brukte ikke ordet kommunikasjon, men flere var inne på at kjemien var sentral for brukermedvirkning fordi dette var en forutsetning for å kunne være åpen og ærlig. Én informant nevnte at kjemien var sentral for å kunne snakke om det som virkelig var problemet og ikke bare alt rundt. Hun mente også at brukermedvirkning ikke ville fungere dersom en ikke

opplevde at en kunne snakke om det som faktisk var vanskelig og utfordrende, fordi at det da ikke var mulighet for å arbeide med det en hadde størst behov for. I tillegg til at kjemi ble ansett som viktig for at informantene selv skulle kunne være ærlige, mente én informant at det også var viktig at kontaktpersonen var ærlig i tilbakemeldingene. Hun sa det slik

«Bare si det rett ut, akkurat det du tenker, ikke gå rundt grøten. Det er viktig ikke bare for samarbeid, men også for kommunikasjon og forståelse og alt mulig. Jeg er ikke så flink til å plukke opp om hint, og det blir så ubehagelig når en går rundt grøten. Da vet en ikke helt hvor en har den andre personen.»

Kjemi ble ansett som noe mer instinktivt enn god kontakt. Den gode kontakten måtte bygges opp over tid, ved at informantene og kontaktpersonen fikk anledning til å bli kjent med hverandre. Dette innebar å skape trygghet og tillit. Én informant fortalte at hun hadde slitt med å være åpen i starten, fordi kontaktpersonen var en ukjent person. Etterhvert som de hadde blitt mer og mer kjent hadde hun derimot begynt å stole mer på kontaktpersonen, og hun følte nå at hun var ærlig om hva hun tenkte og hva som foregikk i hverdagen. Dette var viktig for henne fordi kontaktpersonen var den eneste personen hun kunne fortelle om sine tanker og utfordringer, og å kunne dele dette med noen gjorde det lettere for henne å håndtere.

Det var også viktig for informantene at kontaktpersonen viste tålmodighet og forståelse, og anerkjente at noen ting tar tid. Å anerkjenne at ingen er like og at alle har ulike utfordringer ble også ansett som viktig for informantene. Videre ble trivsel og felles interesser av informantene ansett som viktig for å oppnå en god kontakt med kontaktpersonen. Av én informant ble trivsel også beskrevet som det viktigste for å kunne glede seg til oppfølgingen. Han beskrev det slik

«Om det er brukermedvirkning vet jeg ikke, men det viktigste for meg er jo det faktum at vi har veldig god dialog, og vi har mer slik kompisprat og fellesinteresser. Det synes jeg er veldig viktig, fordi det gjør jo at jeg gleder meg i stedet for å grue meg til han skal komme.»

Flertallet av informantene var svært fornøyd med den opplevde kjemien med kontaktperson i kommunen. Én opplevde derimot ikke at det klaffet helt med sin kontaktperson, og følte at dette var begrensende for egen tilfriskning. Av denne informanten ble kjemi også betraktet som en forutsetning for at kontaktpersonen gjorde jobben sin på en tilstrekkelig måte, og det at informanten opplevde manglende kjemi ble derfor begrensende for oppfølgingen informanten mottok.

Kjemi og god kontakt med kontaktpersonen var ikke noe informantene tok for gitt. Flere hadde ved tidligere mottatt helsehjelp opplevd hvordan tjenesten ble påvirket av manglende kontakt med kontaktpersonen, og delte sine refleksjoner rundt dette. De fortalte at de trengte en støttespiller som de kunne være ærlige med, og det var viktig for dem å finne den ene personen de stolte på. Flere informanter uttrykte også at de så det som helt naturlig at alle mennesker er forskjellige, og at alle ikke kan ha like god kjemi med alle. Én informant sa det slik

«(...) alle kan jo ikke klaffe med alle, det er jo nettopp det. Alle er jo forskjellige, alle er forskjellige personer. Alle har forskjellige personligheter og alle har sin egen måte å jobbe på. Det er det som gjør at hver enkelt må finne sin person. Alle er forskjellige og det er helt i orden.»

Dersom informantene ikke opplevde at det klaffet mellom dem og kontaktpersonen var det viktig for dem å kunne gi beskjed om dette. Noen, særlig de som opplevde trygge rammer rundt oppfølgingen, mente også at kontaktpersonen ikke ville ta slike tilbakemeldinger personlig, men hadde et profesjonelt forhold til det. Videre sa de som ikke opplevde utfordringer i sin relasjon med kontaktpersonen i kommunen på nåværende tidspunkt at de ikke ville ha problemer med å si i fra ved behov, selv om det kunne være ubehagelig. Den ene som derimot opplevde at kjemien til kontaktpersonen ikke var helt tilstedeværende opplevde derimot dette som vanskelig, og var redd for at kontaktpersonen skulle ta slike tilbakemeldinger personlig.

For denne informanten var det viktig å understreke at det ikke var ønskelig at kontaktpersonen endret seg eller sin måte å arbeide på for å få relasjonen til å fungere. Denne informanten mente at alle har sin personlighet, og alle har sin måte å arbeide på. Manglende kjemi var ifølge denne informanten ikke ensbetydende med at

kontaktpersonen ikke var flink i sitt arbeid, men i stedet et signal på at disse personene ikke utfylte hverandre på en god måte. Å endre måte å arbeide på ville ikke endre kjemien, og ville ifølge informanten ikke føre til bedre arbeid. Informanten hadde i en lengre periode sittet med en tanke om å bytte kontaktperson, men var noe usikker på hvordan en skulle gå frem for å få dette til.

4.4 Så det å bli hørt og bli tatt på alvor er viktig

Flertallet av informantene fortalte at de var fornøyd med måten de kunne påvirke hjelpen de fikk. De fortalte at de fikk lov til å uttrykke egne tanker, og at det ble lagt til rette for at de kunne uttrykke sine meninger. Flere følte også at de kunne gi klart uttrykk for hva som fungerte eller ikke fungerte, og at det var i orden at de kom med slike tilbakemeldinger. Én uttrykte det slik

«På slutten av samtalen så spør hun meg alltid om hvordan det har vært, og om jeg har fått snakket om det jeg ønsket selv, og slike spørsmål (...) (og) på slutten av samtalen så sier de alltid at hvis det er noe annet jeg har lyst å gjøre så er det bare å si i fra. Det er jeg som styrer samtalen og alt, og de er bare der for å høre på.»

Selv om flertallet opplevde at det ble lagt til rette for at de kunne uttrykke sine egne tanker og meninger fortalte én informant at det ikke alltid var enkelt å være helt ærlig. Hun sa

«men jeg tror kanskje jeg er litt mer positiv i tilbakemeldingene enn det jeg egentlig er, en pynter alltid litt på sannheten. Men jeg klarer å være noenlunde ærlig, det er ikke slik at jeg gir toppscore hver gang»

Flere informanter uttrykte også tanker omkring hvorfor det kunne være vanskelig å uttrykke sine egne meninger. Én informant fortalte at det kunne være vanskelig fordi hun var oppdratt til å være en «snill pike», og ikke var lært med å si ifra om sine egne synspunkter, mens andre syntes det var vanskelig å komme med innspill fordi de var fornøyd med tilbudet akkurat slik som det var, og derfor ikke visste hva de skulle ønske å endre på.

Videre sa flere informanter at det viktigste for at de skulle kunne dele sine tanker, meninger og behov var at kontaktpersonen lyttet aktivt. Informantene mente dette var viktig fordi det gav dem tro på at kontaktpersonen brydde seg om dem, og ønsket å hjelpe dem videre. For informantene innebar dette at kontaktpersonen hørte på det de hadde å si, og at han eller hun tok det til seg. Det var viktig for informantene at kontaktpersonen var åpen og ikke dømmende, og at de og det de gav beskjed om ble tatt på alvor. Én informant sa det slik

«Det å forsikre meg om at det vil bli tatt på alvor, og at de ikke finnes dumme spørsmål eller dumme ting å snakke om. For hvis du ikke føler det er greit å snakke om så vil du tørr du jo ikke å ta det opp. Så å bli hørt og bli tatt på alvor er viktig.»

I tillegg til å få muligheten til å uttrykke egne tanker og meninger opplevde informantene også å få være delaktig i utformingen av oppfølgingen og dens innhold, og de fleste var fornøyd med mengden påvirkning de hadde. Disse informantene opplevde at de fikk bestemme hvor oppfølgingen skulle finne sted, og at de direkte fikk påvirke hva oppfølgingen skulle bestå av.

Flere av informantene fortalte også at hver time startet med en kartlegging av hva de ønsket å bruke denne timen til, og at resten av timen deretter omhandlet dette. Informanten som mottok oppfølging i form av veiledning til å holde leiligheten ren og ryddig fortalte blant annet at han og kontaktpersonen stort sett avtalte de hva de skulle gjøre fra gang til gang, og at dette som regel var basert på det informanten selv hadde funnet ut at var nødvendig. Han opplevde at det var enkelt for ham å uttrykke hva han hadde behov for, og kontaktpersonen sjelden hadde gått ham i mot.

Videre fortalte noen informanter som mottok oppfølging i form av samtaler at samtalerne stort sett var basert på hva de selv hadde behov for å snakke om. Timen startet som regel med hvordan de hadde det den dagen, om det var noe spesielt som hadde skjedd siden forrige gang, og om det var noe de ønsket å snakke om. De fortalte at de hadde muligheten til å styre samtalen selv og dersom samtalen begynte å fravike den retningen de ønsket, hadde de mulighet til å styre samtalen tilbake til det de egentlig ønsket å snakke om. Informantene opplevde at det var viktig at samtalen omhandlet det de hadde behov for. De opplevde at det var enklere å snakke om ting de selv hadde fått

bestemme, og at de selv visste best hva de hadde behov for å snakke om fra gang til gang. De mente også at samtalen da i større grad omhandlet de utfordringene de stod ovenfor i hverdagen. Én informant uttrykte det slik

«Fordi da får jeg jobbet med det jeg kjenner på, det som jeg kjenner er tungt og tøft. Da får jeg hjelp, og råd til hvordan jeg kan håndtere det. Så kan vi eventuelt snakke om det behandleren vil etterpå, og finne ut av det også, men da har jeg det jeg trenger til å håndtere den vanskelige situasjonen.»

At de selv fikk bestemme innholdet i samtalene opplevde disse informantene som viktig. De opplevde at oppfølgingen da i større grad kunne hjelpe dem med det de hadde behov for, og dette gav dem mer motivasjon til behandlingsoverholdelse og å arbeide mot egen tilfriskning. Én informant uttalte at

«Jeg blir jo ikke motivert av å snakke om noe jeg egentlig ikke føler jeg trenger å snakke om. Altså, dersom jeg er motivert til å snakke om en ting, og så får jeg ikke snakke om det, da er du jo ikke motivert til å komme tilbake. Da føler du jo ikke at du får det du trenger.»

For dem var det også viktig at de fikk være en stemme i sin egen sak. Én informant uttrykte det slik

«Hvis ikke så føler jeg at det jeg har å si ikke er så viktig. For meg er det viktig at det er min stemme som blir hørt og at det er min side av saken som kommer frem, fordi det er den jeg trenger hjelp til. Så kan jeg heller snakke om det behandleren vil også, i etterkant, men det er kun jeg som vet hva jeg har behov for å snakke om på en måte»

Mens en annen uttrykte det slik

«Det har veldig stor betydning fordi at jeg da får være en stemme i min egen sak. Da føler jeg meg verdig på en måte, som et menneske og ikke bare en sak, jeg er et menneske i saken, det er min sak, jeg er ikke saken.»

