

**Brukernes opplevelser av støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring i
poliklinisk behandling**



Universitetet
i Stavanger

DET VITENSKAPELIG FAKULTET

MASTER I RUS- OG PSYKISK HELSEARBEID

MASTEROPPGAVE (30 studiepoeng)

Student: Roxana Maria Sandor

Veileder: Unn Elisabeth Hammervold

Dato: Mai, 2021

UNIVERSITETET I STAVANGER**MASTER I RUS -OG PSYKISK HELSEARBEID****SEMESTER:**

Vår, 2021

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Roxana Maria Sandor**VEILEDER:** Unn Elisabeth Hammervold**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:****Norsk tittel:** Brukernes opplevelser av støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring i poliklinisk behandling**Engelsk tittel:** Users' experiences of support in the work towards personal empowerment in outpatient treatment**EMNEORD/STIKKORD:**

brukererfaringer, Recovery, empowerment, salutogenese

KEYWORDS:

user experiences, Recovery, empowerment, salutogenesis

STAVANGER,

Mai, 2021

Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på tre års studier i Rus og Psykiske helsearbeid.

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

En spesiell takk til alle informantene som har vært så gode og tatt seg tid til intervju og åpnet opp om personlige erfaringer og opplevelser, tanker og meninger.

Takk til enhetsleder på Mestringspoliklinikken på DPS som har støttet prosjektet, har hjulpet med rekrutteringen og som har tilrettelagt for at jeg kunne gjennomføre intervjuene.

Takk til min veileder, Unn Elisabeth Hammervold ved Universitetet i Stavanger, for all hjelp underveis, jeg hadde aldri klart dette på egenhånd. Hun har bevart troen på prosjektet, vært tilgjengelig og bidratt med konstruktiv veiledning og konstruktiv kritikk og alltid klart å få meg inn på riktig spor.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver, som har tilrettelagt at jeg har kunnet arbeide deltid det siste halve året for å jobbe med masteroppgaven.

Til slutt vil jeg takke til min mann, Stefan, for tålmodighet, oppmuntring og IT-støtte underveis i utdanningen.

Stavanger,
Mai, 2021
Roxana Maria Sandor

Sammendrag

Bakgrunn: Behandlingen av psykiske lidelser er fremdeles i stor grad klinisk definert, og som sådan kan det mangle en personlig og individuell prosess. For å løse dette kreves det Recovery-orienterte opplevelser som anerkjenner individets helhetlige og mangfoldige behov. Empowerment innebærer at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon, og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. Det handler om å ha kontrollen selv, ha aktiv egeninnsats, bli ekspert på egen lidelse, og ha håp og tro på å kunne mestre livet og hverdagen på tross av sykdom.

Hensikt: Studiens hensikt var å belyse og utvikle kunnskap om hvordan brukere ved poliklinikken ved et Distrikts Psykiatrisk Senter (DPS) erfarte Empowerment. I tillegg tok studiet sikte på å øke kunnskap om hvordan brukerne opplevde at deres myndiggjøringsprosess ble støttet av helsepersonell, under Recovery orientert tilnærming.

Metode: Forskningsprosjektet er en kvalitativ studie. Ved å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk med en *induktiv (eksplorerende)* tilnærming ble 6 pasienter intervjuet i forhold til deres opplevelser og erfaringer mot Empowerment. Intervjuene ble kodet og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Det ble identifisert fem temaer i brukernes opplevelser av støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring. Hva brukere erfarer som viktig i deres myndiggjøringsprosess kom frem i hovedtema: «Økt mestring» og «Innflytelse over eget liv». I arbeidet mot personlig myndiggjøring opplever brukerne å bli støttet/møtt med: «Anerkjennelse», «Ressursorientert holdning» og «Åpne Dialoger ».

Konklusjoner: På bakgrunn av funnene i studien min vil jeg konkludere følgende: brukere erfarer det som viktig i deres myndiggjøringsprosess å kunne ha innflytelse behandlingsmessig og over eget liv, og å kunne mestre hverdagen. Hos poliklinikken DPS legges det vekt på å se mennesket som en helhet, og brukerens egne ressurser og mestringsevne er i fokus. Dette behandlingsperspektivet er viktig fordi brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i eget liv og gjennom dette få økt Empowerment.

Nøkkelord: Recovery, Empowerment, salutogenese, brukermedvirkning.

Abstract

Background: The treatment of mental disorders is still largely clinically defined, and as such there may be a lack of a personal and individual process. To solve this, recovery-oriented approach is required, because it recognize the individual's holistic and diverse needs. Empowerment means that people can define their own problems based on their own situation, and find their own solutions in fellowship with others; to have self-control, to have active self-effort, to become an expert on one's own suffering, and to have hope and faith in being able to master life and everyday life in spite of illness.

Aim: The purpose of the study was to explore and develop knowledge about how users at the outpatient clinic at a District Psychiatric Centre (DPS) experienced Empowerment. In addition, the study aimed to increase knowledge about how users felt that their Empowerment was supported by healthcare professionals, under the Recovery approach.

Data and Methods: The research project is a qualitative study. Using a phenomenological-hermeneutic approach with an inductive (exploratory) approach, 6 service users were interviewed about their experience towards Empowerment. The interviews were coded and analysed using qualitative content analysis.

Results: Five themes were identified in the users' experiences of support in the work towards personal empowerment. What users experience as important in their empowerment process revealed the main theme: «Increased mastery» and «Influence over their own lives». In the work towards personal empowerment, users experience being supported / met with: «Recognition», «Resource-oriented attitude» and «Open Dialogues».

Conclusion: Based on the findings in my study, I would conclude the following: users experience it as important in their empowerment process to be able to have influence in terms of treatment and over their own lives, and to be able to master everyday life. At the outpatient clinic DPS, emphasis is placed on seeing the human being as a whole, and the user's own resources and coping ability are in focus. This treatment perspective is important because the user can gain control over important conditions in their own life and through this gain increased empowerment.

Keywords: Recovery, Empowerment, salutogenesis, user participation, patient's perspectives

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema	8
1.2	Psykisk helse og psykisk helsearbeid	9
1.3	Perspektiver på psykiske lidelser.....	9
1.4	Kunnskapsbasert praksis.....	10
1.5	Brukermedvirkning	11
1.6	Litteratursøk.....	12
1.7	Studiens hensikt og formål	14
1.8	Problemstilling og forskningsspørsmål.....	14
1.9	Avgrensninger	15
1.10	Begrepsavklaringer.....	15
1.11	Lokalt psykisk helsearbeid og DPS.....	16
1.12	Oppgavens struktur	17
2	Teoretisk bakgrunn for studien	17
2.1	Recovery som fagperspektiv	17
2.1.1	Empowerment.....	21
2.2	Relasjonell Recovery og Åpne Dialoger.....	23
2.3	Salutogenese.....	24
2.4	Mestring	26
2.5	Anerkjennelse. Honneths teori om anerkjennelse	27
3	Metode og metodiske overveielser	29
3.1	Vitenskapelig kunnskap. Kvalitativ design.....	29
3.2	Hermeneutikk og fenomenologi.....	30
3.3	Egen faglig forforståelse	32
3.4	Utvalg og rekruttering.....	33
3.5	Datainnsamling. Gjennomføring av intervjuene.	34
3.6	Transkribering.	36
3.7	Fremgangsmåte for dataanalysen.....	37
3.8	Resultatets troverdighet gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet	39
3.9	Forskningsetiske vurderinger	41
4	Resultater/Funn.....	42
4.1	Innflytelse i eget liv	43
4.2	Økt mestring.....	44
4.3	Å bli møtt med anerkjennelse	46
4.4	Ressursorientert holdning	47
4.5	Åpne Dialoger	48
5	Drøfting	50
5.1	Innflytelse over eget liv.....	50
5.2	Økt mestring og Ressursorientering holdning.....	52
5.3	Å bli møtt med anerkjennelse	54
5.4	Åpne dialoger	55
6	Metodekritikk.....	57
7	Anbefalinger til praksisfeltet og videre forskning	59

8	Konklusjon.....	59
9	Litteraturliste.....	61
10	Vedlegg.....	67
10.1	REK.....	67
10.2	NSD.....	69
10.3	Samtykkeerklæring.....	72
10.4	Intervjuguiden.....	76
10.5	Analyseprosessen.....	77

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som student i psykologi har jeg gjennomført klinisk praksis på psykiatrisk poliklinikk for voksne og barn i Romania.

I Romania står den medisinske modellen sentralt i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser. I behandlingsprosessen i de psykiatriske avdelingene i Romania, har jeg sett at helsepersonell ofte har glemt mennesket bak sykdommen, og det manglet fokus på brukermedvirkning. Tradisjonell psykiatri har hatt, og fortsetter dessverre å ha, et sterkt fokus på medikamentell behandling. Vi har sett at mange brukere har opplevd stor nytte av slik behandling, men samtidig har mange også opplevd alvorlige bivirkninger uten at det har blitt tatt på alvor, eller i det minste, blitt hørt.

I Norge ble desentralisert psykiatri satt på dagsorden på midten av 70-tallet gjennom en drastisk nedbygging av de psykiatriske sykehusene og geografisk sektorisering. Desentraliseringen var både faglig og strukturelt begrunnet. Faglig hadde det vokst fram en erkjennelse av at institusjonslivet hadde skyggesider i form av lav materiell standard og en passiv tilværelse for pasientene, dette medførte at de ble hjelpeløse og uselvstendige. Strukturelt innebar endringene en nedbygging av sengeplasser og overflytting av ressurser til poliklinisk virksomhet. Fra 1975 til 1995 var det en nedgang i antallet institusjonsplasser på 60% og pasientene flyttet til sine hjemkommuner. Norsk psykiatri har fått en dreining fra institusjonspsykiatri til samfunnspsykiatri de siste 15-20 årene (Karlsson & Borg, 2017).

Perspektivet blir særlig fremhevet i St. meldingnr.25 (1996/97) hvor departementet mener at perspektivet bør flyttes fra diagnose til vekt på psykososial funksjonssvikt og mestring. For å gjøre dette mulig, forutsettes både tverrfaglig og tverretatlig samarbeid for å kunne gi et helhetlig og individuelt tilbud, hvor det legges opp til en behandlingstenkning vekk fra det medisinske paradigmet, over til normalisering og Empowerment-tenkning (Almvik & Borge, 2000).

Norge har styrket det lokalbaserte tilbudet gjennom utvikling av kommunenes rolle innen psykisk helsearbeid og tilbud ved Distrikts Psykiatriske Sentre (DPS). Mer brukermedvirkning og Recovery-orienterte modeller har kommet som virkemidler for økt mestring og innflytelse over eget liv for personer med alvorlige psykiske lidelser. Dette utfordrer tjenestene til å være mer fleksible og personorienterte (Helsedirektoratet, 2015).

Kunnskap om hvordan helsetjenestene erfares av de som benytter seg av helsehjelpen er svært

viktig, og det er også fremhevet i nasjonalt lovverk. På den måten kan det sikres behandlingstilbud av den beste kvalitet. Det er helsetjenestens plikt å innhente kunnskap om pasienterfaringer og benytte denne til både kvalitetssikring og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2014b; Pasient og Brukerrettighetsloven, 1999).

1.2 Psykisk helse og psykisk helsearbeid

World Health Organisation (WHO) definerer psykisk helse som (oversatt fra engelsk) *“en tilstand av velvære der individet innser sine egne evner, kan takle de normale belastningene i livet, kan jobbe produktivt og fruktbart og er i stand til å lage en bidrag til samfunnet”* (WHO, 2014), dvs. at mennesker med psykiske lidelser har ressurser, egenkraft til endring og bedringsprosess. Definisjonen innebærer at å ha en god helse er mer enn bare det å ikke være syk, og at det å hindre lidelser nødvendigvis ikke fører til en god helse. God helse er en subjektiv opplevelse av mentalt, fysisk og sosialt velvære. Helsen er påvirket av flere utenforliggende faktorer, helse ikke er bare noe som oppstår og eksisterer i individet (WHO, 2014). Dette synet på helse er holistisk, ved at helse heller ikke defineres som kun fravær av sykdom (Antonovsky, 2012).

Psykisk helsearbeid er beskrevet som et samarbeid for å fremme og bedre enkeltmenneskers psykiske helse. Målet er å styrke personens opplevelse av egenverd og livskraft gjennom prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer, samtidig det å skape et inkluderende lokalmiljø. Psykisk helsearbeid innebærer arbeid med å søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Denne forståelsen er basert på en definisjon av psykisk helsearbeid som ble utviklet av redaksjonen i Tidsskrift for psykisk helsearbeid i 2008 (Andersen, 2018).

1.3 Perspektiver på psykiske lidelser

Det kan være vanskelig å skille psykiske lidelser fra psykiske plager og det som kan være en normal reaksjon på livsbelastninger, og det foreligger ingen allment akseptert forståelsesmodell for psykiske lidelser. Ulike forståelsesmodeller presenterer ulike teorier om de psykiske lidelsenes årsaksforhold, sykdomsutvikling og behandling (Aarre, 2018). I følge Helsedirektoratet (2014), er et fellestrekk ved psykiske lidelser at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte med andre, og at psykisk lidelse krever at bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt (Helsedirektoratet, 2014a).

I dag finnes det to konkurrerende syn på psykiske lidelse. Aarre (2018) påpeker «en helsepolitisk spagat» hvor myndighetene trekker i to forskjellige retninger. Den første er det

medisinske perspektivet og den andre er den kontekstuelle tilnærmingen. Det medisinske perspektivet går ut på at årsakene ligger hos individet i form av forstyrrede biologiske, psykologiske eller atferdsmessige funksjoner som viser seg i form av symptomer. Ved å registrere symptomene kan vi diagnostisere den underliggende psykiske lidelsen. Det andre perspektivet, den kontekstuelle er mindre opptatt av de konkrete plagene personen har og mer opptatt av den sammenhengen de oppstår i (Aarre, 2018). Aarre (2018) hevder videre at brukermedvirkning trekker i en retning og at behandling og innføring av pakkeforløpet trekker i motsatt retning. Det medisinske perspektivet og den kontekstuelle tilnærmingen lar seg ikke forene lett, mange ganger vil de være gjensidig utelukkende, særlig med hensyn til hvordan vanskene som personen strir med, skal forstås.

1.4 Kunnskapsbasert praksis

Målet med kunnskapsbasert praksis er å sikre både gode tjenestetilbud og behandlingsmetoder som er vitenskapelig godkjent og sikret. Alle metoder og tilnæringsmåter som tilbys personer i behandling og oppfølging skal være kunnskapsbasert (Helsedirektoratet, 2012).

Kunnskapsbasert praksis (KBP) har sin opprinnelse fra Evidence Based Medicine (Polit & Beck, 2017) og etter Nortvedt Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, and Reinart (2012) KBP er definert som: *«Å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen»* (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Flere definisjoner på hva kunnskapsbasert praksis betyr, finner vi i Canadian Nurses Association som sier det at KBP handler om å optimalisere pasientens/brukerens utbytte, å forbedre klinisk praksis og å sikre at pleie utøves på en faglig forsvarlig måte. International Council of Nurses sier at kunnskapsbasert praksis er en problemløsningsorientert tilnærming til klinisk beslutningstaking etter beste og siste forskning, og det handler om klinisk ekspertise og vurdering i samarbeid med pasientens/brukerens ønske (International Council of Nurses, 2020).

Ekeland (2011) viser til at psykisk helse feltet, historisk sett ikke har tatt personens subjektive erfaringsbaserte kunnskap på alvor. Det har vært fagpersoners objektive forståelse av personen og dennes helsevansker som har preget tilbudet om hjelp. Han påpeker også behovet for, og betydningen av at den erfaringsbaserte kunnskapen styrkes for å utjevne dagens skjevhet i det forskningsmessige grunnlaget for kunnskapsbasert praksis (Ekeland, 2011). Det grunnleggende

i Recovery er personens egen opplevelse av sine vansker og livsutfordringer samt egenerfaring med hjelp og tiltak. Disse erfaringsbaserte kunnskapene må anerkjennes og legges til grunn for kunnskapsdannelse, samarbeid og ulike praksiser i tjenestetilbudene i psykisk helse og rus (Karlsson & Borg, 2017).

Malterud (2017) påpeker at ”kunnskap består av mer enn det som kan måles og veies” og at for å skape helsetjenester av god kvalitet er det behov for forskning som bygger på erfaringer og opplevelser blant pasienter og helsepersonell (Malterud, 2017).

1.5 Brukermedvirkning

I NOU (2009) beskrives brukermedvirkning som at brukerne får innsyn i og innvirkning på tjenestetilbudet gjennom samarbeid med den som yter hjelpen. Dette er viktig fordi samarbeidet kan bidra til å redusere brukers opplevelse av avmakt og avhengighetsforhold, samt mobilisere ressurser slik at vedkommende tar kontroll over eget liv, det å oppleve Empowerment (Helse og Omsorgsdepartementet 2009).

Pasientrettighetsloven (1999) og Stortingsmelding nr.25 (1997) hevder at brukere av tjenester har rett til informasjon, innflytelse, medvirke i valg, utforming og anvendelse av tilbud, både ved planlegging og gjennomføring. Bakgrunnen for medvirkningsrett er respekten for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett og integritet (Stortingetsmelding, 1997).

En bruker er en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form. I Plan for brukermedvirkning defineres bruker som en person som har behov for eller nyttiggjør seg tjenester innen psykisk helsefeltet eller rusfeltet (Helsedirektoratet, 2017a).

Brukermedvirkning har blitt et mål i den norske helsepolitikken og fremheves som en forutsetning for utvikling av gode og sikre behandlingstilbud. Brukere har rett til å medvirke deres erfaringer, ønsker og behov fremheves som et viktig kunnskapsperspektiv som skal legges til grunn for beslutninger og utforming av behandlingstilbud (Pasient og Brukerrettighetsloven, 1999). Tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem (Helsedirektoratet, 2017).

