

Samhandlingens betydning for recovery-prosessen

English title: The importance of collective action in the recovery process of mental health patients

Hvordan opplever erfaringskonsulenter innen psykisk helse at samhandling med kommunen og spesialisthelsetjenesten påvirket deres recovery-prosess?



Universitetet
i Stavanger

DET HELSEVITENSKAPELIGE FAKULTET

2018-2020

Masterstudium: Rus og psykisk helsearbeid, heltid

Veileder: Psykologspesialist Johannes Langeveld

Kandidatnummer: 6727

Student: Caroline Lønø

Antall ord i besvarelsen: 21102

Sammendrag

Helsepersonell er av lov forpliktet til å samhandle med hverandre og med brukere av helsetjenestene. Hensikten med studien er å undersøke hvordan pasienter innen psykisk helse opplevde at samhandling mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste påvirket deres recovery-prosess. For å besvare problemstillingen ble det utført intervju med tidligere pasienter innen psykisk helse og/eller rus. Funnene som fremkom ble drøftet opp mot eksisterende teori og tidligere forskning. Det kom frem av studien at samhandling veier tungt i recovery-prosessen. Imidlertid vises det til utfordringer både på system- og individnivå ved samhandling mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste. Elementer som må være til stede for å realisere en fruktbar samhandling er blant annet gjensidig respekt og maktfordeling. Pasienters motivasjon trekkes også frem som sentral for å få til god samhandling mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste. Informantene opplevde at god samhandling hadde en positiv innvirkning på recovery-prosessen, og motsatt hadde liten grad av samhandling negativ innvirkningskraft.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en krevende, men samtidig veldig fin prosess. Det har vært svært lærerikt å jobbe med forskning innen et felt jeg virkelig brenner for. Denne prosessen har åpnet mine øyne for forskning. Jeg føler meg heldig som har fått mulighet til å møte mange sterke og inspirerende mennesker i løpet av denne tiden, og ønsker å rette en spesiell takk til informantene som deltok i studien. Samtidig som dere bidro i denne studien, har dere i stor grad inspirert meg faglig og på et personlig plan. Jeg er svært takknemlig for at dere tok dere tid til å møte meg og dele deres personlige erfaringer.

Jeg ønsker også å takke veilederen min Johannes Langeveld for godt samarbeid og gode råd gjennom hele prosessen. Du hjalp meg med å komme raskt i gang med arbeidet, slik jeg fikk god tid til å jobbe med selve oppgaven. Jeg ønsker også å takke min medforsker, som motiverte meg og hadde et enormt engasjement og drivkraft gjennom samarbeidet. Jeg er også takknemlig for tålmodigheten og støtten fra familie og venner.

Caroline Lønø, Universitetet i Stavanger, 15.05.2020

Innholdsfortegnelse

1.0	INTRODUKSJON.....	6
1.1	OPPGAVENS OPPBYGNING.....	7
1.2	EGEN FORFORSTÅELSE.....	7
1.3	STUDIENS HENSIKT.....	8
1.4	AVGRENSNING AV OPPGAVENS PROBLEMSTILLING.....	8
1.5	MEDFORSKNING.....	9
1.6	HVA MENES MED PSYKISKE LIDELSER OG RECOVERY I DENNE SAMMENHENG.....	10
2.0	TIDLIGERE FORSKNING PÅ OMRÅDET.....	11
2.1	LITTERATURSØK.....	11
2.2	AKTUELL FORSKNING MED RELEVANS TIL STUDIEN.....	13
2.2.1	BRUKERERFARINGER MED PSYKISKE HELSETJENESTER. HVA VISER OPPSUMMERT FORSKNING? (PETTERSEN & LOFTHUS, 2018).....	13
2.2.2	CONTINUITY OF CARE AS EXPERIENCED BY MENTAL HEALTH SERVICE USERS – A QUALITATIVE STUDY (BIRINGER, HARTVEIT, SUNDFØR, RUUD, & BORG, 2017).....	14
2.2.3	BEDRE TID MED BRUKERSTYRT INNLEGGELSER? (STØVIND, HANNEBORG, & RUUD, 2012).....	15
2.3	TIDLIGERE FORSKNING SATT I KONTEKST MED DENNE STUDIEN.....	15
3.0	TEORETISK RAMMEVERK.....	16
3.1	RECOVERY.....	16
3.1.1	CHIME.....	17
3.2	BRUKERMEDVIRKNING.....	18
3.3	ETIKK OG MENNESKESYN.....	18
3.4	PAKKEFORLØP.....	20
4.0	METODOLOGI OG METODE.....	21
4.1	DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU.....	22
4.2	UTVALG.....	24
4.3	REKRUTTERING AV INFORMANTER.....	25
4.4	VITENSKAPSFILOSOFISK FORANKRING.....	26
4.5	FENOMENOLOGISK-HERMENEUTISK ANALYSEMETODE AV LINDSETH OG NORDBERG (2004).....	27
4.5.1	FØRSTE ANALYSEFASE - KONTEKSTUALISERING.....	28
4.5.2	ANDRE ANALYSEFASE – DEKONTEKSTUALISERING.....	29
4.5.3	TREDJE ANALYSEFASE – REKONTEKSTUALISERING.....	29
4.6	SLAGSIDE VED ANALYSEMETODEN TIL LINDSETH OG NORDBERG (2004).....	30
4.7	ETISKE REFLEKSJONER.....	30
4.7.1	OPPBEVARING AV DATAMATERIALET.....	31
4.7.2	MINIMAL SKADE PÅ INFORMANTENE.....	32

5.0 FUNN.....	32
5.1 Å BLI SETT.....	34
5.1.1 INTERSUBJEKTIVITET	34
5.1.2 HELHETSTENKNING.....	36
5.1.3 INDIVIDUALISERING AV TJENESTETILBUD	38
5.2 Å IKKE VÆRE SIN EGEN SJEF	40
5.2.1 MAKTASYMMETRI.....	40
5.3 EGENANSVAR	42
5.3.1 MOTIVASJON	43
6.0 DRØFTING.....	43
6.1 Å BLI SETT.....	44
6.1.1 BETYDNINGEN AV DET RELASJONELLE.....	45
6.1.2 MENNESKESYN.....	46
6.1.3 FORHOLDET MELLOM KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN	48
6.1.4 DE TØFFE OVERGANGENE	50
6.2 SAMHANDLINGENS BREMSER.....	51
6.3 HÅPET OG EGENMOTIVASJONENS BETYDNING FOR SAMHANDLING OG RECOVERY	53
6.4 UTFORMING AV TJENESTETILBUDENE	53
6.4.1 PAKKEFORLØP.....	54
6.5 SAMHANDLINGENS DIREKTE SAMMENHENG MED RECOVERY	55
6.6 NAIV LESNING SETT OPP MOT DRØFTING	56
6.7 DRØFTING AV METODE.....	57
6.8 FORSLAG TIL TEMA FOR VIDERE FORSKNING.....	62
7.0 KONKLUSJON.....	63
7.1 IMPLIKASJONER.....	64
LITTERATURLISTE.....	66

VEDLEGG:

- Vedlegg 1: Tilbakemelding REK
- Vedlegg 2: Godkjenning REK
- Vedlegg 3: Prosjektgodkjennelse Norsk Senter for Forskningsdata
- Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
- Vedlegg 5: Intervjuguide
- Vedlegg 6: Utdrag fra analyse- tekstkondensering

1.0 Introduksjon

Omtrent halvparten av den norske befolkningen kommer til å ha en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Dersom man blir rammet av en psykisk lidelse og det oppstår et behandlingsbehov fra helsetjenestene, kreves det ofte et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Samarbeid på tvers av tjenester kommer ofte med utfordringer. Opptrappingsplanen for psykisk helse var en omfattende helsepolitisk reform i tidsperioden 1998-2008, hvor hensikten var å styrke psykisk helsevern (NAPHA, 2010). Det kan tenkes at man er avhengig av et godt samarbeid mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste for å realisere regjeringens mål med opptrappingsplanen. Evaluering av opptrappingsplanen viser til at samhandlingen har blitt bedre, men at det er «Et betydelig stykke å gå for å innfri intensjonene om god samhandling og flyt i behandlingsskjeden» (Forskningsrådet, 2009, s. 133). Etter opptrappingsplanen kom samhandlingsreformen, som dreide seg om «Rett behandling - på rett sted – til rett tid». En av hovedutfordringene her var at pasienters behov for koordinerte tjenester ikke ivaretas godt nok (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009, s. 19). Samhandlingsreformen skulle sikre bedre samhandling, spesielt mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Etter grundig evaluering av samhandlingsreformen er det usikkerhet om reformen resulterte i «merkbare uttellingene med hensyn til helhetlige pasientforløp» (Forskningsrådet, 2016, s. 52).

Etter flere reformer innen psykisk helse er det fremdeles utfordringer med helhetlige pasientforløp og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det har vært stort fokus på brukermedvirkning og koordinerte tjenester på systemnivå, men hvordan opplever pasienter at det fungerer i praksis, og hvilken betydning har samhandlingen for recovery-prosessen? Det er lite fokus på pasienters opplevelse av samhandlingens betydning for recovery. Formålet med denne studien er å belyse pasienters opplevelse av samarbeid mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste og i hvilken grad dette samarbeidet var en del av pasienters recovery-prosess.

Jeg ønsker å undersøke tidligere pasienters perspektiv ettersom de sitter med erfaringer og kunnskap som bør trekkes frem. Dette prosjektet vil sette fokus på samhandling og stemmen brukerne har i dette samarbeidet. Jeg ønsker å finne ut av om et godt samarbeid kan bidra i brukernes recovery-prosess. For å forstå om samarbeid med helsetjenestene

er et viktig element for recovery, vil jeg også se på samarbeidets art. Dette for å trekke ut hvilke elementer som er sentrale i møter som er ment å fremme recovery.

1.1 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven består av syv kapitler, hvorav flere har utdypende underpunkter. Innledningsvis vil min forforståelse rundt temaet bli presentert. Avgrensning av oppgavens problemstilling, studiens hensikt, definisjon av erfaringskonsulenter, beskrivelse av medforskerrollen og hva som i denne sammenheng menes med psykiske lidelser og recovery vil også fremkomme av innledningen. For å få en oversikt over studier som har blitt gjennomført innen lignende tematikk, vises det til tidligere forskning på området. Videre belyses aktuell teori som vil bli relevant ved drøfting av problemstillingen. Kapitlet om metodologi og metode presenterer et vitenskapsfilosofisk grunnlag, samt fremgangsmåten av studiens ulike faser. Neste kapittel presenterer funn som fremkom ved analyse av datamaterialet. Oppgavens problemstilling drøftes ved å se funn i lys av teori og tidligere forskning i det følgende kapitlet. Avslutningsvis trekkes tråder fra drøftingen, som presenteres i en konklusjon.

1.2 Egen forforståelse

Temaet som belyses i oppgaven har grunnlag i erfaring og interesse på området. Dette er noe jeg har tilegnet meg gjennom studier og arbeidserfaring. I arbeidslivet gjorde jeg meg observasjoner om ulike tilnærminger i møte med brukere. Jeg fant de ulike tilnærmingsstrategiene til brukere interessante, samtidig som jeg observerte at samhandling med kommune og spesialisthelsetjeneste var i stor grad varierende. Jeg hadde personlige og teoretiske forforståelser før studiens oppstart. For å tilstrebe at dette ikke hadde innvirkning på forskningen reflekterte jeg over mine egne holdninger, verdier og fordommer rundt temaet innledningsvis i forskningsprosessen. Jeg utførte dette resonnementet for å skille min forforståelse med den nye forståelsen jeg tilegnet meg gjennom datainnsamlingsprosessen og analyse av materialet. Ved å tilstrebe distanse til temaet var målet å se de ulike aspektene utenfra, og dermed få et helhetlig perspektiv basert på primærdata, empiriske studier og teori (Postholm, 2010).

1.3 Studiens hensikt

Studiens hensikt er å undersøke hvordan pasienter innen psykisk helse opplevde at samhandling påvirket deres recovery-prosess. Erfaringskonsulenter vil fungere som representanter for denne gruppen. Studien søker å finne ut av om godt samarbeid med helsetjenestene har sammenheng med god recovery hos pasienter. Det vil også være interessant å trekke frem ulike faktorer som fremmer og hemmer samhandling og recovery. Et underordnet mål med studien er å utvikle ny kunnskap på området. Kunnskapen som fremkommer kan belyse områder som fungerer i helsetjenestene og områder som har utviklingspotensial. Ved å trekke frem erfaringskonsulenters opplevelser, er det mulig å videreutvikle en helsetjeneste som fremmer recovery og samhandling mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste.

1.4 Avgrensning av oppgavens problemstilling

Studien har følgende problemstilling:

Hvordan opplever erfaringskonsulenter innen psykisk helse at samhandling med kommunen og spesialisthelsetjenesten påvirket deres recovery-prosess?

Temaet for studien begrenses naturlig i formuleringen av problemstillingen med nøkkelbegrepene: psykisk helse, samhandling med kommunen og spesialisthelsetjenesten, recovery og erfaringskonsulenters opplevelse. Hovedfokus i denne studien vil være samarbeid mellom pasient og primær- og sekundærhelsetjenesten. Det vil være pasientens oppfatning som vil være i sentrum. Problemstillingen åpner for et systemfokus eller fokus på relasjonelle og kommunikative perspektiver. Det som fremkommer av intervjuene vil vise hva informantene i studien ser på som sentralt. Det er dette som vil bli vektlagt ettersom det er deres opplevelser som skal komme frem. For å belyse problemstillingen på best mulig måte vil informantene bestå av erfaringskonsulenter innen psykisk helse. Bakgrunnen for dette valget er at erfaringskonsulenter muligens har et mer reflektert forhold til sin erfaring. Det er sannsynlig at de er mer distansert fra sine opplevelser og er i en mindre aktiv fase av sine utfordringer, ettersom de har brukt tid på å bli erfaringskonsulenter og har engasjert seg i dette. Samtidig går en vesentlig del av arbeidsoppgavene til erfaringskonsulenter ut på å

formidle hva deres erfaring er med behandlingsapparatet innenfor psykisk helse. Da er det sentralt for allmennheten å få mer kunnskap og innsikt i nettopp denne gruppens erfaringer. Erfaringskonsulenter defineres i denne sammenheng som personer som har hatt behandlingsbehov for en alvorlig psykisk lidelse og/eller rusproblematikk, og som i dag arbeider med formidling av erfaringene de tilegnet seg gjennom denne perioden. Erfaringskonsulenter har bearbeidet sine erfaringer med helsetjenestene, og har en jobb hvor de anvender denne kunnskapen.

1.5 Medforskning

I Norge involveres personer med psykiske helseproblemer i liten grad i forskning (Olsø, 2015). Brukerinvolvering i forskning er derimot spesielt utbredt i Storbritannia og har utspring i en strategisk satsing på å fremme brukerperspektivet (Olsø, 2015). «Intet om oss uten oss» er et motto som løftes frem i denne sammenheng (Borg, 2009). Målet med denne forskningsstrategien er ikke bare å utvikle kunnskap, men også å styrke menneskers egen makt, motivasjon og handlingskompetanse til å motkjempe stigma og diskriminering. Denne studien vektlegger brukeres stemme og viser til at det sentralt at deres erfaringer kommer frem. Dermed vil fokus være på forskning *med* mennesker, fremfor forskning *på* eller *om* mennesker (Borg, 2009). For å realisere dette, inkluderes en medforsker med brukererfaring i denne studien. Organiseringen av forskningsprosessen vil foregå som et samarbeid hvor medforsker vil være med på utarbeidelse av intervjuguide, delta på intervju og i analyseprosessen (Borg, 2009). Det vil være min oppgave å skrive, men medforsker vil alltid lese gjennom det som blir skrevet og komme med kommentarer og innspill dersom hun har en annen oppfattelse.

Hensikten med å inkludere en medforsker er at forsker ikke skal gjøre vesentlige vurderinger alene. Medforskerens rolle kommer spesielt tydelig frem ved analyse av datamaterialet hvor det er åpent for tolkning, og feiltolkning av datamaterialet. Ved å være flere personer vil en ha mulighet til å kvalitetssikre at det ikke kun er den ene personens oppfatninger som kommer frem, da de kan være preget av personlige og teoretiske forforståelser. Medforskeren er med på å opprettholde studiens troverdighet ved at forsker og medforsker kan utfylle hverandre. I tillegg til medforskeren vil veileder også ha en sentral rolle vedrørende å sikre at datamaterialet ikke blir farget av forskers og/eller medforskers forforståelse. Veileder vil være en del av hele forskningsprosessen

og vil lese gjennom intervjuene og se at funnene samsvarer med hva som kom frem av intervjuene.

1.6 Hva menes med psykiske lidelser og recovery i denne sammenheng

Psykiske lidelser kan være ulike lidelser og sykdommer som påvirker følelser, tanker og væremåte, og kan i stor grad få følger for den enkeltes hverdag og omgivelser (Evjen, Kielland, & Øiern, 2012). Psykiske lidelser og dens alvorlighetsgrad avhenger av påvirkningskraften symptomene har i dagliglivet. Eksempler på alvorlige psykiatriske diagnoser er schizofreni, psykoselidelser, depresjon, bipolar lidelse og personlighetsforstyrrelse. ROP-lidelser innebærer samtidig problematikk med rus og psykisk lidelse. Evjen et al (2012, s. 26) forklarer ROP-lidelser som «Psykiske symptomer som ikke blir borte når rusmisbruket opphører». Evjen et al (2012) viser til at diagnose ikke har noe å si på alvorlighetsgraden, det er hvordan problemene og symptomene virker inn i dagliglivet som er av betydning, og at ulike personer opplever diagnoser forskjellig. Det er med grunn i dette ikke lagt fokus på enkelte diagnoser ved utvelgelse av informanter ved denne studien.

Hvordan vi historisk sett har betraktet sykdom og tilfriskning har vært, og er, i kontinuerlig forandring (Hummelvoll, 2012). Mennesker har til alle tider funnet strategier som fører til bedring, og på den måten har en kunnet hente seg inn igjen etter sykdom, kriser eller funksjonstap (Hummelvoll, 2012). Karlsson og Borg (2017) poengterer at recovery er noe som er kjent og tradisjonelt, samtidig noe som er nytt og forandrende. Recovery har sitt opphav fra bruker- og aktivistbevegelser i USA på 1960-1970-tallet. Disse bevegelsene gjorde opprør mot brudd på menneskers samfunnsrettigheter, brudd på menneskerettigheter og mot ensidige psykiatriske paradigmer (Karlsson & Borg, 2017). Dette viser at recovery-tenkning er basert på grunnleggende menneskerettigheter, rettferdighet og autonomi. På norsk kan man oversette recovery til bedring/gjenoppretting. I sammenheng med psykisk helse kan en betegne dette som bedringsprosesser.

I dagens arbeid med psykiske lidelser og rusmiddelproblematikk er begrepet recovery svært utbredt. Karlsson og Borg (2017) skriver at recovery er noe som skapes i samarbeid og utvikling mellom de personene det angår, og at recovery er det arbeidet en person gjør

for å oppleve og skape mening i eget liv. Helsedirektoratets veileder «sammen om mestrings» (2014) viser til at målet med recovery er at mennesker skal kunne leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene sykdommen eller utfordringene kan forårsake. Myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over eget liv trekkes frem som sentralt i recovery-prosessen.

2.0 Tidligere forskning på området

Dette kapittelet presenterer litteratursøk som førte til tre relevante artikler. Et grundig litteratursøk vil være avgjørende for om man får en oversikt over forskning på det relevante området (Everett og Furseth, 2012). Grunnet dette vil fremgangsmåten ved litteratursøket presenteres. Innholdet i de fagfellevurderte artiklene som inkluderes i studien vil bli presentert i kapittel 2.2.

2.1 Litteratursøk

Etter å ha foretatt et omfattende litteratursøk kom jeg frem til noen artikler som vil anvendes i denne studien. Dette delkapitlet vil demonstrere fremgangsmåten for å finne disse artiklene. Jeg valgte følgende synonymer til problemstillingens nøkkelbegrep: Samhandling, recovery, psykisk helse og erfaringskonsulenter. Tabell 1 viser en oversikt over synonymene som ble brukt i ulike sammensetninger i litteratursøkene. For å i større grad få oversikt over norsk forskning på området ble det også gjennomført søk med norske søkeord i nordiske databaser.