Selv om det å få medvirke i egen oppfølging ble ansett som viktig av flere av informantene, var det også flere som uttrykte at det kunne være vanskelig. To informanter gav uttrykk for at det kunne være vanskelig å være med å bestemme fordi de ikke på forhånd visste hvordan de selv ville reagere og hvordan det enkelte tiltak ville fungere. I denne sammenhengen trakk informantene frem hvor viktig det var med en kontaktperson som støttet dem og skapte trygghet. Flere informanter nevnte også at kontaktpersonen fungerte som en de kunne rådføre seg med i ulike situasjoner, en som de kunne drøfte ulike forslag og ideer med. Én informant fortalte at

«Nei, men altså, jeg spør jo alltid om du har noen tips til hvordan jeg kan gjennomføre og komme meg til mål da, så velger jeg selv ut i fra de alternativene de gir. Og ganske mange ganger så spør de hvordan jeg tenker at jeg kan gjøre dette selv. Og hvis jeg ikke kommer på noe så spør jeg»

Alle informantene fortalte at de mottok oppfølging fordi de hadde behov for en person som kunne hjelpe dem å håndtere hverdagen på en best mulig måte, og at de hadde behov for det nettopp fordi de ikke hadde alle svarene selv. At kontaktpersonen først og fremst fungerte som en rådgiver var derfor viktig for dem. Én informant uttrykte det slik

«Det er en passe balanse på spørsmål hun stiller og det jeg liksom kan påvirke. For det er jo av og til slik at du trenger noen til å snakke om ting med, men så vet du det ikke helt selv. Og da kan behandleren begynne å plukke opp der og begynne å nappe og spør litt og slik.»

Informanten som mottok oppfølging i form av å holde leiligheten ren og ryddig var inne på noe av det samme. Han fortalte at han visste at det alltid var noe han kunne gjøre i leiligheten, men at han av og til ikke så det selv. Han syntes derfor det var bra at kontaktpersonen kunne tilpasse hjelpen, og komme med innspill når det var behov for det. Denne informanten fortalte også at kontaktpersonen, i tillegg til å fungere som en rådgiver til hvordan han skulle holde leiligheten ren og ryddig, gjennom oppmuntring også fungerte som en kilde til motivasjon.

«Det er som regel jeg som bestemmer hva vi skal gjøre, men av og til når jeg ikke har lyst å gjøre noe så blir jeg oppmuntret til å gjøre det vi burde gjøre. Og slik føler jeg at

det skal være også. Jeg vet jo at det må gjøres. (...) Det er sjeldent det blir gjort av meg selv uten.»

4.5 Trenger en step-by-step plan

For informantene hadde hjelpen de fikk hovedsakelig tre formål. Det første innebar muligheten til å ha noen å dele hverdagens oppturer og nedturer med, og å få konkrete råd til hvordan en kunne håndtere eventuelle utfordringer. Det andre innebar å ha en kontaktperson som fulgte dem opp over tid, og en tjeneste som fungerte som et mer «lavterskeltilbud» enn slik de opplevde spesialisthelsetjenesten. Én informant fortalte også at tjenesten fungerte som et bindeledd mellom hverdagen og psykologen han gikk til, og at dette tilbudet gjorde det lettere for ham å fange opp endringer i sykdomsbilde og på den måten raskere få hjelp dersom behovet meldte seg. Flere informanter nevnte også at tjenestens fokus på brukerens hverdagslige utfordringer, preferanser og behov gjorde det lettere for dem å få den hjelpen de virkelig hadde behov for. Denne hjelpen bar i større grad preg av det som for dem opplevdes som vanskelig, enn den hjelpen de fikk i psykisk helsevern. Én informant fortalte følgende

«Jeg synes dette er et veldig godt tilbud, og et lavterskeltilbud. Når du kommer hit så et det ikke noe krav til hva du skal gjøre eller at du skal snakke så mye. Det er heller ikke noe krav om at du må bli bedre på så og så lang tid, og at en må kverne gjennom alt en har av problemer. Det at det ikke er noen krav gjør det mye lettere å slappe av og bli fortrolig med den du snakker med, synes jeg da. (...) Jeg tror ikke jeg er alene med å bli veldig stresset når det er krav til hva du skal gjøre, og slik. Da blir det liksom litt vanskelig å få tak på hva du faktisk føler, fordi du blir så stresset over at du må prestere noe, og det er helt fryktelig.

Det tredje målet innebar hjelp til å sette opp en konkret plan. Hva denne planen skulle inneholde varierte fra informant til informant, men gjennomgående omhandlet det en plan som skulle gjøre det enklere for dem å nå målene med oppfølgingen og håndtere hverdagen med en psykisk helseutfordring på en god måte.

Noen informanter fortalte om hvordan kontaktpersonen hadde satt opp en slik plan til dem. For én fungerte planen som var satt opp som et godt hjelpemiddel til å forbli aktiv

i en periode hvor han ellers ikke hadde noe som skapte struktur i hverdagen, og hvor han ikke hadde jobb eller skole å gå til. Denne informanten hadde selv vært delaktig i hvordan planen skulle se ut, og fortalte at alle aktivitetene var hans egen idé. En annen informant fortalte at han selv ikke hadde vært delaktig i utformingen av selve planen. Han fortalte at dette skyldtes hans egen personlighet og at han ikke hadde ønske om å delta i utformingen av planen, men at planen bygget på hans ønske om å holde leiligheten ryddig og ren. Han fortalte at han selv hadde søkt kommunen om hjelp til å holde leiligheten, og at planen som kontaktpersonen hadde utformet var i tråd med hans ønske om å oppnå dette. Han forsøkte derfor så godt han kunne å holde seg til denne planen, selv om det ikke alltid lyktes.

En tredje informant fortalte også at hun ønsket en plan, men savnet i motsetning til de andre at dette ønsket i tilstrekkelig grad ble oppfylt. Denne informanten opplevde at kontaktpersonen ikke helt fikk tak på hva som var utfordrende for henne, samtidig som hun selv ikke var i stand til å si tydelig ifra om hva hun trengte. Hun skulle ønske at kontaktpersonen kunne sette seg ned med henne og kartlegge hvilke utfordringer hun opplever og hvilke behov hun har, for deretter å se hvilken hjelp som kunne fungere for akkurat henne. Hun fortalte at hun som person var glad i å ha oversikt og arbeide etter en plan, og at nettopp det at hun selv ikke visste hvordan hun skulle utforme en slik plan var årsaken til at hun hadde bedt om hjelp. Videre uttrykte hun

«(...) Jeg kan lære å leve med det, men jeg trenger hjelp til å lære å leve med det. Når jeg er på en nedtur, hva skal jeg gjøre da, hva er steg for steg? Jeg trenger en step by step plan. Så må jeg selv holde fast ved denne planen, men jeg trenger en god plan.»

Videre var det viktig for informantene at oppfølgingen bygget på deres ønsker, behov og preferanser. Én informant fortalte at hun hadde reflektert mye rundt betydningen av den enkeltes erfaring, og at det var viktig at kontaktpersonen i størst mulig grad forsøkte å sette seg inn i denne erfaringen. Hun opplevde også at oppfølgingen av personer med psykiske helseutfordringer innebar andre utfordringer enn oppfølging av personer med somatiske helseutfordringer. Hun uttrykte det slik

«(...) Så jeg prøvde å forklare henne på den måten med det somatiske at «si at du nå har vært på sykehuset, så gjorde de alt de kunne for å fikse det. De tok tester, og de sjekka

rundt, og de visste nøyaktig hvordan de skulle fikse det». Da sa hun «Ja, det gjorde de og nå er alt i orden». «Slik er det ikke med psykisk helse» svarte jeg, «de kan ta tester og de kan gi deg undersøkelser og alt mulig, men det finnes ikke noen fast plan for hva som fungerer. Alle mennesker er forskjellige, og hver enkelt person, med da eventuelt behandler, må finne sin egen fasit».

5. Diskusjon

Hensikten med studien var å få innsikt i brukernes opplevelser rundt medvirkning i egen oppfølging, og å innhente kunnskap som kan bidra til å øke kvaliteten på de kommunale psykiske helsetjenester. I det forrige kapittelet ble studiens funn presentert.

Informantene fortalte om hvordan de fikk være delaktig i utformingen av eget tilbud, samt ulike forutsetninger for, utfordringer ved og konsekvenser av å være delaktig. Det er disse aspektene som vil være sentrale i dette kapittelet, og de vil drøftes opp mot tidligere forskning og teori.

5.1 Opplevd delaktighet

Brukermedvirkning på individnivå handler om at brukere av helsetjenester skal kunne delta i valg, utforming og bruk av disse tjenestene (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 8). Dette er også nedfelt i lovverket, blant annet i Pasient- og brukerrettighetsloven (pbri) hvor det går frem at brukere har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (pbri, 1999, § 3-1 første ledd). Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011, § 4 første ledd). Informantene i denne studien fortalte at de fikk delta i alle fasene av helsehjelpen, og at de i all hovedsak var fornøyd med måten de kunne påvirke hjelpen de fikk. Resultatene i studien viser at informantene fikk lov til å uttrykke egne meninger, ønsker og behov, og at det ble lagt til rette for at de kunne komme med tilbakemeldinger om hva som fungerte eller ikke fungerte. I tillegg opplevde de å få være delaktig i utformingen av oppfølgingen og dens innhold, og de fleste var fornøyd med mengden påvirkning de hadde.

Tidligere forskning innenfor somatisk helse viser at unge voksne brukere ønsker å være delaktige i valg rundt egen oppfølging (Langer & Jensen-Doss, 2018, s. 823). Funnet i denne studien viser at dette også gjelder for psykisk helse. Informantene vektla at de selv kjente sine utfordringer best, og de ønsket og satte pris på å bli involvert. Samtidig opplevde de et samarbeid med kontaktpersonen rundt egen oppfølging som viktig. Et godt samspill, der en kan dele opp- og nedturer, drøfte ideer og forslag, og få konkrete råd om hvordan ulike utfordringer kan håndteres, ble verdsatt. Ifølge Ness et al. (2017,

s. 139) er konstruktiv dialog viktig for et godt samarbeidsklima. Studien viser at manglende samspill kan være en årsak til at en ikke opplever å få den hjelpen en trenger. Et manglende samspill i utforming av egen oppfølging kan medføre negative konsekvenser for individet, da den hjelpeløsheten mange opplever kan bli forsterket (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 9). Resultatene i studien viser videre at det, med bakgrunn i individuelle forutsetninger og utfordringer, er variasjon i hvordan, og på hvilke områder, informantene ønsket å være delaktig. Brukermedvirkning innebærer således ikke en total brukerstyring, men krever et samarbeid mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i å finne et best mulig tilbud til den enkelte (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 7 & 16).