Overordnet mål med brukermedvirkning er at brukere skal ha reell innflytelse på utformingen av tjenestene (både på individuelt nivå og på systemnivå). Brukermedvirkning er viktig ut fra et humanistisk og et behandlingsmessig perspektiv, da brukeren kan oppnå kontroll over viktige forhold i livet sitt og gjennom dette få en økt myndighet. Behandlingen bør derfor innrettes slik at pasienten blir i stand til å ta sine egne valg (Helsedirektoratet, 2011).

Brukermedvirkning og Empowerment ses ofte i sammenheng innen helsefeltet, men de har ikke den samme betydning. Reell brukermedvirkning handler om at brukerne/pasientene får et avgjørende ord med i de viktige beslutninger om egen helse og deres livssituasjon (Ocloo & Matthews, 2016). Det er betydningsfullt at brukeren/pasienten trekkes inn i en tidlig fase for reell medvirkning. Hvis de bare trekkes inn til slutt i evalueringen av et behandlingstilbud gir ikke dette noen reell brukermedvirkning. Knapphet på tid kan medføre et nedtonet Empowerment perspektiv, det kan virke mer effektivt å ta beslutninger uten å involvere pasienter «unødig» (Askheim, Starrin, & Heyerdahl, 2007).

Når både brukermedvirkning og systemets behov for effektiv ressursbruk og realisering av overordnede målsettinger i velferdspolitiske føringer forfektes på samme tid, møter vi en dobbelkommunikasjon som kan gjøre pasienter til respondenter og informanter i brukererfaringsundersøkelser, og ikke reelle samarbeidspartnere og subjekter som selv kan gi uttrykk for egne erfaringer og synspunkter (Askheim et al., 2007).

1.6 Litteratursøk

For å få en oversikt over tidligere forskning angående Empowerment, brukererfaring og opplevelsen av støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring, har jeg gjennomført systematiske litteratursøk i to omganger, vår 2020 og høst-vinter 2020.

Begge gangene ble det gjennomført systematisk litteratursøk i fem forskningsdatabaser: PubMed, Psycinfo, Cinahl, Idunn og Medline, for å identifisere kvalitative studier som direkte fanget erfaring knyttet til Empowerment. Jeg har søkt etter kvalitative studier fordi at det var det som passet best til problemstillingen min. Det kunne gitt flere synspunkter, om noen hadde utført spørreundersøkelser og fått data fra ett større utvalg, og også i forhold til generalisering. Men jeg ville gå i dybden og få forståelse for fenomener og deltakernes subjektive meninger. Valg av søkeord ble gjort ut fra problemstillingen.

Det ble gjort et bredt søk både på engelsk og på norsk. Databases søk funksjoner ble brukt til å identifisere bare kvalitative artikler som inkluderte søkeordene som et nøkkelord, eller et ord i

tittelen eller abstrakt. Så var det artikler screenet for kvalifisering etter tittel og abstrakt fulltekst.

Norske søkeord er: myndiggjøring, recovery, psykisk sykdom, mental helse, behandling, opplevd opplevelse, pasient.

Engelske søkeord er: empowerment, recovery, mental illness, mental health, treatment, lived experience, patient.

Det kan for meg se ut til at det er gjort lite studier hvor målet har vært å adressere direkte hvordan pasientene opplever Empowerment, og hvordan de opplever at tjenesten støtter dem i deres prosess av personlig myndiggjøring.

I databaser, ser det ut til at når en kombinerer "recovery" og "mental illness" for eksempel, får man mange resultater, men for å snevre søkeresultatet brukte jeg kombinasjon av flere ord, for eksempel: "recovery", "empowerment", "lived experience", "mental illness", og "patient", det så ut til at det er bare få artikler som er være relevante for min studie.

Det jeg fant, som anses som relevante for min studie, er seks kvalitative studier.

Biringer, Davidson, Sundfør, Lier, and Borg (2016), Biringer, Davidson, Sundfør, Ruud, and Borg (2017) og Biringer, Davidson, Sundfør, Ruud, and Borg (2016) hvor det er utforsket på subjektive opplevelser av selvhjelp og nyttige kontekstuelle faktorer i starten av psykisk helsebehandling, og brukererfaringer og forventninger om behandling i arbeidet mot Recovery. Resultatene viser at brukere opplevde at behandlingen bidro til økt forståelse, endring av følelser og oppførsel, utfordret deres sosiale angst, fant medisiner som hjalp og ikke minst det at Recovery orienterte praksiser skjer i sammenheng med hverdagen. Andre studier som hadde som mål å undersøke hvordan Recovery orienterte tilnærminger bidrar til bedring av psykisk helse, kontra andre typer behandlinger, viser det at brukere opplever større og vedvarende bedring (Barrett et al., 2010). Funnene viser også at Recovery orientere tilnærminger, spesielt de som involverer samarbeid mellom helsepersonell og brukere, kan fremme håp og Empowerment blant personer med alvorlige psykiske lidelser Thomas, Despeaux, Drapalski, and Bennett (2018) og A. Topor (2011).

I en undersøkelse av pasient Empowerment på tvers av nasjonaliteter, kulturer og helsesystem har Agner & Braun (2018) funnet følgende nøkkelfaktorer for Empowerment: kontroll, psykologisk mestring, anerkjennelse, støtte, kunnskap og medvirkning. Forskningen fremhever betydningen av også å inkludere strukturelle barrierer for Empowerment, og ikke kun fokusere på individuelle, interpersonlige faktorer. Kunnskap om strukturelle barrierer relatert til utbytte

av behandling kan få betydning for bedre helsehjelp og samtidig utvikling av et mer myndiggjørende helsetilbud (Agner & Braun, 2018).

I mitt litteratur søk har jeg ikke funnet tidligere forskning i hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser erfarer støtte i deres prosess av personlige myndiggjøringsprosess.

Litteraturen avdekker temaer som brukermedvirkning, håp og identitet og relasjonens betydning. Deres funn bidrar til eksisterende litteratur om Recovery orienterte tilnærminger og dets kobling til tilfriskning, men jeg har funnet få artikler som har fokus på hvordan Empowerment kan oppnås og/eller fremmes. Det er derfor behov for ytterligere forståelse av forskjellige opplevelser av bedring, om menneskers kamp for å komme seg, og hvordan brukere erfarer personlig myndiggjøring.

Det jeg ønsker med min studie er å bidra til å lage kunnskapshullet litt mindre i hvordan Empowerment kan oppnås og/eller fremmes ved poliklinikk DPS og hvordan brukerne opplever støtte i myndiggjøringsprosessen.

1.7 Studiens hensikt og formål

Oppgavens hensikt er å utvikle kunnskap om brukeres opplevelser og erfaringer av å bli myndiggjort under Recovery orienterte tilnærminger. Studien tar i tillegg sikte på å øke kunnskap om hvordan brukerne opplever at tjenesten støtter dem i deres prosess av personlig myndiggjøring.

Brukernes egne opplevelser og erfaringer kan bidra til økt bevissthet hos helseyrterne rundt hva som er betydningsfullt for brukerne og som kan bidra til videreutvikling av Recovery orienterte tilnærminger ved DPS poliklinikker.

1.8 Problemstilling og forskningsspørsmål

Følgende problemstilling er utviklet for studien:

Brukernes opplevelser av støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring.

Forskningsspørsmål:

Hvordan erfarer brukere ved poliklinikk DPS personlig myndiggjøring?

For å få et mer omfattende svar på hovedproblemstillingen, har jeg i tillegg følgende forskningsspørsmål som kan bidra til mer kunnskap og innsikt i brukernes opplevelser.

1. Hva erfarer brukere som viktig i deres myndiggjøringsprosess?
2. Hvordan erfarer brukerne at tjenesten støtter dem i arbeidet mot personlig myndiggjøring?

1.9 Avgrensninger

Resultatenes overførbarhet kan være begrenset av det lille antallet deltakere, men med bakgrunn i studiens størrelse og omfang ble det kun gjennomført 6 intervjuer.

1.10 Begrepsavklaringer

Pasient: I Pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63) er pasient definert som ”*en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle*”. Begrepet pasient er vanlig betegnelse på personer som benytter tjenesten på poliklinikken, derfor er begrepet pasient brukt som betegnelse på en person som benytter poliklinikkens tjenestetilbud i deler av oppgaven.

Bruker: Ifølge pasientrettighetsloven (Pasientrettighetsloven, 1999, § 1-3) er «bruker» en person som mottar tjenester som er omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, men som ikke er definert som helsehjelp. Følgelig er de fleste som mottar psykiske helsetjenester, formelt å betrakte som «pasienter» og ikke «brukere», selv om begrepet «bruker» anvendes stadig mer i lovverk, faglige retningslinjer og veiledere innen det psykiske helsefeltet (Pettersen & Lofthus, 2018).

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

I denne oppgaven har jeg valgt å omtale erfaringer som «brukererfaringer» fremfor «pasienterfaringer». Dette fordi brukererfaringer kan forstås som den erfaringsbaserte kunnskap en person har om sitt eget liv, sin lidelse og bruk av tjenester, reflekterer subjektive opplevelser og forutsetter egenrefleksjon som omdannes til kunnskap (Pettersen & Lofthus, 2018).

Myndiggjøring: I den nordiske faglitteraturen finner vi begrepet myndiggjøring som oversettelse av Empowerment. ”*Myndiggjøring innebærer at bruker/pasient får hjelp til å*

mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og har innflytelse og styring over eget liv” (Askheim, 2012).

1.11 Lokalt psykisk helsearbeid og DPS

Poliklinikken ved DPS yter tilbud til mennesker bosatt i fire kommuner på Vestlandet. Poliklinikken er en spesialisthelsetjeneste i forhold til utredning og behandling av psykiske lidelser.

I poliklinikken legges det vekt på å se mennesket som en helhet, der får personens egne ressurser og mestringsevne fram. Det enkelte menneske er også en del av et nettverk, derfor er samarbeid med familie og venner hensiktsmessig dersom den som søker hjelp ønsker det. Poliklinikken behandler voksne som er over 18 år. Pasientgruppen er representert av et bredt spekter av lidelser. Angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, affektive lidelser og nevro-psykologiske lidelser utgjør hovedgruppene.

For å komme til behandling ved poliklinikken kreves henvisning fra lege/fastlege og søknaden vurderes fortløpende i poliklinikkens inntaksteam med henblikk på rettighet og frist for behandlingsstart i tråd med prioriteringsforskrift (Helse og Omsorgsdepartementet, 2000). Poliklinikken vektlegger et tett samarbeid med fastlegen og kommunens helse- og sosialtjeneste både i forkant, underveis og avslutningsvis i et behandlingsforløp. Pasienter fordeles deretter fortløpende til behandlere og behandlingsforløpet innledes i tråd med nasjonale retningslinjer med utredning basert på standardiserte kartleggingsverktøy hvor diagnose gir grunnlag for behandling (Helsedirektoratet, 2014b). Det blir utarbeidet en individuell behandlingsplan med utgangspunkt i pasientens diagnose, men også i pasientens egne ønsker og mål for behandlingen. Poliklinikken DPS har bla. tilbud om en medisinfri behandling. Medisinfri behandling er et eget tilbud for pasienter/brukere i psykisk helsevern som tradisjonelt er blitt behandlet med medikamenter. Medisinfri behandling betyr at pasienten er en sentral aktør i behandlingstilbudet. Medisinfritt behandlingstilbud er for personer med alvorlig psykisk lidelse som tradisjonelt er behandlet medikamentelt, men som ønsker en medisinfri behandling. Medisinfritt tilbud kan også være pasient/bruker som bruker medisiner og som ønsker å prøve behandling uten (Helsedirektoratet, 2014b). Spesialisthelsetjenesten skal da sikre en forsvarlig nedtrapping av medisiner samtidig som pasienten får andre behandlingstilbud. Pasienter med psykoselidelser og bipolare lidelser vil være prioritert. Dersom pasienten/brukeren skal lykkes med et medisinfritt behandlingstilbud er det viktig at han/hun er motivert og klar for å jobbe aktivt med sin psykiske lidelse (Regjeringen, 2015).

Tilbudet er basert på Recovery perspektivet og prøver å hjelpe personen til å nå egne mål, ha god kunnskap om egen sykdom, oppleve Empowerment, å ha kontroll og mestre eget liv.

Det innebærer det å ha kontrollen selv, ha aktiv egeninnsats, bli ekspert på egen lidelse, og ha håp og tro på å kunne mestre livet og hverdagen på tross av sykdom (Helsedirektoratet, 2014b).

Pasienten/brukeren selv er med på å bestemme om han/hun skal benytte medisiner eller ikke som en del av sin behandling. Behandlingstilbudet vil bli lagt opp i samarbeid med pasient/bruker ut i fra sin helsetilstand. Spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasienten/brukeren har den informasjonen han/hun trenger for å kunne ta valg som påvirker behandlingen. Pasienten/brukeren vil bli innkalt til samtale for å kartlegge helsetilstanden og behov. Det vil bli vurdert sammen om et medisinfritt tilbud er forsvarlig, slik at sykdommen og symptomene ikke forverres når en mottar tilbudet. Tilbudet vil også bestå av et program som inneholder fysisk aktivitet og trening. Samtidig står også godt kosthold og å opprettholde sosialt nettverk og funksjon i dagliglivet sentralt (Helsedirektoratet, 2013).

1.12 Oppgavens struktur

Etter første kapittel, innledning, følger det i kapittel to, en redegjørelse for studiens teoretiske fundament/rammeverk, hvor den teoretiske bakgrunnskunnskapen vil presenteres. I kapittel tre er det beskrevet design og metodiske overveielse, samt med validitet/gyldighet, troverdighet og overførbarhet. Videre i kapittel fire blir funn/resultater presentert. I kapittel fem vil resultatene bli diskutert i lys av tidligere forskning og teoretisk rammeverk. Kapittel seks handler om metodekritikk, og i siste kapittel, blir forskning studiet avsluttet med en konklusjon.

2 Teoretisk bakgrunn for studien

Kapittelet starter med kort presentasjon av Recovery tilnærmingen som fagperspektiv. Videre er det presentert en mer utfyllende redegjørelse for Empowerment, som er oppgavens overordnede perspektiv. I tillegg presenteres relevante teoretiske perspektiver som danner en ramme om problemstillingen.

2.1 Recovery som fagperspektiv

Helsedirektoratet fremholder at Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene problemet kan forårsake. I nordiske og britiske studier er Recovery belyst med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Hjemmet, arbeid

og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er tillagt stor betydning for bedringsprosessen. Det ble valgt å bruke det engelske ordet *Recovery*, som henspiller på prosessen med å komme seg fra noe eller å gjenvinne noe som er tapt. *Recovery* er et innarbeidet begrep i fag og forskningslitteraturen og i ulike brukermiljøer om psykisk helse og rus (Karlsson & Borg, 2017).

Fenomenet *Recovery* innen psykisk helse har vært studert i ulike perspektiver og på ulike måter gjennom de siste 40 årene, men det som er felles i forskningene er fokuset på det å tilfriskne, å komme seg etter alvorlige psykiske lidelser, eller det å finne en vei i livet der konsekvensene av den psykiske lidelsen ikke er dominerende i hverdagen. *Recovery* handler om å finne veien til et tilfredsstillende liv, der brukeren selv legger premissene for livet sitt og for sine hjelpetilbud. (Borge & Almvik, 2014, p. 99)

Recovery i psykisk helsearbeid representerer både noe som er kjent og tradisjonelt og noe som er nytt og forandrende, samtidig er *Recovery* en del av det humanistiske og en sosial tradisjon. Det innebærer et humanistisk syn på mennesket og derved alle mennesker som skapes, fastholdes og utvikles i sosiale relasjoner mellom mennesker, lokalmiljøer og i samfunnsstrukturer. Mennesket forstås som en handlende aktør og som unik forstand at det er et autonomt, rasjonalt, sosialt og åndelig vesen. Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjon mellom personen som søker hjelp, og fagpersonen som skal hjelpe. Autonomibegrepet betyr at personen har muligheter til å ta vare på seg selv og kan fremstå med både selvspekt og verdighet. Frihet forstås i lys av forholdet mellom ansvar og medansvar, der begge deler forutsetter hverandre gjensidig i relasjoner som er karakterisert av tilstedeværelse, respekt og omtanke. Denne forståelsen av relasjonen mellom personen og fagpersonen er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet. Samvær, samhandling og samarbeidende praksiser forsøkes etablert som det essensielle i en humanistisk forståelse av *Recovery* (Karlsson & Borg, 2017).

Det nye med *Recovery*, er at *Recovery* ikke kan implementeres i de eksisterende psykisk helse og rustjenestene; *Recovery* kan bare utvikles ved å se sammenhengen mellom personen som ønsker *Recovery* og fagpersonen, tjenester som tilbys (Slade, 2009).

I de siste 20 årene i Norge, har det skjedd viktige og påkrevde endringer av tjenestene til personer med psykiske lidelser og/eller rusvansker, som for eksempel reduksjon av langvarige institusjonsopphold, flere tilbud og mer tilgjengelig hjelp, og særlig i det siste med vektlegging av brukerperspektivet (Karlsson & Borg, 2017).

I følge William A. Anthony (1993), kan *recovery* forstås som:

” A deeply personal, unique process of chancing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with limitation caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life and grows beyond the catastrophic effects of mental illness”.

Denne forståelsen av Recovery vektlegger i stor grad det individuelle over i det individualistiske. Recovery handler både om personens egne prosesser og innsatser og om omgivelsene som støtter den enkelte i arbeidet med å komme seg videre og finne frem til måter å leve med de ulike utfordringer på. Like mye foregår Recovery prosesser i hverdagslivet, i samvær med andre mennesker i ulike sosiale sammenhenger. Recovery prosesser handler om levekår, opplevelse av håp og mening, fysisk helse, bolig, familie, sosialt nettverk, tilgjengelige og tilpassende aktiviteter og arbeid (Karlsson & Borg, 2017).

Til tross for at Anthonys (1993) definisjon er mye brukt, er den ikke problemfri. Anthonys (1993) definisjon av Recovery fremstår som noe som skjer bare med den enkelte person, som en slags *”reformasjon av seg selv”*, løsrevet fra de sosiale og materielle omgivelsene (A. Topor, Larsen, I.B. & Bøe, T.D., 2020).