Tabell 1 – Synonymer

Søkeord	Samhandling	Recovery	Psykisk helse	Erfaringskonsulenter
Synonymer	Cooperation	Recovery	Mental health	Peers
Synonymer	Decision making/ Shared decision making	Rehabilitation	Mental illness	Experience consultants
Synonymer	Collaboration	Improvement	Psychiatric illness	Patient experiences
Synonymer	Health care services	Healing	Mental disorders	User experiences
Synonymer	Continuity of care		Severe mental illness	

Det ble foretatt flere søk, gjennomført i fire ulike databaser; PsykInfo, Cochrane Library, Academic Search Premier og Norart. PsykInfo er en database med referanser til litteratur innen psykologi og mental helse, mens Cochrane Library beskrives som den beste kjeden for å finne systematiske oversikter og studier om effekt av helsetiltak. For å forsikre meg om å få et bredt søkespekter benyttet jeg meg av Academic Search Premier som inneholder tidsskriftsartikler innen de fleste fagområder. Norart inneholder norske og nordiske tidsskriftartikler fra omtrent 450 tidsskrift og årbøker. Disse databasene ble benyttet ettersom de spisses inn mot tematikken problemstillingen søker, samtidig som de utfyller hverandre. Etter å ha gjennomført en rekke ulike søk ved de gitte databasene resulterte det i hundrevis av treff. For å snevre inn til relevante artikler ble det benyttet inklusjons- og eksklusjonskriteriene som vises til i tabell 2.

Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> Tidsrommet 2010-2019 	<ul style="list-style-type: none"> Publikasjoner før 2010
<ul style="list-style-type: none"> Artikler på norsk, svensk, dansk eller engelsk 	<ul style="list-style-type: none"> Artikler som er på andre språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk
<ul style="list-style-type: none"> Publikasjoner som korrelerer med oppgavens problemstilling og tema 	<ul style="list-style-type: none"> Publikasjoner som ikke er overensstemmende med oppgavens problemstilling
<ul style="list-style-type: none"> Fagfelleverderte artikler 	<ul style="list-style-type: none"> Publikasjoner som ikke er fagfelleverderte

En del av disse kriteriene ble snevret inn ved søket, andre måtte tolkes ved gjennomlesing av overskrifter og sammendrag. For å luke ut de relevante artiklene ble flere av dem gjennomlest. Deretter sto jeg igjen med tre artikler som skal anvendes i denne studien. Den utvalgte litteraturen viser til brukeres erfaringer med behandling i psykisk helsetjeneste, samt behov for endring på systemnivå for å tilrettelegge for god samhandling mellom helsetjenestene og brukere av tjenestene.

2.2 Aktuell forskning med relevans til studien

Dette kapitlet presenterer tre studier basert på erfaringer til brukere av psykiatriske helsetjenester. Den første artikkelen er en litteraturgjennomgang bestående av 130 enkeltstudier, den andre er basert på intervju med ti tjenestebrukere, mens den tredje tar utgangspunkt i erfaringer gjort av 24 pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

2.2.1 Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? (Pettersen & Lofthus, 2018)

For å få en oversikt over brukeres erfaringer med behandling i psykisk helsetjeneste foretok Pettersen og Lofthus (2018) en litteraturgjennomgang der tidligere forskning på området ble satt opp mot hverandre. På denne måten vil man få en oversikt over studier som er gjort tidligere, av dette kan det fremkomme sammenhenger og likheter i forskningen eller kunnskapshull som bør forskes nærmere på. Litteraturgjennomgangen til Pettersen og Lofthus (2018) inkluderte åtte oversiktsartikler, som representerer 130 enkeltstudier. Hovedsakelig representerer disse studiene brukere med alvorlige psykiske lidelser. Omfanget av denne litteraturgjennomgangen tilsier at funnene gir et representativt bilde av brukeres erfaringer med behandling i psykiske helsetjenester.

Pettersen og Lofthus (2018) fant at brukere av psykiske helsetjenester i hovedsak vektlegger autonomi i behandlingen og gode relasjoner til behandlere over tid. Det var et gjennomgående funn at en god relasjon mellom ansatt og bruker var grunnleggende for opplevd støtte og samhandling med tjenestene. Til tross for dette kommer det frem at kjennetegn ved relasjonen mellom ansatt og bruker ved institusjoner var opplevd maktbruk og få valgmuligheter for brukerne. Gjennomgående i studien trekkes det rasjonelle frem som sentralt. Det kom frem ved flere av studiene at brukerne opplevde at det var av stor betydning for en vellykket institusjonsbehandling å tilbringe tid sammen med behandler. Pettersen og Lofthus (2018) trekker frem at grunnet sammenheng mellom tid med behandler og vellykket institusjonsbehandling er det uheldig at behandlingsopphold stadig blir kortere. Dette må dermed kompenseres ved å tilby brukere god oppfølging etter utskrivelse fra institusjon (Pettersen & Lofthus, 2018). Litteraturgjennomgangen viser til et behov for en systematisering av psykiske helsetjenester som åpner for å ta nytte av brukernes erfaringer og innsikt. Dette kan realiseres ved å i større grad vektlegge samvalg hvor brukere er delaktige i beslutninger,

samt sørge for kontinuitet og sammenheng mellom tjenestenivåene. I tillegg kommer det frem at dette behovet kan dekket ved å ansette personer med brukererfaring.

2.2.2 Continuity of care as experienced by mental health service users – a qualitative study (Biringer, Hartveit, Sundfør, Ruud, & Borg, 2017)

Denne studien søker innsikt i opplevelsen av kontinuitet i behandlingen til brukere av psykiske helsetjenesters. «Continuity of care» innebærer kvaliteten av behandling over tid. Biringer et al (2017) vektlegger at personer med psykiske lidelser kan bidra med verdifull innsikt som kan brukes til å forstå opplevelsen av behandling, og samtidig være med på å videreutvikle tjenestetilbudet. Målet med studien var å danne en forståelse rundt hvilke elementer av kontinuiteten ved behandling som er av størst betydning for brukerne, samt å lokalisere muligheter for videreutvikling av tjenestetilbudet. For å utføre studien ble ti brukere intervjuet. Etter to år ble åtte av informantene intervjuet på ny. Deltakerne i studien trekker frem noen sentrale elementer rundt deres opplevelse av kontinuitet i behandling. Det viser seg at gode relasjoner over tid er spesielt viktig for recovery-prosessen (Biringer et al., 2017). Respekt og likeverd i relasjonene blir trukket frem som sentralt i behandlingen. Ettersom kontinuitet i relasjonen viser seg sentral for recovery kommer det også frem at relasjonsbrudd eller mangelfull kontinuitet har motsatt effekt. Informantene uttrykte at uregelmessighet i relasjonene opplevdes stressende ettersom de følte seg avvist. Studien viser også at tjenestebrukere opplevde at de var en del av et strengt system hvor det var forventet at de oppførte seg på bestemte måter. Grunnet mangel på gjensidighet av helsepersonell opplevde brukerne av tjenestene at de måtte «kjempe mot systemet», samt følelse av likegyldighet og utmattelse (Biringer et al., 2017).

Biringer et al (2017) viser til at brukernes opplevelse av kontinuitet i tjenestetilbudet, ikke står til behovet. Studien viser at det er nødvendig med endringer på systemnivå for å oppnå en recovery-orientert praksis. De fant at psykiske helsetjenester burde organiseres på en måte som åpner for samarbeid mellom bruker og profesjonelle.

2.2.3 Bedre tid med brukerstyrt innleggelser? (Støvind, Hanneborg, & Ruud, 2012)

Støvind, Hanneborg og Ruud (2012) gjennomførte en studie med 24 pasienter med alvorlig psykisk lidelse for å finne ut om brukerstyrt seng ved DPS hadde innvirkning på bedringsprosessen. Det ble inngått en avtale mellom deltakerne i studien og et DPS hvor innleggelser var brukerstyrt. Deltakerne bestemte selv når de skulle legges inn ved DPS, samt lengden på oppholdet. Det viste seg i denne studien at brukerne fikk behandling til riktig tid og på riktig nivå med brukerstyrte innleggelser. Det resulterte i en økning av innleggelser når brukerne fikk styre tidspunkt og lengde selv. Før oppstart av prosjektet hadde deltakerne til sammen 46 innleggelser ved DPS og akuttavdeling, mens under prosjektet økte det til 70 innleggelser. På den andre siden ble det betraktelig reduksjon i innleggelser ved akuttavdeling, det var innleggelsene på DPS som økte. Til tross for flere innleggelser viser studien til en kraftig reduksjon i antall oppholdsdøgn og det ble benyttet mindre tvang. Brukerstyrte innleggelser hadde en positiv effekt på brukerne, og deltakerne i studien var svært fornøyde med konseptet. Det trekkes frem at det ikke nødvendigvis var tilgangen på innleggelse som var avgjørende for pasientene, men økt medbestemmelse over eget behandlingsopplegg. Deltakerne i studien poengterte det som et positivt element at de fikk større grad av forutsigbarhet og hadde mer valgfrihet i hjelpen de mottok.

2.3 Tidligere forskning satt i kontekst med denne studien

Tidligere forskning viser til at det foreligger et behov for større grad av samarbeid mellom tjenestenivåene og samarbeid mellom bruker og de profesjonelle. Denne masteroppgaven forsker på samarbeidet mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste innen psykiatriske helsetjenester. Dette for å besvare hvilken påvirkningskraft samarbeidet har i recovery-prosessen. Det kommer frem ved litteratursøk at det finnes en del forskning på brukers erfaring av behandling og samhandling med helsetjenestene, mens det er lite forskning på erfaringskonsulenter. Det er dermed aktuelt å prate med denne gruppen for å undersøke hvilke opplevelser de sitter med, ettersom en stor del av jobben deres går ut på å formidle personlige erfaringer.

3.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet belyser blant annet recovery-perspektivet. Herunder vil de elementene ved CHIME som benyttes som et rammeverk for personlig recovery trekkes frem. Videre vil jeg gi en fremstilling av brukeres rett til medvirkning, samt yrkesutøvers mulighet til å undergrave denne rettigheten. Relatert til dette blir menneskesyn og etikk relevant. Det er yrkesutøvers etiske ansvar å forvalte makten på en måte slik at pasienter og brukere opplever å bli møtt med respekt og som likeverdige. Til slutt gis en forklaring av pakkeforløp og hensikten med denne praksisen. Disse temaene vil senere i oppgaven ses i sammenheng med tidligere forskning, samt funn som fremkommer ved analysen av datamaterialet.

3.1 Recovery

Recovery har røtter tilbake til 1700-tallet, hvor bevegelser som var preget av selvhjelp, human behandling, støtte blant medpasienter, samt strukturerte aktiviteter og arbeid var av stor betydning for bedring (Hummelvoll, 2012, s. 59). Disse elementene går også igjen i hvordan vi ser på recovery i dag. Hummelvoll (2012) mener at bedringsprosessen muliggjøres ved hjelp og støtte fra omgivelsene. Man kan skille mellom personlig og klinisk recovery, hvor personlig recovery kan forklares som en indre prosess, mens klinisk recovery har hovedfokus på mål og resultat (Slade, 2009). Her presenteres en mye anvendt definisjonen av personlig recovery, utformet av Bill Anthony som anses som grunnleggeren av recovery tenkningen:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness (Anthony, 1993, s. 15).

Anthony (1993) beskriver personlig recovery som en individuell prosess, hvor identifiserende personlighetstrekk må endres. Anthony (1993) skriver at bedringsprosessen fra psykiske lidelser krever mer enn kun recovery fra sykdommen i

seg selv. Recovery beskrives som en kompleks og tidskrevende prosess hvor man bryter ut av kjente handlingsmønstre og tankesett. Personlig recovery har ikke nødvendigvis symptomfrihet som mål, men heller å lære seg å leve med de utfordringene en har. Suksessfull recovery innebærer at det som en gang preget livet i negativ retning, ikke lenger har primærfokus (Anthony, 1993). Ifølge Slade (2009) finnes det ikke én riktig måte å oppnå recovery, det er en individuell prosess hvor mening, optimisme og håp trekkes frem som sentrale elementer.

På den andre siden finnes klinisk recovery, som er et stort språk fra personlig recovery (Slade, 2009). Denne formen for recovery fremstiller spennet mellom å være frisk eller syk som en dikotomi. Dette fordrer et objektivt syn på psykisk sykdom, hvor fokus er tatt bort fra det menneskelige aspektet og vender seg mot resultater og homogenitet. Homogenitet i den forstand at psykisk sykdom ikke varierer mellom individer, men ses på som en tilstand som er observerbar og som kan vurderes av fagpersoner. Denne formen for recovery begrenser det humane aspektet, og psykisk sykdom reduseres til et biomedisinsk perspektiv. Ved denne metoden er mål og resultat i fokus, og man ser bort fra det menneskelige aspektet (Da Silva, 2006). Slagsiden ved å kun anvende klinisk recovery er at den enkeltes individualitet kan bli tilsidesatt.

3.1.1 CHIME

CHIME kan benyttes som et rammeverk for personlig recovery, og består av elementene tilhørighet, håp, identitet, mening og empowerment. De fem elementene i CHIME forklares her med grunnlag i Scottish recovery network (2019). *Tilhørighet* innebærer å ha gode relasjoner med andre mennesker. Scottish recovery network (2019) påpeker viktigheten av gode relasjoner med for eksempel venner, familie og kollegaer. I tillegg vektlegges betydningen av relasjonen til mennesker i samme livssituasjon, helsepersonell og samfunnsengasjement i recovery-prosessen. *Håp* ses gjerne på som grunnleggende innen personlig recovery-tenkning, hvor man må ha tro på at endring er mulig for å realisere det. Det kan være utfordrende å holde håpet oppe alene, og da må helsepersonell bistå pasienter og brukere med å bære håpet for dem. *Identitet* innebærer å overkomme stigma og gjenopprette et positivt syn på seg selv. Det å ikke bli identifisert som en diagnose, men som et menneske er en viktig del av recovery-prosessen. Identitet handler om å ta tilbake eller utvikle en personlighet som ikke defineres av psykisk sykdom (Slade,

2009). *Mening* er individuelt fra person til person. Mennesker finner mening på ulike måter og ved ulike arenaer, for eksempel innen arbeid, eller ved å føle tilhørighet. Å jobbe mot et mål kan gi mening i hverdagen, det kan dermed sies at elementene håp og mening glir inn i hverandre. Dersom man finner en mening i hverdagen, kan dette også bidra i utviklingen av identitet. *Empowerment* dreier seg om å ha fokus på den enkeltes styrker. Som helsepersonell kan man med en empowerment-tankegang hjelpe pasienter og brukere med å få kontroll og ta ansvar over eget liv. Dersom en får økt kontroll og opplevelse av mestring kan dette bidra til håp, mening og utvikling av identitet. Det vil kunne fungere som en positiv spiral i recovery-prosessen dersom man har fokus på mestring og personers styrker, fremfor begrensninger.

3.2 Brukermedvirkning

Brukere av helsetjenester har en lovfestet rett på informasjon og medvirkning. Denne rettigheten er nedfelt i Lov om pasient og brukerrettigheter §3-1 (1999). Lovgivningen understreker at alle pasienter og brukere har rett til å medvirke. Paragrafen fastslår også at «Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker». Det står også at pasientens eller brukerens mening skal tillegges stor vekt ved utforming av tjenestetilbudet. Dette er en sentral lovgivning som legger til rette for brukermedvirkning i helsetjenestene.

Det yrkesetiske grunnlagsdokumentet for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere viser at skjønnsutøvelse er en sentral oppgave for helsepersonell. Det understrekes her at helsepersonell må ha en dømmekraft som innebærer å tørre å ta valg når ingen løsninger fremstår som ideelle (FO, 2015). Yrkesutøvere innen denne gruppen kan befinne seg i etisk krevende situasjoner, og må ta beslutninger som krever grundig refleksjon. Dette setter høye krav til helsepersonell om helhetlige skjønnsmessige vurderinger.

3.3 Etikk og menneskesyn

Et element som blir påvirket når man blir pasient, er at en går fra subjekt- til objektsstatus (Skau, 2013). Ved denne overgangen oppstår en identitetsforskyvning fra å være den som vurderer, handler og tar selvstendige avgjørelser for eget liv, til at andre har kontroll over

disse aspektene. Skau (2013) trekker frem at yrkesutøvere har makt i møte med klienter. Hvordan helsepersonell møter pasienter og brukere kan være av stor betydning for påvirkningen av klientstatusen og identitetsforskyvningen. Thomas-teoremet som ble utformet i 1928 viser at hvordan vi tolker situasjoner vil påvirke våre handlinger. «Når mennesket definerer en situasjon som reell, blir den reell i sine konsekvenser» (Hutchinson, 2010, s. 19). Man kan si at den subjektive virkelighet får en objektiv realitet. Hutchinson (2010, s. 20) skriver «Tror vi endring er mulig, så leter vi etter veier». Dette betyr dersom man er lydhør og åpen for endring, vil en se etter muligheter for å tilstrebe endring. Som også betyr at endring ikke vil være mulig dersom vi ikke tror det er mulig. Det er dermed viktig å tro på at både mennesker, system og samfunn kan endre seg (Hutchinson, 2010)

Samhandlingsreformen innen psykisk helse uttrykker at man må se brukere som en helhet. Denne reformen tok sikte på å øke grad av medvirkning og maktforskyvning til brukerne av helsetjenestene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009, s. 47). Dette innebærer å se menneskets biologiske og sosiale behov, noe som fordrer et helhetlig menneskesyn hvor brukernes behov er utgangspunkt for all behandling, og relasjoner preges av intersubjektivitet (Da Silva, 2012).

Gjennom hele livsløpet møter vi mennesker i ulike settinger. Hvordan vi forholder oss til andre avhenger av hvordan vi vurderer mennesket i sin allmennhet (Da Silva, 2006, s. 21). Holdninger basert på menneskesyn og livssyn spiller en stor rolle når sosialarbeidere møter brukere (Da Silva, 2006). Sosialarbeidere har definisjonsmakt i møte med brukere, hvor de kan bestemme om relasjonen skal preges av respekt og likeverd, eller om de skal se bort fra brukerens mål og ønsker (Damsgaard, 2010). På grunn av den asymmetriske maktrelasjonen vil sosialarbeidernes menneskesyn være svært sentral i møte med pasienter og brukere.

Man kan skille mellom endimensjonalt og flerdimensjonalt menneskesyn (Da Silva, 2006). Det endimensjonale menneskesynet kalles også den biomedisinske sykdomsmodellen og begrenser mennesket til dens biologiske funksjon. Helsepersonell med et biomedisinsk menneskesyn i grunn mener at sykdommer som ikke lar seg forklare på en naturvitenskapelig måte betraktes som ikke-eksisterende. Psykiske lidelser og rusproblematikk vil her bli beskrevet som en rent subjektivt innbilt tilstand (Da Silva,

2006). Det kan tenkes at helsepersonell med et slikt tankesett vil opprette en jeg-det-relasjon til brukere eller pasienter med psykisk sykdom eller rusmiddelproblematikk. Det innebærer at sosialarbeideren inntar en holdning hvor den ser bort fra det enkelte menneskets unike særtrekk og individualitet, og heller ser på pasienten som noe man i en viss grad kan kontrollere (Da Silva, 2006). Med andre ord blir brukeren objektivert, og kan bli fratatt den styrende stemmen i eget liv.

Motsatt anerkjenner et holistisk menneskesyn hele mennesket og fordrer et helhetssyn på alle, uavhengig av sykdom og lidelse. Dette menneskesynet kan ses i sammenheng med humanismen. Et humanistisk menneskesyn setter mennesket i sentrum, og hevder at mennesker har fundamentale egenskaper som rasjonalitet, autonomi og er potensielt gode (Da Silva, 2006). En sosialarbeider med et flerdimensjonalt menneskesyn som møter pasienten eller brukeren med en jeg-du-relasjon vil kunne ivareta dens autonomi (Da Silva, 2006). Dette er en autentisk toveiskommunikasjon hvor begge parter er aktive og ansvarlige for sine holdninger mot hverandre (Da Silva, 2006).