I et mer kortsiktig perspektiv kan det konkluderes med at flertallet av informantene var fornøyd med hvordan de fikk delta i planlegging, utforming og evaluering. Det var derimot mindre tydelig hvordan de fikk påvirke tjenestetilbudet i et mer langsiktig perspektiv, da ingen informanter snakket direkte om dette. En måte å kunne påvirke oppfølgingen i et lengre perspektiv kan være å samarbeide om utarbeidelsen av en individuell behandlings- og oppfølgingsplan. I Norge har pasienter og brukere rett til å få utarbeidet en slik individuell plan, dersom de har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester jf. pbrl (1999, § 2-5) (Fønhus & Flottorp, 2015, s. 2). Om alle informantene i denne studien har rett på en slik plan er ikke kartlagt, men en slik plan kan likevel være et nyttig verktøy i oppfølgingen. Målet er å tydeliggjøre den enkelte brukers ressurser, ønsker og mål, og hvordan disse målene skal nås (Storm & Edwards, 2013, s. 315). En slik individuell plan forutsetter samvalg om behandling og oppfølging. Ved å skreddersy planen til den enkeltes behov, skal den bidra til å gjøre brukeren mer i stand til å ivareta egen helse (Fønhus & Flottorp, 2015, s. 2). Resultatene i denne studien viser at det var store forskjeller i erfaringene informantene hadde med å være delaktig i utforming av en plan for oppfølgingen. Dette innebærer at noen i større grad får tilrettelagt den langsiktige oppfølgingen i tråd med egne ønske og behov enn andre, noe som oppleves å være av betydning for arbeidet mot egen tilfriskning. Det kan derfor stilles spørsmål ved om brukermedvirkningen har vært optimal, spesielt i et mer langsiktig perspektiv, til tross for at flertallet var fornøyd med påvirkningsmuligheten de opplevde i eget tilbud.

De overnevnte funnene peker i samme retning som funn fra brukerundersøkelsen «KOMHELSE 2018». Brukerundersøkelsen ble gjennomført av SINTEF, og publisert i november 2018. Undersøkelsen ble besvart av nærmere 700 innbyggere, i alle landets kommuner, som har mottatt kommunale helsetjenester for utfordringer knyttet til psykisk helse, rus, vold eller overgrep. Nærmere 70% av brukerne opplevde her at de i en eller annen grad hadde fått være med å bestemme hvilken hjelp de skulle få, mens nærmere halvparten gav uttrykk for at de kommunale tjenestene ble tilpasset deres situasjon i vesentlig grad. 43% opplevde også at det i stor grad var rom for å gi tilbakemeldinger. Disse tallene viser at det finnes rom for forbedring. KOMHELSE 2018 viser resultater på nasjonalt nivå, ikke på kommunalt nivå. For å kunne ta ut forbedringspotensialet er det derfor viktig at hver kommune har gode rutiner for evaluering av sine tjenester, og gode kvalitetssikringsstrategier. Dette er i tråd med *Sammen om mestring: veilederen i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* hvor det heter at systematisk kvalitetsarbeid er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenestene. Jevnlige brukerundersøkelser kan bidra til å oppfylle denne plikten (Helsedirektoratet, 2014, s. 20 & 109). Systematisk kvalitetsforbedringsarbeid som en del av virksomhetens arbeidsområde er også hjemlet i Helse- og omsorgstjenestelovens (2011, § 4-2).

Samtidig viste brukerundersøkelsen at 31% var fornøyd med informasjonen de hadde fått om ulike behandlingsmuligheter, mens 44% svarte at de i liten grad var fornøyd med informasjonen de hadde mottatt. Til grunn for retten til informasjon ligger det generelle hensynet til at pasientene skal kunne få vite om det som gjelder dem selv, det som på kort og lang sikt er viktig å vite for å kunne planlegge fremtiden og ha oversikt over viktige sider ved eget liv (Molven, 2015, s. 202). Til grunn for retten til informasjon ligger også hensynet til autonomi og medbestemmelse. I tråd med dette betrakter ulik faglitteratur derfor ofte informasjon som en viktig forutsetning for brukermedvirkning. I henhold til veilederen *Sammen om mestring* skal tjenestene legge til rette for at brukere får all nødvendig informasjon, herunder også informasjonen som omfatter andre relevante aktører (Helsedirektoratet, 2014, s. 17 & 20). Resultatene i denne studien tyder imidlertid på at det ikke var ønskelig å motta all relevant informasjon. Derimot var det ønskelig at kontaktpersonen formidlet informasjonen gradvis og tilpasset informasjonen etter den enkeltes behov. På den måten kunne det tas stilling til hvilke aktiviteter og tilbud som passet de behovene informantene til enhver

tid måtte ha. Dette krever at kontaktpersonen tar seg tid til å bli kjent med den enkelte bruker. Resultatene i studien viser at informantene stort sett var fornøyd med informasjonen de hadde fått, samt at informasjonen rundt ulike valgmuligheter som kunne hjelpe dem i deres tilfriskning viktigere enn informasjonen om rettigheter. Sett opp mot veilederen *Sammen om mestring* hvor det heter at brukere skal motta all nødvendig informasjon, antyder brukerundersøkelsen KOMHELSE 2018 at det finnes forbedringspotensial når det gjelder informasjonsformidling. Ifølge Molen (2015, s. 202) er det, sett ut fra et brukerperspektiv, viktig at det gjøres flere studier om brukeres ønsker og behov for informasjon. I så måte kan denne studien bidra med nyttige innspill til å forstå hvordan brukerne ønsker å motta informasjonen, men det er behov for flere studier som belyser dette emnet.

Selv om informantene i denne studien var fornøyd med kommunens aktivitetstilbud, herunder kunstterapi, fotball, basketball og spillekvelder, deltok de ikke i dem. En viktig begrunnelse for dette var at alle aktivitetene var gruppebasert. Å delta på gruppeaktiviteter vil i utgangspunktet kunne gi en følelse av tilhørighet, noe som i henhold til selvbestemmelsesteorien vil øke individets indre motivasjon for tilfriskning (Reeve, 2015, s. 175). Det kan da spekuleres i hvorfor informantene i denne studien i stedet etterlyste mer individuelle aktiviteter. En mulig årsak kan være at disse aktivitetene ikke stemte overens med informantenes interesser. En annen mulig årsak kan være at de individuelle aktivitetene som informantene etterlyser i større grad passer individets søken etter optimale utfordringer. I henhold til selvbestemmelsesteorien vil individet søke optimale utfordringer for å dekke et grunnleggende behov for kompetanse (Reeve, 2015, s. 167). Det kan også virke som om informantene i denne studien får dekket det generelle behovet for tilhørighet mer gjennom god kontakt med kontaktpersonen enn gjennom deltakelse i gruppeaktiviteter. Det bør derfor ses nærmere på om aktivitetstilbudet kan tilpasses de ulike individenes interesser på en bedre måte. I tråd med veilederen *Sammen om mestring* bør kommunene tilby et variert utvalg av lavterskeltilbud, og legge til rette for reelle valgmuligheter (Helsedirektoratet, 2014, s. 20). Uten reelle valgmuligheter, og valgmuligheter som informantene opplever som egnet, kan det diskuteres om brukermedvirkning ivaretas i tilstrekkelig grad. Samtidig finnes det en mulighet for at tilbudet eksisterte, uten at informantene i denne studien gav uttrykk for at de kjente til det. I dette tilfellet kan det diskuteres om informasjonen informantene har mottatt i stor nok grad var individuelt tilpasset. I henhold til pbrl

(1999, § 3-5) skal informasjonen være tilstrekkelig, og tilpasses den enkeltes forutsetninger. Sett i sammenheng med at informantene ønsket at informasjonen ble dosert, og gitt etterhvert som kontaktpersonen ble kjent med dem og deres behov, kan det stilles spørsmål ved om kontaktpersonene i god nok grad evnet å tilpasse informasjonen til den enkelte.

Et overordnet funn for denne informantgruppen var at de ønsket tiltak med sikte på fremtiden. Som én informant gav uttrykk for «*det hadde vært bra med et tilbud som kunne hjelpe oss å bygge oss opp igjen, til et godt og sunt liv*». Et slikt fokus er i tråd med en recovery-orientert tilnærming, der målet er et mest mulig meningsfullt liv for den enkelte, til tross for de begrensningene lidelsen kan forårsake (Helsedirektoratet, 2014, s. 31). Med tanke på hvilken aldersgruppe som utgjorde informantgruppen er et slikt fremtidig fokus viktig. Informantgruppen er ung, og har livet foran seg. For mange er utdanning og arbeid derfor viktig. Samtidig er dette også noe som direkte fremmer god helse. Tidligere forskning viser at unge med psykiske helseproblemer ofte faller ut av utdannelsesforløpet eller arbeidslivet, men at mange vil og kan delta dersom de gis muligheten (Helsedirektoratet, 2014, s. 42). To av informantene i denne studien nevnte skole eller eventuelt arbeid som ønskelig. Det kan diskuteres om denne hjelpen faller innenfor det den kommunale psykiske helsetjenesten skal tilby, da dette ansvaret hovedsakelig ligger hos NAV. Ifølge Ose & Kaspersen (2015, s. 14) har flere kommuner lagt ned slike tilbud for brukergruppen etter NAV-reformen, og det ser derfor ut til at det er lett for kommunene å legge dette ansvaret over på NAV. Derimot bør fastlege og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, i henhold til veilederen *Sammen om mestring*, samarbeide med NAV, utdanningsinstitusjoner og arbeidsgivere, om å understøtte utdanningsforløp og arbeid (Helsedirektoratet, 2014, s. 42). Veilederen sier videre at dersom brukermedvirkning skal være reell må det lyttes til det brukerne opplever som viktig, og at dette kan innebære omorganisering av tjenester for å kunne møte brukerens ønsker og behov på en bedre måte (Helsedirektoratet, 2014, s. 20). Siden arbeid og utdanning for mange i denne aldersgruppen oppleves som viktig, bør tjenestetilbudet ha fokus på tiltak som legger til rette for å imøtekomme dette behovet. Dette innebærer muligens også et tettere samarbeid med andre relevante aktører.

5.2 Opplevde forutsetninger

I denne studien kom det frem at informantene opplevde ulike faktorer i oppfølgingen som viktige for å kunne være delaktig i egen oppfølging. I tillegg til opplevelsen av at kontaktpersonen var lydhør, samt å selv være motivert for å gjøre en endring, ble opplevelsen av god kontakt med kontaktpersonen nevnt som en viktig forutsetning for brukermedvirkning.

Resultatene i denne studien viser at kjemi med kontaktpersonen ble sett på som viktig forutsetning for å kunne være åpen og ærlig om det som er vanskelig i hverdagen, og å tørre å snakke om det som er kjernen i utfordringene. Dette funnet er i tråd med tidligere forskning som viser at den terapeutiske alliansen er et fundamentalt prinsipp for klinisk interaksjon, spesielt innen mental helse (Zisman-Illani, Barnett, Harik, Pavlo & O'Connell, 2017, s. 207). Kjemi anses som noe mer instinktivt enn god kontakt. Informantene i denne studien fortalte at den gode kontakten måtte bygges opp over tid, ved at informantene og kontaktpersonen fikk anledning til å bli kjent med hverandre. Dette innebar å skape trygghet og tillit, vise tålmodighet og forståelse, og anerkjenne at noen ting tar tid. Først da opplevde informantene at de kunne være helt ærlige i tilbakemeldingene. Tillit er også ansett som viktig for å bygge gode terapeutiske relasjoner i tidligere forskning, og pasienter med psykiske helseutfordringer ser ut til å vektlegge dette mer enn pasienter med andre lidelser (Langer & Jensen-Doss, 2018, s. 845). I faglitteraturen tas det gjerne utgangspunkt i at et slikt tillitsforhold er basert på en felles enighet om behandlingsmål og strategier for å nå de målene (Duncan et al., 2008, s. 25). Funnet i denne studien viser imidlertid at tillit bygger mer på et følelsesmessig bånd mellom informantene og kontaktpersonen. Det kan tyde på at det er behov for å tenke annerledes i forhold til etablering av tillit, og at enighet om behandlingsmål muligens ikke er like viktig som faglitteraturen antyder. Flere informanter var svært fornøyd med den opplevde kjemien og tilliten til kontaktpersonen. Én informant opplevde derimot ikke at dette var tilfellet. Med tanke på hvilken betydning god kjemi og tillit har for god oppfølging kan det diskuteres om kommunene bør ha større fokus på dette når de yter helse- og omsorgstjenester. Dette vil kunne innebære at det bør legges til rette for at brukere enkelt skal kunne si ifra når de opplever at kjemi eller tillit mangler. Det innebærer også at kontaktpersonen bør være oppmerksom på dette aspektet, og eventuelt foreslå bytte av kontaktperson dersom de opplever at kjemien eller tilliten mangler. Gode evalueringssystemer der brukere kan gi tilbakemelding på opplevd kontakt, kan derfor være av betydning.