I artikkelen *”Recovery - fra personlig reformasjon til sosial transformasjon”* (A. Topor, Larsen, I.B. & Bøe, T.D., 2020) problematiseres Bill Anthonys (1993) definisjon av Recovery. Årsaken er at Recovery reduseres til noe som skjer kun med den enkelte som en reformasjon av seg selv. Imidlertid kan vi ikke forstå Recovery som løsrevet fra de sosiale og materielle omgivelsene. Forfatterne foreslår og argumenterer for en definisjon av Recovery, som også tar opp i seg betydningen av sosial transformasjon. Forfattere har identifisert tre sentrale aspekter som er implisitt i definisjonen til Anthony som de utfordrer og antyder alternativer. Recovery prosessen er definert som en individuell prosess og forstås innenfor rammen av en sykdomsmodell, derfor foreslår forfattere at Recovery ses som en grunnleggende sosial prosess, som alltid finner sted i bestemte situasjoner på konkrete *steder* og der *materielle livsbetingelser* er avgjørende, en sosial modell hvor Recovery prosesser er bedre egnet. Basert på disse nye aspektene har forfattere kommet med en reformulering av Anthony sin definisjon:

”Recovery er en dypt sosial, unik og felles prosess der våre levekår, materielle omgivelser, holdninger, verdier, følelser, ferdigheter og/eller roller endrer seg. Det er en måte å leve tilfredsstillende, håpefulle liv sammen med andre på, selv om vi fremdeles kan være fortvilet, ha uvanlige opplevelser og forstyrrende være måter Recovery innebærer at vi engasjerer oss i nye sosiale og materielle sammenhenger, og i åpne dialoger der nye måter å forstå og håndtere situasjonen på skapes i takt med at vi

overskrider den psyko-sosiale-materielle krisen” (A. Topor, Larsen, I.B. & Bøe, T.D., 2020).

Denne definisjonen er som Recovery selv, en prosess, men på ett eller annet tidspunkt i en prosess kan det være på tide å konstatere at så langt kom vi denne gangen og det betyr ikke at definisjonen er satt, bare at andre kan fortsette (A. Topor, Larsen, I.B. & Bøe, T.D., 2020).

I nasjonale og internasjonale politiske føringer har vi sett en større vektlegging av Recovery gjennom å gi mulighet for at innbyggere med psykisk helse –og rus kan ha et meningsfullt liv med eller uten symptomer og plager. WHO Mental Health Action Plan (MHAP) 2013-2020 understreker behovet for *”a recovery based approach that puts the emphasis on supporting individuals with mental disorders and psychological disabilities to achieve their own aspirations and goals”* (WHO, 2013).

I Recovery legges det vekt på menneskelig erfaring og kunnskap. *”Å erfare”* betyr å få kjennskap til, få vite. Erfaring henspiller på autoritet, klokskap, livs – og menneskekunnskap og modenhet. Annerkjennelse av brukerens erfaringskunnskap kan forstås som å utforske og undersøke. Sentralt i all anerkjennelse er at den andre sees som en autoritet med hensyn til sin egen opplevelse. Det innebærer en grunnleggende forståelse av at den andre kan forholde seg til egne erfaringer, og har tanker, følelser og intensjoner om sine egne handlinger. Ved å bli sett og bekreftet kan personen i Recovery søke å skape seg selv ut fra sin egen opplevelse og sine egne omgivelser. Genuin anerkjennelse skaper autonomi og avgrensning, mens falsk anerkjennelse skaper avhengighet og uklare og tvetydige grenser (Karlsson & Borg, 2013).

Recovery beskrives ofte som arbeid med å få et meningsfullt liv i lokalmiljøet til tross for ulike problemer. Det innebærer muligheter for egne valg, deltakelse og opplevelse av felleskap, og en innretning av samarbeidet mellom bruker og fagperson mot det sosiale livet og samfunnet (Karlsson & Borg, 2017). En sentral plass i det sosiale i Recovery er tilhørighet og felleskap. Recovery handler like mye om hva omgivelser og tjenestetilbud muliggjør, som personers egen innsats. Det handler om å gjenoppbygge en positiv identitetsfølelse samt følelsen av å være noe mer og noe annet enn problemene sine og samarbeidet rettes mot både å identifisere og bygge på personens talenter, styrker, kompetanse og ressurser hvor målet er gjenskape en meningsfull opplevelse av tilhørighet i lokalmiljøet (Slade, 2009).

I Recovery litteraturen er felleskapet fremhevet med likesinnede som viktig støtte og inspirasjonsarenaer. Disse fellesskapene bidrar til håp og tro på at det er mulig å komme seg ut av problemene. Fellesskap gir mulighet til å holde kontakt med mennesker, samtidig kan være

praktiske måter å knytte sammen medlemmer på, at alle gjør noe sammen, er aktive og handlede. Det å være en del av en gruppe, gir større kraft og flere muligheter (Karlsson & Borg, 2017).

Det finnes noe gode norske fagmiljøer som legger vekt på hvordan personer kan støttes i arbeidet med tilhørighet gjennom CHIME-elementa som er til grunn i Recovery satsningen innen psykisk helse og rus. Bakgrunnen for utvikling av CHIME var en systematisk litteraturstudie av internasjonale studier om personers erfaringer med Recovery. Gjennom litteraturstudien ble fem prosesser identifisert som sentrale i personers Recovery (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011). Disse fem sentrale prosesser i Recovery har fått akronymet CHIME som står for Connectedness (tilhørighet), Hope (håp), Identity(identitet), Meaning (mening), Empowerment (myndiggjøring). Empowerment er definert som en kjernekomponent i CHIME-elementa, sammen med tilknytning, håp og optimisme om fremtiden, identitet og mening i livet (Leamy et al., 2011).

Recovery er både en prosess og et resultat, hvor forbedring ikke bare reflekteres i endringer i lidelsens tilstand, men kan like mye bli sett på som en tilpasning av livet til å jobbe rundt lidelsen, eller en tilpasning til livet med lidelsen.

2.1.1 Empowerment

Begrepet "Empowerment" ble lansert i Ottawa-chartret i 1986, og representerer et paradigmeskifte fra paternalistisk tenkning til demokrati og myndiggjøring av pasient. Empowerment begrepet ble der definert som en prosess som gjør folk i stand til å øke sin kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse (WHO, 1986).

Det finnes ingen norske ord som dekker dette betydningsinnholdet. "Myndiggjøring" er det som kommer nærmest. Empowerment innebærer at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon, og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre. Empowerment betyr å: gi makt eller autoritet til, gjøre i stand til, og å tillate.

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

Empowerment er et begrep, et mål og en prosess. Begrepet "Empowerment" har ingen entydig

definisjon, men det forstås og anvendes av ulike aktører med forskjellig ideologi og agenda. Innenfor helse og sosialfagene betraktes Empowerment som et radikalt begrep. Begrepsmessig kan "power", som utgjør kjernen i begrepet, oversettes med både styrke, kraft og makt. Empowerment knyttes dermed til individer og grupper som er eller har vært i en avmakt situasjon og hvordan de kan komme ut av avmakten. Utgangspunktet er å styrke de avmechtige slik at de kan få økt selvtillit, bedre selvbilde, økte ferdigheter og kunnskaper. Gjennom en slik styring kan de mobilisere kraft til å komme ut av avmakten og få styring og kontroll over eget liv. Begrepet bygger på et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende subjekt som kan og vil sitt eget beste om forholdene legges til rette (Askheim, 2012).

Empowerment begrepet, ut fra en slik forståelse er brukt i dagens samfunn om mange ulike grupper som anses å stå i en avmaktssituasjon, blant annet personer med psykiske lidelser. Empowerment innen helse handler om maktfordeling mellom fagpersoner og brukere/pasienter. Askheim (2012) sier følgende :” Som helse- og sosialarbeidere skal en jobbe sammen med de avmechtige for å finne løsninger som gjør at de kommer ut av avmakten og får mer kontroll og makt over egen livssituasjon ”(Askheim, 2012).

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer Empowerment innen helsefremmende arbeid som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse» , og påpeker at prosessen skal anses både som en individuell og samfunnsmessig prosess (WHO, 1998).

Et grunnleggende skille innenfor Empowerment litteraturen går mellom hva det er kalt Empowerment som etablering av motmakt og individ orienterte tilnærminger. Motmakts perspektivet er mer opptatt av hvordan samfunnsforhold virker inn på menneskets livssituasjon, offentlige tiltak og tjenester er i stor grad preget av motmakts perspektivet. I motmaktstilnærmingen til Empowerment står sammenhengen mellom enkeltindividers og gruppers livssituasjon og samfunnsmessige, strukturelle forhold i fokus. Et grunnleggende poeng innenfor tilnærmingen er å skape en bevissthet hos den enkelte om sammenhengen mellom egen livssituasjon og ytre, samfunnsmessige forhold og om at andre i tilsvarende situasjoner opplever liknende avmakts problemer. Disse forholdene er menneskeskapt, da kan de også endres. En slik bevisstgjøring skaper grobunn for handling og på denne måten blir undertrykkningen avprivatisert, og fokus skal rettes mot forhold som skapte undertrykkningen (Askheim, 2012).

Askheim (2012) skiller mellom en terapeutisk tilnærming, en konsumorientert tilnærming og

Empowerment som individuell selvrealisering. Et grunnleggende felles trekk er at alle deler et positivt syn på mennesket som i utgangspunktet aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det.

Askheim beskriver Empowerments emosjonelle dimensjon som en viktig komponent. Starrin (2007) knytter den emosjonelle dimensjonen til begrepene emosjonell energi, skam og stolthet.

Emosjonell energi refererer til følelsene vi erfarer i ulike sosiale sammenhenger. I situasjoner hvor vi har det bra og kommer til vår rett, emosjonell energi uttrykkes gjerne i form av stolthet, entusiasme, solidaritet, selvtillit og handlekraft. Men som motsats, kan møter som tapper emosjonell energi gjøre oss kraftløse og mismodige (Askheim et al., 2007). Vi får dårlig selvfølelse og vanskelig for å opparbeide noe felleskap eller solidaritet med andre. De som har mye emosjonell energi vil føle seg gode, verdifulle, mens de som har lite energi vil tvert imot føle seg mislykkte (Askheim, 2012).

Når det gjelder skam, gir skam lav grad av emosjonell energi. Skam er et tegn på truende og usikre sosiale bånd, mens stolthet indikerer trygge og sikre bånd og gir høy grad av emosjonell energi. Empowerment innebærer å gå inn i prosesser der skamfølelsen kan vendes til stolthet over å være den du er, og å ta makten over, og styre eget liv (Askheim et al., 2007).

2.2 Relasjonell Recovery og Åpne Dialoger

Som mennesker fødes vi inn i en verden av sosialitet forstått som at vi er forbundet med hverandre. Den tyske filosofen Hegel, hevder at vi fødes inn i denne verden i trygg forvisning om at vi vil bli tatt vel imot, i det første av familien og senere i livet vil utvides våre sosiale nettverk gjennom skolegang, utdanning og aldersmessige forandringer. Seikkula skriver at vi fødes inn i sosiale relasjoner som livet leves innenfor. Det er dette sosiale livet som strukturerer oss som mennesker i relasjoner til hverandre og til livet (Seikkula, 2011).

Det sosiale samspillet mellom mennesker består av relasjoner og dialoger. Hegel fremholder at det avgjørende sosiale omdreiningspunktet er forholdet mellom anerkjennelse og erkjennelse, og at gjennom de andres bekreftelse og anerkjennelser i ulike sosiale situasjoner og relasjoner, kan vi utvikle et differensiert forhold til oss selv og andre. Forbundet med andre mennesker åpner rommet seg for samspill mellom selvhevdelse, unikhet, tilknytning og likhet. På 90-tallet utviklet det seg i Nord-Finland en tradisjon som omtales som Åpen Dialog. Seikkula (2013) viser til at det finnes en rekke og forskjellige menneskelige møter, derfor brukes det Åpne

Dialoger i flertallsform. Disse Åpne Dialoger skjer i hverdagslige relasjoner, i arbeidslivet, og det skjer i profesjonelle relasjoner (Karlsson & Borg, 2017).

Seikkula og Arnkil (2013) fremhever at *dialog* ikke er en metode, men heller en holdning, eller en måte å være på overfor andre mennesker, og at ”*dialogisitetes*” kjerne er en grunnleggende relasjon fundert på respekten for den andre, og at alle mennesker er like verdige (Seikkula & Arnkil, 2013).

2.3 Salutogenese

Teorien om salutogenese kan kaste lys over utøvelse av psykisk helsearbeid og den gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring og helse kan skapes. Teorien representerer et nytt perspektiv på helse ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til mer eller mindre stressende indre og ytre omgivelser (Borge & Almvik, 2014, p. 46).

Helseperspektivet er i likhet med det tradisjonelle medisinske, sykdomsorienterte perspektivet i all hovedsak basert på tanken om at det er en grunnleggende dikotomi mellom friske og syke mennesker (Antonovsky, 2012).

I arbeidet med psykisk helse settes det menneskelige i og på spill. Hva er det å være menneske? Inneholder det ikke både ”syke” og ”friske” sider, og er det ikke mulig for alle mennesker å oppleve psykisk uhelse. I Recovery orienterte tjenester bør dette menneskesynet være et holistisk menneskesyn. Det innebærer at psykisk uhelse er menneskelige erfaringer og uttrykk som kan ramme oss alle (Karlsson, 2017).

Antonovsky (1996) oppdaget ved å stille spørsmålet ”Hva forklarer personens bevegelse mot høyere grad av helse på et kontinuum der den ene polen utgjør høy grad av helse og den andre lav grad av helse?” at grad av mestring, helse og velvære avhenger av hvordan mennesket opplever virkeligheten i form av begripelighet, mening og håndterbarhet (Borge & Almvik, 2014, p. 47).

Det som Antonovsky hevder er at vi befinner oss på et helsekontinuum (grader av helse) som er i stadig bevegelse og at denne bevegelsen er styrt av både hemmende og fremmende faktorer (Antonovsky, 1996).

I motsetning til salutogenese som har fokus på helsefremmende faktorer som livskvalitet, sosial støtte, ”self-efficacy”, ”resiliens” og handlingskompetanse, og en helhetlig helseforståelse, er patogenese basert på påstanden om at sykdommer forårsakes av bakterier-mikrobiologiske, psykososiale, kjemiske, enten som eneste forklaringsfaktor eller som en blant mange faktorer (Antonovsky, 2012).

Salutogenese og Empowerment er ”søskenbarn” i en Recovery tilnærming. Salutogenese og Empowerment fokuserer på ressurser og styrker hos mennesker og omgivelser som kan hjelpe til med å fremme helse. Det å ha personlig ansvar og kontroll over livet kan være vanskelig, men er viktig for personlig Recovery. Teorien om salutogenese gir oss en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring og helse, via dens hovedbegrep ”Sense of Coherence” (opplevelse av sammenheng, forkortet OAS) kan skapes. Antonovsky (2012) definerer OAS slik:

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i ”.

En god OAS er kjennetegnet av at personen både forstår og tror på at han/hun har alle de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger, samt opplever utfordringene som motivasjon. Mening er følelses og motivasjonskomponenten, og er den viktigste komponenten i OAS (Langeland, 2009).

Teorien om salutogenese identifiserer ulike individuelle og kollektive generelle motstandsressurser (GMR). Antonovsky (2012) sitt resonnement rundt generelle motstandsressurser er at de skaper livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom underbelastning og overbelastning. Hans påstand er at det handler om ”overordnende psykososiale, generelle motstandsressurser” som et samlebegrep. I hvert tilfelle, rikdom, egostyrke, kulturelle stabilitet, osv. vil en person kunne plasseres på et kontinuum. Jo høyere man kommer på kontinuumet, jo mer sannsynlig er det at man har den typen livserfaringer som bidrar til en sterk OAS (Antonovsky, 2012; Langeland, 2009).

Teorien om salutogenese består av grunnleggende antagelser om helse og de sentrale begrepene OAS og GMR (generelle motstandsressurser eller mestringsressurser). Begrepene og antagelsene er gjensidig forbundet med hverandre og utgjør en integrert helhet. Teorien representerer et nytt perspektiv på helse ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til tilpassing til mer eller mindre stressende indre og ytre omgivelser (Antonovsky, 2012).

2.4 Mestring

Lazarus og Folkman (1984) anses å være klassikere innen mestringsforskning. De ser på mestring som en prosess og en strategi, og vektlegger tenkningens betydning. I følge Lazarus og Folkman (1984) er mestring definert som ” *et kontinuerlig skifte av kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke ytre og/eller indre krav som vurderes til å beslaglegge eller utarme ressursene til personene*”, med andre ord, mestring illustrerer forsøket på å håndtere stress (Lazarus & Folkman, 1984).

Forståelse av psykologisk stress fokuserer på kognitive vurderinger som sentrale i evaluering av stressorer. I vurderinger av forskjellige stressorer, vektlegges ikke bare faktorer fra omgivelsene eller individet, men det blir en *integrering* av faktorer fra begge deler i en gitt transaksjon. Transaksjonen innebærer at personen skaper et nytt abstraksjonsnivå og faktorer fra person og omgivelser blir integrert slik at det skapes en ny relasjonell mening (Lazarus & Folkman, 1984).

I psykologisk litteratur defineres mestring (coping) oftest som vellykket, men krevende håndtering av stressopplevelser. Helsedirektoratet (2017) har valgt noe mer proaktiv definisjon der mestring både handler om individets evne til å tilpasse seg en ny situasjon, men også dets evne til å påvirke og endre situasjonen som har oppstått, dvs. at

”Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre” (Helsedirektoratet, 2017b).

Lazarus (2006) fremhever at stress og mestring forholder seg gjensidig til hverandre. Det betyr at når mestringen ikke er effektiv vil stressnivået være høyt, og motsatt. Det å ha en god mestring innebærer som regel at personen presser seg selv hardt, og at dette kan være ensbetydende med en større risiko for stress, selv om at personen er god på å håndtere stress (Lazarus, Folkman, & Visby, 2006).