3.4 Pakkeforløp

Pakkeforløp kan defineres som nasjonale standardiserte pasientforløp. De første pakkeforløpene innen psykisk helse ble tatt i bruk fra 1. januar 2019. Pakkeforløp har som mål å sikre trygghet og forutsigbarhet når sykdom rammer (Helse-og omsorgsdepartementet, 2018). Hensikten med pakkeforløp er å gi pasienter og pårørende et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp uten unødvendig ventetid. Målet med å innføre pakkeforløp er at pasienter og pårørende skal få en større grad av innflytelse over behandlingen. I tillegg skal behandlingsopplegget evalueres systematisk underveis (Helsedirektoret, 2019). Pakkeforløp gir klare retningslinjer for rammene for behandling og utredning i spesialisthelsetjenesten, og samhandling med kommunen før henvisning, underveis i forløpet og etter avsluttet forløp (Karlsen, 2018)

Statsminister Erna Solberg sier at pakkeforløp skal gi en ramme for behandling og utredning, men at det ikke legger føringer for innholdet i behandlingen. Dette er i stor grad opp til behandler og pasient å finne ut av sammen. Pakkeforløp søker likevel systematikk i tjenestetilbudet, for å skape en forutsigbarhet for pasienter vedrørende videre gang. Det presiseres at individuelle behov skal stå i sentrum (Karlsen, 2018). Det

påpekes som sentralt at pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste har et likeverdig trepartssamarbeid for at pakkeforløp skal fungere optimalt. Dette for å i større grad oppnå koordinerte tjenester og økt grad av brukertilfredshet og brukermedvirkning (Karlsen, 2018). Samhandlingen mellom de tre partene påpekes av Karlsen (2018) som viktig ettersom «Livet leves i kommunen, ikke i spesialisthelsetjenesten». Grunnet dette må kommunen og brukere i stor grad ha et samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

4.0 Metodologi og metode

Dette kapitlet presenterer metodologien og metoden som har blitt anvendt i studien. Den filosofiske og metodiske forankringen kommer frem av metodologien, mens metoden gir en beskrivelse av fremgangsmåten av studiens ulike faser. Malterud sin artikkel «Qualitative research: standards, challenges, and guidelines» (2001) ble benyttet som rammeverk for forskningens metode. Malterud (2001, s.483) påpeker at retningslinjene som beskrives i artikkelen ikke er tiltenkt uerfarne forskere ettersom det kreves forkunnskaper innen kvalitativ metode. Malterud (2001) vektlegger tre grunnleggende kvalitetsfaktorer; refleksivitet, overførbarhet, tolkning og analyse.

Refleksivitet beskrives som forskers forforståelse og håndtering av forforståelsen. Malterud (2001, s. 484) skriver at man aldri kan oppnå fullstendig objektivitet, og at kunnskapen som produseres avhenger av forskeren og dens fortolkninger. Man kan belyse forskerens ståsted i relasjon til studiens objektivitet, og erkjenne påvirkningskraften den kan ha på forskningen (Malterud, 2001). Denne studien søker å belyse andre menneskers opplevelse av et fenomen. Postholm (2010) presiserer også at forskeren i denne forbindelse må være oppmerksom på at ens egen forforståelse alltid vil være med i analysen. Dette kan føre til at forskerens forforståelse, bevisst eller ubevisst, farger intervjuet eller analysen. For å unngå dette i størst mulig grad har jeg redegjort for egen forforståelse innledningsvis. Dette vil være med på en bevisstgjøring rundt egne holdninger, samt teoretisk kunnskap og i størst mulig grad unngå at det påvirker studien.

Hensikten med forskning er som regel å produsere informasjon som kan brukes utenfor den enkelte forskningens rammer (Malterud, 2001). Det vil si at forskningen er *overførbar*. For å tilstrebe overførbarhet poengterer Malterud (2001) at man er avhengig

av et teoretisk og strategisk begrunnet utvalg for å få tak i det en ønsker å undersøke. Med grunn i dette vil det være hensiktsmessig med et strategisk utvalg av informanter. Denne studien søker informasjon om erfaringskonsulenters opplevelse av samhandlingens betydning for recovery. Thagaard (2018) skriver at det er nødvendig med et strategisk utvalg av informanter hvor utvalget i seg selv er relativt lite. At utvalget er strategisk innebærer at man systematisk velger informanter som har egenskaper som er nødvendige for å besvare problemstillingen. Samtidig innebærer dette at man får en viss bredde innad i den utvalgte gruppen. I denne sammenheng vil det dermed være et strategisk utvalg av erfaringskonsulenter innen psykisk helse, spredning av alder og kjønn vil komme frem i diskusjonen.

I etterkant av datainnsamling sitter en igjen med store mengder informasjon som man systematisk må organisere og sammenligne, og hvor alternative *fortolkninger* må valideres (Malterud, 2001). *Analysen* av datamaterialet skal være en nøye, velforberedt og godt dokumentert prosess som redegjør for det som blir gjort (Malterud, 2001). Det er mange hensyn som må tas ved valg av analysemetode. For å analysere det innsamlede datamaterialet, besluttet jeg å anvende Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologisk-hermeneutiske metode. Dette vil bli utdypet i kapittel 4.5.

Malterud (2001) har som vist ovenfor blitt brukt som et rammeverk for kvalitetssikring av studiens refleksivitet, overførbarhet, samt tolkning og analyse. Videre vil jeg presentere grunnlag for valg av metode, analyse, utvalg av informanter, etiske refleksjoner, og vise til vitenskapsfilosofisk forankring.

4.1 Det kvalitative forskningsintervju

Hensikten med denne studien er ikke å få et generelt overblikk, men en dypere forståelse ved direkte kontakt med personene vi studerer (Thagaard, 2018). Ved deltakende observasjon hvor en observerer i forskningsfeltet, får man et godt grunnlag for å forstå den sosiale sammenhengen som personene er en del av. Mens ved intervju får vi en innsikt i opplevelser, selvforståelse og synspunkter (Thagaard, 2018). I denne studien kunne det vært aktuelt å observere samspillet mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste over tid, men grunnet gitt tidsramme ville ikke dette vært realistisk gjennomførbart. Sett fra et annet perspektiv ville heller ikke funnene i observasjonen vært dekkende for

forskningsspørsmålet, ettersom studien ønsker innsikt i pasienters opplevelser fremfor konkrete observasjoner. Ved å anvende intervju som forskningsmetode vil det derimot kunne bli belyst andre momenter enn ved observasjon.

Intervjuene hadde et eksplorativt formål, med en semistrukturert intervjuguide som hjelpemiddel. At intervjuguiden er semistrukturert innebærer at det blir tatt utgangspunkt i en overordnet intervjuguide hvor noen temaområder blir dekket, men rekkefølgen avhenger av hvordan intervjupersonen svarer (Johannesen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Denne intervjuformen ble valgt ettersom problemstillingen søker personlige erfaringer. Ved å anvende en semistrukturert intervjuguide hadde jeg mulighet til å ha fokus på informantenes opplevelser. Det ble benyttet oppfølgingsspørsmål for å sentrere samtalen mot det informantene var opptatt av innen relevant tema (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å bruke denne formen for intervjuguide åpnes det opp for å få frem informantenes faktiske opplevelser, samt temaer som opptar dem. En styrke med denne formen for intervju er at informantene ikke tvinges inn i et bestemt tankesett, men kan utdype sine tanker og opplevelser mye friere (Halvorsen, 2008). Med bakgrunn i intervjuformen falt det seg naturlig å ha en induktiv tilnærming til teori, som innebærer å utvikle begreper og analytiske perspektiver på bakgrunn av den innsamlede rådataen (Thagaard, 2018). Dette vil blant annet bidra til å sette informantenes erfaringer i sentrum, og tilsidesette mine teoretiske og personlige forforståelser.

Malterud (2017) skriver at den beste utgangsposisjonen er å starte med et åpent sinn og uten bestemte forutsetninger, men påpeker også at det ikke er mulig å nullstille menneskelig fantasi og erfaring. Hun presiserer at vi alltid befinner oss i en eller annen sammenheng av eksisterende kunnskap og forståelse. Det er likevel tiltak som kan gjennomføres for å holde disse mest mulig på avstand og i sjakk. Ved å stille åpne spørsmål, være lydhør og ha en induktiv tilnærming til teori har man foretatt viktige forhåndsregler. Disse elementene har stort fokus i denne studien. Samtidig utføres denne studien i samhandling med en medforsker med brukererfaring. Begge parter vil ha sine personlige og faglige forforståelser, og det vil være rom for åpenhet rundt dette gjennom forskningsprosessen for å være dem bevisst.

4.2 Utvalg

Utvelgelse av informanter er en viktig del av å oppnå overførbarhet (Malterud, 2001). Studien tilstreber overførbarhet til gruppene studien retter seg mot, ikke hele populasjonen. Man er dermed avhengig av et teoretisk og strategisk begrunnet utvalg for å fange opp det en ønsker å undersøke (Malterud, 2001). Utvalget av informanter bestemmes ut fra problemstillingens ordlyd. I denne sammenheng søker problemstillingen å besvare erfaringskonsulenters opplevelse av samhandling. Med grunnlag i dette er det benyttet en strategisk utvelgelse av informanter. Dette åpner for å få et innblikk i nettopp disse menneskenes erfaringer.

Erfaringskonsulenter har en unik posisjon hvor de i tillegg til å tilby tjenester, har vært bruker av tjenestene. Det kan være tenkelig at erfaringskonsulenter har et mer reflektert forhold til sin erfaring enn tidligere brukere og pasienter som ikke har opparbeidet seg denne tittelen. Grunnet dette kan det tenkes at denne gruppen er i en mer stabil livsfase hvor de blant annet på daglig basis prater om og anvender sine erfaringer. Temaet for intervju kan oppleves sårt, og det ses på som en stor fordel at informantene har bearbeidet temaet på forhånd. Erfaringskonsulenter vil trolig ha gode forutsetninger for å foreta refleksjoner rundt samhandling med helsetjenestene. I tillegg til det individuelle aspektet går en vesentlig del av arbeidsoppgavene til erfaringskonsulenter ut på å formidle egen erfaring med behandlingsapparatet innenfor psykisk helse. Dermed er det viktig for allmennheten å få mer kunnskap og innsikt i nettopp denne gruppens erfaringer. Med grunnlag i dette har det blitt foretatt en strategisk utvelgelse av informanter. Det ble gjennomført seks intervjuer med erfaringskonsulenter innen psykisk helse.

Malterud, Siersma og Guassore (2016) har skrevet en artikkel om utvalgsstørrelse ved kvalitative intervjuer. Her kommer det frem at antall informanter i utvalget bestemmes av «informasjonsstyrke» i hvert intervju. Dette innebærer blant annet at dersom noen informanter bringer frem stor mengde relevant data, vil det ikke være nødvendig med et stort antall informanter i studien. Med grunnlag i dette ble det i denne studien brukt god tid på utarbeidelse av intervjuguiden i samarbeid med medforsker. Det ble også foretatt test-intervju for å teste intervjuguiden i praksis. Baktanken med en grundig utarbeidet intervjuguide var at ved å stille åpne spørsmål som var relevant for problemstillingen, ville man få utdypende svar fra informantene. Ved å stille åpne spørsmål, og i tillegg

benytte seg av oppfølgingsspørsmål fikk informantene mulighet til å belyse sine opplevelser og jeg fikk et innblikk i deres livsverden.

4.3 Rekruttering av informanter

For å opprette kontakt med deltakere til studien sendte jeg ut mail med forespørsel om hjelp til å finne informanter, samt et vedlegg med informasjon om prosjektet til ulike brukerorganisasjoner som har kontakt med erfaringskonsulenter. Jeg spurte disse om det var mulig at jeg deltok på et kurs eller et møte hvor jeg presenterte prosjektet slik at eventuelt interesserte kunne ta kontakt med meg i etterkant. Flere av disse hadde ikke mulighet til å hjelpe, mens andre henviste meg videre. En av organisasjonene jeg kontaktet ønsket å dele informasjon om prosjektet på sin Facebook-gruppe. Jeg formulerte en kort tekst om prosjektet som også inkluderte min kontaktinformasjon, og ble kontaktet av to erfaringskonsulenter i etterkant av dette. Det ble utført intervju med begge. Videre kontaktet jeg en enkeltperson som arbeider i et prosjekt som vektlegger brukerstyring, dette ble gjort på bakgrunn av anbefaling fra foreleser og veileder. Hun videresendte informasjon om prosjektet til erfaringskonsulenter hun kjente til, og fikk positive tilbakemeldinger fra noen personer som kunne tenke seg å stille som informant. Disse ga henne tillatelse til å dele deres epostadresser med meg, slik jeg kunne kontakte dem med nærmere informasjon.

Tabell 3. Inklusjon- og eksklusjonskriterier for deltakelse i studien

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> Personer over 18 år 	<ul style="list-style-type: none"> Personer under 18 år
<ul style="list-style-type: none"> Erfaringskonsulenter innen psykisk helse eller ROP 	<ul style="list-style-type: none"> Personer som ikke arbeider, eller har arbeidet som erfaringskonsulent Ikke være i en aktiv sykdomsperiode

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene har som hensikt å sentrere utvalget mot det problemstillingen søker å besvare. Kriteriet om å ikke være i en aktiv sykdomsperiode er

til for å opprettholde studiens troverdighet, og å ikke påføre informanter belastning i en vanskelig periode. Som forsker kan man ikke være sikker på hvordan informantene har det i forkant av intervju, men hvor det kom frem at informantene var i behandling ble det ikke foretatt intervju. Bakgrunnen for valg av erfaringskonsulenter var blant annet at de hadde bearbeidet sykdomsforløpet. Med hensyn til studien og informantene som individ, ble det ikke gjennomført intervju dersom dette var tilfellet. For å sikre at informantene hadde tilstrekkelig informasjon om studien fikk de i forkant av intervjuene tilsendt informasjonsskriv og samtykkeerklæring for gjennomlesning. Dette skrevet ble tatt med på intervjuene for gjennomgang og signering.

4.4 Vitenskapsfilosofisk forankring

Målet med denne studien er kunnskapsutvikling som innebærer spørsmål til hvilke opplevelser og refleksjoner tidligere pasienter har rundt samhandling med kommune og spesialisthelsetjeneste. En slik studie av erfaringskonsulenters subjektive opplevelse og meninger fordrer et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv (Malterud, 2017). Hensikten med kvalitative analyser er å transformere data om til funn. Kvalitative intervju består ofte av en stor mengde rådata, som skal ses i sammenheng med hverandre (Patton, 1990), som også er tilfellet i denne studien. For å analysere datamaterialet, besluttet jeg å anvende Lindseth og Nordberg (2004) sin fenomenologisk-hermeneutiske metode. For å få en forståelse av denne metoden må man først ta stilling til spørsmål som er av ontologisk karakter.

Ontologi er det filosofiske studiet av hva som mest grunnleggende sett finnes (Bøhn, 2018). Ifølge ontologien er det ikke gitt at ting vi umiddelbart observerer og tenker, faktisk finnes. Det er noe som må utforskes filosofisk (Bøhn, 2018). For å tolke det som fremkom i intervjuene vender jeg meg mot ontologien, nærmere bestemt det fenomenologiske aspektet. Den franske filosofen Merleau-Ponty forklarer fenomenologi med at mennesker ikke er et resultat av årsaksforhold, eller et objekt for biologi, psykologi og sosiologi. Han skriver at «The world is there before any possible analysis of mine.. » (Merleau-Ponty, 1999, s. 330). Han viser til at alt man vet om verden, vet en i kraft av et syn som er vårt og vår egen erfaring av verden. Fenomenologi er med andre ord hvordan vi selv opplever og forstår verden.

For å forstå datamaterialet kan en fortolkning av innholdet være nødvendig. Analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004) bygger på den franske filosofen Paul Ricoeur sin teori om fortolkning (Ricoeur, 1976). Ricoeur er i utgangspunktet fenomenologisk forankret, men han mener at både fenomenologien og hermeneutikken har sentrale elementer ved seg som gjør dem gjensidig avhengige av hverandre (Ricoeur, 1976). Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster. Flere store filosofer som Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer og Paul Ricoeur beskriver hermeneutikk som en filosofisk teori om all forståelse (Alnes, 2018). Ricoeur (1976) skriver at når man skal fortolke noe som er ukjent innen hermeneutikken, må en også tilstrebe at tolkningen er nærliggende den originale meningen. I denne sammenheng skal ikke intervjuene fortolkes i for stor grad utover det som kommer frem av fortellingene til informantene. Dette for å bevare den originale betydningen, ettersom problemstillingen søker informantenes opplevelse av fenomenet.

Thagaard (2018) skriver at ved bruk av hermeneutikk kan man belyse et dypere meningsinnhold enn hva som umiddelbart fremkommer ved intervju. Denne studien ønsker å undersøke erfaringskonsulenter innen psykisk helse sine opplevelser med samhandling og dens betydning for recovery. Ved denne analyseformen vil fokus være på å belyse tematikken med grunnlag i deltakernes fortellinger. Samtidig som informantenes opplevelser blir belyst, blir også meningsinnholdet i intervjuene fortolket. Ved å foreta en slik analyse vil en komme frem til det latente meningsinnholdet. Ved å anvende den fenomenologiske-hermeneutiske analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004) vil man i større grad enn ved andre analyseformer, kunne bevare deltakernes originale mening. Å belyse informantenes fortellinger som de var ment, er spesielt viktig ettersom det er et personlig og sårbart tema som tas opp i denne sammenheng. Dette åpner for å si at analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004) kan bidra til ivaretagelse av informantenes integritet.

4.5 Fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode av Lindseth og Nordberg (2004)

Hensikten med å anvende denne analysemetoden er å bevare informantenes ulike historier, samt kunne foreta en fortolkning av meningsinnholdet. Fokus var først og fremst på erfaringskonsulentenes fortellinger om hendelser som har berørt dem. Videre

ble det anvendt en hermeneutisk tilnærming hvor fortellingene til informantene ble analysert. Avslutningsvis ble intervjuene sett i sammenheng med ulike teoretiske perspektiv. Analysemetoden bruker dermed en tre-trinns analyse, som innebærer fasene: Kontekstualisering, dekontekstualisering og rekontekstualisering. Jeg skal nå gi en utdypende forklaring av hver fase.

4.5.1 Første analysefase - Kontekstualisering

Denne analysefasen innebærer en kontekstualisering av datamaterialet. For å gjøre dette må man foreta en naiv lesning av hvert intervju, og danne en umiddelbar forståelse av innholdet. I denne fasen var fokuset på å ha en åpen holdning rundt det deltakerne forteller om (Lindseth & Norberg, 2004). Det er forskerens umiddelbare oppfatning av informantenes fortellinger som fremkommer ved den naive lesningen. Når man anvender denne analysemetoden er det viktig å lese med et åpent sinn, uten å tolke for mye. Hensikten med den naive lesningen er å uttrykke det umiddelbare inntrykket etter hvert enkelt intervju. Jeg tilstrebet å lese de transkriberte intervjuene med fordomsfrihet, og med det la tekstene snakke for seg selv.

Den tyske filosofen Martin Heidegger viser til at når man skal tolke, eller forstå det andre uttrykker er det viktig å være bevisst forforståelsen en tar med seg inn, samt å være åpen for ny forståelse. Heidegger (1999, s. 278) skriver dette om fokus og forforståelse, «Basic concepts determine the way in which we get an understanding beforehand of the area of subject-matter underlying all the objects a science takes as its theme, and all positive investigation is guided by this understanding». Målet med denne analysemetoden er å danne en forståelse over hva informantene uttrykker. Det er dermed sentralt å ha et åpent sinn for det som fremkommer. Dersom man klarer dette vil en kunne vise til informantenes livsverden. På tross av et ønske om å tilstrebe dette, må man som forsker være bevisst at egen forforståelse alltid vil være med inn i analysen (Postholm, 2010). Lindseth og Nordberg (2004) poengterer at med grunnlag i forforståelsen i form av tidligere erfaringer og teori som ligger til grunn, kan forsker bevisst eller ubevisst, farge dataanalysen. Det vil dermed være viktig at forsker redegjør for egen forforståelse, for å i størst mulig grad unngå at det preger resultatene. Min forforståelse ble presentert innledningsvis, og var noe jeg var klar over gjennom hele forskningsprosjektet.