For at brukermedvirkning skal kunne være av reell betydning viser funn i denne studien at det var viktig for informantene å oppleve at de ble lyttet til og hørt. Det var viktig for dem at kontaktpersonen klarte å lytte aktivt, og tok til seg det som ble sagt. Dette var viktig fordi de da opplevde at kontaktpersonene verdsatte deres tilbakemeldinger. Dette er i tråd med faglitteratur som sier at, for at tilbakemeldinger skal kunne bidra til optimal hjelp, er det viktig at brukernes fortløpende tilbakemeldinger tas seriøst, og at kontaktpersonen viser respekt for disse tilbakemeldingene (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 10 & 11). Informantene i denne studien var også tydelig på at kontaktpersonen ikke bør oppleves som dømmende, men opptre med respekt. Slik respekt ble av informantene ansett å være en forutsetning for å kunne klare å være ærlig, og dele sine tanker, meninger og behov, og å på den måten påvirke hjelpen de fikk. Slik vil det å oppleve respekt være fremmende for brukermedvirkning.

Videre snakket informantene i denne studien om hvor viktig det var at de selv var klar for å gjøre en forandring. Informantene uttrykte en felles annerkjennelse om at oppfølgingen gjaldt dem, og at det var de som måtte gjøre endringen. Dette var en viktig forutsetning for å være motivert til å ta del i utformingen av oppfølgingen, og ha ønske om å uttrykke egne meninger, ønsker og behov. Dette er i tråd med en empowerment-orientert tilnærming som omhandler å mobilisere et ønske om å ha makt og styring over eget liv (Askheim, 2016, s. 35). Flere informanter erkjente at de selv måtte være klar for forandring, men at kontaktpersonen kunne være viktig en motivator og fasilitator for å få til en slik styring over eget liv.

5.3 Opplevde konsekvenser

Studien viser at det var viktig for informantene å oppleve at de selv fikk være med å bestemme innholdet i oppfølgingen. Dette skyldes spesielt to ulike grunner. For det første fortalte to informanter at det gav dem en følelse av å kunne være en stemme i sin egen sak. Dette var viktig for dem fordi de da følte seg verdig og respektert, og følte at deres meninger var av betydning. Retten til medvirkning bygger på prinsippet om å vise respekt for den enkeltes integritet (Molven, 2015, s. 199), og det var dette aspekt informantene i studien vektla. At informantene vektla nettopp det å oppleve respekt og verdighet på egne premisser støtter også opp om tidligere forskning, som viser at brukere ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS) løftet fram respekt som en fundamental og

undervurdert del for å få til reell brukermedvirkning. Tidligere forskning viser videre at personer med psykiske helseutfordringer i mye større grad enn andre pasientgrupper vektla betydningen av respekt for pasientens verdighet (Ose et al., 2018, s. 118).

For det andre var det viktig for informantene i denne studien at det var deres side av saken som kom frem, fordi de da fikk hjelp til det de selv opplevde som utfordrende. De opplevde da at oppfølgingen i større grad omhandlet det de hadde behov for, og at de av den grunn fikk større utbytte av helsehjelpen. Det å kunne tilpasse helsehjelpen etter opplevd behov vil dermed bidra til å øke kvaliteten på helsetjenestene, og disse funnene vektlegger viktigheten av den personsentrerte tilnærmingen som ligger til grunn for norske helsetjenester i dag. Studien viser videre at det for informantene var spesielt viktig at oppfølgingen ble knyttet tett opp mot de utfordringene de møter i hverdagen. For å kunne legge til rette for personlig vekst og for en mest mulig selvstendig tilværelse er det viktig at de kommunale hjelpetiltakene tar utgangspunkt i nettopp det som oppleves som utfordrende for individet (Sosial- og helsedepartementer, 1997, s. 26). I så måte kan brukermedvirkning operere som viktig utgangspunkt for et samarbeid mellom tjenesteyter og tjenestemottaker i søken på et mest mulig optimalt hjelpetilbud for den enkelte.

Å oppleve at oppfølgingen tar utgangspunkt i ens egne valg, og tar hensyn til ens egne iboende behov, gir i henhold til selvbestemmelsesteorien større indre motivasjon for å arbeide mot egen tilfriskning. Dette fordi oppfølgingen da i større grad tar høyde for det grunnleggende psykologiske behovet for autonomi og medbestemmelse (Deci & Ryan, 2008, s. 18). Resultatene i denne studien er i tråd med dette. Flere informanter gav uttrykk for at det var mer motiverende å arbeide mot egen tilfriskning dersom hjelpen var basert på det de selv syntes var utfordrende og som de ønsket hjelp med. Videre skildret informantene en annerkjennelse om at jo mer oppfølgingen var i tråd med deres egne behov, og det som for dem opplevdes som viktig, desto mer motivert var de for å arbeide målrettet mot målet. I henhold til selvbestemmelsesteorien vil individet være mer motivert for å arbeide med noe det selv opplever er viktig, fordi atferden da i større grad er indre regulert (Deci & Ryan, 2008, s. 16). Å legge til rette for at individet kan gi uttrykk for sine meninger, ønsker og behov, og at disse tilbakemeldingene tas til etterretning, vil derfor kunne medføre stor betydning for behandlingsoverholdelse.

Tidligere forskning impliserer også at delaktighet i egen oppfølging medfører flere positive helserelaterte utfall, herunder større engasjement i oppfølgingen (Metz et al., 2017, s. 2; Arandjelovic et al., 2017, s. 88; Langer & Jensen-Doss, 2018, s. 822). Selv om denne forskningen er anerkjent gir nyere forskning et mer differensiert bilde, spesielt innenfor mental helse (Slade, 2017, s. 147; Thompson & McCabe, 2012, s. 1). Ifølge Duncan et al., (2012) finnes det en sammenheng mellom samvalg og brukeres tilfredshet med oppfølgingen. Derimot konkluderer de med at det ikke finnes en sammenheng mellom samvalg og behandlingsutfall eller pasienters overholdelse av egen behandlingsplan. Funnene i den foreliggende studien tyder imidlertid på at informantene opplever mer motivasjon i arbeidet mot egen tilfriskning dersom de får være delaktige i utformingen av oppfølgingen. Én informant fortalte også at det å få bestemme innholdet i samtalene gav henne mer motivasjon til å fortsette med oppfølgingstimen. Selv om denne studien impliserer at informantene opplever positive utfall i forbindelse med delaktighet i egen oppfølging, vil det være vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner rundt dette fordi utvalget er lite.

Resultatene i studien viser for øvrig til andre aspekter ved oppfølgingen som vurderes å være minst like viktig for egen tilfriskning som det å få være med å bestemme selv. De fleste omtalte betydningen av en kontaktperson som de opplevde tillit til, som viste at de brydde seg, som hadde troen på dem og som støttet og heiet. Denne faktoren hadde en terapeutisk egenverdi fordi det bidro til å øke informantenes selvtillit, tro på egen mestring og tro på at de evnet å arbeide mot tilfriskning. Dette er i tråd med selvbestemmelsesteorien. Ifølge selvbestemmelsesteorien vil den indre motivasjonen øke dersom mennesket får dekket det grunnleggende behovet for tilhørighet. Dette innebærer å oppleve sosial interaksjon og at noen bryr seg om oss og respekterer oss, samt at vi bryr oss og respekterer dem (Reeve, 2016, s. 175). For noen informanter var kontaktpersonen den eneste personen de kunne dele sine utfordringer i hverdagen med. Det å oppleve tillit til kontaktpersonen kan derfor, i tråd med selvbestemmelsesteorien, bidra til å øke den indre motivasjon for å arbeide mot tilfriskning.

5.4 Opplevde utfordringer

Tidligere forskning viser at brukere ofte opplever eksterne faktorer som barrierer for aktiv deltakelse (Hayes et al., 2018, s. 2), og et av de mest rapporterte funnene er at brukere opplever motstand hos helsepersonell som en barriere for aktiv deltakelse

(Langer & Jensen-Doss, 2018, s. 827; Delman et al., 2015, s. 248). Spesielt innenfor forskning på mental helse rapporteres det om en forståelse av at brukere ikke er kapable til å ta gode behandlingsvalg, og at helsepersonell derfor bør ta disse valgene for dem. Enda mer tydelig blir dette for brukere i yngre alder (Delman, et al., 2015, s. 240). Videre har tidligere forskning av opplevde barrierer hos helsepersonell vist at opplevd mangel på tid, og mangel på karakteristikk i situasjonen, oppleves som hindrende for brukermedvirkning (Légaré et al., 2008, s. 532). I motsetning til denne tidligere forskningen opplevde brukerne i denne studien at helsepersonell la til rette for at de kunne uttrykke egne meninger, ønsker og behov, og at de fikk være delaktig i utformingen av tilbudet.

Flere informanter i denne studien gav derimot uttrykk for ulike barrierer hos seg selv som hindrende for brukermedvirkning. Én informant fortalte at det kunne være vanskelig å være med å bestemme fordi hun var opplært til ikke å si ifra om egne meninger. Én annen fortalte at det kunne være vanskelig å være med å bestemme fordi hun var usikker på effekten av ulike tilbud, og hvordan ulike tilbud ville påvirke henne. Tidligere forskning har vist at unge voksne gjerne mangler erfaring med å ta informerte valg, ofte fordi foreldre eller behandleren har tatt slike valg tidligere (Delman et al., 2015, s. 249). Det kan tyde på at manglende selvtillit kan være en hinder for reell brukermedvirkning.