Lazarus & Folkman (1984) sin psykologiske forståelse av mestring og kognitive vurderinger er orientert ut i fra individet, mens forskere med sosiologiske perspektiver som Antonovsky (2000) har et videre perspektiv hvor det legges mer vekt på omgivelsenes innflytelse.

Antonovsky (2012) har et bredere mestringsbegrep, hvor han vektlegger kontekstuelle forhold som er forstått som ”tilværelse” eller som avgrensede sider av situasjoner som skal mestres.

Antonovsky (2012) var opptatt av helsefremmende faktorer og han ville forstå hvorfor noen personer kan overvinne stressorer uten å bli syke, mens andre ikke. Antonovskys ressursorienterte perspektiv brøt med det tidligere patologiorienterte perspektiv. Han er særlig kjent for utvikling av sitt begrep opplevelse av sammenheng (sense of coherence) (Se ovenfor.)

Antonovskys (2012) mestring foregår kontekstuellet på to nivåer. Det første handler om et generelt basisnivå som utvikler seg i mennesket på bakgrunn av medfødte evner og ervervede erfaringer i interaksjoner med omgivelsene gjennom hele livet. At man utvikler en grunnleggende selvforståelse til egen mestring, en måte ”å snakke med seg selv på”. Menneskene får en forståelse av hvordan de selv kan influere for å mestre, og samtidig hvordan omgivelsene kan påvirke den enkelte med sine belastninger. I denne basisen befinner det seg et mestringsrepertoar av generelle mestringsstrategier/mestringsevner. Andre, handler om et spesifikt nivå, hvor mennesket anvender spesifikke mestringsstrategier og mestringsevner knyttet til avgrensede og aktuelle stressorer personen ønsker å mestre. Mellom disse to nivåene, er det et gjensidig samspill. På bakgrunn av erfaringer, så øker den enkeltes mestringsrepertoar, og dess mer mangfoldig mestringsrepertoar man opplever å ha, større blir sannsynligheten for at man mestrer utfordringene på det spesifikke nivået. Mens gode erfaringer styrker troen på å kunne mestre, vil de vonde og kompliserende erfaringene kunne svekke troen på egen mestring. Det betyr at mestringserfaringer påvirker menneskets selvforståelse (Antonovsky, 2012).

2.5 Anerkjennelse. Honneths teori om anerkjennelse

Honneths normative samfunnsteori om anerkjennelse er en videreutvikling av filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegels (1770 –1831) teori om anerkjennelse og basert på George Herbert Meads sosialpsykologi. Hegel hevdes å være den viktigste inspirasjonskilden for Honneths anerkjennelsesteori (Lysaker, 2013).

Jeg vil videre ta utgangspunkt i Honneths teori, som kan regnes som en selvstendig teori. Honneth henter også fra Meads sosialpsykologi, og andre vitenskaper og deres tilhørende forskning, som blant annet psykologi, sosiologi, samfunnsvitenskap, historie. Teorien har blitt utarbeidet i overensstemmelse med resultater fra den empiriske forskningen (Lysaker, 2013).

Honneth definerer anerkjennelsesbegrepet på bakgrunn av sin rekonstruksjon av Hegels opprinnelige anerkjennelsesfilosofiske innsikt, på følgende måte: ”*Recognition is to be conceived of as genus comprised of three forms of practical attitudes, each reflecting the primary aim of a certain affirmation of the other.*” Denne definisjonen presiserer Honneth videre som tre variasjoner over et begrep: ”*Recognition is a behavioural reaction in which we respond rationally to evaluate qualities that we learned to perceive, to the extent to which we*

are integrated into the second nature of our lifeworld". Denne presiseringen av definisjonen av anerkjennelsesbegrepet i Honneths anerkjennelsesteori kan sies å omfatte fem kjennetegn, og det er handling, respons, dannelse, rasjonalitet og moralitet (Lysaker, 2013).

Anerkjennelse viser seg å være et flerdimensjonalt begrep, og det innebærer at det utdifferensierer tre ulike, men sammenhengende anerkjennelsesformer, som henholdsvis kjærlighet, respekt og ytelse.

Anerkjennelse som kjærlighet er et antropologisk begrep, og det betyr at kjærlighet er et grunnleggende behov som alle mennesker er avhengige av å få tilfredsstilt. Kjærlighetsbasert anerkjennelse er således en mulighetsbetingelse både for det å være et menneske og skulle utvikle ens egen personlighet. I Honneth anerkjennelsesteori om respekt, handler det om "*moral respekt*" og "*legal respekt*", samt likhet og verdighet. Anerkjennelse som respekt innebærer en gjensidig relasjon hvor igjennom de samhandlende subjekter innehar normative forpliktelser overfor hverandre (Lysaker, 2013). Honneth tar utgangspunkt i menneskenes behov for gjensidig anerkjennelse, og han mener at det vi trenger er gjensidig anerkjennelse for å kunne utvikle vår identitet, oppnå et godt selvforhold, som gjør det mulig for selvrealisering, og det å leve et godt liv i fellesskap med andre. Begrepet *selvrealisering* for Honneth handler om å realisere seg selv i relasjoner til andre, ikke uavhengig av andre mennesker. Personlig identitet har en intersubjektiv struktur, det vil si at det er tilgjengelig, erkjennbart og forståelig for andre personer, at det har karakter av allmenngyldighet. Dette kan forklare en "*viss tvang til gjensidighet innebygd i anerkjennelses-relasjonene*". I Honneth sin teori, spiller denne gjensidigheten en viktig rolle (Honneth & Holm-Hansen, 2008).

Den tredje og siste form for anerkjennelse i Honneth sin teori betegner han som ytelse (engelsk: *esteem*, eller *achievement principal*), men også som verdsettelse eller solidaritet. Det innebærer at ethvert samfunnsmedlem må få innfridd muligheten til å erfare seg selv som anerkjent ut fra egne egenskaper og bidrag, samt at disse oppfattes som verdifulle for samfunnet. Her forstås en persons ytelse som et solidarisk bidrag til et fellesskap, og som dette fellesskap kan velge å verdsette ved å anerkjenne bidragsyteren (Lysaker, 2011).

Honneths anerkjennelsesteori handler også om den moralske grammatikken i sosiale konflikter, hvor det kjempes om anerkjennelse, "anerkjennelseskamper" (Honneth & Holm-Hansen, 2008). Honneth definerer "anerkjennelseskamper" som menneskets kamp om anerkjennelse for de verdier som mennesket tilskriver seg selv. Disse kampene er moralsk motivert, og er drevet av menneskets manglende opplevelse av sosial anerkjennelse. Betegnelsen kamp betyr at

anerkjennelse ikke er gitt på forhånd, men at anerkjennelse er noe som må kjempes for. En anerkjennelseskamp resulterer i innfrielsen av ethvert samfunnsmedlems behov for å leve et menneskeverdig liv (Lysaker, 2013).

Mennesket er moralsk sårbare og krenkbare, derfor vil brudd på forventninger om anerkjennelse oppleves som krenkelser og kan ødelegge identitetsutviklingen og skade selvforholdet. Anerkjennelse kan forstås og beskrives innenfor anerkjennelse i nære relasjoner, rettslig anerkjennelse og sosial verdsettelse (Honneth & Holm-Hansen, 2008). Anerkjennelse i nære relasjoner handler om hvordan vi som mennesker er avhengig av hverandre å utvikle en egen bevissthet og fremstå som selvstendige. En anerkjennende relasjon skjer i møtet mellom to, hvor begge opplever anerkjennelse i kraft av likeverdighet og gjensidig verdsettelse som er grunnleggende for et menneskes selvaktelse. Den gjensidige forståelsen som skapes og utvikles i relasjonen, rammer inn relasjonen og skaper grunnlaget for anerkjennende væremåter. Honneth viser til at den rettslige anerkjennelse gir hvert menneske tegn på sosial respekt og inklusjon, og denne formen for anerkjennelse er en forutsetning for personens utvikling av selvrespekt (Karlsson & Borg, 2017).

Honneths anerkjennelsesteori egner seg til å forklare og forstå sosiale endringsprosesser i lys av de normative fordringene som er nedfelt i gjensidige anerkjennelsesrelasjoner.

Det handler om gjensidige anerkjennelse, for det er gjennom interaksjonen i utformingen og oppfølgingen av behandlingen, at relasjonen kan tolkes som anerkjennende eller krenkende, og dette vil ha konsekvenser for en tilnærming som fremmer eller hemmer brukermedvirkning. Teorien bidrar til å kunne utforske brukernes opplevelser og meninger (Honneth & Holm-Hansen, 2008).

3 Metode og metodiske overveielser

Dette kapitlet vil vise oppgavens forskningsmetodiske forankring og fremgangsmåte.

Kapitlet innledes med en beskrivelse av vitenskapelig grunnlagstenkning før studiens design sammen med en redegjørelse for hvordan datamaterialet er samlet inn og analysert.

3.1 Vitenskapelig kunnskap. Kvalitativ design

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

Malterud (2017) snakker om to grunnleggende vitenskapelige paradigmer som rommer motsatser i måter å forstå kunnskap, sannhet og vitenskapelig tenkning på. Det første paradigmet, det fortolkende, har en grunnforståelse om at verden kan oppfattes i ulike versjoner avhengig av den enkeltes ståsted. Her bruker jeg en *induktiv* tilnærming, som innebærer at vi trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. Det subjektive både anerkjennes og undersøkes. Det står i motsetning til det positivistiske paradigmet med en grunnforståelse av verden som bestående av stabile fenomener som kan observeres, måles og sammenfattes som objektive fakta (Malterud, 2017).

Problemstillingen i denne studien utforsker brukeren sin erfaring/opplevelse av personlig myndiggjøring og hvordan brukerne erfarer at tjenesten møter og støtter dem i deres personlig myndiggjøringsprosess. Derfor, fant jeg kvalitativ metode hensiktsmessig fordi menneskelige erfaringer og opplevelser er en type kunnskap som ikke kan telles eller måles, men som fordrer utforskning ved metoder som gir mulighet for innsikt og forståelse (Malterud, 2017).

Når man skal gå i dybden på opplevelser, erfaringer og betydning er kvalitativ forskningsmetode mest hensiktsmessig, og vil dermed være det rette designet for dette studiet (Thagaard, 2018).

Metoden som jeg benytter er et semistrukturert intervju som kan gi rom for utforskning og utdypende erfaringer, meninger og synspunkter av brukererfaringene fra den polikliniske behandlingen. Malterud (2001) mener at intervjuer med enkeltpersoner er godt egnet når en skal fordype seg i temaer som krever ettertanke. Malterud (2001) fremhever at kvalitativ forskningsmetode fyller de tradisjonelle kravene til vitenskapelig kunnskapsutvikling når det gjelder systematikk, validitet, relevans og refleksivitet.

3.2 Hermeneutikk og fenomenologi

Denne studien beskriver en fenomenologisk-hermeneutiskmetode for å undersøke levd erfaring, og tolking av intervjuetekster. Med en fenomenologisk tilnærming og min personlige bakgrunn utfordringen var det å kunne forstå og tolke informantenes erfaringer, slik de var ”i seg selv” og ikke ”skapt i mitt bilde” (Kvale & Brinkmann, 2018).

Erfaringer og opplevelser fra brukere ved en poliklinikk DPS kommer til uttrykk i fortellende intervjuer som blir tatt på bånd, så transkribert og dermed blir til tekst som skal tolkes. Formålet med denne studien var å utforske og forstå brukernes opplevelser og erfaringer ved et Poliklinikk Distrikts Psykiatrisk Senter (DPS).

” *Fenomenologi fremstilles ofte som læren om det som kommer til syne og viser seg*”. I fenomenologi, rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjekt, ikke på verden uavhengig av subjektet (Thornquist, 2018).

Edmund Husserl var en tysk-østerisk filosof, kjent som grunnleggeren av fenomenologien. Filosofiens hovedbegrep er ”fenomen”, definert som ”tingene slik de kommer til syne for oss”. Fenomenologiens mål er å beskrive ”det meningsbærende fenomenet i den menneskelige erfaringen”. En fenomenologisk forutsetning for forståelse er å sette tidligere kunnskap i parentes (bracketing), for derved å rette kritisk oppmerksomhet mot den aktuelle subjektive erfaring i lys av individets ”livsverden” (Malterud, 2017). Livsverden er Husserls begrep på den konkrete verden vi lever i. Fenomenologi omfatter forståelse av menneskers subjektive erfaringer og bevissthet, og i nyere tid påpekes en hermeneutisk vending i Husserls fenomenologi ved at menneskets historisitet introduseres: en fenomenologisk-hermeneutisk tradisjon utvikles (Thornquist, 2018).

I kvalitativ forskning er fenomenologi mer bestemt begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra personens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter. I følge Merleau-Ponty (1962) dreier det seg om å beskrive det gitte så presist og fullstendig som mulig, snarere enn å forklare og analysere (Kvale & Brinkmann, 2018).

Spiegelberg (1982), skriver om det ”*å kaste seg ut i beskrivelser før en har forstått det som beskrives, er en av det største fenomenologiske fallgruvene*”. Det gjelder å ikke komme til sakene med fordommer, fiks ferdige kategorier og teorier, men la det selv komme til uttrykk (Thornquist, 2018).

Kvalitative forskningsmetoder bygger på det fortolkende paradigmet som rommer teorier om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2017).

Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Hermeneutikken kan hjelpe oss med å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist, 2018).

Hans-Georg Gadamer var en tysk filosof som regnes å være den mest sentrale hermeneutiske teoretiker; han gjør oppmerksom på betydningen av de historiske og individuelle forutsetninger mennesker har med seg, som bevisste og ubevisste deler av sitt tolkningsgrunnlag (Polifroni &

Welch, 1999). For Gadamer, er et av de grunnleggende problemene ved hermeneutikk å gi objektivitet til tolkning, uavhengig av historiske konteksten der den utføres og uavhengig av den som reflektere og analysere. Gadamer snakker også om den ”hermeneutiske sirkel” hvor alle delene som er involvert bør forstås ut fra helheten, og helheten bør forstås eller fortolkes ut fra delene. Akkurat som en sirkel, med et gjensidig utvekslingsforhold mellom deler og helhet, slik forandres og utvides vår oppfatning og forståelse. Det er et gjensidig utvekslingsforhold mellom deler og helhet og hver gang vi forstår en del av materialet, er vår oppfatning påvirket av helheten som igjen påvirker vårt syn på delene, osv. Prosessen er preget av utvikling og fordypning av meningsforståelse ved hver bevegelse mellom del og helhet. Derfor, mener flere at den hermeneutiske spiral er et mer beskrivende begrep på prosessen. Hermeneutiske bevissheten hjelper oss å finne ut hva slags spørsmål er verd å stille når vi tolker en tekst; bevisstgjøre våre egne oppfatninger, og å la denne bevissheten være en del av prosessen (Thornquist, 2018).

Gadamer sier i kapittelet ”*The universality of the Hermeneutical Problem*”, at det er ikke så mye våre dommer som karakteriserer oss som menneske, men det er våre fordommer som utgjør vårt vesen. Derfor, når en tolker intervjuetekster baser på levd erfaring er viktig å være bevisst at en kommer med fordommer som er del av våre tanker og erfaringer og prøve å være objektivt, og å skape en felles forståelse (Polifroni & Welch, 1999).

For å redusere muligheten for at egne erfaringer og holdninger vil påvirke eller forstyrre det empiriske materialet i studien, har undertegnede fulgt Malteruds (2017) oppfordring om ”selvangivelse”, og refleksjonene er med gjennom i alle delene av forskningsprosessen.

3.3 Egen faglig forforståelse

Det å få denne muligheten til å utforske brukererfaringer fra poliklinisk behandling ved DPS er spennende, engasjerende, men også utfordrende fordi jeg selv har gjennomført min kliniske praksis i en lignende poliklinikk i Romania hvor den medisinske modellen sto sentralt i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser.

Malterud (2017) bruker metaforen «ryggsekk» for å beskrive det at vi som forskere bringer vår erfaring med oss inn i forskningsprosjekter som kan påvirke hvordan vi samler data, leser og tolker.

I tråd med anbefaling fra Malterud (2017) har jeg derfor i forkant av undersøkelsen gjort opp min egen «selvangivelse», hvor jeg har reflektert over mine fordommer og rundt eget ståsted

og mulige bias. Tanken er å vektlegge en refleksiv prosess gjennom hele forskningsprosessene for å ha et mest mulig bevisst forhold til eget materiale, samtidig å ha en økt selvbevissthet og forståelse for egne utfordringer (Malterud, 2017).

Avgjørende i min forforståelse er ønsket om å forstå hva som er viktig for brukere for å øke Empowerment og hvordan brukere opplever støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring.

Det som jeg har merket gjennom mine erfaringer og det som viser tidligere forskning er at brukere kan ha svært ulike utgangspunkt, ønsker og forventninger til behandlingen. Noen kan ha en relativ avgrenset psykisk problematikk som lett kan la seg i en behandlingsplan, med et effektivt samarbeid mellom bruker og behandler. Mens andre kan være i en vanskelig eller komplisert livssituasjon hvor psykisk lidelse utgjør en del av et større bilde som kan inkludere flere faktorer som for eksempel: relasjonelle, økonomiske og yrkesmessige utfordringer. Dette kan gjøre det vanskelig å finne en felles målsetting for behandlingen, et strukturert behandlingssamarbeid, og ikke minst etablere et godt og effektivt samarbeid (Biringer et al., 2017; Helsedirektoratet, 2014b).

3.4 Utvalg og rekruttering

Opgavens forskningsdesign var formet av ønsket om å frembringe kunnskap om brukernes erfaringer med myndiggjøringsprosesser fra poliklinisk praksis (DPS).

Før jeg startet med rekrutteringen av informanter til undersøkelsen, ble det overveid hvordan selve rekrutteringen skulle foregå, dermed hadde jeg sammen med personalet fra DPS et møte hvor det ble drøftet hvordan ser vi for oss utvalget og rekrutteringsprosessen.

Informantene er pasienter ved en lokal poliklinikk DPS. Informantene ble rekruttert via et helsepersonell i den aktuelle poliklinikken som har mye kontakt med pasientene. Pasientene ble informert om studien individuelt, enten via telefon eller i personlig møte. Det ble valgt å rekruttere på denne måten for å sikre oss at informantene er godt informert om studien, om deres rettigheter, og at det har forstått hva det innebære for de å delta, før de undertegner på samtykkeerklæringen.