4.5.2 Andre analysefase – Dekontekstualisering

I etterkant av den naive lesningen ble det foretatt en dekontekstualisering. Analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004) er strukturell, og søker å finne meningsenheter innad i datamaterialet. Ved denne fasen ble det foretatt en hermeneutisk fortolkning av innholdet. For å fange intensjonen bak informantenes uttalelser ble meningen bak utsagnene kondensert. Det innebærer at man tar utgangspunkt i en setning og konkretiserer den til essensen av innholdet. Jeg viser her til et eksempel «Det har vært en berg-og-dalbane. Det har vært mye motgang. Jeg tror ofte vi har spilt ballen litt forbi, eller spilt hvert vårt spill. Jeg synes det har vært vanskelig å bli hørt, vanskelig å få det du ber om fordi det er veldig satte idéer». Dette utsagnet ble kondensert til «Det har vært vanskelig å bli hørt». Man har da trukket ut essensen i innholdet. Dette ble gjort med alle utsagn som var relevant for problemstillingen. I etterkant av tekstkondenseringen abstraheres det kondenserte innholdet til sub-temaer, temaer og til slutt noen få hovedtemaer. Når man skal fange opp meningen bak det som fremkommer ved informantenes uttalelser under intervju må man formulere temaene som kondenserte forklaringer, fremfor abstrakte konsepter (Lindseth & Norberg, 2004). For å gjennomføre dette må man anvende en form for dagligtale ved temadannelsene, og gjennom analyseprosessen generelt. Dette er for å ivareta fortellingene slik informantene fremlegger dem. Eksempler på strukturell analyse gjennomført ved analyse av datamaterialet vises som vedlegg til oppgaven.

4.5.3 Tredje analysefase – Rekontekstualisering

Den siste analysefasen i modellen til Lindseth og Nordberg (2004) innebærer å knytte teoretisk rammeverk opp mot det analyserte innholdet. Det ble foretatt en overordnet helhetlig fortolkning hvor jeg undersøkte om den naive lesingen samsvarte med dekontekstualiseringen (Lindseth og Nordberg, 2004).

Lindseth og Nordberg (2004) skriver at hensikten med denne analysemetoden er å identifisere ulike aspekter ved et fenomen, samt betydningen dette har for mennesker. Fokus er ikke på å finne én fundamental sannhet, men å belyse deltakernes opplevelser av fenomenet. Målet med studien var ikke å fremstille hva recovery eller samhandling er,

men å tegne et bilde av hvordan tidligere pasienter opplevde sammenhengen mellom samhandling og recovery. For å gjøre dette foretok jeg en kartlegging av likheter og ulikheter i hvordan deltakerne beskrev sine opplevelser, og satt dette opp mot et teoretisk fundament. Den fenomenologisk-hermeneutiske analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004) bidro til dette ved at det hele tiden var informantenes tolkninger og beskrivelser av deres livsverden som sto i sentrum.

4.6 Slagside ved analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004)

Til tross for mange fordeler ved denne analysemetoden finnes også en slagside. Mennesker har ofte ulike oppfatninger av et fenomen, noe som kan føre til feiltolkninger og misforståelser på tross av hva som i utgangspunktet er tiltenkt. Dette vil spesielt være aktuelt ved intervju og analyse av datamaterialet, hvor det kan oppstå misforståelser mellom den egentlige meningen til informanten eller at informanter feiltolker spørsmål som stilles ved intervju. Ved mellommenneskelige interaksjoner kan meningsinnholdet være preget av usikkerhet og uklarhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Lindseth og Nordberg (2004, s. 147) skriver «Meaningful communication about chairs implies a common understanding of the phenomenon of chair». Med dette menes at det må foreligge en viss form for felles forståelse av det gitte fenomenet, videre vises til at det ikke vil være behov for en helt lik forståelse av temaet. Forskeren må være oppmerksom på at informanter kan ha ulikt forståelse av et fenomen, og dermed være åpen for informantenes fortolkning. Det vil i denne sammenheng være sentralt å påpeke at forskers forforståelse også vil prege forskerens forståelse av fenomenet. Det vil dermed være viktig å være oppmerksom på ens egen oppfattelse av fenomenet, så sant som å være bevisst muligheten for informantenes fortolkninger.

4.7 Ethiske refleksjoner

Når en skal gjennomføre en intervjuundersøkelse gjør man en forpliktelse om å forholde seg til etiske vurderinger gjennom hele forskningsprosessen. Ethiske hensyn må tas fra planlegging av prosjektet til den endelige rapporten foreligger (Kvale & Brinkmann, 2015). All forskning som inkluderer mennesker er underlagt etiske retningslinjer. Helsinkideklarasjonen legger sterke føringer for etikk i forskning. Alle som arbeider med forskningsetikk må forholde seg til denne (Førde, 2014). I tillegg finnes etiske

retningslinjer spesifisert mot samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2016). Disse blir beskrevet slik «Retningslinjene er rådgivende og veiledende, og de skal bidra til å utvikle forskningsetiske skjønn og refleksjon, avklare etiske dilemma og fremme god vitenskapelig praksis» (NESH, 2016, s. 5).

Hensikten med forskningsetiske retningslinjer er å ivareta informantene ved å respektere deltakernes personvern, autonomi og selvbestemmelse, samt i størst mulig grad redusere negativ påvirkning ved samtaler rundt sensitive tema. Dette forskningsprosjektet innebærer å motta personlige opplysninger fra en sårbar gruppe. Det er dermed spesielt viktig å være bevisst og følge de etiske retningslinjene. For å ivareta dette ble det innhentet informert samtykke, samtidig som forsker var bevisst sin plikt om konfidensialitet og å unngå skade og belastning på deltakerne (NESH, 2016). Masterstudien ble meldt til og godkjent av norsk senter for forskningsdata. Her ble det bekreftet at personopplysninger som fremkom ved intervju ville bli behandlet og oppbevart i samsvar med retningslinjene. Studien har fått godkjenning fra Regional Etisk Komité, hvor de vurderte at studien oppfyller vilkårene som foreligger for ivaretagelse av informantene.

For å sikre ivaretagelse av informantene ble det inngått en avtale om å kontakte informantene i ettertid av intervjuet dersom det skulle oppstå usikkerhet rundt betydningen bak en uttalelse. Etter intervjuet ble informantene spurt om de er åpne for at forsker oppretter kontakt ved spørsmål. De vil kun bli kontaktet dersom de selv ønsker det. Dette er ment som en kontrollfunksjon, for å belyse deres ytringer på korrekt måte.

4.7.1 Oppbevaring av datamaterialet

Oppbevaring av datamaterialet ble gjennomført i samsvar med retningslinjene til norsk senter for forskningsdata, og informantenes rettigheter er lovfestet ved Personopplysningsloven (2018). Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og i tråd med lovverket ble datamaterialet oppbevart på en kryptert enhet. Det ble innsamlet indirekte identifiserbare opplysninger som kjønn, alder, diagnoser og lydfiler med stemme. Disse opplysningene ble oppbevart på en kryptert minnepinne innelåst i et skap, sammen med samtykkeskjema. Lydopptakene ble transkribert og slettet så snart som mulig etter endt intervju. Det transkriberte materialet inneholdt ingen personopplysninger og ble oppbevart i en lukket og kryptert mappe.

4.7.2 Minimal skade på informantene

Før intervjubegynnelse mottok informantene tilstrekkelig informasjon slik at de kunne gi informert samtykke. Dette innebar at informantene fikk informasjon om hva intervjuet skulle omhandle, samt ble informert om taushetsplikten (Kvale & Brinkmann, 2015). I tillegg ble deltakerne informert om muligheten de har til å trekke seg fra studien uten grunnlag, selv etter endt intervju. Deltakerne undertegnet så et skriv med informert samtykke om at de ønsket å delta i studien.

Viktigheten av minimal skade på informanter kommer frem av forskningsetiske retningslinjer (NESH, 2016). For å tilstrebe at informantene hadde en god opplevelse av intervjuet i seg selv, og forskningsprosjektet i sin helhet hadde jeg fokus på en positiv avslutning av intervjuet. I etterkant av intervjuet hadde jeg en hyggelig prat med informantene, dette for at de i størst mulig grad skulle sitte igjen med en god følelse etter endt intervju som omhandlet et sårt tema.

Mange erfaringskonsulenter innen psykisk helse og rus arbeider aktivt med å formidle sine personlige erfaringer med helsetjenestene. For å unngå at lesere av denne studien skal koble ulike sitater opp mot hverandre og gjenkjenne historier fra tidligere foredrag eller lignende, vil det ikke knyttes fiktive navn til sitatene som presenteres. Dette tiltaket ble gjennomført for å ivareta informantenes personvern.

5.0 Funn

Dette kapitlet inneholder en fremstilling av funnene som fremkom ved analyse av datamaterialet i tråd med Lindseth og Nordberg (2004). Først vil jeg presentere den naive lesningen som fremkom ved gjennomgang av intervjuene, deretter vil funn som kom frem av analysen bli lagt frem. Den første naive lesningen av datamaterialet ga meg en generell forståelse av innholdet i tekstene:

Grad av samhandling med kommune og spesialisthelsetjeneste oppleves varierende mellom ulike brukere, og generelt gjennom prosessen for den enkelte. Det påpekes som sentralt å bli sett og hørt for å realisere samhandling. Samhandling vil ikke fungere uten gjensidig respekt. Mange opplever at kommunen og spesialisthelsetjenesten har hatt et

samarbeid uten å involvere brukeren. Det kommer tydelig frem at samhandling veier tungt i recovery-prosessen.

Den naive forståelsen er en generell fremstilling av førsteinntrykket ved gjennomlesning av intervjuene. Videre representerer funn det som fremkom ved analyse av datamaterialet. Det som kommer frem i dette kapittelet ses senere i sammenheng med problemstillingen og teori, samt tidligere forskning på området. Problemstillingen søker erfaringskonsulentenes *opplevelse* av samhandlingens betydning, gjennom analyseprosessen var det dermed deres oppfatning som var i fokus. Ved intervju satt informantene ord på deres opplevelser av samhandlingens betydning for recovery. Relasjonelle og kommunikative perspektiv viste seg å ha størst fokus hos alle informantene, samtidig ble tematikker knyttet til systemnivå tatt opp. Funnene representerer dermed særlig aspekter på individnivå, men praksisutøvelse på et mer organisatorisk nivå er også relevant.

Fremstillingen av funnene vil i stor grad bestå av sitater fra informantene, ettersom studien tilstreber å fremstille informantenes subjektive sannhet. Dette med grunnlag i problemstillingens ordlyd hvor deltakernes opplevelse skal stå i sentrum og ettersom det benyttes en fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode (Lindseth og Nordberg, 2004). Etter analyse av datamaterialet kom det frem at samhandlingens betydning for recovery viste seg på ulike måter. Både positive opplevelser av samhandling og dårlige erfaringer rundt dette ble belyst. Tabellen nedenfor gir en oversikt over temaene og sub-temaene som fremkom ved analyse av intervjuene, og som vil ha fokus gjennom dette kapittelet.

Tabell 5 - Oversikt funn

Tema	Sub-tema
Å bli sett	Intersubjektivitet
	Helhetstenkning
	Individualisering av tjenestetilbud
Å ikke være sin egen sjef	Maktasymmetri
Egenansvar	Motivasjon

Det å bli sett ble trukket frem som sentralt ved intervjuene. Dette temaet viste seg å inkludere flere elementer. Intersubjektivitet, helhetstenkning og individualisering av tjenestetilbud vil dermed bli belyst i denne sammenheng. På den andre siden viste informantene til konsekvenser av å ikke være sin egen sjef, noe som viste seg å ofte ha en sammenheng med et asymmetriske maktforhold mellom bruker og ansatt. Informantene påpekte at de selv har et ansvar i recovery-prosessen og ved samhandling med helsetjenestene. Dette egenansvaret baseres ofte på brukenes opplevelse av motivasjon for recovery. De overnevnte temaene og sub-temaene vil bli presentert i dette kapittelet.

5.1 Å bli sett

Informantene i denne studien vektla i stor grad betydningen av «å bli sett». Dette er et element som kan fordre samhandling og ha en positiv innvirkning på recovery-prosessen. Å bli sett innebærer at helsepersonell ser på pasienter og brukere som et selvstendig tenkende og handlende menneske og møter dem med respekt. En av informantene uttrykte seg på denne måten om viktigheten av å bli sett:

Men jeg hadde en veldig klok dame der fra kommunen som fulgte meg opp, som møtte meg på en helt annen måte enn det jeg var vant med fra helsetjenesten tidligere. Hun så meg på en annen måte, hun kunne si til meg at nå forstår jeg. Slike små ting som det var at hun så meg og kunne si at hun forsto meg når jeg sa noe. Da løyste det opp så mye i meg av slike knuter som satt inni.

Dette utsagnet viser hvor betydningsfullt det kan være å bli møtt med gjensidig respekt, og oppleve å bli sett av andre. Informantene i denne studien påpekte at det var av stor betydning å bli behandlet som likeverdige parter av helsepersonell.

5.1.1 Intersubjektivitet

Intersubjektivitet er fremtredende i kategorien «å bli sett». Med intersubjektivitet menes en kommunikasjonsform som preges av gjensidig respekt av autonomi og integritet. Intersubjektivitet i kommunikasjon er noe som utspiller seg på individnivå, i hvert enkelt møte mellom bruker og ansatt. Alle informantene hadde gjort seg erfaringer rundt betydningen av hvordan de ble møtt av helsepersoneld. De mente at hvordan de ble møtt

var avgjørende for samhandling og deres egen recovery-prosess. En av deltakerne i studien mente at samspillet mellom pasient og ansatt er så viktig at oppbygningen av tjenestene nesten blir irrelevant.

Men på en annen side så har jeg også møtt dedikerte ansatte som har gått en ekstra mil. Som har sett meg. Jeg opplever at det har vært veldig personavhengig hva jeg har opplevd av bra og dårlige ting. Systemet er nesten irrelevant, det er personene det handler om fordi psykiatri handler om samspill mellom deg og meg.

Denne informanten påpekte at hvordan helsepersonell opptrådte i møte med pasienter og brukere var personavhengig fra ansatt til ansatt. Han understrekte viktigheten av å bli sett og uttrykte at han selv mener han kunne kommet seg gjennom sykdomsforløpet på 2,5 år, fremfor 25 år dersom han hadde blitt sett og møtt for den han er og de utfordringene han hadde. Det samme kom frem fra en annen deltaker hvor hun presiserte at mange år kunne vært spart dersom hun hadde blitt sett fra øyeblikket hun ble innlagt første gang.

Hadde kartleggingen vært god nok hos meg i begynnelsen, skal du ikke se bort fra at jeg ikke hadde mistet de 10 årene i psykiatrien, men jeg hadde kanskje vært ute igjen etter et par måneder med riktig oppfølging.

Informantene viser til noe ulike erfaringer rundt samhandling med og oppfølging fra helsetjenestene. En informant var spesielt fornøyd med oppfølgingen han fikk. Han uttrykte at fastlegen stilte opp når han var i påvente av behandling fra spesialisthelsetjenesten, noe som fordret tillitt og en følelse av verdighet.

Jeg hadde mye kontakt med fastlegen mens jeg ventet på behandling. Han var veldig flink, hadde veldig god peiling på hva jeg trengte og sånn. Jeg hadde mange diskusjoner med han også, rundt hva jeg ville ha da akkurat den perioden jeg ventet. Så jeg synes akkurat det var veldig nyttig.

Denne informanten fortalte at han hadde god kontakt med fastlegen sin i en periode hvor han trengte det, noe som var svært nyttig i hans behandlingsforløp. Viktigheten av å bli sett og møtt for det mennesket man er og hva man har behov for påpekes som sentralt, men i tillegg inkluderer dette begrepet at kommunen og spesialisthelsetjenesten ser på

hverandre som likeverdige parter. Dette for å fremme et godt samarbeid mellom alle tre. Det kom frem av intervjuene at et samarbeid ikke vil fungere dersom kommunen ikke ønsker å dele sine erfaringer og metoder med spesialisthelsetjenesten, og motsatt. Nettopp dette har deltakerne opplevd som et hinder i recovery-prosessen.

Jeg tenker at kommunen må våge å samarbeide. Det kan av og til oppleves som at de føler spesialisthelsetjenesten som en trussel.

På hvilken måte?

Som at spesialisthelsetjenesten blander seg inn i deres jobb, som de egentlig kan og mener er gode nok. At de kan se på hverandre som ressurser. At spesialisthelsetjenesten ikke bare er noen som tar over når de må det, at de ... jeg vet ikke om det gir mening, men litt sånn toveis. At en kan samarbeide mot et felles mål selv om man bruker ulike teknikker ... At dette ikke er en profesjonskamp. Det som er viktig her er pasienten og brukeren. Og det kan være vi må samarbeide litt med andre, selv om vi har et veldig godt tilbud selv.

Det kom frem av analysen at informantene i flere tilfeller opplevde en konkurranse mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Deltakerne påpekte at de ulike instansene satt på hver sin side uten å dele informasjon, noe som resulterte i reduksjon i kvaliteten på helsetilbudet til pasienter og brukere.

5.1.2 Helhetstenkning

Det å bli sett for den man er inkluderer blant annet intersubjektivitet, men også et helhetlig menneskesyn. Det kom frem av intervjuene at for å få til et godt samarbeid som kan resultere i god recovery, må helsepersonell se hele personen og situasjonen den befinner seg i. Det ble spesielt trukket frem at kommunen og spesialisthelsetjenesten må ha en god dialog og samkjøre behandling, fremfor å opptre som to separate enheter.

Kommunen kunne vel kanskje vært litt mer åpne for å se ting i et helhetsperspektiv, og samarbeide mer med behandlingsapparatet ... Og på grunn av at de ikke prater sammen så er det mange menneskeliv som går tapt i den prosessen fordi kommunen og helsevesenet er to separate avtjeninger.

Manglende koordinering og informasjonsflyt mellom primær- og sekundærhelsetjenesten ble trukket frem av informantene i flere sammenhenger. Det kom frem at samhandlingen og helhetstenkningen er spesielt viktig ved overgangen fra innleggelse til utskrivelse fra psykiatrisk sengepost. Flere av informantene uttrykte at perioden etter en innleggelse ved sykehuset var utfordrende. Dette ettersom det ikke forelå en plan før utskrivelsen. En av informantene beskrev denne overgangen slik:

Men det er klart at når du kom hjem fra psyk, du kommer fra et sted med låste dører, hvor knivene er innelåst i knivskuffen, du kommer fra et sted hvor porselenkoppene ble tatt fra deg og erstattet med plastkopper fordi du skar deg. Også fra den ene dagen til den andre så sier de bare god tur hjem. Så kom jeg da til døren, kona var på jobb. Jeg skulle låse opp, første timen tror jeg at jeg låste opp og igjen døren 6-7 ganger bare for å føle på hvordan det var å låse selv. Også skulle jeg lage mat. Da må jeg bruke brødkniven. Det var så mye som.. Det skal ikke mange ukene til før du er helt pasifisert, det merker du når du kommer hjem. Ting som var helt dagligdagse måtte jeg konsentrere meg om når jeg kom hjem. Jeg kunne ta meg en røyk når jeg ville. Så den overgangen var tøff. Og det var ingen utenfra som var tilstede.

Informanten fikk spørsmål om dette kunne ses på som en del av selvstendiggjøringen og om det kunne være noen fordeler med denne overgangen. Han kunne ikke trekke frem noen fordeler med denne utskrivelsesmetoden, og mente det var farlig å utsette pasienter for dette rett etter en innleggelse.

Nei altså, et spark bak, det er noe annet enn å bli kastet ut til ulvene. Fordi, altså når du har kompt deg etter et selvmord, blitt reddet, vært på intensiven og skal hjem igjen ... det vil jeg kalle farlig, det er ikke et spark i ræva, men en farlig sak. Jeg tenker at et spark i ræva er en utfordring på å gjøre ting

Dersom helhetstenkningen ikke er tilstede vil det kunne føre til en opplevelse av å bli neglisjert av helsevesenet. Det å bli sendt hjem uten videre oppfølging gikk igjen i de fleste intervjuene, og alle informantene som tok opp dette temaet var misfornøyd grunnet manglende plan for oppfølging. På denne måten opplever ikke pasientene at de blir sett og møtt med de behovene og utfordringene de har. Det fremkom av intervjuene at informantene opplevde en mindreverdighetsfølelse når de følte seg stigmatisert grunnet

en psykisk lidelse. Denne stigmatiseringen viste seg innad i helsevesenet, men kom også til uttrykk i dagliglivet. En informant beskrev hendelser hvor hun opplevde stigma, i lys av å være psykiatrisk pasient.

Når folk rundt meg hadde vært med på å påvirke meg til å bli en pasient, var det alt jeg var. Folk sluttet å hilse på meg på gaten. De spurte meg aldri hvordan jeg hadde det, de spurte moren min. Jeg er over 40 år, men de spurte ikke meg om hvordan jeg hadde det.