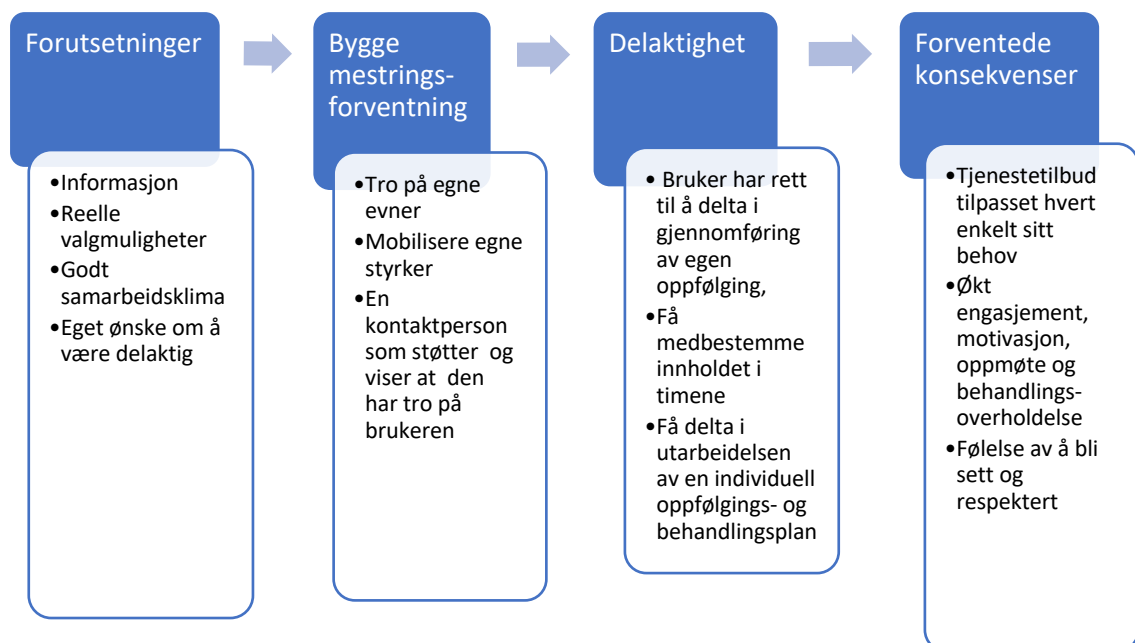
Self-efficacy, også kalt mestringsforventning, omhandler brukerens kunnskap og tro på egen evne til å være en aktiv deltaker i valg rundt egen oppfølging (Delman et al., 2015, s. 248). I hvilken grad brukere opplever mestringsforventning vil påvirke sannsynligheten for at de initierer atferd, og vil påvirke opplevelsen av å være agent i eget liv (Skaalvik & Skaalvik, 2013, s. 49). Slik vil høy grad av mestringsforventning kunne være viktig for brukermedvirkning. Mestringsforventning vil kunne øke gjennom positive mestrings erfaringer, og gjennom positive tilbakemeldinger og oppmuntringer (Clark & Janevic, 2014, s. 5 & 6). De positive mestrings erfaringene må bygge på optimale utfordringer. Dette er noe som vektlegges også innenfor selvbestemmelsesteorien. Dersom individet opplever mestring og kompetanse gir det en følelse av interesse og glede, noe som øker sannsynligheten for at handlingen opprettholdes og repeteres, også i fremtiden (Reeve, 2015, s. 173). Med tanke på de positive konsekvensene informantene i denne studien rapporterte om når det gjaldt å

være delaktig i egen oppfølging, vil det derfor kunne være av interesse å sikre høy grad av mestringsforventning hos hver enkelt bruker. I denne sammenhengen er det av betydning at brukere opplever at deres meninger blir tatt til etterretning og at valgene deres resulterer i positive behandlingsutfall. At det ble lyttet til deres meninger, ønsker og behov, og at dette ble tatt til etterretning, var også noe informantene i denne studien selv opplevde som en viktig forutsetning for brukermedvirkning. Flere informanter trakk også frem betydningen av en kontaktperson som støttet dem, og viste at de hadde troen på dem. Dette bidro til at de følte at det var viktig at de selv deltok i utformingen av oppfølgingen, og at deres meninger var av betydning. I tråd med tanken om mestringsforventning vil dette kunne øke sannsynligheten for at brukerne gir uttrykk for sine meninger, ønsker og behov, også i fremtiden, og at brukeren opplever en aktiv rolle i eget liv.

5.5 En foreslått modell for brukermedvirkning

Basert på funnene i denne studien kan brukermedvirkning illustreres i form av en prosessmodell med følgende element:

Figur 3. Prosessmodell for brukermedvirkning



Forutsetninger

I faglitteratur betraktes informasjon gjerne som en forutsetning for brukermedvirkning. Brukerne har rett til å få all nødvendig informasjon, herunder informasjon om ulike tilbud, aktiviteter og valgmuligheter. Valgmulighetene må være reelle ut fra brukerens ønsker og behov. Brukermedvirkning forutsetter et godt samarbeidsklima, basert på gode relasjonelle forhold, lydhørhet, og konstruktiv dialog. Til slutt må brukeren også selv ha et ønske om å være delaktig, og være motivert for å gjøre en endring.

Bygge mestringsforventning

Mestringsforventning omhandler brukerens kunnskap og tro på egen evne til å være en aktiv deltaker i valg rundt egen oppfølging (Delman et al., 2015, s. 248). Høy grad av mestringsforventning vil kunne være viktig for brukermedvirkning, fordi det kan øke sannsynligheten for at brukerne gir uttrykk for sine meninger, ønsker og behov, og opplever en aktiv rolle i egen oppfølging. Å oppleve en aktiv rolle i egen oppfølging vil kunne bidra til å mobilisere styrke hos personer slik at de opplever makt og styring over eget liv. Dette er i tråd med recovery og en empowerment-orientert tilnærming i utvikling av helse og omsorgstjenester. En kontaktperson som støtter og viser at den har tro på brukeren kan være en viktig motivator og fasiliteter i arbeidet med å skape mestringsforventning.

Delaktighet

I tråd med en personsentrert tilnærming i norsk helsevesen har tjenestene plikt til å legge til rette for brukermedvirkning, og tjenestene bør oppfordre brukerne til å medvirke. Brukeren har en rett, men ingen plikt til å delta i utformingen av tjenestetilbudet, og tjenesteutøver skal respektere brukerens ønsker. Brukere som i første omgang avslår å delta i prosessen, bør inviteres inn på nytt ved en senere anledning (Helsedirektoratet, 2014, s. 19). På kort sikt kan dette innebære at informantene får bestemme innholdet i hver enkelt time. På lengre sikt kan dette innebære deltakelse i utarbeidelsen av en individuell oppfølging- og behandlingsplan.

Konsekvenser

Forskning antyder at brukermedvirkning kan medføre konsekvenser som økt engasjement, samt motivasjon for oppmøte og behandlingsoverholdelse. Samtidig er

oppfølgingen mer i tråd med individets livsstil, og det individet opplever som viktig basert på egen behov, og vil slik kunne være enklere å overholde (Stiggelbout et al., 2015, s. 1174). Brukermedvirkning har også en åpenbar egenverdi i at mennesker som søker hjelp gjerne ønsker styring over eget liv, og ønsker å føle seg sett og respektert (Larsen, Aasheim & Nordal, 2006, s. 9).

5.6 Metodiske begrensninger og andre generelle overveielser

En styrke ved den foreliggende studien er at den retter fokus mot et fagområde der litteraturgjennomganger viser et behov for mer forskning. Ifølge Klausen (2016, s. 45) er behov for mer forskning på implementering av brukermedvirkning, fra et brukerperspektiv, spesielt innenfor psykiske helsetjenester på kommunalt nivå. I så måte kan denne studien bidra med viktig kunnskap. Likevel innehar denne studien noen begrensninger.

Det var ønskelig å innhente informanter fra flere kommuner for å innhente informasjon og ulike brukererfaringer fra en bredere arena enn én enkelt kommune alene. Av ulike årsaker lyktes dette ikke (se avsnitt 3.2.1). At alle informantene ble rekruttert fra samme kommune kan medføre bias. Blant annet kan kommunens verdigrunnlag for helse- og omsorgstjenester påvirke opplevelsene informantene skildrer. Kommunens verdigrunnlag er ikke kartlagt.

I denne studien ble informantene innhentet ved at ansatte i den enkelte kommune tok kontakt med aktuelle brukere. Det kan være problematisk at helsepersonell selv velger ut hvem de anser som aktuelle informanter til en studie da dette kan påvirke funnene i studien (Holloway, 2005, s. 26). I denne studien kan det derfor tenkes at helsepersonell valgte ut individ de antok var fornøyde med tjenestetilbudet, og som de antok villig ønsket å dele sine opplevelser rundt brukermedvirkning. Dette kan i tilfellet påvirke resultatene. Den overordnede metoden ble likevel ansett som mest hensiktsmessig, da det ikke var mulig for forsker, grunnet personvern, å komme i kontakt med brukere i kommunal psykisk helsetjeneste uten deres eget samtykke, jf. Helsepersonelloven (1999, § 21 og § 22). Tidsmessige og praktiske årsaker lå også til grunn for valg av denne utvalgsmetoden.

Videre kan studien kritiseres for et lavt antall informanter. Totalt deltok fem informanter i studien, til tross for at det i utgangspunktet var tiltenkt å innhente 8-12. Innen kvalitativ forskning etterstrebes ofte metning i datamaterialet. Metning er oppnådd når man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap (Malterud, 2017, s. 65). Imidlertid førte tidspress og utfordringer med innhenting av informanter til at metning ikke ble utslagsgivende for begrensingen i antall informanter i denne studien. Det finnes lite forskning på denne informantgruppen fra før, og basert på tilbakemeldinger fra forskningsfeltet kan det tyde på at informantgruppen er liten og sårbar. Nettopp derfor kan det argumenteres for hvor viktig det er at denne studien likevel er gjennomført. Ifølge Malterud (2017, s. 63) er det også adskillig viktigere å etablere et utvalg med god informasjonsstyrke, enn å bestemme omfanget i forhold til et bestemt antall. Intervjuene som ble gjennomført belyser alle ulike og viktige aspekter ved brukermedvirkning i kommunal psykisk helsetjeneste, og det ble derfor vurdert at det forelå tilstrekkelig rikt datamateriale til å gjennomføre studien.

Denne studien hadde til hensikt å undersøke hvordan brukere av kommunale psykiske helsetjenester opplever brukermedvirkning, og skulle ikke benyttes til å evaluere kommunens tjenestetilbud. Dette ble både kommunene og informantene opplyst om i forkant. Likevel var det naturlig at informantene i løpet av intervjuene delte flere tanker omkring tjenestetilbudet, utover det som gjaldt brukermedvirkning. Grunnet denne studiens hensikt og problemstilling har forsker valgt å ikke diskutere slike momenter videre.

6. Konklusjon

På ulike måter har informantene i denne studien besvart problemstillingen «Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukermedvirkning i egen oppfølging?», og forskningsspørsmålene som ble presentert i forbindelse med problemstillingen. Informantene har fortalt om hvordan de selv opplevde at de ble involvert i gjennomføring av egen oppfølging. De fortalte at det ble lagt til rette for at de kunne komme med sine meninger, ønsker og behov og at de fikk komme med sine tilbakemeldinger. Informantene var også stort sett fornøyd med måten de fikk ta del i utformingen av oppfølgingen, og med mengden påvirkning de hadde, spesielt i et kortsiktig perspektiv. Det er derimot noe mer uklart om informantene var fornøyd med mengden påvirkning de hadde på lengre sikt, spesielt i utarbeidelsen av en individuell oppfølging- og behandlingsplan. Informantene fortalte at det er viktig for dem å kunne være delaktig i utformingen av oppfølgingen. Dette medførte at oppfølgingen var mer i tråd med deres ønsker og behov, og at de fikk mer hjelp med det de opplevde som utfordrende i det daglige. Å få ta del i utformingen av egen oppfølging gav for flere også en opplevelse av å føle seg verdig og respektert som et menneske og ikke bare en sak. Flere opplevde at dette gav dem mer motivasjon til behandlingsoverholdelse og til å arbeide mot egen tilfriskning. Til slutt har informantene også pekt på ulike faktorer som de opplevde kunne fremme deres mulighet for, og ønske om, å uttrykke egne meninger, ønsker og behov. Informantene gav uttrykk for at det viktigste var at de opplevde tillit til kontaktpersonen. Dette innebar at kontaktpersonen utviste respekt, og ikke var dømmende. Dette var viktig for informantenes opplevelse av å våge å gi uttrykk for egne tanker. Videre gav informantene uttrykk for at det var viktig at kontaktpersonen var lydhør, og at de opplevde at deres meninger ble tatt på alvor. Dette var viktig for at informantene skulle føle at det var av nytte å gi uttrykk for egne meninger, ønsker og behov. En siste faktor som av flere informanter ble nevnt som viktig var at de var klar for å gjøre en forandring selv. De opplevde at dette var en viktig forutsetning for at de skulle ønske å gi uttrykk for egne meninger, ønsker og behov. For informantene var det viktig at disse faktorene var til stede for at de skulle oppleve at brukermedvirkningen var reell. Til slutt gav informantene også uttrykk for at det noen ganger kunne være vanskelig å være delaktig i egen oppfølging. Spesielt var det vanskelig for noen fordi de ikke var opplært til å gi uttrykk for egne meninger, ønsker

og behov. For andre skyltes det usikkerhet med hvordan tjenestene ville fungere og påvirke dem. På bakgrunn av de positive konsekvensene flere informanter gav uttrykk for, sammen med de opplevde barrierene vil det derfor kunne være av betydning å øke brukeres mestringsforventning.