Det viktige i studien var å finne deltakere som kunne bidra til ny kunnskap om mitt tema (Malterud, 2017). Målsettingen med studien var at materialet skulle skaffe nyanserte beskrivelser av den intervjuedes livsverden gjennom ord og belyse ulike sider av problemstillingen som ble reist (Kvale & Brinkmann, 2018). Et strategisk utvalg ble gjort i denne studien, det vil si at det ble valgt informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner

som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018).

Inklusjonskriterier for intervjuene var at den som skulle intervjues var pasienter over 18 år, med en alvorlig psykisk lidelse, og som er eller var under poliklinisk behandling som beskriver seg å være Recovery orientert.

Utvalget bestod av seks informanter, 4 menn og 2 kvinner, mellom 25 og 50 år. Alle har en alvorlig psykisk lidelse og har vært i behandling på DPS i flere år. Når det gjaldt utvalgets størrelse, var det vanskelig på forhånd å bestemme nøyaktige antall deltakere. I prosessen med rekruttering av deltakerne har størrelsen på utvalget vært vurdert i forhold til metningspunktet og oppgavens omfang (Thagaard, 2013). Samtidig vil jeg også begrunne antall deltakere med hensyn til "Information power" som indikerer at jo mer informasjon utvalget har som er relevant for studien, desto lavere mengde deltakere er nødvendig (Malterud K., 2016).

3.5 Datainnsamling. Gjennomføring av intervjuene.

Studien ble presentert til enhetsleder på Mestringspoliklinikken på DPS sommeren 2020.

Videre sendte jeg en skriftlig søknad til leder av Forsknings og undervisningsavdelingen ved DPS. Etter jeg fikk svar fra REK og godkjenning fra NSD, kunne jeg starte med intervjuene.

For data innsamling ble det brukt lydopptak samt en notatbok for å kunne dokumentere forskjellige ansiktsuttrykk, bevegelser og annet som ikke lydopptakeren kunne fange opp. Dette ble gjort på en forsiktig og diskret måte, slik at flyten i samtalen ikke ble avbrutt. For å øke dataenes pålitelighet prøvde jeg å organisere intervjuene likt. I intervjusituasjonen, brukte jeg kunnskap om studiens tema og om kvalitativ forskning, samt med intuisjon til å reflektere over metodiske tilnærminger, og prøvde å unngå en rekke generelle rutiner (Kvale & Brinkmann, 2018).

Kvale & Brinkmann (2018) anbefaler at intervjuet blir innledet med en briefing. Jeg valgte å følge denne anbefalingen; jeg presenterte meg og klargjorde min rolle og hensikten med prosjektet. Alle informantene hadde på forhånd fått informasjon om prosjektet gjennom informasjonsskrivet, men jeg avklarte også hvordan intervjuet skal gjennomføres, taushetsplikt, opptak, behandling av opplysningene og tidsaspekt med informantene i forkant av intervjuene for å skape kontakt og trygghet (Kvale & Brinkmann, 2018).

I følge Kvale & Brinkmann (2018), er et intervju en relasjon mellom to deltakere og informasjonen som kommer ut av intervjuet er avhengig av relasjonen mellom disse to. Både intervjueren og den som blir intervjuet påvirker hverandre. Det er flere forhold som kan påvirke

relasjonen og flyten i intervjusituasjon som f. eks. alder, bakgrunn, kjønn, det å kunne tone ned med å bruke likt språk, hverdagsuttrykk, en uformell stemning. Videre er det snakk om sensitive temaer noe som gjør at intervjueren og den som blir intervjuet stiller ulikt, som ”frisk” og utenforstående, og den som er intervjuet som ”psyk”, dette kan være en subjektiv følelse av maktforskjell (Kvale & Brinkmann, 2018).

Intervjuene ble gjennomført på et møterom på poliklinikken DPS. Dette var et sted som var lett å finne frem til, et rolig rom som informantene kjenner godt og som de kunne oppleve som betryggende i intervjusituasjonen, dette kan være med på å påvirke hvor åpne og ærlig de svarer på spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2018).

Når det gjelder tidspunktet for gjennomføring av intervjuene, valgte jeg å la deltakere å komme med forslag. Dette fordi noen av informantene er i jobb.

For å skape en fortrolig og tillitsfull atmosfære, forsøkte jeg å vise engasjement og støtte under hele intervjuet på en slik måte at informantene skulle føle seg trygge og ønske å dele sine erfaringer, med å være oppmerksom på å observere kroppsspråk knyttet til ubehagelige følelser og når jeg observerte dette, forsøkte jeg å vise forståelse ved å validere den følelsen og at jeg forstod at teamet var vanskelig, og når dette skjedde, kunne informantene ta en pause, hvis de trengte det (Thagaard, 2018).

I denne undersøkelsen ble det gjennomført 6 intervjuer med varighet fra 20 til 55 minutter. Et pilotintervju ble ikke foretatt i denne studien, men intervjuene merket progresjon etter hvert intervju. Justeringene ble tatt etter å ha gjennomført og lyttet til det første intervjuet og etter drøfting med min veileder etter de første 3 intervjuer. Justeringene som ble foretatt gjorde spørsmålene enda tydeligere for informantene og mer rettet mot at intervjupersonen kunne presentere erfaringer på de sentrale temaene i prosjektet. Kvale og Brinkmann (2018) argumenterer for at desto bedre intervjueren er forberedt desto høyere blir kvaliteten på den kunnskapen som blir konstruert under intervjusituasjonen. Ved begynnelsen av intervju nummer 3, startet ikke lydopptakeren. Det ble oppdaget etter ca. 3 minutter, og da gjentok jeg det som ble sagt og informanten bekreftet, i stedet for at informanten skulle starte på nytt, dette for å unngå ubehag hos informanten.

Undertegnede gjennomførte alle intervjuene med utgangspunkt i en semi-strukturert intervjuguide. Det ble forsøkt å stille spørsmål som var klare, enkle og korte, samtidig det å snakke til informantene klart og forståelig. Det ble ikke brukt akademisk språk eller faglig sjargong. Informantene kunne snakke ut, og i sin egen tenke- og snakkehastighet, det ble etterstrebet å lytte aktivt til innholdet av det som blir sagt, lytte til den emosjonelle beskjeden i

det intervjupersonen sier, ikke bare høre det som blir sagt, men også hvordan det blir sagt. I følge (Kvale & Brinkmann, 2018), disse kvalifikasjoner som er nevnt, er formulert i sammenheng med et fenomenologisk livsverdenintervju, og som kan føre til gode intervjuer i den forstand at de produserer rikholdig kunnskap og etisk sett skaper en positiv situasjon for informantene (Kvale & Brinkmann, 2018).

Intervjuguide tok utgangspunkt i åpne hovedspørsmål med utdypende oppfølgingsspørsmål og alle spørsmålene var forankret i forskningsspørsmålet. Jeg har forsøkt å unngå ledende spørsmål, negative formuleringer, ja/nei spørsmål med mindre det var en presisering og «hvorfor» spørsmål som kunne føre til lite valide konstruksjoner hvis intervjupersonen ikke hadde noen mening eller kunne føre til defensivitet- følelse av å måtte forsvare valg og holdninger (Thagaard, 2018).

En av fordelene med bruk av semi-strukturert intervjuguide er at en har muligheten for å improvisere med oppfølgingsspørsmål basert på svaret du får av informanten (Kallio, Pietilä, Johnson, & Kangasniemi, 2016).

Hovedspørsmålene i intervjuguiden var rettet mot at intervjupersonen kunne presentere erfaringer og synspunkter på de sentrale temaene i prosjektet. Oppfølgingsspørsmål oppfordret intervjupersonene til å uttrykke seg mer konkret om spesifikke erfaringer. Oppfølgingsspørsmålene kompenserer for at det er store forskjeller med hensyn til hvor åpent personer uttrykker seg når de blir intervjuet (Thagaard, 2018).

Avslutningsvis ble det stilt spørsmål om det var andre ting jeg ikke hadde spurt om som de ønsket å si noe om for å avslutte mer nøytralt følelsesmessig.

Kvale & Brinkmann (2018) anbefaler at forsker etter intervjuet følger opp med en debriefing, Informantene ble spurt om hvordan de opplevde å bli intervjuet for å få kjennskap til om de selv trodde det ville oppstå følelsesmessige reaksjoner i etterkant av intervjuet. Alle informantene sa at de ikke opplevde intervjusituasjonen som ubehagelig, og noen av dem hadde deltatt på forskningsintervju før.

3.6 Transkribering.

Transkribering er fortolkningsprosessen hvor tale blir til tekst. Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse. I en transkripsjon blir samtalen mellom to mennesker som er fysisk til stede, abstrahert og fiksert i skriftlig form, og når intervjutranskripsjonene er foretatt, er man tilbøyelig til å betrakte

dem som de egentlige grunnleggende empiriske data (Kvale & Brinkmann, 2018).

Det finnes flere måter å registrere intervjuer på med henblikk på senere dokumentasjon og analyse. Det som ble brukt i denne studien er en digital lydopptaker. Den ble brukt under alle seks intervjuene. Lydopptakeren har blitt testet før starten av hvert intervju for å sikre at alt fungerte som det skulle. Det positive med lydopptaker er at intervjueren kan konsentrere seg om intervjuets emne og dynamikk, ordbruk, tonefall eller pauser blir registrert, slik at man igjen og igjen kan gå tilbake og lytte (Kvale & Brinkmann, 2018).

Opptakene ble overført og lagret direkte til personlig datamaskin med kode, og avspilt med henblikk på analyse og transkribert ved hjelp av Nvivo12. Intervjuene ble så slettet fra båndopptakeren. Navnet på de intervjuede ble så byttet ut med tall fra 1-6 under transkribering. Når prosjektet er slutt, vil alle data slettes.

Etter at transkriberingen var gjennomført så leste jeg gjennom datasettet og opptakene to ganger, først og fremst for å bli godt kjent med materialet, men også for å sjekke at ingenting var utelatt eller sitert feil, for å sikre kvaliteten. Det ble notert momenter som er av betydning for meningen i teksten, metadata som f. eks. informasjon om situasjonen rundt intervjuet, kroppsspråk, egne opplevelser, refleksjoner rundt intervjusituasjonen helhetlig, hendelser underveis, samt muligheten til å oppklare uklarheter som framkom. Dette styrker validiteten i analysearbeidet (Malterud, 2017).

3.7 Fremgangsmåte for dataanalysen

Hensikten med en kvalitativ studie er at det utvikles ny kunnskap som kan utvide eller utfordre kunnskapsgrunnlaget på et felt. Kvalitative data inneholder en stor mengde informasjon, en filtrering er derfor nødvendig for å velge ut tekstdeler med mulig kunnskapskraft. Det er viktig med lojalitet ikke bare til meningsinnhold i deltakeres utsagn, men også å inkludere forståelse av meningene i den sammenheng de fremkommer.

Intervjuer er tatt opp digitalt og som støtte i analysearbeidet ble det brukt NVivo12.

Fortolkningsmetode som er brukt er Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse som rammeverk og metoden samsvarer med et fenomenologisk-hermeneutisk forskningsdesign.

Kvalitativ innholdsanalyse er en metode som egner seg når hensikten er å beskrive og analysere variasjon og identifiserer både et manifest og et latent innhold av teksten. En tekst innebærer alltid flere betydninger, og det er alltid noen grad av tolkning når man nærmer seg en tekst. Dette er en viktig sak når vi diskuterer troverdigheten til funn i kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

Manifest innhold fokuserer på og beskriver det synlige, det åpenbare innholdet i en tekst, mens i det latente innholdet innebærer en tolkning av den underliggende betydningen av teksten. Både manifest og latent innhold handler om tolkning, men tolkningen varierer i dybde og abstraksjonsnivå (Graneheim & Lundman, 2004).

Innholdsanalysen startet med å lese gjennom hele transkriberingen flere ganger slik at jeg fikk et helhetlig bilde av innholdet. Under analysen av teksten lettet jeg etter likheter og forskjeller i dataene, det ble en bevegelse fram og tilbake. Første steg i innholdsanalysen var å finne meningsenheter i teksten, det vil si ord, setninger og avsnitt som relaterer til samme mening og som har betydning sett mot studiens hensikt og problemstilling. Meningsenhetene er hentet fra transkriptet og utgjør grunnlaget videre for analysen.

Når dette var gjort, var neste steg det å forkorte eller å kondensere meningsenhetene, dette refererer til en prosess som gjør teksten kortere og lettere håndterlig, mens det sentrale innholdet bevares. Under etablering av meningsenheter og kondensering, har jeg forholdt meg til tekst uten å tolke denne.

Tabell 1: Et eksempel fra meningsenhet til kondensert meningsenhet

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter
det må jo være samtalene, og de å ha noen, kalle hjelper på en måte, som ikke er venner eller familie, helt utenfor familie og venner...ja,...så er det egentlig noe å snakke med ...da , og det som jeg sa...det å ha sånn åpen dialog.	Åpne dialoger med noen andre enn familie.

Et kjennetegn ved kvalitativ innholdsanalyse er at metoden fokuserer på emnet og konteksten, og vektlegger forskjeller og likheter mellom koder og kategorier. Metoden behandler både manifest og latent innhold i teksten. På dette steget i prosessen er det viktig at kjernen i det *manifeste innholdet*, de uttalte ordene, bevares. Manifest innholdet er det teksten snakker om. Neste steg var å fortolke det kondenserte innholdet slik at den underliggende meningen, det latente innholdet kommer frem. Det kondenserte, *latente innholdet* ble abstrahert til kategorier og temaer. Merking av en kondensert meningsenhet med en kode tillater forskeren å reflektere over sine data på nye og forskjellige måter. En kode er en kortfattet beskrivelse av innholdet i en kondensert meningsenhet (Graneheim & Lundman, 2004). Videre i analyse prosessen, begynte jeg å sortere alle kondenserte meningsenhetene og samlet de i underkategorier, og de etablerte underkategoriene ble samlet til kategorier. En kategori svarer på spørsmålet «Hva?»

og kan identifiseres som en tråd gjennom kodene, disse kategoriene bør være uttømmende og gjensidig utelukkende, det betyr at ingen data faller mellom to kategorier eller passe inn i mer enn en kategori (Graneheim & Lundman, 2004).

Etter kategoriene er blitt etablert, søkte jeg etter latent innhold og formulert temaer. Denne fasen var en utfordrende prosess hvor jeg diskuterte kategoriene med min veileder for å formulere temaene. I kvalitativ innholdsanalyse er tema beskrevet som en "rød tråd" som går gjennom flere kategorier som gir mening til et gjentatt erfaring eller emne. Temaer er abstrakte og derfor vanskelig og utfordrende å fange. Temaet kan være under tekstenes overflate, men når det er identifisert, ser det ut til å være åpenbart (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017).

3.8 Resultatets troverdighet gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Forskningsfunn bør være så pålitelige som mulig, og bør evalueres i forhold til prosedyrene som brukes til å generere funnene. I kvalitativ forskning har begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet blitt brukt til å beskrive ulike aspekter av troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

Troverdighet.

Troverdighet handler om forskningens fokus og refererer til tillit til hvor godt data og analyseprosesser adresserer ønsket fokus. Første spørsmål som oppstår og som handler om troverdighet er når man tar en beslutning om fokuset på studien, valg av kontekst, utvalget og tilnærming til datainnsamling. Viktig for å etablere troverdighet er å velge den mest hensiktsmessige metode for datainnsamling og datamengden (Graneheim & Lundman, 2004).

I forsøk på å øke studiens troverdighet er informantene rekruttert strategisk og spørsmålene i intervjuguiden planlagt nøye. Det vil si at jeg har forsøkt å unngå spørsmål som er ledende og lukket, som kunne påvirke svarene fra informantene. Gjennom intervjusituasjonene, har jeg forsøkt å fremstå åpent og tillitsfullt, slik at informantene forhåpentligvis følte de kunne svare så ærlig som mulig. Det ble brukt båndopptak for å ivareta den originale intervjuteksten, slik at data ikke ble fullt så avhengig av min rekonstruering av utsagn som ble skrevet under intervjuene.

Gyldigheten til forskningsfunn handler også om hvor godt kategorier/undertema og tema dekker data. Det vil si at jeg har prøvd at ingen relevante data er utilsiktet eller systematisk ekskludert eller at irrelevante data inkludert (Graneheim & Lundman, 2004).

Pålitelighet

I kvalitativ forskning handler det om pålitelighet av tolkninger. Det å etablere argumenter for de mest sannsynlige tolkninger. I denne fasen når kategorier opprettes, er det en stor utfordring å bestemme hvilke koder og støttende sitater fra den opprinnelige teksten som skal inkluderes i en kategori. Dette er et spørsmål om pålitelighet (Graneheim et al., 2017). For å ivareta påliteligheten, har jeg presentert fremgangsmåten for dataanalyse. En annen utfordring til pålitelighet er at intervjuene samvirkes mellom forsker og intervjuobjektet, og mellom teksten og forskeren i analyseprosessen. Dette kan påvirke måten spørsmålene blir spurt på, hvilke oppfølgingsspørsmål som stilles og hvordan intervjuernes fortellinger blir tolket videre (Graneheim et al., 2017).

Kvale & Brinkmann (2015) legger vekt på validitet som håndverksmessig kvalitet i kvalitativ forskning. Det handler om mer enn bare hvilke metoder som blir benyttet, det handler om forskeren som person og hans/hennes moralske integritet og praktisk klokskap i studien. Forskernes forforståelse er redegjort for under Egen faglig forforståelse i kapittel 3.3.

Overførbarhet

Hvis resultatene av en intervjuundersøkelse vurderes som pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om resultatene primært er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2018). Det vil si at overførbarhet refererer til i hvilken grad funnene kan overføres til andre grupper og settinger. For å legge til rette for overførbarheten er det verdifullt å gi en tydelig beskrivelse av kontekst, utvalg og karakteristikker av informantene, datainnsamling og selve analyseprosessen. En rik og sterk presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil også øke overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004).