Flere av informantene satt ord på opplevelser knyttet til stigmatisering grunnet psykiatriske opphold. De beskrev dette som ubehagelig, hvor de opplevde mindreverdighetsfølelse grunnet dette. Motsatt opplevde de et bedre samarbeid når de ble møtt av helsepersonell som så dem som likeverdige mennesker.

Oppfølgingsspørsmål til en informant:

Tror du at det at samarbeidet har fungert så godt mellom deg, spesialisthelsetjenesten og kommunen har vært bidragsytende for recoveryen din?

Ja, selvfølgelig har det det.. Jeg tror det at når folk kan snakke sammen og jobbe på tvers, at man ikke låser seg fast i helt feil spor men at man ser helheten så vil det gi en bedre pasient-ivaretagelse. Kanskje også en opplevelse av at du er menneske og ikke bare en lidelse.

Deltakerne i studien opplevde en klar sammenheng mellom samhandling og recovery, men de påpekte flere utfordringer for å realisere samhandling. Det kom frem at samarbeid først kan være velfungerende når pasienter og brukere føler seg ivaretatt, og hvor helsetjenestene samarbeider med hverandre og ser på hverandre som ressurser fremfor en konkurrent. Det viste seg å være sentralt for god samhandling at kommunen og spesialisthelsetjenesten har et helhetssyn på pasienten i seg selv, og hjelpeapparatet som helhet. På den måten kan det tilbys en individuelt tilpasset behandling, hvor samhandling mellom alle parter er et hjelpemiddel til å nå målet som er pasientens recovery.

5.1.3 Individualisering av tjenestetilbud

Når helsepersonell har en helhelhetlig forståelse er det mulig å tilby tjenester som er tilpasset det enkelte individ i situasjonen den befinner seg i. Pasienter blir møtt med intersubjektivitet når helsepersonell forsikrer seg om at tjenestetilbudene er rettet mot den

enkeltens behov. Ved å bli møtt som subjekt opplever pasienten at de blir sett i et helhetsperspektiv. Informantene trekker frem viktigheten av å bli sett for den de er og få behandling deretter, selv om behandlingen ikke er tradisjonell.

Og det er jo han som jeg har opplevd at jeg faktisk fikk den hjelpen jeg trengte av (behandler). Fikk rett diagnoser og rett hjelp. Men det er ikke noe tradisjonell behandling jeg har fått av han.

Det kom frem av intervjuene at mye kan tilrettelegges på individnivå for å individualisere tjenestetilbudet. Hvordan behandleren møter brukeren viste seg som sentralt for individuelle tilpasninger. Til tross for at informantene belyser dette som viktig i recovery-prosessen hadde flere av informantene negative opplevelser i forhold til individualisering av tjenestetilbud. Noen uttrykte at de følte seg plassert inn en behandlingsmetode som ikke passet for dem. Samtidig er det systematiske retningslinjer man ikke kommer foruten innen helsetjenesten. Tematikken om pakkeforløp ble spesielt vektlagt av informantene i denne sammenheng. Det ble løftet frem både styrker og svakheter ved bruk av pakkeforløp. En av informantene uttrykte seg slik:

Joda, det er ting i pakkeforløp som er nødvendig for deg, satt inn i et system «du har denne diagnosen, sannsynligvis har du disse behovene». Men da er det greit at man på en måte også har rom for individuelle tilpasninger gjennom hele forløpet.

En fordel med pakkeforløp som ble trukket frem er at man mer effektivt kan få tilbud om hjelp til behovene en har. Samtidig var det flere av informantene som stilte spørsmålsteget ved pakkeforløp. De var kritiske til om denne metoden ville gjøre at tilbudet ble mer standardisert, fremfor individualisert.

Jeg tror det er mange som kunne vært friske, eller hatt et mye bedre funksjonsnivå dersom de hadde fått ideell oppfølging. Ser på kreftpasienter som får tilrettelagt personlig immunterapi. I psykiatrien på [redacted] har du delt opp avdelingene etter diagnoser. De sier du skal få en individuell behandling, likevel har du pakkeforløp. For meg skurrer det med pakkeforløp og individuell behandling. For jeg tenker at du begynner litt i feil ende om man sier at vi alle har en psykisk helse og vi skal se pasienten og ikke sykdommen. Da kan man ikke ha pakkeforløp for en diagnose

Individualisering av helsetilbudet er sentralt både på systemnivå og på individnivå for at brukere av tjenestene skal føle seg sett. Det kom frem som en viktig del av individualisering av tjenestetilbudet at behandlere evner å se pasienter i en helhet og møte dem med den enkeltes behov. Informantene påpekte at det vil ha en positiv effekt i recovery-prosessen dersom tjenestetilbudet blir skreddersydd etter den enkeltes behov. Samtidig mente noen av informantene at pakkeforløp kunne bidra til en systematisering av tjenestetilbudet, noe de stilte seg kritisk til. Pasienter og brukere innen psykisk helse kan i denne prosessen oppleve at de ikke blir sett for den de er, og de behovene som foreligger.

5.2 Å ikke være sin egen sjef

5.2.1 Maktasymmetri

Det fremkom ved forrige delkapittel at pasienter og brukere har et behov for å bli sett for det individet de er. Ved å bli møtt med åpenhet og respekt vil det kunne dannes et godt grunnlag for samhandling. Flere av informantene viste at de har opplevd det motsatte. De fortalte om hendelser hvor de følte seg overkjørt av helsevesenet og deres stemme ble nedtrykt. Det koker ned til en avmaktsfølelse, som har grunn i et opplevd asymmetrisk maktforhold mellom bruker og ansatt. En av informantene svarte dette ved spørsmål om hva hennes rolle var i møte med helsetjenestene.

Jeg har definitivt vært pasient. Også synes jeg det har vært en veldig dobbeltkommunikasjon, for de sier at du er ekspert på deg selv og du vet hva du trenger, inntil du er uenig med dem, da vet du ikke lenger ditt beste ... Det er helt klart en ubalanse i maktforholdet. Og du taper veldig ofte kampene.

Ubalansen i maktforholdet mellom ansatt og bruker var fremtredende og gjennomgående i de fleste intervjuene. Samarbeidet med kommunen og spesialisthelsetjenestene ble beskrevet som en berg-og-dalbane av en informant. Hun forklarte at det har vært vanskelig å bli hørt som pasient.

Det har vært en berg-og-dalbane, Det har vært mye motgang. Jeg tror ofte vi har spilt ballen litt forbi, eller spilt hvert vårt spill. Jeg synes det har vært vanskelig å bli hørt, vanskelig å få det du ber om fordi det er veldig satte idéer.

Informantene vektla maktasymmetrien og utfordringer med å ikke eie sitt eget liv. De fortalte at de ble avvist i ulike situasjoner, noe som førte til at de ikke opplevde å bli tatt på alvor. Informantene fortalte at de opplevde en mindreverdighetsfølelse ettersom de ikke ble behandlet med respekt. En informant viste til et konkret eksempel hvor hun ikke ble hørt.

Jeg opplevde en gang at jeg knuste skulderen. Da fikk jeg bare tilbakemelding fra sykehuset om at smertene var jo bare psykisk. Jeg fikk ikke lov å ta røntgenbilde engang. Etter to måneder fikk jeg lov å ta røntgenbilde fordi de på psykiatrisk sa at det bare var psykisk, den smerten i skulderen. Så kom jeg inn på somatisk og fikk tatt bilde, og skulderen var knust. Da hadde jeg gått i to måneder med knust skulder og fått beskjed om at det var psykisk. Så det blir stigmatisert i ettertid.

Dette eksempelet viser hvordan pasienter og brukere ikke alltid eier sitt eget liv. Asymmetrien mellom ansatt og bruker kan ha store konsekvenser for samhandling dersom pasient eller bruker ikke blir hørt. I tillegg til utfordringer på individnivå kan helsetjenestenes utforming i seg selv ha stor betydning for brukerne av tjenestene. Informantene i denne studien uttrykte at standardiserte tjenestetilbud kan ha en negativ virkning på recovery-prosessen. Ved å ikke ha individuelle tilpasninger i behandlingen opplevde pasientene at de ikke ble sett med de behovene de hadde. En av informantene uttrykket seg slik:

Du har et sett med behandling til den diagnosen, så går det en stund så skifter de diagnosen så er det plutselig en annen behandling. Mens jeg trenger jo det samme. Jeg har jo ikke forandret meg, det er jo bare merkelappen de har hengt på meg.

Det kom frem av denne uttalelsen at informanten opplevde at behandlingen ble rettet mot diagnosen som varierte, fremfor hennes behov som var konstant. Dette tilfellet viser til et tjenestetilbud basert på system, fremfor individuelle behov. Ved slike utforminger av helsetilbudet vil ikke pasienter og brukere oppleve å bli sett, de vil heller oppleve å bli

neglisjert og nedprioritert. Det er stort fokus på helsepersonell og deres ansvar ved samhandling og pasienters recovery. Informantene i denne studien påpekte i tillegg at det foreligger et ansvar hos den enkelte pasient og bruker for å få til en god samhandling og egen recovery.

5.3 Egenansvar

Deltakerne var tydelige på at til tross for kravene de har til helsevesenet om tilrettelegging og helhetstenkning, har pasienter og brukere et egenansvar i recovery-prosessen. Det kom frem at uten motivasjon til endring vil ikke endring skje.

Hvilken rolle tror du hjelpen fra helsetjenestene har spilt for din recovery?

En enormt stor rolle. Både fra jobben min og fra brukersiden at når det har vært «stakkars deg-fokuset». Jeg høres ganske kynisk ut, men vi har et egenansvar også. Vi kan ikke forvente at helsetjenesten skal gjøre alt, fordi vi må jo fremdeles gjøre jobben. Men de skal gi oss disse verktøyene og er man ikke mottagelig for det så vil ikke behandling hjelpe. Du kan få medisiner for å dempe symptomene, og de vil du sannsynligvis bare øke opp og øke og øke.. men om du ikke får jobbet med resten så kommer du ingen vei.

Denne informanten uttrykte at det ikke er mulig å hjelpe noen som ikke ønsker å hjelpe seg selv. Hun poengterte at pasienter og brukere selv må gjøre jobben, men at de kan få hjelp og støtte fra helsetjenestene på veien. En annen deltaker uttrykte at man trenger hjelp til å finne ut av veien videre og hvilke styrker man selv innehar. Det er først da man kan jobbe med sin recovery.

Og det er den motstanden som møter oss når man skal gå fra å bli behandlet og jobbe med sin egen recovery. Og da krever det vilje, og hvor får man vilje fra? Jo, man får det den dagen man ser at en har interesse for det selv. Jeg kan gjøre noe med meg, det kan jeg ikke aleine men jeg må ha hjelp og støtte til å finne ut hvorfor det ble sånn, hva jeg kan gjøre videre, jeg må ha noen å speile hele veien. Men det blir mye greiere etterhvert.

Informantene var klar over at det er de selv som må gjøre jobben, men de trenger en del verktøy med seg på veien. Kommunen og spesialisthelsetjenesten er der for å bidra med nettopp dette. Det vil være en umulig oppgave for helsepersonell å hjelpe en bruker eller pasient med recovery-prosessen dersom de ikke selv har et mål om tilfriskning.

5.3.1 Motivasjon

Pasienter og brukere har et egenansvar for recovery, men informantene påpekte også at for å ta dette ansvaret kreves en indre motivasjon for endring.

Samtidig stilte jeg meg spørsmål med «er det dette jeg vil? Skal jeg sitte her til jeg blir 80 år gammel, om jeg blir så gammel.. og ikke gjøre noe med livet mitt». Jeg fikk en liten drøm om at kanskje det er mulig for meg og. Dersom jeg kunne velge hva jeg ville gjort, hvor jeg ville vært i livet, hvor ville jeg vært? Det var et vendepunkt å tørre å tenke den tanken at «ja, jeg har lyst på en leilighet, jeg har lyst å jobbe».

Informantene trakk frem viktigheten av motivasjon og det å selv ha et ønske om recovery. Opplevelse av egenverd kom frem som et viktig element for å kunne føle på motivasjon for endring. Det kom tydelig frem at helsetjenestene spiller en stor rolle i recovery-prosessen. Men det fremkom av intervjuene at man ikke kan hjelpe noen som ikke ønsker å hjelpe seg selv. En av de viktigste rollene til helsevesenet vil dermed være å motivere til endring og lytte til brukeren hva de ønsker. Det vil være sentralt for recovery-prosessen om brukeren har et håp om tilfriskning. Det strider mot sin hensikt om spesialisthelsetjenesten og kommunen lager et behandlingsopplegg for en pasient eller bruker, uten å involvere dem. Funnene som ble presentert her vil i det følgende kapitlet diskuteres opp mot tidligere forskning og eksisterende teori.

6.0 Drøfting

Ved å sette sentrale funn opp mot teori som ble belyst i kunnskapsgrunnlaget og tidligere forskning, skal jeg i dette kapitlet drøfte ulike sider av problemstillingen. Erfaringskonsulenters opplevelse av samhandlingens betydning for recovery-prosessen har vist seg å ha flere aspekter. For å realisere en velfungerende samhandling må pasienter og brukere føle at de bli sett og respektert for det individet de er og de utfordringene de

har. Det viser seg å sette en stopper for samhandling dersom pasient eller brukere ikke opplever at de er sin egen sjef. Imidlertid hviler ansvaret for en velfungerende samhandling også på pasienten eller brukeren. De ulike elementene som fremkom ved analyse vil drøftes opp mot recovery-perspektivet, etisk fordring, brukermedvirkning og menneskesyn. Dette vil også ses i sammenheng med tidligere forskning, hvor problemstillingen vil være i hovedfokus. Ettersom problemstillingen står i sentrum for drøftingen vil jeg repetere dens ordlyd:

Hvordan opplever erfaringskonsulenter innen psykisk helse at samhandling med kommunen og spesialisthelsetjenesten påvirket deres recovery-prosess?

6.1 Å bli sett

Det fremkommer av intervjuene at dersom kommunen og spesialisthelsetjenesten har et helhetssyn på pasienten i seg selv og hjelpeapparatet som helhet, vil samhandling kunne styrkes. Med grunnlag i dette vil det være et positivt element for fungerende samhandling dersom helsetjenestene har et flerdimensjonalt menneskesyn. Å innta et flerdimensjonalt menneskesyn innebærer å se mennesket og dens behov i en helhet (Da Silva, 2006). I hvilken grad pasienter og brukere opplever å bli sett kan ha sammenheng med recovery-prosessen deres, ettersom bedringsprosessen muliggjøres ved hjelp og støtte fra omgivelsene (Hummelvoll, 2012).

Det å jobbe på tvers og se pasienten i en helhet viste seg som en nødvendighet for å oppnå god samhandling. Informantene påpekte at det var bidragsytende for recovery-prosessen når ulike instanser samhandlet med hverandre. Dette kan indikere at å forstå og møte brukere og pasienter med en helhetsforståelse er en forutsetning for god samhandling og recovery. Dette kom blant annet til uttrykk hvor en informant uttrykte at det kunne resultere i bedre pasient-ivaretagelse dersom helsepersonell inntok et helhetsperspektiv. Opplevelsen av å bli sett som et menneske og ikke en lidelse fremtrer som grunnleggende i funnene. Studien til Biringer et al (2017) viser også at mangel på gjensidighet fra helsepersonell førte til at brukerne av tjenestene følte de måtte «kjempe mot systemet», samt en følelse av likegyldighet og utmattelse. Dette kan ha sammenheng med at tilhørighet er av stor betydning innenfor recovery, og innebærer å ha gode relasjoner med andre mennesker (Scottish recovery network, 2019).

6.1.1 Betydningen av det relasjonelle

Funnene i denne studien viser at gode relasjoner med helsepersonell er av stor betydning i recovery-prosessen. I den forbindelse kommer særlig frem at gode relasjoner er et premiss for samhandling med helsetjenestene. Opplevelsen av at gode relasjoner er grunnleggende for opplevd støtte og samhandling med helsetjenestene, reflekteres også i litteraturgjennomgangen til Pettersen og Lofthus (2018). Det relasjonelle trekkes frem som en nødvendighet, både av tidligere forskning og funn ved denne studien. Alle informantene opplevde at hvordan de ble møtt av helsepersonell, og grad av samhandling var personavhengig. En informant i denne studien uttrykte at systemet nesten er irrelevant ettersom psykiatri handler om samspill mellom personer. Han mente at han følte seg ivare tatt så lenge han ble møtt med respekt av helsepersonell. Dette understreker betydningen av det relasjonelle mellom bruker og ansatte, og det viser at helsepersonell må erkjenne ansvaret de besitter i relasjon til pasienter og brukere for å kunne møte dem på riktig måte. Informantene uttrykker viktigheten av å bli møtt med gjensidig respekt, hvor det å bli sett og møtt som et selvstendig individ er et nødvendig element for å fordre god samhandling.

Det kom til uttrykk ved denne studien at informantene ofte opplevde å bli stigmatisert gjennom sykdomsforløpet, samt i etterkant av behandling. En stor del av recovery-prosessen er å gjenopprette et positivt syn på seg selv og danne en identitet man trives med. Et betydelig element i denne prosessen er å bli identifisert som et menneske, fremfor en diagnose (Scottish recovery network, 2019). Betydningen av å se bort fra sykdommen og bli møtt som et autonomt menneske viste seg ved denne studien som fremtredende for recovery-prosessen og for å få til god samhandling. Dette samsvarer også med tidligere forskning. Studien til Støvind et al (2012) viste blant annet at brukerstyring hadde en positiv innvirkning på bedringsprosessen. Det kan tenkes at dette kan ha sammenheng med at brukerne ble lyttet til når de fikk overta styringen, og på den måten hadde mulighet til å utvikle sin identitet. Ved å ta i bruk brukerstyring, opplevde de å bli sett på som likeverdige mennesker som kunne ta egne avgjørelser som omhandlet deres eget liv.

For å gjenoppbygge en identitet etter psykisk sykdom, må man utvikle en personlighet som ikke defineres av en psykisk lidelse (Slade, 2009). Dersom man ser dette i et

personlig recovery perspektiv trenger ikke identitetsutviklingen å innebære symptomfrihet, men heller å danne seg et liv og et positivt syn på seg selv på tross av utfordringene man har (Anthony, 1993). Med grunnlag i funnene ved denne studien og studien til Støving et al (2012), samt teoretisk perspektiv om recovery, kan det tenkes at man kan bistå pasienter og brukere med å gjenopprette et positivt syn på seg selv ved å anvende brukermedvirkning og brukerstyring. Pasienter og brukere kan da oppleve en større kontroll over eget liv, hvor de står i posisjon til å danne en identitet de trives med. For å realisere dette kreves relasjoner med helsepersonell som åpner for brukerinvolvering og brukerstyring. Påvirkningskraften ansatte kan ha på pasienter og brukere viser at det ligger mye makt i posisjonen helsepersonell innehar. Med grunnlag i dette kan det tenkes at menneskesynet helsepersonell har vil være sentralt i møte med pasienter og brukere.

6.1.2 Menneskesyn

Psykiatriske pasienter ble omtalt som «gale» frem til 1960-årene. På den tiden ble ikke pasienter behandlet, men oppbevart på asyler. De ble betraktet som et objekt og en byrde for samfunnet (Almvik, 2000). Over tid utviklet synet på psykisk syke seg, og det oppsto en felles forståelse om hvordan psykisk syke mennesker skulle forstås. Dette var resultat av en sosial konstruksjon hvor mennesker hadde gjensidig påvirkningskraft på hverandre (Collins, 1995). Etter 1960 skjedde et paradigmeskifte som resulterte i et nytt syn på psykisk syke, hvor brukermedvirkning og integrering ble satt i fokus (Almvik, 2000). Tankesettet om at psykisk syke var «gale» og skulle styres ble dermed tilsidesatt, og pasienters stemme ble fremhevet.