6.1 Implikasjoner for praksis

Studien viser at brukere av kommunale psykiske helsetjenester ønsker å være delaktig i utforming av egen oppfølging. På bakgrunn av de positive konsekvensene delaktighet oppleves å ha på motivasjon, er det viktig at det legges til rette for de forutsetningene informantene opplever imøtekommes. Av disse forutsetningene ble kjemi av de fleste nevnt som den viktigste faktoren. Kjemi ble også opplevd som en forutsetning for generelt gode helsetjenester. Dette antyder viktigheten av at kommunene har gode systemer for tilbakemeldinger om opplevd kontakt, og informantene må oppleve at det er i orden at de kommer med slike tilbakemeldinger.

Videre opplevde noen manglende selvtillit som hindrene for brukermedvirkning. Dette vektlegger betydningen av å skape en mestringsforventning og finne individuelt tilrettelagte tiltak som skaper mestringsopplevelse. Informantene nevnte i denne sammenheng at det var viktig med en kontaktperson som skapte trygghet, støttet og heiet på dem, og gav dem tro på at de kunne bidra med viktige innspill i egen oppfølging. Det er derfor viktig at kommunene legger til rette for trygge rammer, der brukerne føler seg verdige og ivaretatt, slik at mestringsforventningen kan blomstre.

Til slutt oppleves det at et sentral trekk ved denne informantgruppen var et ønske om en bedre fremtid. Brukere i denne aldergruppe er i en livsfase hvor utdanning og å finne seg en jobb av mange oppleves som viktig. Unge med psykiske helseproblemer faller ofte ut av utdannelsesforløpet eller arbeidslivet, men mange vil og kan delta dersom de gis muligheten. Et tett samarbeid mellom kommunen og bla. NAV, hvor det er fokus på hvordan disse unge brukerne kan fullføre eller komme i gang med videre utdanning eller ta del i arbeidslivet, bør etterstrebes. Dette vil ha kunne skape en helsefremmende effekt.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

Litteraturgjennomganger antyder et behov for mer forskning på brukermedvirkning innen kommunale psykiske helsetjenester, spesielt fra et brukerperspektiv. Denne studien kan bidra til å kaste et lys over et tema som stadig blir mer sentralt i de helse- og omsorgstjenester som tilbys. Utvalget er derimot lite, og det er et behov for flere studier som kan gi mer kunnskap om hvordan delaktighet i egen oppfølging påvirker behandlingsoverholdelse og motivasjon i arbeid mot egen tilfriskning.

Referanser

- Arandjelovic, K., Eyre, H. A., Lenze, E., Singh, A. B., Berk, M. & Bousman, C. (2019). The role of depression pharmacogenetic decision support tools in shared decision making. *Journal of Neural Transmission*, 126(1), 87-94. DOI: 10.1007/s00702-017-1806-8
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651-661. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00145-8)
- Clark, N. M. & Janevic, M. R. (2014). Individual theories. I Riekert, K. A., Ockene, J. K. & Pbert, L. (Red.). *The Handbook of Health Behavior Change* (4. utg., 3-26). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. Boston, MA: Springer US.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Facilitating Optimal Motivation and Psychological Well-Being Across Life's Domains. *Canadian Psychology*, 49(1), 14-23. DOI: 10.1037/0708-5591.49.1.14
- De Las Cuevas, C., Peñate, W. & de Rivera, L. (2014). Psychiatric patients' preferences and experiences in clinical decision-making: Examining concordance and correlates of patients' preferences. *Patient Education and Counseling*, 222-228. DOI: 10.1016/j.pec.2014.05.009
- Delman, J., Clark, J. A., Eisen, S. V. & Parker, V. A. (2015). Facilitators and Barriers to the Active Participation of Clients with Serious Mental Illnesses in Medication Decision Making: the Perceptions of Young Adults Clients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(2), 238-253. DOI: 10.1007/s11414-014-9431-x
- Departementene. (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 - 2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Duncan, E., Best, C. & Hagen, S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1-40. DOI: 10.1002/14651858.CD007297.pub2
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I Edberg, A. K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H. & Öhlén, J. (Red.). *Omvårdnad på avancerad nivå - kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 29-53). Lund: Studentlitteratur.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (FOR-2011-12-16-1256). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

- Fønhus, M. S. & Flottorp, S. (2015). Individuell behandlings- og oppfølgingsplan kan gi større tro på egen mestring. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2015/individuell-behandlings--og-oppfolgingsplan-kan-gi-storre-tro-pa-egen-mestr/>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - Å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hayes, D., Edbrooke-Childs, J., Town, R., Wolpert, M. & Midgley, N. (2018). Barriers and facilitators to shared decision making in child and youth mental health: clinician perspectives using the Theoretical Domains Framework. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 655-666. DOI: 10.1007/s00787-018-1230-0
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. (IS-2076). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (hol). (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven (hpl). (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holloway, I. (Red.). (2005). *Qualitative Research in Health Care*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Hov, I., Bjartnes, M., Slørdal, L. & Spigset, O. (2012). Tas legemidler som foreskrevet?. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 132(4), 418 - 422. DOI: 10.4045/tidsskr.11.0225
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2015). Brukermedvirkning i sykepleie. *Sykepleien Forskning*, 10(2), 188-191. Hentet fra <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-54954.pdf?c=1542208953>
- Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid - En oppsummering av kunnskap* (Oppsummering nr. 4). Hentet fra <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2414959/Brukermedvirkning%20i%20psykisk%20helsearbeid.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langer, D. A. & Jensen-Doss, A. (2018). Shared Decision-Making in Youth Mental Health Care: Using the Evidence to Plan Treatments Collaboratively. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(5), 821-831. DOI: 10.1080/15374416.2016.1247358
- Larsen, E., Aasheim, F. & Nordal, A. (2006). *Plan for brukermidvirkning - mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse* (IS-1315). Hentet fra https://teskelund.files.wordpress.com/2012/03/is-1315_9828a.pdf

- Légaré, F., Ratté, S., Gravel, K. & Graham, I. D. (2008). Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*, 73(3), 526-535. DOI: 10.1016/j.pec.2008.07.018
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: utvikling av egne og andres ressurser*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Metz, M. J., Elfeddali, I., Krol, D. G. H., Veerbeek, M. A., De Beurs, E., Beekman, A. T. F. & Van Der Feltz-Cornelis, C. M. (2017). A digital intake approach in specialized mental health care: study protocol of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 17, 86. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1247-9>
- Molven, O. (2005). *Helse og jus* (8. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Ness, O., Kvello, Ø., Borg, M., Semb, R. & Davidson, L. (2017). «Sorting things out together»: Young adults' experiences of collaborative practices in mental health and substance use care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 20(2), 126-142. DOI: 10.1080/15487768.2017.1302369
- Norges forskningsråd. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009); Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/globalassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>
- Norvoll, R. (Red.). (2013). *Samfunn og psykisk helse - Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ose, S. O. & Kaspersen, S. L. (2015). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2015: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (SINTEF A27362). Hentet fra <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/IS-24-8-Kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-2015.pdf>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Ådnes, M., Lassemo, E. & Kalseth, J. (2018). *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene* (2018:01346). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_kommunalt-psykisk-helse-rusarbeid-2018.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl). (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pollit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeve, J. (2015). *Understanding Motivation and Emotion* (6. utg.). Hoboken: Wiley.
- Rise, M. B. (2012). Mer brukermedvirkning?. *Tidsskrift for norsk legeforening*, 1882-1884. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2012--1882-4.pdf>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologists*, 55(1), 68-78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Seale, C., Chaplin, R., Lelliott, P. & Quirk, A. (2006). Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: A qualitative study of psychiatrists' experiences. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2861-2873. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.11.002

- Shay, L. A. & Lafata, J. E. (2015). Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114-131. DOI: 10.1177/0272989X14551638
- Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (2013). *Skolen som læringsarena: selvoppfatning, motivasjon og læring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Slade, M. (2017). Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146-153. DOI: 10.1002/wps.20412
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Meld. St. nr. 25 (1996-97)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. nr. 63 1997-98). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>
- Stiggelbout, A.M., Pieterse, A.H. & De Haes, J.C.J.M. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*, 98(10), 1172-1179. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>
- Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Storm, M. & Edwards, A. (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatric Quarterly*, 84(3), 313-327. DOI: 10.1007/s11126-012-9247-x
- Thompson, L. & McCabe, R. (2012). The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12, 87. DOI: 10.1186/1471-244X-12-87
- World Health Organization Regional Office for Europe (WHO). (2018). *Situation of child and adolescent health in Europe*. Hentet fra http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescent-health-eng.pdf?ua=1
- World Medical Association (WMA). (2013). Ethical principles for medical research involving human subjects. In Declaration of Helsinki, Brazil. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zisman-Ilani, Y., Barnett, E., Harik, J., Pavlo, A. & O'Connell, M. (2017). Expanding the concept of shared decision making for mental health: systematic search and scoping review of interventions. *The Mental Health Review*, 22(3), 191-213. DOI: 10.1108/MHRJ-01-2017-0002

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjons- og samtykkeskjema (4 sider)

«Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukermedvirkning?», 29.01.2019, 309156



Universitetet
i Stavanger

Forespørsel om å delta i masterprosjektet:

Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukermedvirkning?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt som gjennomføres ved Universitetet i Stavanger. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Hva går forskningen ut på?

Brukermedvirkning innebærer at du som mottar et helsetilbud skal få medvirkningsmulighet på planlegging og gjennomføring av tjenesten. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet i Norge i dag. Målsettingen med mastergradsprosjektet er å få mer kunnskap om brukermedvirkning, sett ut fra perspektivet til de som mottar tjenesten. Slik kunnskap er viktig for å kunne videreutvikle helsetjenester.

Hva innebærer det å delta i prosjektet?

Dersom du samtykker til å delta i prosjektet innebærer det deltakelse i et intervju. Et intervju er en samtale med en forsker der dere snakker om hvordan du som bruker av kommunale psykiske helsetjenester opplever brukermedvirkning. Intervjuet varer vanligvis 30-60 minutter. Dersom det er i orden for deg tas intervjuet opp på bånd. Du kan selv velge om du ønsker at intervjuet skal finne sted der du mottar tjenester, hjemme hos deg selv, eller et annet egnet sted.