Jeg har forsøkt å gi en klar og tydelig beskrivelse av studien under metode kapitlet som gir leseren grunnlag for å vurdere studiens overførbarhet. I presentasjonen av studiens funn har jeg trukket fram flere sitater, slik at leseren får innsikt i hva informantene beskrev, og variasjon av datafunn ble ivaretatt ved å vise til hvem av informantene som har sagt hva. Dette vil også styrke studiens overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Studien har sin klare begrensning med tanke på overførbarhet i og med at jeg har valgt å fokusere på kun et DPS. Poliklinikken ved DPS yter samtidig tilbud til mennesker bosatt i fire kommuner på Vestlandet.

3.9 Forskningsetiske vurderinger

I det følgende presenteres det noen etiske betraktninger og utfordringer som aktualiseres i forskningen.

Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013) trekker frem hvordan ekstra sårbare grupper skal tillegges særlig beskyttelse når de deltar i forskning. Helsinkideklarasjonen fremhever ved forskning særlig vekten på frivillighet, informasjon og vern om integritet. Et avgjørende prinsipp for å kunne ivareta respondentenes integritet er det frivillige informerte samtykket.

(Malterud, 2017) fremhever nødvendigheten av å bevare respekten for deltakere i forskningen i presentasjon og formidling av resultater. Forskeren skal være varsom med å bruke sitater som kan latterliggjøre eller være sårende.

De retningslinjene som tradisjonelt diskuteres i forhold til etiske retningslinjer og som gjorde seg gjeldene i denne oppgaven var informert samtykke, fortrolighet og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2018). Informantene var rekruttert via helsepersonalet ved poliklinikk DPS. Deltakere i forskning kunne alltid trekke seg fra studien på en enkel måte. De var godt informert om studien og om sine rettigheter, samt hvilken risiko, nytte og eventuelle ulemper studien kan ha for dem, og at de har forstått dette før de hadde undertegnet på samtykkeerklæringen (WMA Declaration of Helsinki, 2013).

Denne undersøkelsen av brukererfaringer ved DPS poliklinikk er vurdert av REK nord i vedtak av 04.11.2020, deres referanse 185705. REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført uten godkjenning fra REK (vedlegg nr. 10.1).

Personvernombudet for forskning (NSD) har imidlertid både vurdert og godkjent undersøkelsens rammer og hensikt inkludert intervjuguide samt oppbevaring av datamateriale og personopplysninger (vedlegg nr. 10.2).

Ledelsen ved DPS poliklinikk har godkjent prosjektet via e-post. I denne undersøkelsen er informert samtykke sikret ved skriftlig informasjon i brev med forespørsel om intervju, og påfølgende samtykkeerklæring ved oppmøte, samt frivillighet for deltakelse ble understreket for deltakere.

Det er et viktig etisk prinsipp at deltakere i undersøkelser skal kjenne et prosjekt godt nok til å kunne vurdere konsekvensene av egen deltakelse samt kjenne retten til å trekke seg fra

deltakelse ved et hvert tidspunkt (Malterud, 2017). Informasjon om studien ble derfor gjentatt muntlig ved oppmøte til intervju og det ble gitt mulighet for spørsmål om studien.

I intervjusammenheng var mitt fokus på den enkelte informants frivillighet og integritet. Jeg har vurdert eventuelle konsekvenser for den enkelte i forhold til prinsippet om ikke- skade (Kvale & Brinkmann, 2018). Selv om spørsmålene var utformet på en nøytral måte, ble det ved et par anledninger allikevel vekket både vonde minner, og ubehagelige følelser, under samtalen. Det ble snakket om det og hvis informantene i løpet av samtalen trengte pause, ble dette avklart før selve intervjuet. Alle informantene ga ved avslutning av intervjuene uttrykk for at det hadde vært fint og spennende å delta i undersøkelsen. Den endelige studien inneholder ikke utsagn, spor som kan røpe informanters identitet, og det samme gjelder behandlere ved DPS.

4 Resultater/Funn

I dette kapittelet presenteres studiens resultater. Ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse Graneheim and Lundman (2004) har jeg sammenfattet funnene fra intervjuene i 5 hovedtema.

Brukerne beskrev «Innflytelse over eget liv» og «økt mestring» som viktig i deres personlige myndiggjøringsprosess.

De beskrev videre at «å bli møtt med anerkjennelse», «ressursorientert holdning» og «å åpne dialoger» støttet dem i arbeidet mot personlig myndiggjøring.

I Tabell 2. presenterer kategorier og tema.

Tabell 2 Kategorier og tema

Kategorier	Tema
Opplevelse av glede og energi i livet	Innflytelse over eget liv
Ha et normalt liv parallelt til behandling	
Helsefremmende tilnærming	
Læring	Økt mestring
Kjenne seg selv	
Bearbeide	
Lengsel etter å forstå	
Behovet for å bli sett	Bli møtt med anerkjennelse
Respekt	
Likeverd	
Bli sett og hørt	
Omsorgsfull/kjærlighet	

Lengselen etter anerkjennelse	
Ha troen på brukeren sine ressurser	Ressursorientert holdninger
Få fram brukeren sine ressurser	
Relasjoner	Åpne dialoger
Sosiale samlinger/Samtaler	
Kontinuitet i behandling	
Kontinuitet i relasjoner	

Hele analyseprosessen er presentert som vedlegg i **Tabell 3 Analyseprosessen fra meningsenhet til tema.**

Videre i kapittelet blir funnene fra intervjuene nærmere presentert. Ut i fra samtalene, var inntrykket mitt at de som deltok i studien gjerne ville snakke om sine erfaringer fra DPS basert på et ønske om å bidra til et godt behandlingstilbud, og selv om de hadde et langt behandlingsforløp, var de stolte av å beskrive deres myndiggjøringsprosess og hva som har vært viktig for dem i prosessen.

Samtalene gikk i hovedsak ganske lett og uanstrengt, men også tidvis med mer såre følelser relatert til egne erfaringer fra sykdoms og behandlingsperioden og fra livet. Intervjuguiden var nyttig for å strukturere samtalen og for å sikre at alle ble spurt de samme spørsmålene.

4.1 Innflytelse i eget liv

Dette temaet svarer på forskningsspørsmål nr.1 om hva brukere erfarer som viktig i deres myndiggjøringsprosess. Å starte behandlingsforløpet var en positiv opplevelse for alle. Informantene sier at de opplevde at behandlingen var ”vanvittig” god. Alle 6 informantene har kommet inn i behandling når de var i en dårlig og mindre reflektert tilstand og de hadde ikke så mye stemme til å begynne med, men etter hvert følte de at de fikk stemmen tilbake og kunne være med å bestemme. Det å bli hørt og tatt på alvor var viktig og helt grunnleggende for samarbeidet. Brukere følte seg viktige aktører i deres behandlingstilbud.

Godt samarbeid og medbestemmelse ble nevnt hos alle informantene. Å være involvert i beslutninger ga brukeren en følelse av frihet og kontroll.

1: ” jeg tar mye mer ansvar for min egen behandling nå enn jeg har gjort på noen gang”

4:” ble jeg innlagt litt først, men så ble jeg på en måte utskrevet på...jeg sa at jeg vil ikke ta medisiner, men jeg fikk lov å komme her på dagtiden”.

Brukeren selv er med på å bestemme om han/hun skal benytte medisiner eller ikke som en del av sin behandling og spesialisthelsetjenesten sikrer seg at brukeren har den informasjonen han/hun trenger for å kunne ta valg som påvirker behandlingen. Nedtrapping på medisin, eller det å slutte helt på medisin førte til å gjenvinne livet og få mer energi i hverdagen. Prosessen gikk sakte, men sikkert.

1: ” fikk bedre liv etter jeg sluttet på medisin, og då har jeg automatisk fått lit mer glede til å trene...”.

2:” jeg skal ikke si at en vil leve et helt fullverdig liv hvis en er syke, fordi den gjør setter seg på en viss allikevel, men leve litt mer tilnærme på en måtehva skal jeg si....normal da...ja”

Det som viser seg å være viktig for brukere er å kunne leve et liv parallelt til å gå i behandling. Det fleste av informantene forteller at de har fått sin alvorlige diagnose i unge år, og dette har gitt dem et skremmende og håpløst bilde av fremtiden.

Brukere opplever at etter de har begynt behandlingen på DPS har fått en del av livet tilbake, er mer selvstendige og i kontroll i eget liv. Et annet viktig aspekt som var viktig for brukere var det å ha fokus på å fremme livskvalitet og trivsel.

Alle informantene som ble intervjuet har fått en egen plass å bo, enten at de leier ut, eller de har kjøpt selv; en bruker hadde drømt om å reise til New Zealand og det fikk hun gjøre for to år siden og startet en utdanning i fjor høst, og en annen bruker åpnet en kafé etter at hun ble rusfrie.

3: ”jeg har fått et mye bedre liv og klarer å styre livet mye bedre selv, men jeg har fortsatt bruk for hjelp.”

Selv om brukere har fått god hjelp og støtte i deres myndiggjøringsprosess og deres innflytelse i eget liv er høyere nå enn noen gang, har brukeren fortsatt behov for kontakt med poliklinikken.

4.2 Økt mestring

Tema økt mestring har kommet frem og svarer på forskningsspørsmål 1. Brukere beskriver deres behov for læring om sykdommen og hvor viktig det var for dem det å kunne mestre hverdagen, ikke bare når det gjelder husarbeid og jobb, men mestring av problemer og symptomer.

Informantene beskriver det som nyttig det å få kunnskap om sykdommen, håndtere symptomer,

forutse og å kunne forhindre tilbakefall, samt mestre andre utfordringer i hverdagen. Tilgang til informasjon hjalp generelt med å øke forutsigbarheten av sykdomsprosessen og løpet av behandlingen.

2: ”Så er det rett og slett det med mestring men det som er og med mestring som er på en måte litt en nøkkel og, er det at en må komme til det steget der en å tørr å hive seg ut i det og, klarer du ikke ta det steget så klarer du ikke oppleve den eventuelle mestringen heller...hadde jeg ikke gjort det , så hadde jeg ikke fått mestringen”.

Informantene opplever at det å stå i stress situasjoner og tørr å hive seg ut i situasjoner som har vært utfordrende var nøkkelen til å oppleve mestring. Det å kunne klare det, selv om det har vært ubehagelig, har hjulpet dem å til å tilpasse seg en ny situasjon og oppleve mindre stress : ”jeg klarte det, jeg klarte å stå i det selv om det var kjempe ubehagelig, det er gjort og at alle de andre vurderingene nå så er de ikke gruet meg på same måte”.

Informantene mener at behandlingen har hjulpet og lært dem hvordan tenke i utfordrende situasjoner, og på egenhånd klarer å løse situasjoner hjemme når ingen var der for å gi instruksjoner.

2:” jeg har lært en del tekniker og så lært en del ting og hvordan skal jeg tenke, sant? fordi at , i forholdt til alle disse tingene som har vært utfordrende, så kan jo ikke Inger gjør så mye noe annet enn å snakke med meg , de kan jo ikke gå hjem hos meg for å observere at jeg gjør sånt og sånt , men for meg er det da avgjørende å tenke”.

Å få hjelp til å forstå og bearbeide det som brukere har vært gjennom, ble beskrevet som et viktig behov og som tar sikte på å øke brukerens Empowerment. Brukeren kan på en måte bearbeide litt hva han/hun har vært gjennom, å snakke ut om det man mener det selv utløste ting, hvordan det var å være i den fasen og hvordan det var etter man ble friskere og forstod mer.

2:”bearbeide det at du faktisk har vært så syk , fordi det kan gå litt utover selvtilliten og sånt og, det har vært veldig bra. ”

Det er ikke alltid at behandlingsmetoden fungerer på en tilfredsstillende måte for alle. Imidlertid ønsket brukere forskjellige nivåer av informasjon, læring, eller å sette seg i utfordrende situasjoner. Noen ønsket mer detaljert forklaring enn andre. Dette ble beskrevet som et utfordrende tema for en bruker og noe vanskelig å gi tilbakemelding til terapeut. B1:”Synes kanskje ble snakk litt lite om de vanskelige tingene....altså det ble veldig mye fokus på siden jeg har trent mye, gått mye ned i vekt, synes at det ble mye fokus på de tingene og lite fokus på kanskje det som er vanskelig det ble mye fokus på at jeg gå ned i vekt, og har en god fysisk helse

som på en måte går litt over det psykiske som har vært et problem hele tiden , men jeg får liksom ikke prate om det....så det er vanskelig". Dette handlet om brukeren sin behov for kunnskap og lengselen etter å forstå sykdomsbildet.

4.3 Å bli møtt med anerkjennelse

Undersøkelsen fremhever betydningen av å bli møtt med anerkjennelse. Brukerne lengtet etter anerkjennelse, noe de erfarte å bli møtt med i deres myndiggjøringsprosess. Det mest fremtredende aspekt av anerkjennelse var å bli lyttet til, tatt på alvor, hørt og bli sett på som et menneske. Det å bli knyttet til som person var det motsatte av objektivisering.

3: *" det er så godt at noen ser deg ...fordi du kan bli som en samlepakke i systemet"*.

Å føle seg sett, hørt, behandlet med respekt og bli bekreftet som menneske var et viktig behov for brukere, både for samarbeidet, men også for å føle seg verdifulle. Det å vise verdighet i måten personalet behandler brukere og å bli tatt imot på en likefrem og likeverdig måte var av betydning for å føle seg ivaretatt i situasjonen.

Brukere beskriver at personalet har vært god på å gi dem følelsen av at de er interessert i brukeren som person, og uansett hvor dårlig brukeren var da han/hun kom inn, følte de at de ble bekreftet som person.

2: *"jeg her blitt mott veldig med respekt...i den periode når jeg var så dårlig som er deg på en måte, og de har vært der på en god måte...og bekreftet meg som person.."*

4: *"...jeg er veldig imponert hvor mye verdighet og sånt de gir deg og ift. til hvordan de behandler deg, hvordan du ønsker å bli behandlet som en person, som de ønsker å bli kjent med. "*

6: *"De ikke har kommet med fordømmelse, men kommet med aksept for meg som menneske..."*

Å bli lyttet til, trodd, anerkjent og behandlet med respekt og vennlighet var kjerneaspekter av Empowermet. En av informantene forteller at hun har søkt i ca. 6 år å få en medisin som skulle hjelpe henne å bli rusfri, men hun fikk avslag gang på gang. Da hun begynte på DPS trodde behandleren på henne og hjalp henne med å få den medisinen som hun visste at var løsningen for henne, i stedet for å selvmedisinere seg ute i miljøet. Og etter hun begynte den type behandlingen så ble hun rusfri. Brukeren sier med tårer i øynene: B3: *" hun hørte meg, hun så meg og så at jeg snakket sant, hun trodde på meg , eller I. trodde på meg helle veien og det har vært så bra ... og hun så på sikt at hun hadde rett i det hun gjorde og, ja."*

Et annen viktig aspekt for brukere var at helsepersonalet ga mye mer enn bare et behandlingstilbud, brukere følte at behandleren var tilstede, støttende og lyttende i alle livsaspekter der det var behov for hjelp; personalet viste interesse, omsorg og ga dem følelsen av tilhørighet, at de ikke er alene når en ikke har familie og venner. Brukere beskriver at de følte seg inkludert og respektert, at personalet var romslige og de kunne snakke om de tingene som var viktige for brukeren som f. eks. troen og religion, og at de var gode i å likestille og å vise at alle er verdifulle. Brukere opplevde omsorg, omtanke, trygghet og empati.

3:” *det har jeg alltid vært trygge på, blitt trygge på...De har gjort meg trygge på seg selv...ikke sant ?...det har gjort meg trygge på de.*”

I samtaler kom behovet for å bli tatt vare på av samfunnet fram, lengselen etter anerkjennelse. Uansett om man er frisk, syk, eller ting en har gjort, så må man vite at man ikke blir ekskludert sosialt. Det er snakk om sosial tilhørighet. Brukere mener at det er positiv å ha et stort behandlingsapparat, som ønsker å være der for deg, og det har de satt pris for, men målet er å bli frisk, komme seg ut og stå på egne bein, og så er ønsket B2: ”*på en måte å få litt sånn anerkjennelse i hvor vanskelig du har hatt og sånn , og på en måte blitt tatt vare på av en samfunn som du føler at kanskje feiler deg litt tidligere*”.

4.4 Ressursorientert holdning

Dette tema svarer på forskningsspørsmål 2, hvordan erfarer brukerne at tjenesten støtter dem i arbeidet mot personlig myndiggjøring.

Det å møte brukere med en ressursorientert holdning har vært grunnleggende for brukere i deres myndiggjøringsprosess. Brukere beskriver at det å ha hjelpeapparatet og behandlere rundt de og som har trodd på deres ressurser, har hjulpet med å nå fram til målet, det å være selvstendig, gjenvinne livet litt mer, ha kontroll og styre mer livet.

2: ”*jeg har hatt hjelpeapparatet og behandlere rundt meg som har trodd veldig på meg og har hatt tuen og har på en måte jobbet med meg fram til målet*”.

1:” *hjulpet meg med mestring, og med de tye ting, mestring... og sykdom*”

Når ressursene ikke var synlig for brukeren, har helsepersonalet støttet, utfordret og oppmuntret dem og hjalp brukeren med å få fram sine ressurser.

6: ”*de klarer å fange opp det som er på innsiden av meg, både det friske og det syke liksom, og hjelpe meg videre...det har vært verdifull å finne mer tilbake igjen til meg liksom etter så mange år med sykdom*”.

Det som er grunnleggende i en ressursorient holdning er at brukeren selv føler seg viktig, at dette handler om deres ønsker og mål. På denne måten støtter tjenesten brukerne i arbeidet mot personlig myndiggjøring.

4.5 Åpne Dialoger

Åpne dialoger var et begrep som ble benyttet som beskrivelsen på hvordan brukeren opplever å bli møtt i arbeidet mot personlig myndiggjøring.