Denne studien viser at det er av stor betydning å bli møtt som et selvstendig tenkende og likeverdig menneske. Dette støttes også av tidligere forskning og teori på området som blant annet viser til betydningen av identitet og empowerment. På tross av behov for intersubjektivitet i relasjoner kom det frem av analysen til denne studien at informantene opplevde asymmetri i maktrelasjonen som ofte førte til objektivering av pasienter og brukere. Det kan tenkes at menneskesyn i en viss grad påvirkes av sosiale konstruksjoner. Dette er dermed noe helsepersonell bør være bevisst i møte med pasienter og brukere, for å unngå at deres menneskesyn, sammen med sosiale konstruksjoner, påvirker behandlingen og behandlingstilbudet i negativ retning. Dagens psykiatri har et helt annet

bilde enn psykiatrien før 1960. Synet på psykisk syke mennesker har vært gjennom en kraftig utvikling, og i dagens psykiatri er det stort fokus på recovery og brukermedvirkning. Men samtidig kan det tenkes at tidligere sosiale konstruksjoner kan ha en ubevisst påvirkningskraft på hvordan helsepersonell og andre mennesker opptrer i møte med pasienter og brukere. Mine funn bekrefter dette, hvor informantene trekker frem opplevelse av stigmatisering fra helsevesenet og andre i samfunnet. En informant uttrykte at personer hun kjente fra tidligere sluttet å hilse på henne på gaten. Fremfor å spørre henne hvordan hun hadde det, spurte de moren hennes. Hun var 40 år gammel, men de rettet ikke spørsmålet direkte til henne, selv om hun var tilstede. Dette kan være et resultat av tidligere sosiale konstruksjoner som fører til stigmatisering av psykiske lidelser.

Det har vist seg ved denne studien at hvordan pasienter og brukere blir møtt av helsepersonell påvirker samhandling og recovery-prosessen i stor grad. Damsgaard (2010) presenterer et asymmetrisk maktforhold mellom bruker og ansatt, som åpner for at ansatte har mulighet til å bestemme om relasjonen skal preges av respekt og likeverd, eller å se bort fra brukerens mål og ønsker. Dette indikerer at helsepersonell har en implisitt makt i relasjonen, og det kan tenkes at deres menneskesyn vil være med å påvirke hvordan de håndterer makten og hvilken påvirkningskraft det har på pasienter og brukere. Pettersen og Lofthus (2018) poengterer at gode relasjoner er grunnleggende for opplevd støtte og samhandling. For å oppnå gode relasjoner kan det tenkes at en helhetlig oppfattelse av mennesker som autonome må være til stede.

En informant i denne studien fortalte om en hendelse hvor hun hadde knust skulderen sin, men ikke fikk lov til å ta røntgenbilde, ettersom de på avdelingen mente at smertene kun satt i hodet hennes. Da hun etter to måneder fikk ta røntgen kom det frem at skulderen var knust. Informanten fortalte at dette opplevdes nedverdiggende og stigmatiserende, og viste til en avmaktsfølelse i samhandling med helsepersonell. Denne informanten opplevde ikke å bli møtt som et likeverdig menneske. Det kan tenkes at det vil åpne for samhandling og recovery dersom helsepersonell har et holistisk menneskesyn, hvor de ser pasienten eller brukeren som en helhet.

Da Silva (2006) skriver at et helhetlig menneskesyn er grunnlaget for jeg-du kommunikasjon. Ved en slik kommunikasjonsmetode respekteres hverandres autonomi og personlige integritet. For å få til denne formen for kommunikasjon må begge parter se på hverandre som et subjekt, hvor kommunikasjonen er preget av intersubjektivitet. (Da Silva, 2006). Det kan tenkes at et helhetlig menneskesyn som fordrer intersubjektivitet vil være det mest ideelle i møte med personer med psykiske lidelser og rusproblematikk. Dette med grunnlag i at holismen og intersubjektivitet åpner for den enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne verdier, muligheter og begrensninger. Det må samtidig påpekes at holismen og biomedisinen ikke automatisk er gjensidig utelukkende. Den biomedisinske sykdomsmodellen bygger på et naturvitenskapelig menneskesyn, noe som innebærer at det endimensjonale menneskesynet er en nødvendig betingelse for diagnostisering og behandling av somatiske sykdommer (Da Silva, 2006). Den biomedisinske-sykdomsmodellen vil dermed være aktuell å anvende sammen med et flerdimensjonalt menneskesyn. Dersom informanten som hadde knust skulderen hadde blitt møtt på denne måten kunne hun fått den behandlingen hun trengte samtidig som hun gjerne hadde følt seg verdifull, fremfor stigmatisert.

Som nevnt tidligere er det en nødvendighet at alle parter ser på hverandre som likeverdige for å få til en fruktbar samhandling. Dette innebærer at ansvaret for å opprettholde gode relasjoner ikke kun hviler på den ansatte. Brukere og pasienter må også møte helsepersonell med respekt og et flerdimensjonalt menneskesyn for å få til en god relasjon og samhandling. Samtidig må helsepersonell i kommunen og spesialisthelsetjenesten anerkjenne hverandre som subjekter for å danne et godt grunnlag for samarbeid og tilby pasienter og brukere best mulig behandling.

6.1.3 Forholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten

Intersubjektivitet i relasjoner har vist seg sentralt for samhandling, men i tillegg peker informantene på at dette begrepet også inkluderer at kommunen og spesialisthelsetjenesten anser hverandre som likeverdige parter. For å fremme et godt samarbeid kommer det frem som høyest nødvendig at de ulike instansene ser på hverandre som ressurser. På tross av behov for dette viser funnene til utfordringer med samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Informantene opplevde i flere tilfeller et sterkt skille mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, hvor primær-

og sekundærhelsetjenesten sto på hver sin side og så på hverandre mer som en trussel fremfor ressurs. Dette skillet kan føre til store konsekvenser for brukerne av helsetjenestene. Studien til Biringer et al (2017) viser at brukernes opplevelse av kontinuitet i tjenestetilbudet ikke står til behovet, og at det er nødvendig med endringer på systemnivå for å oppnå en recovery-orientert praksis. Dette kan ses i sammenheng med at informantene ved denne studien opplevde at kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke samarbeidet godt nok.

Det kan tenkes at recovery er noe som utspiller seg på individnivå, men for å få til en fruktbar samhandling må dette også implementeres på systemnivå. Det vil sannsynligvis være lite hensiktsmessig om det arbeides recovery-orientert fra helsepersonells side, mens denne arbeidsformen ikke anerkjennes på systemnivå. For å oppnå recovery-orientert praksis på systemnivå må det tilrettelegges for samhandling mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjenesten. Dersom systemene ikke åpner for samhandling, vil det være vanskelig å realisere i praksis. Behovet for endringer på systemnivå kom også frem ved analyse av intervjuene. Informantene trakk i flere sammenhenger frem at de opplevde manglende koordinering og informasjonsflyt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Noe som i stor grad påvirket samhandlingen og dermed recovery-prosessen.

Det kan tenkes at recovery på systemnivå er en form for klinisk recovery hvor fokus er på mål og resultat. Samtidig kan det argumenteres for at det vil være hensiktsmessig å ikke kun ha fokus på denne formen for recovery, men også implementere personlig recovery på systemnivået. Personlig recovery har primærfokus på endringsprosesser på individnivå, mens klinisk recovery i hovedsak fokuserer på objektive beskrivelser og resultater basert på evidens (Slade, 2009). Både klinisk og personlig recovery har elementer som er sentrale i bedringsprosessen, og det kan tenkes at en kombinasjon hvor primærfokus er på personlig recovery, mens den kliniske recoveryen blir brukt som en støttepilar, kan ses på som hensiktsmessig. Det vil altså ikke nødvendigvis være en enten-eller-tankegang, heller en både-og-tankegang. Denne fremgangsmåten kan bidra til å skape et godt grunnlag for enkeltpersoners recovery-prosess. For å få til dette må det være grunnleggende at kommunen og spesialisthelsetjenesten arbeider mot samme mål, hvor de må se på hverandre som en ressurs for å kunne få til et godt samarbeid. Mangel på samhandling kan ha store konsekvenser for brukere av helsetjenestene, det er dermed

viktig at alle parter tilstreber å innta et helhetsperspektiv. For at kommunen og spesialisthelsetjenesten skal være samkjørte må de ha åpne dialoger som er preget av respekt og intersubjektivitet. Slade (2009) viste til at recovery er en individuell prosess. Grunnet individualiteten bak recovery viser denne studien at det er høyest nødvendig med samhandling på alle nivå, for å kunne tilby hver enkelt bruker best mulig behandling.

6.1.4 De tøffe overgangene

Manglende koordinering og informasjonsflyt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten viser seg etter analyse av datamaterialet som sentralt i flere sammenhenger. Manglende samhandling har konsekvenser som utspiller seg på flere områder. Informantene mener det burde vært en større grad av samhandling hvor de fikk tettere oppfølging ved overgangen fra innleggelse på sykehus eller DPS til utskrivelse. Manglende plan for oppfølging etter utskrivelse opplevdes for mange som skremmende og bød på store utfordringer for det enkelte individ. En av informantene forklarer opplevelsen av å komme hjem fra en innleggelse. «Men det er klart at når du kom hjem fra psyk, du kommer fra et sted med låste dører, hvor knivene er innelåst i knivskuffen, du kommer fra et sted hvor porselenkoppene ble tatt fra deg og erstattet med plastkopper fordi du skar deg. Også fra den ene dagen til den andre så sier de bare god tur hjem». Overgangen beskrives som en dramatisk endring i hverdagen.

Deltakerne i studien stiller spørsmål ved hvorfor hjelpeapparatet ikke tilbyr en plan for denne drastiske overgangen. Pettersen og Lofthus (2018) viser i sin litteraturgjennomgang at brukere må tilbys god oppfølging etter utskrivelse fra institusjon. Deltakerne i denne studien forteller at de ikke fikk oppfølging etter utskrivelse, og rapporterer om negativ påvirkning i recovery-prosessen grunnet mangel på samhandling ved denne endringen. Dette kom også til uttrykk gjennom studien til Biringer et al (2017), hvor brukere av psykiatriske helsetjenester viser til mangelfull kontinuitet i tjenestetilbudet. Når helhetstenkningen ikke er tilstede hos helsetjenestene vil det kunne føre til en følelse av mindreverd hos pasient og brukere som ikke får den oppfølgingen de ønsker og mener er nødvendig.

På den andre siden mener en av informantene at for tett oppfølging kan føre til passivitet ved egen behandling. Selvstendiggjøring av pasienter og brukere kan være et positivt element ved recovery-prosessen. Empowerment anses som sentralt innen recovery, ettersom det innebærer fokus på den enkeltes styrker og å hjelpe dem med å ta ansvar og oppnå kontroll over eget liv (Scottish recovery network, 2019). Etter utskrivelse fra psykiatrisk sengepost viser deltakerne i denne studien til at de får et stort ansvar. Flere av informantene støtter tanken om at for tett oppfølging kan virke passiviserende, men mener at det er forskjell på å gi noen større grad av ansvar og på den andre siden opptre uforsvarlig. Det kommer tydelig frem ulike behov ved overgangen fra innleggelse på psykiatrisk til utskrivelse. Med grunnlag i dette vil det være viktig å igangsette individuelle tiltak hos den enkelte pasient, ettersom noen vil kreve mer oppfølging enn andre. Det kan tenkes at selvstendiggjøring hvor fokus er på empowerment vil gange enhver pasient, så sant det tilrettelegges for den enkelte.

6.2 Samhandlingens bremses

Et helhetlig menneskesyn med en positiv kommunikasjonsform har vist seg grunnleggende for samhandling mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste. På den andre siden finnes elementer som har negativ innvirkningskraft på samhandling. Som en motpol til holisme finnes endimensjonale menneskesyn (Da Silva, 2006). Denne formen for menneskesyn kalles også biomedisinsk menneskesyn. Psykiske lidelser og rusproblematikk vil her bli beskrevet som en rent subjektivt innbilt tilstand (Da Silva, 2006). Det innebærer at helsepersonell inntar en holdning hvor den ser bort fra det enkelte menneskets unike særtrekk og individualitet, og heller ser på pasienten som noe man kan kontrollere (Da Silva, 2006, s. 104). Med grunnlag i dette kan det tenkes at helsepersonell som har dette synet på mennesker også gjerne har en jeg-det-relasjon til brukere eller pasienter.

Damsgaard (2010) skriver at helsepersonell har en makt i relasjon til brukere som gir dem mulighet til å se bort fra brukerens mål og ønsker. Informantene i denne studien forteller om hendelser hvor de har følt seg overkjørt av helsevesenet og deres stemme har blitt nedtrykt, noe som har resultert i en avmaktsfølelse. Dersom helsepersonell møter brukere og pasienter med en jeg-det-relasjon vil brukeren bli objektivert, og kan bli fratatt den styrende stemmen i sitt eget liv. En informant uttrykte at hun ble møtt med en

dobbeltkommunikasjon. «For de sier at du er ekspert på deg selv og du vet hva du trenger, inntil du er uenig med dem, da vet du ikke lenger ditt beste ... Det er helt klart en ubalanse i maktforholdet. Og du taper veldig ofte kampene».

Dette eksempelet viser at helsepersonell tilstreber samvalg, men i tilfeller hvor ansatte mener de vet hva som er det beste for brukeren kan de overkjøre brukerens autonomi. Brukere av helsetjenester har etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999), en lovfestet rett på informasjon og medvirkning. Dette er en sentral lovgivning som legger til rette for brukermedvirkning i helsetjenestene. Samtidig har loven et forbehold, hvor det står at tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med pasient eller bruker «så langt som mulig». Loven tar med dette høyde for at brukermedvirkning ikke kan realiseres til enhver tid. På den andre siden står det ingenting om i hvilke tilfeller helsepersonell kan se bort fra brukermedvirkning. Det fremkommer av det yrkesetiske grunnlagsdokumentet at skjønnsutøvelse er en sentral oppgave for helsepersonell, og at helsepersonell må ta valg i situasjoner hvor ingen løsninger fremstår som ideelle (FO, 2015). Dette setter høye krav til helsepersonell om helhetlige skjønnsmessige vurderinger. Det kan tenkes at det i slike sammenhenger kan oppstå situasjoner hvor helsepersonell ser bort fra brukermedvirkning, og selv fatter beslutninger de mener er best. Lovverket og det yrkesetiske grunnlagsdokumentet åpner for overkjøring av pasienter og brukeres autonomi i tilfeller der de ser det nødvendig.

Pettersen og Lofthus (2018) påpeker også at pasienter ofte opplevde maktbruk og få valgmuligheter ved institusjonsopphold. Det kan stilles spørsmål ved om ansatte ved institusjonene har et endimensjonalt menneskesyn og utøver denne makten fordi de har mulighet, eller om de grunnet faglig skjønnsmessige vurderinger har tatt en avgjørelse om hva de mener er best for brukeren. Uavhengig av årsak til maktovergrepet, har ansatte mulighet til å overstyre brukerens ønsker, noe som kan prege samhandlingens art og recovery-prosessen. Slade (2009) viser til at det ikke finnes én riktig måte å oppnå recovery, det er en individuell prosess hvor mening, optimisme og håp trekkes frem som sentrale elementer. Grunnet dette vil det være sentralt å lytte til brukerens ønsker og mål for å hjelpe dem med sin personlige recovery. For at samhandlingen skal fungere må alle parter spille på lag. Dette inkluderer også brukeren.

6.3 Håpet og egenmotivasjonens betydning for samhandling og recovery

Deltakerne er tydelige på at til tross for at de selv og samfunnet setter krav til helsevesenet om tilrettelegging og helhetstenkning, har pasienter og brukere et egenansvar i recovery-prosessen. Det kommer frem av funnene at uten motivasjon til endring vil ikke endring skje. Deltakerne er klar over ansvaret de har for egen recovery. De sier at de har behov for en del verktøy med seg på veien, men det er de selv som må gjøre arbeidet. Det vil være svært utfordrende, om ikke umulig for helsepersonell å hjelpe en bruker med recovery-prosessen dersom de ikke selv har et mål om tilfriskning. Håpets betydning kommer også frem av teori, hvor håp ses på som et nøkkelement og hvor endring ikke kan oppstå før man selv har tro på at det er mulig (Scottish recovery network, 2019). Hutchinson (2010) påpeker at den subjektive virkelighet får en objektiv realitet, og at dersom vi tror endring er mulig vil vi lete etter veier. Håp om endring, og tro på at endring er mulig er avgjørende i recovery-prosessen og for om samhandling med andre instanser skal fungere. Det kan tenkes at dersom pasienter og brukere ikke har motivasjon for endring eller et håp om at dette kan realiseres, vil det være en selvoppfylgende profeti.

Pettersen og Lofthus (2018) viser til et behov for systematisering av psykiske helsetjenester som åpner for å ta nytte av brukernes erfaringer og innsikt. Dette kan gjennomføres ved for eksempel ansettelse av brukerrepresentanter. Dette tiltaket kan bidra til å påvirke håpet og motivasjonen til pasientene og brukerne som mangler dette. Det vil være sentralt at helsepersonell motiverer til endring ved å lytte til deres ønsker for fremtiden, samt behov for å komme dit. Individualisering av tjenestetilbudene kan dermed tenkes å være et nøkkelbegrep for å bidra til motivasjon for recovery og samhandling.

6.4 Utforming av tjenestetilbudene

Helsetjenestenes utforming kan ha stor betydning for brukerne av disse tjenestene. Informantene i denne studien uttrykte at standardiserte tjenestetilbud kan ha en negativ innvirkning på samhandling og recovery-prosessen. En av informantene uttrykte opplevelse av at behandlingen ble rettet mot diagnosen som varierte, fremfor hennes behov som var konstant. Hun opplevde et tjenestetilbud som var basert på system, fremfor individuelle behov. En slik form for tjenesteutforming åpner ikke opp for samhandling

med pasienten. Informantene poengterte at de ønsket å få hjelp til å mestre sin problematikk og sin hverdag, men at det var utfordrende når helsevesenet opererte med systematiske tjenestetilbud.

Støvind et al (2012) viser i sin studie at maktforskyvning fra helsetjenesten til pasientene har positiv effekt på recovery-prosessen. Deltakerne hadde brukerstyrt seng på DPS, noe som resulterte i at de fikk rett behandling, til rett tid og på rett nivå. «Rett behandling – på rett sted – til rett tid», er også målsettingen til samhandlingsreformen (Helse-og omsorgsdepartementet, 2009, s. 19). Hensikten med samhandlingsreformen var å utarbeide helsetjenestene på en slik måte at pasienters behov for koordinerte tjenester ble godt ivaretatt. Studien til Støvind et al (2012) viser at maktforskyvning kan være svært bidragsytende for å nå dette målet. Innenfor recovery-tankegangen blir ofte empowerment trukket frem som sentralt (Scottish recovery network, 2019). Empowerment handler i stor grad om å ha fokus på den enkeltes styrker, og å hjelpe pasienter og brukere med å ta ansvar og oppnå kontroll over eget liv. Ved for eksempel brukerstyrte innleggelser vil brukerne i større grad stå ansvarlig for seg selv og egen behandling.

Tidligere forskning, samt denne studien viser at det foreligger et behov for en systematisering av tjenestetilbudet som åpner for å ta nytte av brukernes erfaringer og innsikt. Biringer et al (2017) viser til at psykiske helsetjenester burde organiseres på en måte som åpner for samarbeid mellom bruker og profesjonelle for å få til en recovery-orientert praksis. Ved å ha en individualisering av helsetjenestene som åpner for en maktforskyvning fra helsevesenet over til brukerne av tjenestene vil man i større grad kunne få til en positiv samhandling. Dette vil gi mulighet til å fokusere på den enkeltes styrker, og hjelpe dem med å ta ansvar og oppnå kontroll over eget liv.

6.4.1 Pakkeforløp

Helsedirektoratet har i samråd med ulike fagmiljøer og brukerorganisasjoner, utviklet pakkeforløp innen psykisk helse (Karlsen, 2018). Informantene i denne studien hadde ulike meninger om konseptet. Til tross for at pakkeforløp skal sikre et helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp som preges av brukermedvirkning og trepartssamarbeid mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste (Karlsen, 2018), uttrykker

informantene slagsider ved pakkeforløp. Noen informanter viser til positive sider ved konseptet. En fordel som trekkes frem er at ting er satt i system for å få dekket riktige behov. På den andre siden kritiseres pakkeforløp av informantene. Informantene viser til en frykt for neglisjering av individuelle tilpasninger gjennom sykdomsforløpet. Karlsen (2018) presiserer at individuelle behov skal stå i sentrum ved pakkeforløp, og at standardiseringen kun skal sikre trygghet og forutsigbarhet. Det kan tenkes at informantene i denne studien ikke har tilstrekkelig kunnskap om hvordan pakkeforløp fungerer i praksis, ettersom de ikke selv har opplevd behandling med grunn i pakkeforløp. Det er på den andre siden interessant å høre deres oppfatning av behandlingsopplegget, ettersom de arbeider med pasienter som behandles etter pakkeforløp. Det kan diskuteres om informantenes oppfatning av pakkeforløp er reelle og det er behov for å bedre praksisen, eller om det er nødvendig med bedre kommunikasjon om pakkeforløp slik at befolkningen har kunnskap om hva det innebærer.