Hvorfor blir jeg invitert til å delta?

For å undersøke behov, utfordringer og erfaringer rundt brukermedvirkning i den kommunale psykiske helsetjenesten er vi som forsker på det avhengig av hjelp. Du blir spurt om å delta fordi du mottar en slik tjeneste. De som deltar vil ikke vite om hverandre.

Må jeg være med?

Det er helt frivillig å delta i prosjektet. Hvis du ønsker å være med, men senere ombestemmer deg, kan du når som helst trekke ditt samtykke. Du trenger ikke oppgi noen grunn for å trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Det vil ikke få konsekvenser for din videre behandling om du velger å delta eller ikke.

Hva skjer med informasjonen om meg?

Informasjonen som vi samler inn skal kun brukes slik som beskrevet i dette informasjonsskrivet. Det er helsepersonell, eller du selv, som videreformidler din interesse om å delta i prosjektet til studenten eller veilederen. Dette vil kun skje dersom du undertegner samtykkeskjema. Studenten og veilederen vil ikke kjenne til din identitet før du har uttrykt ønske om å delta i studien, og etter at samtykkeskjema er signert.

Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student og veileder som har tilgang til opplysningene. Etter intervjuet vil lydopptaket bli skrevet om til tekst. Informasjonen om deg vil bli anonymisert, det vil si at navn og opplysninger om deg som andre kan kjenne igjen vil fjernes. Informasjonen vil ikke kunne knyttes direkte til deg. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Forskeren har taushetsplikt og vil ikke gi opplysninger som kommer frem i intervjuet videre. Lydopptak og samtykkeskjema vil oppbevares innelåst og utilgjengelig for andre. Lydopptak slettet, og eventuelle notater makuleres, innen prosjektets slutt. Prosjektet skal etter planen avsluttes 1.juni-2019. Informasjonen som samles inn vil kunne brukes i publikasjoner. Din identitet vil være hemmelig, og ikke dukke opp i noen forskningsrapporter eller artikler.

Er det noen fordeler eller ulemper ved å delta?

Ved å delta i dette prosjektet kan du bidra til å øke kunnskapen omkring brukermedvirkning i den kommunale helsetjenesten. Økt kunnskap er viktig for å påvirke fremtidige helsetjenester. Din deltakelse medfører ingen risiko for deg. Mastergradsprosjektet hører til Universitetet i Stavanger. Dersom du deltar og det vi snakker om i intervjuet vekker ubehagelige følelser hos deg, kan du når som helst avslutte intervjuet. Du kan få en samtale med din kontaktperson i etterkant av intervjuet, dersom du ønsker det selv.

Hva skal jeg gjøre hvis jeg ønsker å delta?

Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Den kan du levere til din kontaktperson, som vil ta kontakt med oss. Deretter vil vi ta kontakt for å avtale tid for et intervju. Du kan også ta direkte kontakt med:

Nadieh Joline Verheul (student) på telefon 92442019 eller e-post nj.verheul@stud.uis.no **eller**

Stig Erlend Bjonnes (veileder) på telefon 51832746 eller e-post stig.e.bjonnes@uis.no

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål.

Du kan også ta kontakt med institusjonens personvernombud dersom du har spørsmål om behandlingen av dine personopplysninger i prosjektet. Personvernombud er Kjetil Dalseth, telefonnummer 51831078 eller e-postadresse kjetil.dalseth@uis.no.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Takk for at du tok deg tid til å lese gjennom denne informasjonen!

Med vennlig hilsen

Nadieh Joline Verhuel

Mastergradsstudent – Master i helsevitenskap

Universitetet i Stavanger – Helsevitenskaplig fakultet

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

Sted og dato

Navn på deltaker

Deltakers signatur

Jeg ønsker å bli kontaktet av forsker på følgende måte:

Ta kontakt med min primærkontakt i kommunen for å lage en avtale for meg

Ring meg på telefon nr: _____

Send SMS til meg på mobil nr: _____

Annen måte (beskriv): _____

Dersom du ønsker informasjon om resultater når prosjektet er ferdig, skriv e-post adressen din her:

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet (fylles ut av den som skal intervju deg)

Sted og dato

Navn på forsker

Forskers signatur

**Vedlegg 2: Følgeskriv – informasjon om masterstudiets forankring ved
Universitetet i Stavanger (1 side)**

Studie som grunnlag for masteroppgave

Nadieh Joline Verheul er student ved Masterstudium i helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger, Det helsevitenskapelige fakultet.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave.

Studenten har valgt å arbeide med følgende tema:

«*Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukermedvirkning?*», en kvalitativ studie om hvordan unge voksne opplever brukermedvirkning.

Arbeid med masteroppgaven følger forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag. Studien er meldt/godkjent:

29.01.2019 – NSD

(dato godkjenning og instans)

Veileder for arbeid med masteroppgaven er:

Phd-stipendiat, Stig Erlend Bjønness, det helsevitenskapelige fakultet – Universitetet i Stavanger

Arbeidet forventes slutført: Våren 2019

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 01.02.2019

Kristin Hjorthaug Urstad
Førstemanuensis, 51831664
Emneansvarlig

Stig Erlend Bjønness,
Phd-stipendiat, 51832746
Veileder

Vedlegg 3: Samarbeidsavtale (1 side)

Samarbeidsavtale i forbindelse med masteroppgave

I forbindelse med masteroppgaven i helsevitenskap er det inngått en avtale om rekruttering av informanter til en kvalitativ studie med tittelen «*Hvordan opplever brukere av kommunale psykiske helsetjenester brukervedvirkning?*»

Avtalen gjelder mellom det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger ved student Nadieh Joline Verheul og

.....
... (navn virksomhet/kommune)

Virksomheten sier seg villig til å bistå studenten med rekruttering av informanter. Informantene mottar et helsetilbud ved virksomheten, og vil i den anledning ha mulighet til å ta opp eventuelle tema som blir aktualisert i intervjuet i samtalene med sin kontaktperson ved virksomheten.

Deltakelse i intervju skal ikke medføre noe helserisiko. Studien er godkjent av NSD, referansekode 309156, og er i samsvar med personvernlovgivningen og forskningsetiske regler.

Arbeidet forventes slutført i henhold til normal studieprogresjon juni 2019. Virksomheten får tilbud om undervisning/presentasjon av funn i etterkant av prosjektslutt.

Veileder ved UiS er Stig Bjønness

.....
Sted

.....
Dato

.....
.....

Ansvarlig ved virksomhet

Student

Vedlegg 4: Intervjuguide (2 sider)

Tema	Spørsmål	Alternative spørsmål	Notater
Rammesetting	<ul style="list-style-type: none"> ○ Starte lydopptak 		
Introduksjons spørsmål	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kan du fortelle litt om den oppfølgingen du får fra kommunen? 		
Informasjon	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kan du forteller litt om den informasjonen du har fått i forbindelse med denne oppfølgingen? ○ Hva synes du om denne informasjonen? ○ Er det noe du har savnet informasjon om? (eventuelt hva?) 	<p>(Informasjonen du har fått om ditt eget tilbud?)</p> <p>(Er det noe du skulle ønske at du hadde fått mer informasjon om?)</p>	
Mål og tiltak	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hva er det du og din kontaktperson gjør i de timene dere har sammen? ○ Hvordan får du være med å bestemme hva dere gjør i disse timene? ○ Hvilke mål har du og din kontaktperson laget for oppfølgingen? ○ Hvordan får du være med på å lage målene for oppfølgingen? ○ På hvilke måter får du være med å bestemme hvordan målene for oppfølgingen skal nås? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Har du og din kontaktperson laget noen mål for oppfølgingen? (for de timene dere har sammen? / hjelpen du får?) <ul style="list-style-type: none"> - Kosthold? - Sosial aktivitet? - Fritidsaktiviteter? - Renhold av leilighet? - Matinnkjøp? - Økonomi? - Symptomlindring? 	
Tiltak			
Evaluerings	<ul style="list-style-type: none"> ○ Får du si din mening om hvordan hjelpen er eller har vært? ○ Hvordan får du si din mening? 		

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Kunne du ønske at du i enda større grad fikk sagt din mening? Kan du si litt mer om det? ○ Synes du det er for mye brukervedvirkning? 	(Skulle du ønske at kontaktpersonen tok mer avgjørelser uten deg?)	
Motivasjon	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hva føler du er viktig for at du skal kunne være med å bestemme eller si din mening om hjelpen du får? ○ Hvilken betydning har det for deg å få være med å bestemme rundt den hjelpen du får? ○ Hvilken betydning har det å få være med å bestemme for din motivasjon? (til å nå målene?) ○ Hvilke andre ting mener du kan være viktig for at du skal være motivert til å arbeide mot de målene du setter deg? ○ Hva skal til for at du skal kunne holde deg til planen? 	<p>(Hva opplever du som viktig for at du skal kunne ...?)</p> <p>(Mener du det er mer viktig enn brukervedvirkning?)</p> <p>(Hva skal til for at du skal klare dette på egenhånd?)</p>	
Fremmer/hemmer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hva gjør helsepersonell for at du skal være delaktig? ○ Hva kan helsepersonell gjøre for at du skal være mer delaktig? ○ Hva gjør du selv for å være delaktig? ○ Hva kan gjøre det vanskelig å være med å bestemme ting? 		
Avsluttende spørsmål	<p>Alt i alt, hva synes du har vært viktigst for deg når det kommer til brukervedvirkning?</p> <p>Har du noen siste kommentarer?</p> <p>Takk for intervjuet</p> <p>Stoppe lydopptaker</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Er det noe du har savnet eller som kunne vært annerledes? ○ Hva synes du er bra eller eventuelt mindre bra med den oppfølgingen du får? 	

Vedlegg 5: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2 sider)



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Ingrid Dønåsen	Telefon: 22845523	Vår dato: 28.11.2018	Vår referanse: 2018/1867 REK sør-øst B
			Deres dato: 25.09.2018	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Stig Bjønness
Universitetet i Stavanger

2018/1867 Brukermedvirkning for unge voksne i kommunale psykiske helsetjenester

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 31.10.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger
Prosjektleder: Stig Bjønness

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Omfanget av psykiske lidelser er stort, og rammer unge mennesker spesielt hardt. Det er lovfestet at brukere av helse- og omsorgstjenester skal involveres i planlegging, utøving og evaluering av helsetjenestene. Forskning viser at brukermedvirkning gir økt grad av tilfredshet, nytte og utnyttelse av helsetjenestene. Mye av forskningen er basert på helsepersonell sine erfaringer, og i liten grad pasienter eller brukere. En litteraturgjennomgang viser at det er behov for mer forskning på brukermedvirkning fra et brukerperspektiv, spesielt innenfor psykiske helsetjenester på kommunalt nivå. Formålet med studien er å bidra til å øke kvaliteten i helsetjenestene gjennom økt kunnskap om brukermedvirkning i kommunale psykiske helsetjenester. Det benyttes en kvalitativ metode med semi-strukturerte dybde-intervju med unge voksne mellom 18 og 25 år som mottar slike helsetjenester.

Vurdering

Prosjektet skal gjennom strukturerte dybde-intervjuer undersøke hvordan unge voksne opplever brukermedvirkning i kommunale psykiske helsetjenester og deres meninger om dette. Formålet med prosjektet er å få innsikt brukernes perspektiv på hvordan brukermedvirkning i den kommunale psykiske helsetjenesten fungerer. Det overordnede målet er å øke kvaliteten i helsetjenestene gjennom økt kunnskap om brukermedvirkning i kommunale psykiske helsetjenester.