Informantene beskriver at helsetjenesten støtter dem gjennom samtaler og dialogisitet, sosiale samlinger og relasjoner. Et annet behov som ble møtt hos brukeren var det å ha kontinuitet i det relasjonelle og kontinuitet i behandling.

Det som er kjernen i dialog mellom bruker og fagfolk er en relasjon kjennetegnet av tillit og trygghet.

2: *"så er det litt åpen, og det er litt sånn ...ja..., at du er litt sånt åpne kanaler og det er ikke så veldig skille mellom jeg er pasient og hun er behandler, altså litt sånt åpen, fordi det skaper på en måte tillit.."*

4: *"..og det har jeg alltid vært trygge på, blitt trygge på...de har gjort meg trygge på seg selv...det har gjort meg trygge på de."*

Informantene beskriver at det som hjelper er å ha samtaler daglig med noen andre enn familie og venner, med samme person. Det å ha en sosial plass å kunne gå, har vært som et substitutt hvor brukeren kunne komme og snakke når de følte seg ensomme.

2: *" det må jo være samtalene, og det å ha noen , kalle hjelper på en måte, som ikke er venner eller familie , helt utenfor familie og venner....ja....så er det egentlig noe å snakke med, og det som jeg sa...det å ha sånn åpen dialog. " "*

Informantene beskriver at alle stemmer i rommet var hørt og tillagt like stor betydning. Dette gir grunnlag for en likeverdig samtale, hvor alle er oppriktig interesserte i å lytte og å forstå hverandre.

2:*"så det synes jeg de har vært veldig gode på her og det å likestille at vi er egentlig helt på samme nivå det er bare at akkurat nå så er det den fordelingen, men den kan like gjerne vær snudd om 10 år"*

Slike samtaler ble personlige og ekte og har hatt stor betydning i etablering av gode relasjoner. I intervjuene med brukere kom det frem hvor viktig det var for dem å vite at ansatte er tilgjengelige, og muligheten til å ringe gjorde stor forskjell, selv om de ikke benytter seg av den så ofte.

6: ” så har jeg tilbud om å ringe dem på privaten og sånn, hvis det virkelig røyner på. Det har jeg benyttet meg av og er veldig tilfreds”.

Det å kunne snakke med noen utenfor vanlig nettverk og som i tillegg hadde fagkunnskaper var betydningsfullt for brukere for å føle seg forstått. Samtalene i seg selv ble beskrevet som betydningsfulle, støttende, og forklarende.

Behovet for å bygge relasjoner ble nevnt av informantene. For å utvikle en god relasjon var det viktig for brukeren å ha kontinuitet i relasjoner. Det er viktig at psykologer og leger ikke byttes ofte. En god relasjon kan gjøre at brukeren åpner seg og viser tillit, slik tar de i mot råd om behandling og er mer samarbeidsvillig for behandlingen og fører til at de deltar mer aktivt i sine egne myndiggjøringsprosesser og at den sosiale atferden er mer stabil i samhandlingen.

For en av informantene var det utfordrende å formidle gjennom å fortelle om utfordringer i den sammenhengen og at en ønsker flere samtaler om sykdomsbildet.

1: ”jeg er med with the flow....når ting flytter sånn ok så er det greit på en måte, jeg tar ikke noe behov for å ta noe diskusjoner på noen ting, jeg kjenner jeg er litt redd for det, jeg tørr ikke det”.

Kontinuitet i behandling var et annet aspekt som brukere opplevde som veldig positiv, og som er ansett for å være et helt sentralt og nødvendig element i behandlingen av mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

2 : ”hadde jeg ikke hatt fått den langvarig behandlingen som jeg har hatt over så lang tid, så har jeg aldri vært her i dag, så er det hele nøkkelen en kontinuerlig behandling, ikke bare langvarig, men kontinuerlig behandling”.

Deltakelse i sosiale aktiviteter tillot brukere å ha en følelse av tilhørighet og å opprettholde roller i forhold og samfunn. Den daglige strukturen, samtaler, relasjonene og det å ha tilgjengelige sosiale aktiviteter, var en god måte for brukere å holde seg bra, øke Empowerment og samtidig forhindre ensomheten.

5 Drøfting

I dette kapitlet, blir de mest sentrale funnene i studien løftet frem og drøftet mot teori og forskning. Formålet med denne studien var å utforske og utvikle kunnskap om brukeres opplevelser og erfaringer av å bli Empowered. I tillegg, tok studiet sikte på å øke kunnskap om hvordan brukerne opplever at tjenesten støtter dem i deres prosess av personlig myndiggjøring. Resultatene viser at behandlingstilbudet på DPS er basert på Recovery orientert perspektivet og prøver å hjelpe brukeren med å oppdage og utvikle den iboende evnen til å være ansvarlig for sitt eget liv, til å nå egne mål, ha god kunnskap om egen sykdom, bli ekspert på egen lidelse, og ha håp og tro på å kunne mestre livet og hverdagen på tross av sykdom.

Mitt inntrykk er at informantene gjennom intervjuet har vist stolthet over å være den de er, at de har fått makten over og styre eget liv (Askheim et al., 2007).

5.1 Innflytelse over eget liv

Funnene i min studie peker på at personer med alvorlig psykisk lidelse spiller avgjørende rolle i sin egen myndiggjøringsprosess. I et Recovery og Empowerment perspektiv er det viktig at brukernes erfaringer og meninger kommer frem (Karlsson, 2017).

Profesjonell hjelp opplevd som viktig og nyttig for brukerne, var muligheten til å være aktive og delta i egen behandling, å ha innflytelse på egen behandlingsplan og i eget liv.

Resultatene viser at brukere ønsker og har behov for medvirkning, og fremhever også behovet for anerkjennelse, støtte, omsorg og praktisk bistand i mer utfordrende livssituasjoner. Brukerne beskriver at gjennom et godt samarbeid med den som yter hjelpen, får de innsyn i og innvirkning på tjenestetilbudet. Hvis brukeren ikke hadde noe stemme ved innleggelse, opplevde han/hun seg mer sentral som aktør i behandlingstilbudet. Dette er viktig fordi samarbeidet bidrar til å redusere brukers opplevelse av avmakt og avhengighetsforhold, samt mobilisere ressurser slik at vedkommende tar kontroll over eget liv, det å oppleve Empowerment. Empowerment innebærer at mennesker med psykiske lidelser blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra sin egen situasjon, og finne sine egne løsninger i fellesskap med andre (Askheim, 2012).

Informantene beskriver relasjonen med fagfolk som et arbeid med å få et meningsfullt liv i lokalmiljøet til tross for ulike problemer, hvor de har fått mulighet for egne valg, deltakelse og innflytelse i eget liv. Studien gir et innblikk i den polikliniske tilnærmingen, hvor et positivt

syn på mennesket står sentralt. Askheim (2012) skiller mellom en terapeutisk tilnærming, en konsumorientert tilnærming og Empowerment som individuell selvrealisering. Et grunnleggende felles trekk er at alle deler et positivt syn på mennesket som i utgangspunktet aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. Askheim (2012) beskriver Empowerments emosjonelle dimensjon som en viktig komponent. Starrin (2007) knytter den emosjonelle dimensjonen til begrepene emosjonell energi, skam og stolthet.

Funne tyder på at fagmiljøet ved DPS legger vekt på hvordan personer kan støttes i arbeidet mot personlig myndiggjøring gjennom CHIME-elementa som er til grunn i Recovery satsningen innen psykisk helse og rus. Empowerment er definert som en kjernekomponent i CHIME-elementa, sammen med tilknytning, håp og optimisme om fremtiden, identitet og mening i livet (Leamy et al., 2011).

I samtalene det ble imidlertid også beskrevet utfordringer med å få sagt ifra om vansker i behandlingstilbudet. Det er ikke unormalt at bruker og behandler kan ha forskjellig oppfatning av hva som er god og riktig hjelp. Siden Empowerment handler om at mennesker som befinner seg i en avmaktssituasjon, skal opparbeide styrke og makt til å komme ut av avmakten, er hjelp til å få fram brukerens stemme et viktig skritt mot Empowerment når samarbeidet med behandler ikke oppleves å fungere helt optimalt. Som helsearbeider skal en jobbe sammen med de avmechtige for å finne løsninger som gjør at de kommer ut av avmakten og får mer kontroll og makt over egen livssituasjon (Askheim, 2012).

Med en tilnærming basert på CHIME-elementa og Empowerment brukerne ble mer bevisst hvordan individuelle og strukturelle forhold påvirker hverandre. Bevisstgjøringsprosessen vil motvirke brukernes opplevelse av å være hjelpeløs eller undertrykt. Informantene beskrev at i begynnelsen hadde de ikke noe innflytelse, men at etter hvert, med støtte fra behandleren hadde barrierene mot brukernes selvrealisering og til å få økt kontroll over eget liv blitt redusert, og maktforholdet som kan opprettholde skjevdeling av samfunnets goder og manglende muligheter til å ta kontroll over eget liv blitt redusert. Brukere beskriver at de ble stimulert til å videreutvikle sin mestring og oppleve mer innflytelse i hverdagen. Opplevelse av å være” hjelpeløs” skjer hvis brukeren ikke opplever å ha nok ressurser eller ferdigheter til å nå individuelle og/eller kollektive mål (Askheim et al., 2007).

5.2 Økt mestring og Ressursorientert holdning

Resultatene under temaene «Økt mestring» og «Ressursorientert holdning» tyder på at tjenesten møter brukeren med ressursorientert holdning slik at de oppnår mestring i hverdagen. Empowerment sidestilles ofte med begrepet mestring. Empowerment i en slik sammenheng vil handle om å mobilisere styrker og ressurser hos den enkelte, slik at han/hun kan leve med sine funksjonsnedsettelse og mestre hverdagen og dermed oppleve kontroll over eget liv (Askheim, 2012).

Lazarus & Folkman (1984) har belyst tankevirksomhets - kognitive prosessers ”*cognitive appraisals*” betydning for mestring ut i fra en individuell orientering. Ifølge Lazarus og Folkman (1984), ses mestring som en prosess og en strategi, og vektlegger tenkningens betydning. Videre fokuserer de på kognitive mestringsprosesser og aktørers ulike vurderinger av stressorer hvor valg av mestringsstrategier er resultat av et samspill mellom mennesket og den tolkning han/hun gjør av situasjonen. Informantene selv har beskrevet det at nøkkelen med mestring er å komme til det steget der en tør å hive seg ut i situasjoner som brukeren opplever som utfordrende. Det vil si at mestring illustrerer brukerens forsøk på å håndtere stress. I den grad aktørens mestringsstrategier gir mestringsopplevelser som kan lagres kognitivt, jo bedre vil de mene at mennesket har evnen til å mestre (Lazarus & Folkman, 1984).

Informantene beskriver at det å tørre å hive seg ut, og å stå i stress situasjoner er nøkkelen til å kunne oppleve mestring, at det å kunne forstå situasjonen førte til endringer i vurderinger, slik at lignende stress situasjoner ga dem mindre gru og ubehag. Antonovsky (2012) sitt perspektiv om mestring: ”*sense of coherence*” (OAS), handler nettopp om det å kunne forstå situasjonen, ha troen på at en kan finne fram til løsning og finne mening i det. Den salutogene modellen er sentral innen mestringsperspektivet og tar utgangspunkt i Antonovskys tenkning rundt helse, stress og mestring. Teorien om salutogenese gir oss en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring og helse, via dens hovedbegrep ”Sense of Coherence” kan skapes (Antonovsky, 1996).

Funnene viser at en salutogen tilnærming øker brukerens evne til å håndtere helseutfordringer i hverdagen. Mestringsstyrkes gjennom et samspill mellom personen, omgivelsene, og samfunnet for øvrig (Borge & Almvik, 2014, p. 53). Brukere gjennom en god OAS, forstår og tror på at han/hun har alle de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger, samt opplever utfordringene som motivasjon. Mening er følelses og motivasjonskomponenten, og er den viktigste komponenten i OAS (Antonovsky, 2012).

Informantene beskriver at i behandlingen legges det vekt på å se mennesket som en helhet, der

får personens egne ressurser og mestringsevne fram. Mestring illustrerer forsøket på å håndtere stress i forskjellige livssituasjoner. En utvikling av slik mestring som handler om å mobilisere styrke og ressurser hos brukere, slik at han/hun kan mestre hverdagen og oppleve kontroll over eget liv, har brukere opplevd gjennom støtte fra ressursorienterte fagpersoner.

Utvikling av strategier for å mestre utfordringer er sentralt innen Recovery tilnærmingen. Det handler om å finne og utvikle strategier for å mestre ulike psykiske utfordringer og å kunne takle de sosiale konsekvensene som disse problemene fører med seg (Karlsson & Borg, 2017).

Funnene viser at helsetilbudet ikke bare behandler symptomer på lidelse, men også gjør brukere i stand til å leve optimalt med sine psykiske helseproblemer ved å ta deres evne til aktiv tilpasning til utfordringer i hverdagen på alvor. Når man oppnår helse, må man fokusere videre på faktorer som fremmes helse, og på faktorer som reduserer eller forebygger helseproblemer (Antonovsky, 2012).

Funnene tyder på at brukere har stor nytte av opplæring og kurs om sykdom. For å få fram brukerens ressurser, har tjenesten møtt brukeren med strukturerte behandlingstilbud som inkluderer brukerens behov for kunnskap om lidelsen. Disse er blitt kalt for psykoedukative metoder, og fokuserer på ressurser og optimal mestring, og det gis opplæring i hvordan lidelsen kan håndteres på best mulig måte (Borge & Almvik, 2014).

Læring kan dermed forstås som en integrert del av psykisk helsearbeid. Denne utviklingen henger sammen med økt vekt på brukermedvirkning, der man oppfatter brukerne av tjenestene som aktive medarbeidere. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet og et virkemiddel, og har en egenverdi ved at mennesker som søker hjelp, ønsker å få hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Dette kan bidra til å styrke selvrespekten og mestringsevnen (Borge & Almvik, 2014, p. 37).

Gjennom læring beskriver brukere at de utviklet grunnleggende strategier som hjelper dem å utnytte medisiner på en best mulig måte, har lært fakta om psykisk sykdom, og mestringsstrategier for å håndtere vedvarende symptomer og stress.

Resultatene tyder på at det var viktig for brukerne å bli støttet i deres myndiggjøringsprosess med å få fram de ubrukte ressursene og få øye på nye mestringsmuligheter. Med et ressursorientert perspektiv legger poliklinikken DPS vekt på brukernes ressurser, evner, støttesystemer og motivasjoner for å møte utfordringer og overvinne motgang.

Funn viser at behandlingstilbudet ved DPS er utviklet for å hjelpe brukere med alvorlig psykisk lidelse med å tilegne seg kunnskap om egen sykdom og utvikle strategier for å mestre sine lidelser. I tillegg legges det vekt på utvikling av håp, forbedring av livskvalitet og aktiv jobbing mot myndiggjøring.

5.3 Å bli møtt med anerkjennelse

Det å bli sett som et menneske og bli bekreftet som person, var et vesentlig tema i samtalen med informantene, samt med å bli møtt med omsorg, likhet og verdighet; å bli sett som ” et menneske” og bli tatt på alvor, hvor både sosial situasjon, fysisk helse og psykiske lidelser ble inkludert, var av stor betydning for brukerne.

Honneths (1992) anerkjennelsesteori omfatter flere dimensjoner, som kjærlighet, respekt og ytelse. I lys av denne teorien, kan brukernes opplevelse av omsorg i relasjon med behandlerne fortolkes som anerkjennelse. Anerkjennelse som kjærlighet i Honneths teori er et antropologisk begrep, og betyr at kjærlighet er et grunnleggende behov som alle mennesker er avhengige av å få tilfredsstilt. Kjærlighetsbasert anerkjennelse er således en mulighetsbetingelse både for det å være et menneske og skulle utvikle ens egen personlighet. Kjærlighet er med andre ord en nær og emosjonell relasjon (Lysaker, 2011).

Det å bli hørt og tatt på alvor var erfaringer som ofte kom fram i funnene. Dette tyder på at behandlerne ved DPS-et har stor vekt på mennesket og på menneskelige erfaringer. Ved å utforske og undersøke brukernes erfaringskunnskap, kan brukerne dermed oppleve anerkjennelse, og å bli sett og bekreftet som person kan brukeren søke å skape seg selv ut i fra sin egen opplevelse og sine omgivelser (Karlsson & Borg, 2017).

Å bli vist tillit og tro på at man klarer noe, var et felles behov som informantene beskrev som en grunnleggende betingelse for å oppleve egen myndighet. Denne formen for anerkjennelse i Honneths anerkjennelsesteori (1992) handler om ytelse. Det innebærer at ethvert samfunnsmedlem får muligheten til å erfare seg selv som anerkjent ut fra egne egenskaper og bidrag, samt at disse oppfattes som verdifulle for samfunnet (Lysaker, 2013).

Studien gir et innblikk i hvordan brukere er møtt med respekt i arbeidet mot personlig myndiggjøring og hvordan brukerne ble møtt med respekt og verdighet. Disse funn kan tolkes ifølge Honneths (1992) anerkjennelsesteori som moralsk og juridisk respekt, likhet og verdighet. Respekt innebærer en gjensidig relasjon mellom personer og det normative krav som

Honnets fremsettes ut fra denne anerkjennelsesform, å skulle bli behandlet på en respektfull og likeverdig måte. Når man gjensidig anerkjenner hverandre på en respektfull måte oppstår et normativt gyldighetskrav som er gjensidig bindende for enhver part som inngår i anerkjennelsesrelasjon (Lysaker, 2013).

Funnene i studien viser at brukerne lengter etter anerkjennelse. I samtalene med informantene, var det å bli anerkjent av samfunnet og ikke bli sett som en samlepakke i systemet et viktig aspekt for brukerne. Honneth (1992) viser til at den rettslige anerkjennelsen gir hvert menneske tegn på sosial respekt og inklusjon i felleskapet. Han hevder at denne formen for anerkjennelse er en forutsetning for menneskets utvikling av selvrespekt. Dette innebærer en bevissthet i personen om at han/hun kan respektere seg selv fordi han/hun fortjener å bli respektert av alle andre mennesker (Karlsson & Borg, 2017; Lysaker, 2011).