6.5 Samhandlingens direkte sammenheng med recovery

Flere av informantene uttrykker at manglende samhandling har vært direkte hemmende for recovery-prosessen. De mener selv at de kunne blitt friske på betraktelig kortere tid dersom de hadde blitt møtt med intersubjektivitet og om samhandlingen hadde fungert optimalt. En av informantene mener han kunne kommet seg gjennom sykdomsforløpet på 2,5 år, fremfor 25 år. En annen informant påpeker det samme «Hadde kartleggingen vært god nok hos meg i begynnelsen, skal du ikke se bort fra at jeg ikke hadde mistet de 10 årene i psykiatrien, men jeg hadde kanskje vært ute igjen etter et par måneder med riktig oppfølging». Informantene mener at mangel på kartlegging har grunn i manglende helhetstenkning hos helsepersonell. Dersom helsepersonell ikke tilstreber intersubjektivitet i relasjonene kan det føre til en jeg-det-relasjon som kan innebære at pasient og brukere blir objektivert (Da Silva, 2006). Ved objektivisering av brukere eller pasienter kan det være en risiko for at helsepersonell inntar en holdning hvor de ser bort fra den enkeltes unike særtrekk og individualitet, og med det neglisjerer en helhetlig tankegang som vil være nødvendig ved recovery-prosessen. Samtidig viser en informant at han fikk den oppfølgingen han hadde behov for av fastlegen i vente på behandling fra spesialisthelsetjenesten, noe han mener bidro til å resultere i vellykket behandling i etterkant. Han opplevde å bli møtt som et subjekt, og sett for de behovene han hadde. Det kan tenkes at fastlegen hadde et humanistisk menneskesyn, og møtte deltakeren med en

jeg-du-relasjon (Da Silva, 2006). Dette beskrives av informanten som avgjørende for at han ventet på og gjennomførte et behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten.

Thomas teoremet viser at hvordan vi tolker situasjoner vil påvirke våre handlinger (Hutchinson, 2010). Dersom helsepersonell ikke møter pasienter og brukere med et helhetsperspektiv og ser på muligheter fremfor utfordringer, kan det tenkes at samhandlingen og recovery-prosessen vil påvirkes i stor grad. Hutchinson (2010) skriver at man må ha tro på at både mennesker, system og samfunn kan endre seg, for at endring skal være mulig.

Mangelfull samhandling har vist seg å kunne legge en demper på recovery-prosessen, men på den andre siden har fungerende samhandling en positiv effekt. Informantene mente at det var en klar sammenheng mellom god samhandling og recovery. En av informantene poengterte at når samhandling fungerer grunnet helhetstenking, vil det bli en bedre pasient-ivaretagelse og pasienter vil oppleve at de er et menneske og ikke bare en lidelse.

6.6 Naiv lesning sett opp mot drøfting

Den naive lesningen var min umiddelbare forståelse av datamaterialet etter å ha lest gjennom intervjuene. Jeg viser her til den naive lesningen av alle intervjuene sett sammen, og vil deretter se dette opp mot det som fremkom etter analysen.

Grad av samhandling med kommune og spesialisthelsetjeneste oppleves varierende mellom ulike brukere, og generelt gjennom prosessen for den enkelte. Det påpekes som sentralt å bli sett og hørt for å realisere samhandling. Samhandling vil ikke fungere uten gjensidig respekt. Mange opplever at kommunen og spesialisthelsetjenesten har hatt et samarbeid uten å involvere brukeren. Det kommer tydelig frem at samhandling veier tungt i recovery-prosessen.

Det kom frem ved den naive lesningen at grad av samhandling varierte mellom ulike brukere, og generelt gjennom prosessen for den enkelte. Dette fremkommer også ved analyse av datamaterialet, men det tillegges ikke like mye vekt som først tenkt. På den andre siden er det en klar sammenheng mellom den naive lesningen og faktiske funn når

det kommer til behovet for å bli sett og hørt for å kunne realisere samhandling. Det kom også frem som sentralt begge steder at samhandling ikke vil fungere uten gjensidig respekt. Ved analyse av datamaterialet viste det seg som essensielt at møtene mellom brukere og helsepersonell preges av et flerdimensjonalt menneskesyn og intersubjektivitet. Dette kan ses på som en forlengelse av temaet å bli sett, og å møte hverandre med gjensidig respekt.

Ved den naive lesningen var det en forståelse om at kommunen og spesialisthelsetjenesten hadde et samarbeid uten å involvere brukerne. Etter videre analyse gjorde det seg synlig at dette ofte virket motsatt, at kommunen og spesialisthelsetjenesten hadde utfordringer med å samhandle seg imellom. Informantene opplevde dette nærmest som en maktkamp mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, hvor begge parter ønsket å tro at de satt med best behandlingsmetode og ikke ville involvere noen andre. Den naive lesningen poengterer at samhandling veier tungt i recovery-prosessen. Det samme kommer frem ved analysen hvor det anses som svært nyttig med god samhandling der brukerne blir møtt med respekt og mottar de verktøyene de trenger for å lede sin egen recovery-prosess. Utover hva som ble belyst i den naive lesningen kom det frem at brukerne selv har et stort ansvar for å få til samhandling. Dersom de ikke selv er motivert for endring vil samhandling og recovery være ytterst utfordrende å realisere. Funnene som ble gjort samsvarte i stor grad med den naive lesningen, noe som kan indikere at intervjuene ikke har blitt overtolket, og at det er informantenes opplevelser av fenomener som belyses. Dette støtter den fenomenologisk-hermeneutiske analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004).

6.7 Drøfting av metode

Datainnsamlingsmetoden besto av semistrukturerte intervju. Denne innsamlingsmetoden bidro til et nyansert innblikk i erfaringskonsulenters opplevelse av samhandling med kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt samhandlingens korrelasjon med recovery-prosessen. Malterud sin artikkel «Qualitative research: standards, challenges, and guidelines» (2001) ble benyttet som rammeverk for forskningen. Håndtering av forskningens refleksivitet ble tatt på alvor. Den fenomenologisk-hermeneutiske analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004) bidro til å ivareta informantenes fortellinger. Fortolkningen av intervjuene tilstrebet nærliggenhet til den originale

meningen som fremkom ved intervjuene. Dette var et fokus ettersom problemstillingen søker informantenes opplevelse av fenomenet.

Til tross for bevissthet rundt fortolkningen, er det noen elementer som kan påvirke denne prosessen. Forskerens forforståelse kan bevisst, eller ubevisst være med på å farge tolkning av datamateriale (Postholm, 2010). For å unngå at min forforståelse påvirket forskningsprosessen redegjorde jeg for min teoretiske forforståelse innledningsvis. Ved å gjøre dette ble jeg mer bevisst påvirkningskraften min forståelse av fenomenet kunne ha ved forskningsprosessen. Grunnet dette har jeg hatt et reflektert forhold rundt mine egne holdninger og teoretisk kunnskap gjennom hele prosessen, for å tilstrebe at dette i minst mulig grad skulle påvirke studien. Samtidig har jeg hatt god dialog med veileder, som har lest intervjuene og komt med tilbakemeldinger, også ved utarbeidelse av funn. Dette styrker oppgavens refleksivitet, ettersom det ikke kun er en person som har vært delaktig i tolkninger (Malterud, 2001).

For å tilstrebe størst mulig grad av refleksivitet inkluderte denne studien en medforsker med brukererfaring. Medforskeren bidro i utarbeidelse av intervjuguide for å sikre åpne, samt dekkende spørsmål. Problemstillingen og dens ordlyd ble også drøftet med medforskeren. Det var en stor fordel å ha med en medforsker med brukererfaring, ettersom vi hadde mulighet til å utfylle hverandres styrker og svakheter. Vi reflekterte rundt ulike tematikker, og var bevisst at begge hadde forforståelser. Ved å ha åpenhet rundt dette kunne vi være oppmerksomme og i størst mulig grad forsikre oss om at verken min eller hennes forforståelse påvirket studien. Dessverre inneholder det også en risiko ved å inkludere andre mennesker i et forskningsprosjekt. Medforskeren var for denne studien en stor ressurs, men av personlige årsaker måtte hun trekke seg i løpet av forskningsprosessen. Hun var informert om at hun kunne trekke seg når hun skulle ønske. For å tilstrebe at denne problematikken ikke oppstår, kan det tenkes at det vil være hensiktsmessig å benytte seg av erfaringskonsulenter som medforskere. Disse vil i større grad være vant til å arbeide med problematikk som ligger dem nær, og sannsynligvis ha et relativt distansert forhold til sin egen fortid.

Forskning søker å produsere informasjon som kan anvendes utenfor den enkelte forskningens rammer (Malterud, 2001). For å tilstrebe overførbarhet viser Malterud (2001) til behov for et teoretisk og strategisk begrunnet utvalg. Ettersom denne studien

søkte opplevelsene til erfaringskonsulenter innen psykisk helse, ble denne gruppen brukt som informanter. Dersom forskningens metode er valid og reliabel, vil resultatet være overførbart for erfaringskonsulenter innen psykisk helse, ikke resten av populasjonen. På den andre siden kan det gi oss et bilde av hvordan pasienter innen psykisk helse opplever samhandlingens korrelasjon med recovery. For å realisere et strategisk begrunnet utvalg må det tas hensyn til fordeling basert på kjønn og alder. I denne studien var det fire kvinner og to menn. Gjennomsnittsalderen var omlag 40 år. Det var ingen under 30 år med i studien. Dette kan ha grunn i at erfaringskonsulenter ofte har vært syk i en lang periode og brukt tid på å bearbeide dette i etterkant. Det kan dermed tenkes at det i snitt vil være en noe høyere alder på erfaringskonsulenter generelt. Det finnes ikke noen oversikt over kjønns- og aldersfordeling på erfaringskonsulenter innen psykisk helse og/eller rus i Norge. Utvelgelsen av informanter hadde dermed fokus på en noenlunde kjønnsfordeling og aldersfordeling. Utvalget er ikke basert på spesifikke diagnoser, men kriteriet for deltakelse var at personen tidligere hadde hatt psykisk lidelse og/eller rusproblematikk med behandlingsbehov fra kommunen og spesialisthelsetjenesten.

En slagside ved å anvende erfaringskonsulenter som informanter er at man kan oppleve å møte en noe homogen gruppe. Det kan tenkes at de har en personlighetstype hvor de våger å stå frem og ta opp saker de mener har forbedringspotensial, og sider av helsetjenesten de ønsker å rose. Det kan dermed tenkes at mange andre tidligere pasienter har gjort seg andre erfaringer, men som ikke kommer frem ved denne studien. Tatt i betraktning at intervju med erfaringskonsulenter vil kunne ha en slagside, veier det faktisk at informantene er i en stabil fase i livet, samt behovet for å få bedre kjennskap til deres erfaringer, så tungt at dette ble tillagt størst vekt.

Antall informanter avhengte av flere elementer. Det var ikke satt et spesifikt antall på forhånd. En utvalgsstrategi som ofte blir brukt er å samle inn data til man når metning. Metning innebærer at datainnsamling pågår så lenge forsker får ny informasjon om tematikken. På den andre siden er det ikke gitt at denne strategien er optimal for enhver kvalitativ forskning. Fremfor å benytte seg av metning foreslår Malterud et al. (2016) bruk av informasjonsstyrke for å oppnå tilstrekkelig mengde informanter ved kvalitative studier. Denne studien har vektlagt informasjonsstyrken ved datainnsamlingsprosessen. Svaret på om når et intervju har tilstrekkelig informasjonsstyrke baseres på fem elementer; studiens mål, informasjonstetthet, bruk av etablert teori, dialogens kvalitet og

analysestrategi (Malterud et al., 2016). Jeg vil nå bruke disse elementene til å drøfte studiens informasjonsstyrke.

Dersom et fenomen er bredt og omfattende vil det være nødvendig med et større antall informanter enn hvis studiens mål er mer snevert. Det er forskningsspørsmålet som avgjør studiens mål og bredde. Malterud et al. (2016) påpeker at dersom studiens mål har veldig spesifikke kriterier som angår en liten del av befolkningen, vil dette i seg selv begrense antall deltakere. Deltakerne i denne studien er erfaringskonsulenter innen psykisk helse. Erfaringskonsulenter utgjør en liten del av befolkningen, og studiens mål er å undersøke deres opplevelse av samhandlingens betydning for recovery. Studiens mål er snever og inneholder kriterier som angår en minoritet av befolkningen. Ifølge disse kriteriene vil det dermed ikke være nødvendig med en stor mengde informanter for å besvare forskningsspørsmålet.

Informasjonsstyrken avhenger også av informantenes erfaringer, kunnskap og egenskaper. Dette innebærer at det er tilstrekkelig med et mindre utvalg dersom informantene har relevant og inngående kunnskap og erfaringer på området. I tillegg stilles krav til spredning vedrørende informantenes egenskaper (Malterud et al., 2016). Datainnsamlingsprosessen til denne studien inkluderte informanter med mangfold i opplevelsene knyttet til samhandling med helsetjenestene. Informantene var reflekterte rundt sine erfaringer, og presenterte stor grad av relevant informasjon. Det var spredning i informantenes kjønn og alder, diagnose og familiesituasjon.

Bruk av etablert teori er også relevant for informasjonsstyrken. Studier som støttes av et stort antall teoretiske perspektiv vil vanligvis kreve et mindre utvalg for å oppnå tilstrekkelig informasjonsstyrke (Malterud et al., 2016). Denne studien støttes i stor grad av tidligere forskning. Kapittel to presenterer tre studier basert på erfaringer til brukere av psykiatriske helsetjenester, hvor en av artiklene er en litteraturgjennomgang bestående av 130 enkeltstudier. I tillegg knyttes studien opp til etablert teori om recovery, menneskesyn, brukermedvirkning og etikk. Disse elementene er bidragsytende for å øke studiens informasjonsstyrke.

Intervjudialogen spiller også inn på studiens informasjonsstyrke. Studier med sterk kommunikasjon mellom informant og forsker ved intervju krever færre deltakere enn studier med ufokuserte dialoger (Malterud et al., 2016). Intervjudialogene ved denne studien var av sterk kommunikatív karakter. Gjennomgående i intervjuene ble det benyttet oppfølgingsspørsmål som førte til mulighet for å utforske ulike aspekter ved tematikken som berørte informantene. Verdien av den empiriske dataen avhenger av forskerens intervjuferdigheter, deltakerens åpenhet og kjemien mellom intervjuer og informant (Malterud et al., 2016). Informantene sto frie til å bestemme hvor de ønsket å møtes for å avholde intervju. Noen intervju foregikk på egne rom ved universitetet, mens andre ble gjennomført i informantenes hjem, ved informantenes arbeidsplass og i en kirke. Samtaler før intervjustart var preget av åpenhet om studien og andre tematikker deltakerne tok opp. Dette kan ha vært bidragsytende for å skape tillitt til forskeren og en god atmosfære. Tillitt og god kjemi mellom informant og intervjuer påpekes av Malterud et al., (2016) som sentralt for informasjonsstyrken. Ved å opprette god kjemi og tillitt ble det mer naturlig å utfordre deltakerne ved intervju, noe som førte til fortellinger en kanskje ikke ville fått uten en trygg relasjon.

Analysestrategi er det siste elementet som har påvirkningskraft på informasjonsstyrken. Studier som skal gjennomføre utforskende og tverrfaglige analyser har behov for flere deltakere enn studier som sikter mot grundig analyse av fortellinger (Malterud et al., 2016). Denne studien søker erfaringskonsulenters *opplevelse* av et fenomen. For å besvare forskningsspørsmålet anvendes en fenomenologisk-hermeneutisk analysemetode (Lindseth og Nordberg, 2004). Malterud et al., (2016) påpeker at studier av slik karakter kan gi tilstrekkelig informasjon med et målrettet utvalg på seks til ti deltakere.

Informasjonen om disse elementene var ikke mulig å ha i forkant av intervjuene, og det var dermed ikke bestemt et spesifikt antall informanter på forhånd av datainnsamlingsprosessen. Avgjørelsen om hvor mange informanter som skulle delta ble tatt underveis i datainnsamlingsprosessen. Det viste seg i dette tilfellet å være tilstrekkelig med seks informanter. Ved datainnsamling bestående av seks informanter var det her innhentet nok datamateriale til å produsere informasjon som kan brukes utenfor denne studiens rammer (Malterud, 2001). Man kan dermed si at denne studien er overførbar til erfaringskonsulenter innen psykisk helse i Norge.

Datainnsamlingsmetoden og analysemetoden anses som godt egnet til å undersøke erfaringskonsulenters opplevelse av samhandlingens betydning for recovery. Ved å bruke semistrukturerte intervju fikk informantene mulighet til å styre sine fortellinger, og analysemetoden til Lindseth og Nordberg (2004) forsikret at informantenes opplevelser av fenomenet sto i sentrum. Man kan med grunnlag i dette si at studien er valid. Bruk av medforsker og at veileder har deltatt i prosessen øker reliabiliteten til studien. At forsker beskriver sin bakgrunn er også en faktor som øker studien reliabilitet. På den andre siden må det påpekes at det er en svakhet med kvalitativ metode at det ikke er klare kriterier for når man har fått nok og tilstrekkelig datamateriale.

6.8 Forslag til tema for videre forskning

Denne studien har belyst erfaringskonsulenters opplevelse av samhandlingens betydning for recovery. Det kom frem flere elementer innen dette temaet, og noe som kan være relevant for videre forskning. Spesielt fremtredende var forholdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, hvor informantene opplevde en maktkamp mellom de ulike instansene i behandlingsforløpet. Det kan være interessant å studere dette forholdet nærmere, både fra pasienters perspektiv, men også fra helsepersonells perspektiv. Det kan også være interessant å forske videre på erfaringskonsulenters opplevelser i møte med helsetjenestene generelt, ettersom det ikke finnes noe særlig forskning på dette området.

Det kan styrke denne studiens validitet dersom det anvendes andre metoder for å utforske samme tema. Dette kan for eksempel være fokusgruppeintervju hvor en gruppe deltakere samles og diskuterer tema. Denne formen for intervju kan i større grad åpne for at deltakerne trekker frem og diskuterer elementer som ikke ville komt frem ved intervju med kun én deltaker. Kvalitativ undersøkelse av hvordan ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten opplever samarbeidsrelasjoner, kan også være interessant å gjennomføre. Videre forskning kan også foregå med kvantitativ metode hvor en benytter seg av spørreskjema for å besvare forskningsspørsmålene. Dette vil åpne for et bredere overblikk, men på den andre siden vil det hindre en dypere forståelse. Med grunnlag i dette kan forskning som benytter en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode være hensiktsmessig for å få en bred, men samtidig dypere forståelse av tematikken.

7.0 Konklusjon

Erfaringskonsulentene ved denne studien opplevde at samhandling er av stor betydning for recovery-prosessen. Det viste seg imidlertid at informantene opplevde en maktkamp mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, noe som resulterte i mangelfullt behandlingstilbud. Graden av samhandling opplevdes varierende mellom ulike brukere, men også gjennom den enkeltes behandlingsforløp. Deltakerne trakk frem at det noen steder må til endringer på systemnivå for å kunne realisere god samhandling. Men på den andre siden fortalte alle informantene om erfaringer rundt at grad av samhandling og hvordan de ble møtt var personavhengig. Informantene uttrykket viktigheten av å bli møtt med gjensidig respekt, hvor det å bli sett og møtt som et selvstendig individ er et nødvendig element for god samhandling. For informantene er det ingen tvil om at det er en sammenheng mellom samhandling og recovery, men at det imidlertid er noen elementer som må være til stede for å realisere god samhandling.