Komiteen anser ikke at det å undersøke opplevelse av brukermedvirkning vil fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, og prosjektet faller dermed utenfor REKs mandat jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4, bokstav a.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Komiteen gjør oppmerksom på at det faktum at et prosjekt blir vurdert av REK til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde ikke er til hinder for at resultater fra prosjektet kan publiseres.

Besøksadresse:
Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Vedtak

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4, bokstav a. Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem
Professor, dr. med.
leder REK sør-øst B

Ingrid Dønåsen
Rådgiver

Kopi til: kristin.akerjordet@uis.no
Universitetet i Stavanger ved øverste administrative ledelse: post@uis.no

Vedlegg 6: Norsk senter for forskningsdata (NSD) (4 sider)

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

30.05.2019, 00.52



NSD sin vurdering

Prosjektittel

Brukermedvirkning for unge voksne i kommunale psykiske helsetjenester

Referansenummer

309156

Registrert

12.12.2018 av Nadieh Joline Verheul - nj.verheul@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Stig Erlend Bjonness, stig.e.bjonness@uis.no, tlf: 51832746

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Nadieh Joline Verheul, nadieh.verheul@live.no, tlf: 92442019

Prosjektperiode

01.01.2019 - 31.12.2019

Status

23.05.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

23.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 29.01.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

about:blank

Side 1 av 4

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise Aasen Haveraaen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

29.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 29.01.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lise Aasen Haveraaen
Tlf. Personvertjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 7: Datahåndteringsplan (2 sider)

Datahåndteringsplan for masteroppgave

Universitetet i Stavanger, Det helsevitenskapelige fakultet

Student: Nadieh Joline Verheul

Veileder: Stig Erlend Bjønness, Phd-stipendiat,

Navn på prosjekt: Brukermedvirkning for unge voksne i kommunale psykiske helsetjenester

Sammendrag: Kommunene har fått et større ansvar for å dekke et økende behov for psykiske helsetjenester. Helsetjenestene skal organiseres slik at brukermedvirkning og delaktighet i egen behandlingsprosess står sentralt. Det er et behov mer forskning på implementering av brukermedvirkning, fra et brukerperspektiv, spesielt innenfor psykiske helsetjenester på kommunalt nivå. Prosjektet vil undersøke hvordan brukere av kommunale psykiske helsetjenester, i alderen 18-25år, opplever brukermedvirkning. Problemstillingen vil belyses gjennom kvalitative intervju.

Beskrivelse av hvordan digitale forskningsdata i prosjektet håndteres		
1	Ansvar	Behandlingsansvarlig institusjon er UiS. Universitetsdirektør som behandlingsansvarlig, delegert til dekan. Daglig ansvarlig er veileder. Student og veileder skal sammen sikre forsvarlig forvaltning av forskningsdata.
2	Data-innsamling	Kvalitativ studie. Nye data. Brukererfaringer samles inn gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer. Benyttes lydopptak. Skriftlig informert samtykke med navn i samtykkeskjema. Det samles i tillegg inn alder og bostedskommune.
3	Format	Lydopptak blir transkribert til tekst i word. Personidentifiserbare opplysninger aidentifiseres.
4	Metadata	Kun kvalitative data, ikke aktuelt med metadata og deling av dette (se pkt 8 og 10). Koding vil være selvforklarende, eksemplifisert med avpersonifiserte sitat.
5	Organisering av data	Prosjektet er et kvalitativt forskningsprosjekt med kvalitativ innholdsanalyse, data organiseres tematisk. Ikke aktuelt med registrering av datasett og register.
6	Lagring og backup	Ingen direkte personidentifiserbare opplysninger lagres elektronisk. Samtykkeskjema og koblingsnøkkel i papirformat oppbevares separat, innelåst og utilgjengelig for de som ikke deltar i prosjektet. Lydopptak og transkripsjon av intervju lagres på kryptert minnepinne. PC ikke tilkoblet internett ved transkribering og analyse av data. Backup lagres på kryptert minnepinne hos prosjektleder/veileder
7	Arkivering og bevaring	Data vil slettes ved prosjektslutt.

8	Tilgang og deling	Dette prosjektet samler ikke inn forskningsdata som kan gjøres tilgjengelige ut over resultatene som publiseres i masteroppgave og ev. artikkel. Se pkt 10.
9	Intelleguelle rettigheter	Forskningsansvarlig institusjon
10	Etikk og personvern	Informasjons- og samtykkeskjema formidles gjennom virksomhetsleder i kommune. Informasjon gis i tillegg muntlig. Frivillig deltakelse, mulighet til å trekke seg. Ingen personidentifiserbare opplysninger gjøres tilgjengelige. Det er et lite utvalg og data er brukererfaringer som innhentes gjennom individuell intervju. Av forskningsetiske årsaker vil derfor ikke forskningsdata gjøres tilgjengelig eller deles.
11	Kostnader	Datalagring medfører ikke kostnader ut over innkjøp av lydopptaker og kryptert minnepinne.

Framgangsmåte for håndtering av digitale forskningsdata er drøftet med personvernombud, og er i henhold til UiS sine retningslinjer. Det benyttes ikke private enheter til lagring av sensitive data, men kryptert minnepinne som tilhører UiS. Masterstudenter ved UiS må imidlertid benytte privat PC og lydopptaker, og derfor er det krysset av på bruk av privat enhet. Det bekreftes herved at datahåndtering er godkjent ved UiS.

Stavanger 12.12.2018

Stig Bjønness
veileder

Vedlegg 8: Eksempel på analyseprosessen (2 sider)

Analysen ble utført i tråd med Malterud sin systematiske tekstkondensering (se avsnitt 3.5). I trinn 1 ble foreløpige tema ble identifisert. I trinn 2 ble meningsbærende enheter identifisert på bakgrunn av de foreløpige tema. I trinn 3 ble det dannet subgrupper, og de meningsbærende enhetene under hver subgruppe ble skrevet sammen til kondensat. Gullsitat ble også identifisert. I trinn 4 ble kondensatene skrevet om til en sammenfattende analytisk tekst, med tilhørende gullsitat. Nedenfor følger et eksempel av analyseprosessen. Sitatene som presenteres er oversatt til bokmål, og utsatt for små justeringer i tråd med skriftlig fremstillingsstil, uten at dette har gått på bekostning av innholdet. Dette ble gjort for å bedre lesbarheten og tydeliggjøre innholdet i sitatene, og for å redusere sannsynligheten for at informantene kan identifiseres på bakgrunn av sitatene.

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4
<p>Helhets inntrykk – Identifisere foreløpige tema</p>	<p>Fra tema til koder – Identifisere meningsbærende enheter</p>	<p>Fra koder til mening – Identifisere subgrupper</p> <p>Danne kondensat</p> <p>Identifisere gullsitater</p>	<p>Sammenfatning – Analytisk tekst</p>
<p>Følgende foreløpige tema ble identifisert</p> <ul style="list-style-type: none"> - Styre innholdet i oppfølgingen - Kjemi - Valg-muligheter 	<p>Under det foreløpige tema Styre innholdet i oppfølgingen ble blant annet følgende meningsbærende enheter identifisert</p> <p>I4: Når du går til behandling så er det jo for å liksom lære å kjenne igjen følelser og finne ut hva du føler, men kanskje også for å gjøre en forandring. Og du må være klar selv for å gjøre den forandringen, hvis ikke så vil ting jo ikke bli bedre. Så du må liksom være forberedt på at det ikke er alle andre som skal forandre seg, men egentlig du selv mest.</p> <p>I4: Ja altså, at du er klar for å jobbe med ting selv har jo veldig mye å si, for hvis du ikke er klar så kommer du ikke til å bli frisk. Så du må være åpen selv også.</p> <p>I3: Ja det er lurt. Det gjelder jo meg, det gjelder jo ikke henne, så jeg prøver så godt jeg kan.</p> <p>I1: Nei, de kan bare gi deg tilbud, muligheter du har og aktiviteter for eksempel, sant, men så bestemme du selv om du vil være med. Om du på en måte ønsker å gjøre dette for å komme deg videre. Eller om</p>	<p>Det følgende eksempelet viser deler av kondensatet fra subgruppen, Mulighet for å uttrykke egne meninger, ønsker og behov, samt tilhørende gullsitat.</p> <p>Du må være klar selv for å gjøre den forandringen, hvis ikke så vil ting jo ikke bli bedre. Så du må liksom være forberedt på at det ikke er alle andre som skal forandre seg, men egentlig du selv mest. Ja altså, at du er klar for å jobbe med ting selv har jo veldig mye å si, for hvis du ikke er klar så kommer du ikke til å bli frisk. Så du må være åpen selv også. Sant, men så bestemme du selv om du vil være med. Om du på en måte ønsker å gjøre dette for å komme deg videre. Eller om du bare vil sitte i boblen og bli der på en måte. Når du går til behandling så er det jo for å liksom lære å kjenne igjen følelser og finne ut hva du føler, men kanskje også for å gjøre en forandring. Ja altså, når du snakker med kontaktpersonen, får det ut og så bare snakker dere sammen, så får du på en måte en tanke om at det</p>	<p>Det følgende eksempelet viser deler av den analytiske teksten fra subgruppen Mulighet for å uttrykke egne meninger, ønsker og behov, samt tilhørende gullsitat</p> <p>Flertallet av informantene snakket om hvor viktig det var at de selv var klar for å gjøre en forandring. De uttrykte en felles anerkjennelse om at oppfølgingen gjaldt dem, og at det var de som måtte gjøre endringen. Én fortalte at tjenesten i størst mulig grad kan legge til rette for endringsarbeid, gjennom samtaler, aktiviteter og tilbud, men det er opp til den enkelte å benytte seg av mulighetene. Én annen fortalte at et viktig mål med oppfølgingen for henne var å lære å kjenne igjen følelser og gjøre en forandring, og det var opp til henne å legge ned energien og arbeidet for å gjøre denne forandringen. Denne informanten uttrykte betydningen av selv å være klar for forandringen slik</p>

	<p>du bare vil sitte i boblen og bli der på en måte.</p> <p>I1: Ja altså, når du snakker med kontaktpersonen, får det ut og så bare snakker dere sammen, så får du på en måte en tanke om at det ikke er slik du ønsker å føle og at du må gjøre noe, noe må du jo bidra med for å få til en forandring selv.</p> <p>I4: Fordi du kan styre en samtale så mye du vil, men hvis du ikke er klar for å forandre deg, så vil det ikke gå noe sted. Behandling er ikke noe som foregår på kontoret, det foregår i alle aspekter av hverdagen og livet så du må ha tid til å tenke gjennom og reflektere over det.</p>	<p>ikke er slik du ønsker å føle og at du må gjøre noe, noe må du jo bidra med for å få til en forandring selv.</p> <p><i>«Fordi du kan styre en samtale så mye du vil, men hvis du ikke er klar for å forandre deg, så vil det ikke gå noe sted. Behandling er ikke noe som foregår på kontoret, det foregår i alle aspekter av hverdagen og livet så du må ha tid til å tenke gjennom og reflektere over det.»</i></p>	<p><i>«Fordi du kan styre en samtale så mye du vil, men hvis du ikke er klar for å forandre deg, så vil det ikke gå noe sted. Behandling er ikke noe som foregår på kontoret, det foregår i alle aspekter av hverdagen og livet så ...»</i></p>
--	---	--	---