Gjensidig respekt mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjenesten ble trukket frem som grunnleggende for god samhandling. Det viste seg å være av stor betydning at pasienter og brukere blir sett for den de er og de behovene de har. Helsepersonell må erkjenne sin posisjon i møte med pasienter og brukere, og innta et helhetlig menneskesyn hvor samtaler preges av intersubjektivitet. På denne måten vil helsepersonell kunne se og møte behovene til pasienter og brukere. Denne fremgangsmåten viste seg å ha en positiv innvirkning på samhandlingen og recovery-prosessen. Helsepersonell må tilrettelegge for brukerinvolvering og møte pasienter og andre samarbeidsaktører som likeverdige parter for å oppnå god samhandling. For å realisere dette i praksis vil brukerinvolvering i form av maktforskyvning være høyest relevant. På den andre siden fremkom det også at det ikke er tilstrekkelig å bli møtt med respekt og bli sett for de behovene man har. Det viste seg å være avgjørende for samhandling og bedringsprosessen om pasienter og brukere oppfatter seg selv som en aktør fremfor et offer. Pasienter og brukere har et egenansvar for å få til samhandling og ved egen recovery-prosess. De må ha en indre motivasjon og et håp om endring. Helsepersonell kan være motivatorer, men pasientene må selv komme frem til en indre motivasjon for endring for at dette skal være realiserbart. Det kommer frem av denne studien at samhandling har en direkte sammenheng med recovery, som kan fremtre på både godt og vondt. Fungerende samhandling kan resultere i raskere

recovery, og motsatt kan mangelfull samhandling føre til mindreverdighetsfølelse og lengre sykdomsforløp.

7.1 Implikasjoner

Funnene ved denne forskningen kan ha innvirkning for praksisutøvelse ved flere områder. Studien representerer informantenes subjektive sannhet, som er verdifull informasjon. Informasjonen deltakerne frembringer kan blant annet bidra til bevisstgjøring rundt betydningen av å møte pasienter og brukere med respekt og likeverd. Helsepersonell kan dermed arbeide med å ha økt fokus på helhetstenkning og bevisstgjøring av det asymmetriske maktforholdet som foreligger i relasjon mellom bruker og ansatt. Et sentralt funn i denne studien er at pasienter og brukeres håp og egenmotivasjon er avgjørende for recovery-prosessen. Denne forskningen kan bidra til at pasienter og brukere blir dette bevisst, og kanskje i større grad arbeider mot indre motivasjon for endring. Helsepersonell kan også arbeide aktivt ut fra dette funnet med å fokusere på å trekke frem pasienter og brukeres styrker, samt bidra med å lokalisere håp og motivasjon hos pasienter og brukere.

Tidligere forskning viser at det er behov for endring innen helsetjenestene, men det kan virke som at det foreligger et skille mellom forskningsresultater og hva som utøves i praksis. Man har kunnskap rundt områder som bør endres, likevel viser dette seg vanskelig å realisere. Som for eksempel det som ble vist til innledningsvis, hvor det fremdeles er utfordringer med helhetlige pasientforløp og samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjeneste, til tross for flere reformer innen psykisk helse. Dette kan indikere at det er utfordrende å implementere forskningsresultater i praksisutøvelse. Det ble påpekt tidligere at sosiale konstruksjoner kan ha en ubevisst påvirkningskraft på hvordan helsepersonell opptrer i møte med pasienter og brukere. Denne studien kan bidra i arbeidet med å danne en ny sosial konstruksjon om hvordan man bør oppfatte og møte brukere og pasienter, og hvor kommunen og spesialisthelsetjenesten anser hverandre som ressurser. Kanskje svaret på å implementere forskningsresultater i praksis, er økt fokus på og bevisstgjøring av forskningsresultater. Det kan virke som at det vil være vanskelig å påvirke praksisutøvelse i helsetjenestene med enkeltforskning, men kanskje summen av flere forskningsprosjekter kan ha en påvirkningskraft.

Funnene i denne studien viser at samhandling er av stor betydning for recovery-prosessen. Dette åpner for at helsepersonell kan være bevisst fremmende og hemmende faktorer for samhandling og recovery i arbeid med pasienter og andre instanser. Funnene trekker også frem aspekter for videre forskning som over tid kan bidra til å styrke psykiske helsetjenester.

Litteraturliste

- Almvik, A. (2000). Utviklingen av psykiatrisk helsearbeid i kommune – sett i lys av historisk utvikling, statlige føringer og lovverk. I A. Almvik. & L. Borge (Red.), *Tusenkunstnerne: Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid* (s.15-31). Bergen: Fagbokforlaget.
- Alnes, J. H. (2018). Hermeneutikk. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/hermeneutikk>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Biringer, E., Hartveit, M., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Continuity of care as experienced by mental health service users—A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2719-9>
- Borg, M. (2009). Intet om oss uten oss. I M. Borg & K. Kristiansen, *Medforskning- å forske sammen for kunnskap om psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bøhn, E. D. (2018). Ontologi. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/ontologi>
- Da Silva, A. B. (2006). Menneskesynets relevans for helseetikk. I A. B. Da Silva, *Etikk og menneskesyn i helsetjenesten og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sosialarbeider*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Everett, E. L., & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven: Hvordan begynne—Og fullføre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fellesorganisasjonen (FO). (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Oslo: FO. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Forskningsrådet. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001–2009)*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2016/evaluering-av-samhandlingsreformen/>
- Førde, R. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Heidegger, M. (1999). Exposition of the Question of the Meaning of Being. I E. C. Polifroni & M. Welch (Red.), *Perspectives on philosophy of science in nursing*:

- An historical and contemporary anthology* (s. 273–302). Philadelphia: Lippincott.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2019). Hva er pakkeforløp for psykisk helse og rus? Hentet fra <https://helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus/hva-er-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St. 47 (2008-2009) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2018). Nye pakkeforløp for psykisk helse og rus: Bedre behandling og mer forutsigbarhet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nye-pakkeforlovene-for-psykisk-helse-og-rus-bedre-behandling-og-mer-forutsigbarhet/id2610736/>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hutchinson, G. S. (2010). *Samfunnsarbeid mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannesen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Hentet fra https://www.tanum.no/_introduksjon-til-samfunnsvitenskapelig-metode-9788279352983
- Karlsen, R. K. (2018). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helse og rus lansert. Hentet fra <http://www.napha.no/content.ap?thisId=22706>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00258.x>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Merleau-Ponty, M. (1999). Phenomenology of Perception. I E. C. Polifroni & M. Welch (Red.), *Perspectives on philosophy of science in nursing: An historical and contemporary anthology* (s. 328–340). Philadelphia: Lippincott.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*.

- NAPHA. (2010). Opptrappingsplanen. Hentet fra <http://www.napha.no/content.ap?thisId=13884>
- NESH. (2016, 27. april). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Olsø, T. M. (2015, 16. september). Erfaringer med brukerinvolvering i forskning. Hentet fra <http://www.napha.no/content.ap?thisId=20123>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). Newbury Park, California: Sage Publications.
- Personopplysningsloven (2018). Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Pettersen, H., & Lofthus, A.-M. (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(02–03), 112–123. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03>
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: Discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Texas: Texas Christian University Press.
- Scottish recovery network. (2019). CHIME diagram. Hentet fra <https://www.scottishrecovery.net/chime-diagram/>
- Collins, H. (1995). Being and becoming – The Construction of Social Reality (Bd. 376). Av John R. Searle. *Nature*, 376(6536), 131.
- Skau, G. M. (2013). *Mellom makt og hjelp om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: University Press.
- Støvind, H., Hanneborg, E. M., & Ruud, T. (2012). Bedre tid med brukerstyrte innleggelser? *Sykepleien*, (14), 62–64. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0151>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg 1:
Tilbakemelding REK

DOCUMENTS

Kommunikasjon om saken

@ Svar på revid... (M) Tatt til orientering/etterretting Camilla Gjerstad ▶ Johannes Langeveld 03.10.2019

Svarbrev

Date

04.09.2019 12:26

From

REK

To

Johannes Langeveld

Alle skriftlige henvendelser om saken må sendes via REK-portalen
Du finner informasjon om REK på våre hjemmesider rekportalen.no



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Camilla Gjerstad		04.09.2019	6837
				Deres referanse:

Johannes Langeveld

6837 Pasienters opplevelse av samarbeidet mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjenesten

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger

Prosjektleder: Johannes Langeveld

Prosjektleders prosjekttale

Denne forskningen skal gi innsikt og ny kunnskap om samhandling mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste har betydning for om pasienter blir friske og/eller bidrar til at de kan leve et godt liv på egne premisser. Det vil anvendes kvalitativ metode i form av intervju med erfaringskonsulenter for å besvare studiens problemstilling. Pasienters autonomi og hvordan de blir møtt av helsetjenestene vil være sentralt for hvordan samarbeid mellom disse partene utøves. Med bakgrunn i dette vil det asymmetriske maktforholdet mellom pasient og helsetjenestene være et tema som blir vektlagt i denne studien.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt, mottatt 11.06.2019. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 14.08.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Studiepopulasjon og metode

Deltakerne i studien er tidligere pasienter over 18 år som er kurset som erfaringskonsulenter. Personen som skal inkluderes må ha hatt eller ha en psykisk lidelse som har krevd samhandling med kommunen og Spesialisthelsetjenesten. Det er planlagt å intervju seks deltakere. Datainnsamlingen vil foregå ved semistrukturert intervju med lydopptak. Når det gjelder intervjuguiden, synes enkelte av spørsmålene å være noe ledende, f.eks.: «*Hvilken stemme hadde du i møte med helsetjenestene?*» Spørsmålene i intervjuguiden bør være mer nøytrale/åpne.

Dette masterprosjektet springer ut av et studium i rus og psykisk helsearbeid. Studien inkluderer kun erfaringskonsulenter, men beskrivelsen av utvalget er noe uklart for komiteen. Dreier det seg om tidligere ruspasienter, eller er det også pasienter uten rusproblematikk? Komiteen savner mer refleksjon i søknaden angående valg av erfaringskonsulenter som deltakere i studien. Komiteen kan se at det kan være gode grunner til å velge disse informantene fordi de vil være i en stabil fase i livet. Men kan det å kun velge erfaringskonsulenter til studien kanskje også ha en slagside? Disse personene har kanskje pga sine personlige ressurser hatt gode forutsetninger for samhandling, men er kanskje ikke først og fremst de personene som har størst behov for å få sin stemme hørt? Kan det være vanskelig å skille egne erfaringer som pasient fra erfaringer de siden har opparbeidet seg som erfaringskonsulenter? Komiteen ber om at forskningsprotokollen inkluderer en refleksjon angående valg av utvalgsgruppen erfaringskonsulenter. Revidert protokoll må sendes til REK vest.

Rekruttering og informasjonsskriv

Deltakere vil bli rekruttert ved at student/prosjektansvarlig kontakter prosjektledere som kurser erfaringskonsulenter innen psykisk helse. Det vil avtales møte med potensielle deltakere som har fått informasjon, der studenten presenterer prosjektet. De aktuelle personene vil få informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Komiteen har følgende merknader til informasjonsskrivet:

Vi ber om at det benyttes REKs nye mal for informasjonsskriv som er oppdatert til nye personvernregler/GDPR, se <https://rekportalen.no/#home/fane3>.

Følgende bør omformuleres: «*Jeg har mottatt og forstått innholdet i informasjon om studien*». Det er tilstrekkelig at deltaker samtykker til studien.

Skrivet må merkes med logen til forskningsansvarlig (Universitetet i Stavanger).

Dataoppbevaring og prosjektslutt

Data vil være identifisert med koblingsnøkkel. Identifiserende informasjon vil bli lagret kryptert og separat fra det nedskrevne intervjuet. Det vil kun være forsker og prosjektleder som har tilgang til koblingsnøkkelen. Data vil bli lagret på forskningsserver ved Universitetet i Stavanger. Oppgitt prosjektslutt er 18.12.2020. Ved prosjektslutt vil identifiserende opplysninger og lydopptaket slettes. REK vest har ingen merknader til dette.

Vedtak

Godkjent med vilkår

REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:

Revidert informasjonsskriv må sendes til REK vest.

Protokollen må inneholde en refleksjon angående valg av utvalgsgruppen *erfaringskonsulenter*.

Revidert protokoll må sendes til REK vest.

Vedtakstekst: REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av ovennevnte vilkår.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 09.08.2020, jf. hfl. §12.

Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Professor dr.med.
Komitéleder REK vest

Camilla Gjerstad
Rådgiver

Sluttmelding





Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest seks måneder etter godkjenningsperioden er utløpt, jf. hfl. § 12.

Søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

@	Mottaksbekreftelse	Mottaksbekreftelse	REK		Testbruker Testbruker	26.08.2019
@	Bekreftelse på mottatt søk...	Mottaksbekreftelse	Camilla Gjerstad		Johannes Langeveld	17.06.2019
@	Pasienters opplevelse av s...	(M) Prosjektsøknad	Johannes Langeveld		Camilla Gjerstad	11.06.2019
@	Pasienters opplevelse av samarbeidet ...	Søknad	Johannes Langeveld		Ad Mini Strator	01.01.1970

[Tilbake til startside](#)

Vedlegg 2: Godkjenning REK

6837 Pasienters opplevelse av samarbeidet mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjenesten

Vi viser til din tilbakemelding mottatt 24.09.2019 med revidert informasjonsskriv, protokoll og intervjuguide i tråd med vilkår fra REK vest. REK vest tar dette til orientering og har ingen ytterligere merknader.

Med vennlig hilsen
Camilla Gjerstad
rådgiver
REK vest

Vedlegg 3:
Prosjektgodkjennelse Norsk Senter for Forskningsdata

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Samhandlingens betydning for recovery

Referansenummer

116310

Registrert

16.05.2019 av Caroline Lønø - c.lono@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Johannes H. Langeveld , johannes.hendrik.langeveld@sus.no, tlf: 41305017

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Caroline Lønø, Caroline.lono@lyse.net, tlf: 41741785

Prosjektperiode

01.04.2019 - 18.12.2025

Status

20.06.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

20.06.2019 - Vurdert

Prosjektleder skal innhente godkjenning fra Etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Dersom vedtak fra REK medfører endringer i prosjektet må dette meldes til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 19.06.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å

melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 18.12.2020. Data med personopplysninger oppbevares til 18.12.2025

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) og 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 underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/ pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 4:
Informasjonsskriv og samtykkeerklæring



Universitetet
i Stavanger

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

”SAMHANDLINGENS BETYDNING FOR RECOVERY”

Dette prosjektet er en del av studieforløpet til mastergraden i rus og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å belyse tidligere pasienter i psykiatrien sin opplevelse av samarbeid mellom pasient, kommune og spesialisthelsetjeneste, og samhandlingens betydning for recovery. Du forespørres som informant ettersom du er erfaringskonsulent innen psykisk helse, og du selv har meldt din interesse etter å ha blitt presentert for prosjektet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltakelse innebærer at du stiller til et intervju som vil vare i omtrent 30-45 minutter.

Spørsmålene i intervjuet vil omhandle dine erfaringer fra møtet med helsetjenestene, og dets betydning for din recovery. Det er planlagt å gjennomføre intervjuene mellom September 2019 og November 2019. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2020.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Opplysningene som blir hentet inn er det du selv oppgir under intervju. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet som senere vil bli skrevet ned og gitt en kode. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordeler med å delta i studien er at du har en mulighet til å dele dine erfaringer fra samarbeid med helsetjenestene. Dine erfaringer kan være et nyttig bidrag for å sette lys på ting som fungerer, eventuelt ikke fungerer i samarbeid med kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dersom man belyser fremgangsmåter i helsetjenestene som kan gjøres annerledes vil dette kunne hjelpe fremtidige pasienter i sin recovery-prosess.

En mulig ulempe med å delta i studien kan være at gamle minner kommer opp, noe som kan oppleves sårbart. Intervjuer har kunnskap og erfaring som tilsier at risiko for opplevelse av uønskede ubehagelige følelser i løpet av intervjuet vil minimeres. Om slikt allikevel ville skulle skje, vil det ved behov tilbys en oppfølgingssamtale ved veilederen som er spesialist i klinisk psykologi.

Ved eventuelle behov for videre behandling eller støttesamtaler vil student og/eller prosjektansvarlig legge til rette for kontakt med rett behandlingsinstans.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Johannes H. Langeveld, 413 05 017, johannes.hendrik.langeveld@sus.no eller Caroline Lønø, 417 41 785, caroline.lono@lyse.net.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. 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.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Johannes Langeveld og Caroline Lønø som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning 6837, hos REK 4. september 2019.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Universitetet i Stavanger og prosjektleder Johannes Langeveld et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med Johannes H. Langeveld, 413 05 017, johannes.hendrik.langeveld@sus.no eller Caroline Lønø, 417 41 785, caroline.lono@lyse.net

Personvernombud ved institusjonen er Kjetil Dalseth, personvernombud@uis.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunn:

- I hvilken periode har du vært bruker av psykiatriske helsetjenester?
- Hvor i landet har du fått behandling?
- Hvor lenge og hvor ofte har du vært aktiv i arbeidet som erfaringskonsulent?

Hoveddel:

- Hvordan opplevde du behandlingen i møte med helsetjenestene?
- Hvordan foregikk samarbeidet mellom deg, kommunen og spesialisthelsetjenesten?
- Hva var din rolle i møte med helsetjenestene?
- På hvilken måte har kommunen og spesialisthelsetjenesten inkludert deg i møtevirksomhet?
- På hvilken måte har samarbeidet hatt betydning for din bedringsprosess?
- Hva har vært det viktigste for din recovery?
- Hva kunne blitt gjort annerledes av spesialisthelsetjenesten?
- Hva kunne blitt gjort annerledes av kommunen?
- Hva kunne blitt gjort annerledes av deg?

Avslutning:

- Er det noe mer du ønsker å ta opp knyttet til dette temaet?
- Har du noen spørsmål?

Vedlegg 6:
Utdrag fra analyse- tekstkondensering

Hvem	Sitat	Kondensering	Sub-tema	Tema
F	<p>Tror du at det at samarbeidet har fungert så godt mellom deg, spesialisthelsetjenesten og kommunen har vært bidragsyttere for recoveryen din?</p> <p>Ja, selvfølgelig har det det.. Jeg tror det at når folk kan snakke sammen og jobbe på tvers, at man ikke låser seg fast i helt spor men at man ser helheten så vil det gi en bedre pasient-ivaretagelse. Kanskje også en opplevelse av at du er menneske og ikke bare en lidelse.</p>	God samhandling har hatt stor betydning for recovery-prosessen. Et godt og åpent samarbeid fordrer helhetstenkning og bedre pasient-ivaretagelse.	Helhetstenkning	Å bli sett
B	Jeg hadde mye kontakt med fastlegen mens jeg ventet på behandling. Han var veldig flink, hadde veldig god peiling på hva jeg trengte og sånn.	Legen stilte opp i vente på behandling	Intersubjektivitet	Å bli sett
C	Kommunen kunne vel kanskje vært litt mer åpne for å se ting i et helhetsperspektiv, og samarbeide mer med behandlingsapparatet ... Og på grunn av at de ikke prater sammen så er det mange menneskeliv som går tapt i den prosessen fordi kommunen og helsevesenet er to separate avtjeninger.	Kan ha store konsekvenser at kommunen og spesialisthelsetjenesten ikke kommuniserer godt nok.	Helhetstenkning	Å bli sett
A	Det har vært en berg-og-dalbane. Det har vært mye motgang. Jeg tror ofte vi har spilt ballen litt forbi, eller spilt hvert vårt spill. Jeg synes det har vært vanskelig å bli hørt, vanskelig å få det du ber om fordi det er veldig satte idéer.	Det har vært vanskelig å bli hørt	Maktasymmetri	Å ikke være sin egen sjef
E	Og det er den motstanden som møter oss når man skal gå fra å bli behandlet og jobbe med sin egen recovery. Og da krever det vilje, og hvor får man vilje fra? Jo, man får det den dagen man ser at en har interesse for det selv. Jeg kan gjøre noe med meg, det kan jeg ikke aleine men jeg må ha hjelp og støtte til å finne ut hvorfor det ble sånn, hva jeg kan gjøre videre, jeg må ha noen å speile hele veien. Men det blir mye greiere etterhvert.	Trenger hjelp til å finne ut veien videre og egne styrker – da kan man jobbe med sin recovery.	Motivasjon	Egenansvar

D	<p>Jeg tror det er mange som kunne vært friske, eller hatt et mye bedre funksjonsnivå dersom de hadde fått ideell oppfølging. Ser på kreftpasienter som får tilrettelagt personlig immunterapi. I psykiatrien på SUS har du delt opp avdelingene etter diagnoser. De sier du skal få en individuell behandling, likevel har du pakkeforløp. For meg skurrer det med pakkeforløp og individuell behandling. For jeg tenker at du begynner litt i feil ende om man sier at vi alle har en psykisk helse og vi skal se pasienten og ikke sykdommen. Da kan man ikke ha pakkeforløp for en diagnose.</p>	<p>Individuell behandling er sentralt for recovery.</p>	<p>Individualisering av tjenestetilbudet</p>	<p>Å bli sett</p>
----------	--	---	--	-------------------