5.4 Åpne dialoger

Informantene beskrev sin tilstand ved begynnelsen av behandlingen som å være i en posisjon preget av mental sårbarhet, forvirrethet, slitenhet eller akutt psykose. Det å bli møtt på en verdifull måte og å kunne snakke åpent om tilstanden og situasjonen ble generelt fremhevet som betydningsfullt ved å begynne i behandling ved poliklinikken DPS.

Informantene beskrev at behandleren har støttet dem med likeverdige samtaler, hvor ingen var mer ekspert enn andre. Seikkula and Arnkil (2013) fremhever at det sosiale består av relasjoner og dialoger. Videre fremholder de at ”dialogisitet” ikke er en metode, men heller en innstilling, en holdning og en måte å være på overfor andre mennesker, og at ”dialogisitetens” kjerne er en grunnleggende relasjon fundert på respekten for den andres annerledeshet i betydningen av at alle mennesker er like verdige og forskjellige (Seikkula & Arnkil, 2013).

De fleste informantene beskrev samtalene og samarbeidet med behandler som nesten et ”vennskap” som ga styrke, tillit til bedring, følelse av tilhørighet og felleskap gjennom behandlingen, mens andre kunne fortelle om utfordringer i denne sammenhengen. Fagmiljøet støtter brukerne i arbeidet med tilhørighet og felleskap og de benytter CHIME som ramme for sin tilnærming.

I samarbeidsprosesser knyttet til tilhørighet poliklinikken DPS legger vekt på tilgjengelighet, likepersonstøtte og ulike støttegrupper. Videre legges det vekt på nettverksarbeid og konkrete tiltak for å styrke tilknytning til felleskap og samfunn (Karlsson, 2017).

Funnene tyder på at brukerne har vært støttet av behandler i deres prosess til å gå tilbake i jobb.

Relatert til CHIME-elementene, kan brukeren gjennom å være i arbeid styrke sin identitet som arbeidstaker og dermed gradvis frigjøre seg fra rollen som «psykiatrisk pasient». Videre kan de andre CHIME-elementene viser til at brukeren er inkludert i et felleskap, har fokus på styrker, tar ansvaret, tror på muligheten for bedring, har motivasjon til forandring, har en positiv tenking og drømmer/ambisjoner. Ved å rette blikket mot omgivelsenes muligheter og i mindre grad mot personers problemer og kontekstuelle utfordringer får samarbeidet mellom fagperson og bruker et annet innhold og et mangfold av muligheter (Karlsson & Borg, 2017).

Noen beskrev samtaler med fokus på sosial situasjon, fysisk helse, tidligere psykiske utfordringer, aktiviteter og livssituasjoner som betydningsfulle, mens andre ønsket mer fokus på sykdomsbildet.

Informantene beskrev samtalene med behandleren som åpne, og deres behov for å reflektere over flere sammenhenger var møtt. Det har vært god hjelp å ha tilgang til informasjon og muligheter til å ha en diskusjonspartner (Karlsson & Borg, 2017).

Når fagpersoner "vet" hva brukeren trenger uten at dette er basert på en åpen dialog med brukeren, kan brukermedvirkning og Empowerment bli paternalistisk. Helsemyndighetene fremhever betydningen av brukernes erfaringer, og behov skal utgjøre et viktig perspektiv i utformingen av behandlingstilbudet og at Empowerment skal prege tjenestene (Askheim, 2012).

Brukerne beskriver at fagpersonen har jobbet med å legge til rette for et trygt og godt samarbeid der brukeren opplever seg sett, hørt, likestilt, og vist gjennom. Dette har bidratt til nødvendig tillit for et likeverdig samarbeid mot felles mål.

Funn viser at brukerne er støttet i deres myndiggjøringsprosess med samtaler, gode relasjoner og åpen dialog, at den sosiale støtten kan bidra til at brukeren opplever trygghet og tilhørighet ved å tilrettelegge for at brukeren kan oppleve seg selv som en del av fellesskapet og ved å hjelpe brukeren til å se seg selv på en ny måte for videre å styrke selvfølelsen (Karlsson & Borg, 2017).

Informantene beskrev hvor viktig var for dem å ikke føle seg alene og å kunne delta i sosiale sammenhenger. Ifølge Slade (2009) tilknytning til andre og deltakelse er viktige kilder i myndiggjøringsprosess.

Resultatene presentert under denne tema, kan sees på som beskrivelser av en tilnærming som ikke handler om å fjerne symptomene, men om å skape menneskelige møter (Seikkula, Andersen, & Arnkil, 2007). I følge Seikkula (2007) ved å endre tilnærmingen fra å søke etter

forklaringer og patologi, til å snakke med dem som har en nær relasjon til bruker, kan nye og dype menneskelige elementer inkorporeres i det terapeutiske arbeidet.

Resultatene viser at i dialog alle stemmer i rommet ble hørt og tillagt like stor betydning. Dette gir grunnlag for en likeverdige samtale, hvor alle er oppriktig interesserte i å lytte og å forstå hverandre. Den likeverdige samtalen der ingen er mer ekspert enn den andre var at stor betydning for brukerne. Seikkula og Arnkil (2013) fremhever at *dialog* ikke er en metode, men heller en holdning, eller en måte å være på overfor andre mennesker, og at ”*dialogisitetes*” kjerne er en grunnleggende relasjon fundert på respekten for den andre, og at alle mennesker er like verdige. Det som brukere erfarer som god hjelp og støtte er å ha en god relasjon med behandleren.

I samtalene med brukere, var det å ha kontinuitet i relasjoner av stor betydning. Denne relasjonen danner så basis for et samarbeid. Det gjelder alt fra å være god til å lytte, gi praksis hjelp, bidra til å ordne opp i økonomien, dra på tur osv..

Dette kan tolkes som at brukere ikke er opptatt av metoder eller modeller, men de ønsker å få hjelp til det som er viktig for den enkelte (Karlsson & Borg, 2017).

6 Metodekritikk

I dette kapitlet vil jeg diskutere litt rundt studiens potensielle styrker og svakheter, som er verdt å være bevisst på i min studie. I forhold til min problemstilling som søkte å få innsikt i erfaringer av å bli myndiggjort under Recovery orienterte tilnærminger, falt det naturlig å gjennomføre en kvalitativ forskning.

I kvalitativ forskning dreier seg om hvorvidt metoden som anvendes egner seg i undersøkelsen, og om validitetsarbeidet kan bidra til å kvalitetssikre alle stadiene i undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2018). I henholdt til (Malterud, 2001), ved bruk av kvalitative forskningsmetoder kan vitenskapelig kvalitet sikres ved bruk av gode forskningsmetoder.

I min studie har jeg beskrevet i metodekapittelet forskningsmetode, samt med framgangsmåte for at forskningen min skal være mest mulig ”gjennomsiktig”, og for å styrke reliabiliteten til studien (Thagaard, 2018).

Begrepet refleksivitet og overførbarhet er begge viktige for å sikre kvaliteten på studien. Når det gjelder om overførbarhet, har jeg vist til en datainnsamlingsmetode som samsvarer med forskningsspørsmålene for undersøkelsen og for å sikre refleksivitet jeg har reflektert over mine

fordommer og rundt eget ståsted og mulige bias. Tanken var å vektlegge en refleksiv prosess gjennom hele studien for å ha et mest mulig bevisst forhold til eget materiale, samtidig å ha en økt selvbevissthet og forståelse for egne utfordringer. Dette fordi den vil påvirke hva forskeren velger å forske på, og hvilken fremgangsmåte som blir valgt (Malterud, 2017).

Som tilnæringsmetode i studien, har jeg valgt semi-strukturert intervju fordi det kan gi rom for utforskning og utdypende erfaringer, meninger og synspunkter av brukererfaringene fra den polikliniske behandlingen. En begrensning med semi-strukturert intervju er at intervjueren må ha god kontroll på hvilke av informantenes erfaringer ville en vite mer om under intervjuet.

En av metodens styrke er at det under intervjuet ble mulig å holde fokus på problemstillingen og fikk informantene samtidig muligheten til å uttrykke egne opplevelser med tema.

En annen styrke kan være at jeg gjennom utdanningen som psykolog og erfaring hadde jeg på forhånd en del kunnskap om psykiske lidelser og erfaring særlig i å snakke med mennesker.

I denne oppgaven, har min egen forforståelse preget valg av tema og formulering av forskningsspørsmål, men for å møte denne utfordringen valgte jeg å følge Malterud (2017 sin anbefaling og gjort opp min egen «selvangivelse», hvor jeg har reflektert over mine fordommer og rundt eget ståsted, mulige bias og holdt en økt selvbevissthet og forståelse for egne utfordringer.

Det ble ikke gjennomført et pilotintervju, som kunne ha vært bra for å forberede og finne feil ved intervjuguide og fordi jeg er en uerfaren forsker, fikk dette kanskje noen konsekvenser for de første intervjuene. Dette kan ses som en svakhet.

Det ble gjort et strategisk utvalg hvor målet var å få materiale som gir best mulig potensiale til å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Utvalget er ikke stor og hentet fra bare ett DPS. Når det gjelder størrelsen på utvalget, er ikke dette det avgjørende prinsippet i kvalitative studier (Kvale & Brinkmann, 2018). Jeg har begrunnet antall deltakere med hensyn til "Information power" som indikerer at jo mer informasjon utvalget har som er relevant for studien, desto lavere mengde deltakere er nødvendig (Malterud K., 2016).

En svakhet med studien kan sees i forhold til rekrutteringen. Svakheten ved å rekruttere fra ett DPS er at datamaterialet kunne blitt mer variert ved å hente informanter fra flere DPS. Dette kunne ha bidratt til å påvirke funn.

Med bakgrunn i studiens størrelse og omfang ble det kun gjennomført seks intervjuer, derfor har studien sin klare begrensning med tanke på overførbarhet. Antall deltakere er lite, men det ga meg likevel en mulighet til å få tak i brukerens opplevelser og erfaringer ved poliklinikken DPS.

I studien har jeg prøvd å beskrive funnene så rikt som det lar seg gjøre innenfor rammene til oppgavens omfang.

7 Anbefalinger til praksisfeltet og videre forskning

Etter endt studie vil jeg oppfordre praksisfeltet til å jobbe kontinuerlig med å involvere brukeren aktiv i behandlingsprosessen. Dette fordi det å være en aktiv deltaker er et sentral aspekt i Empowerment for å bli myndiggjort.

Underveis i samtalen med en av brukere har kommet frem et interessant spørsmål, om avslutning rutiner, men som det ikke har vært mulig å gå inn i, innenfor rammen av denne oppgaven, men det kan gi grunnlag for å peke på, for videre forskning.

8 Konklusjon

På bakgrunn av funnene i studien min vil jeg konkludere følgende: 1. brukere ved poliklinikk DPS erfarer som viktig i deres myndiggjøringsprosessen: å kunne ha innflytelse behandlingsmessig og over eget liv og å kunne mestre hverdagen. Brukeren opplevde at deres stemme er tatt på alvor og trukket inn i en tidlig fase, slik brukerne fikk reell medvirkning, og 2. i poliklinikken legges det vekt på å se mennesket som en helhet, det å bli sett som et "helt menneske", bli hørt og tatt på alvor, og der får brukerens egne ressurser og mestringsevne fram.

Det å ha en alvorlig psykisk lidelse kan være en utfordrende tilstand som kan prege både selvfølelse, selvhevdelse og livskvalitet. Behandlingen viser seg at den innrettes slik at pasienten blir i stand til å ta sine egne valg. Helsetilbudet ved poliklinikk DPS hjelper brukerne med alvorlig psykisk sykdom med å tilegne seg kunnskap om egen sykdom og utvikle strategier for å mestre sine lidelser. I tillegg vektlegges forbedring av livskvalitet og aktiv jobbing mot personlige mål.

Funnene viser at på poliklinikken DPS, sentrale perspektiver som Empowerment og Recovery tilnærming trekkes frem, samt viser viktigheten av at tjenestene jobber med å bedre

livssituasjonen (bolig, arbeid, sosial inkludering, personlig økonomi og utdanning) og å yte helsefremmende tjenester. På denne måten vil brukeren tilpasse seg selv og sine handlinger til det som kreves for å oppnå mestring og Empowerment.

9 Litteraturliste

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforl.
- Agner, J., & Braun, K. L. (2018). Patient empowerment: A critique of individualism and systematic review of patient perspectives. *Patient Education and Counseling*, 101(12), 2054-2064. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.07.026>
- Almvik, A., & Borge, L. (2000). *Tusenkunstnerne : muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid : en gang til*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion1. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid : floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P., Starrin, B., & Heyerdahl, C. H. (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barrett, B., Young, M. S., Teague, G. B., Winarski, J. T., Moore, K. A., & Ochshorn, E. (2010). Recovery Orientation of Treatment, Consumer Empowerment, and Satisfaction with Services: A Mediation Model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(2), 153-156. doi:10.2975/34.2.2010.153.156
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Lier, H. Ø., & Borg, M. (2016). Coping with mental health issues: subjective experiences of self-help and helpful contextual factors at the start of mental health treatment. *J Ment Health*, 25(1), 23-27. doi:10.3109/09638237.2015.1078883
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2016). Experiences of support in working toward personal recovery goals: a collaborative, qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 426. doi:10.1186/s12888-016-1133-x
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scand J Caring Sci*, 31(3), 505-513. doi:10.1111/scs.12364

- Borge, L., & Almvik, A. (2014). *Å sette farger på livet : helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis, et nytt psykisk helsevern* (Vol. 2011:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, *56*, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, *24*(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2000). *Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)*.
- Helse og Omsorgsdepartementet (2009). Brukermedvirkning. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Helsedirektoratet. (2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse. In: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(fullversjon\).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer \(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. juli 2013, lest 15. mars 2021). . Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Helsedirektoratet. (2014a). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

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

Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Retrieved from

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne %E2%80%93 Veileder.pdf/ /attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne %E2%80%93 Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20-%20Veileder.pdf)

Helsedirektoratet. (2015). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser. Retrieved from

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt perspektiv p%C3%A5 psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser.pdf/ /attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9e9ec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt perspektiv p%C3%A5 psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf)

Helsedirektoratet. (2017a). Brukermedvirkning. Retrieved from

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet. (2017b). Stress og mestring. Retrieved from

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress og mestring.pdf/ /attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress og mestring.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf)

Honneth, A., & Holm-Hansen, L. (2008). *Kamp om anerkjennelse : om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax.

International Council of Nurses. (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing.

International Council of Nurses ,ICN. Retrieved from

[https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN APN Report_EN_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN_Report_EN_WEB.pdf)

Kallio, H., Pietilä, A.-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide.

Journal of Advanced Nursing, 72(12), 2954-2965.

doi:<https://doi.org/10.1111/jan.13031>

- Karlsson, B. (2017). *Recovery : tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid : humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery : tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 4(4), 288-296. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., & Visby, M. (2006). *Stress og følelser : en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199(6), 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Lysaker, O. (2011). Anerkjennelse og menneskeverdets forankring: Henimot en transnasjonal anerkjennelsespolitikk. *Etikk i praksis*, 5(2). doi:10.5324/eip.v5i2.1773
- Lysaker, O. (2013). *Menneskeverdets politikk : anerkjennelse av kroppslig krenkbarhet*. Oslo: Abstrakt forl.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud K., V. D. S. A. D. G. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 2016, Vol. 26(13) 1753–1760.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. ed.). Oslo: Akribe.
- Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf*, 25(8), 626-632. doi:10.1136/bmjqs-2015-004839

- Pasient og Brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pettersen, H., & Lofthus, A.-M. (2018). Brukererfaringer med psykiske helsetjenester. Hva viser oppsummert forskning? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(2-03), 112-123. doi:10.18261/issn.1504-3010-2018-02-03-03
- Polifroni, E. C., & Welch, M. (1999). *Perspectives on philosophy of science in nursing : an historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Regjeringen. (2015). Medikamentfri behandling for psykisk helsevern – oppfølging av oppdrag 2015. Brev av 26.11. 2015 til de regionale helseforetakene. . Retrieved from https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2015/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/
- Seikkula, J. (2011). *Becoming dialogical : psychotherapt or a way of life?*
- Seikkula, J., Andersen, T. M., & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforl.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis : respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness : a guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stortinghetsmelding. (1997). *Åpenhet og helhet : om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* (Vol. nr 25 (1996-97)). Oslo: Departementet.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Thomas, E. C., Despeaux, K. E., Drapalski, A. L., & Bennett, M. (2018). Person-Oriented Recovery of Individuals With Serious Mental Illnesses: A Review and Meta-Analysis of Longitudinal Findings. *Psychiatr Serv*, 69(3), 259-267. doi:10.1176/appi.ps.201700058
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Topor, A. (2011). Kan psykiatrin bli återhämtningsinriktad? - Psykiatrins praktik och kunskap kontra brukarpraktik och kunskap.

- Topor, A., Larsen, I.B. & Bøe, T.D. (2020). Recovery - fra personlig reformasjon til sosial transformasjon. *Mad in Norway 2020*.
- Tveiten, S., & Boge, K. (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk : nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- WHO. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf
- WHO. (1998). Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2013). Mental health action plan 2013-2020. . Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>
- WHO. (2014). Mental health: a state of well-being. . Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WMA Declaration of Helsinki. (2013). WMA Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet 18.5.20 Retrieved from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>.

10 Vedlegg

10.1 REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Lill Martinsen	77620753	04.11.2020	185705
			Deres referanse:	

Trond Erik Grønnestad

185705 Brukerens opplevelse av støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring

Forskningsansvarlig: Universitetet i Stavanger

Søker: Trond Erik Grønnestad

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med studien er å bidra til kunnskap om hvordan mennesker med psykiske lidelser opplever å bli støttet i egen myndiggjøringsprosess i behandling ved en recovery orientert DPS poliklinikk.

Prosjektet er en kvalitativ studie med intervju som metode. Metoden er hensiktsmessig når man ønsker å utforske menneskers egne erfaringer med et fenomen. Det er utarbeidet en semistrukturert intervjuguide.

Målgruppen er pasienter over 18 år som har en diagnostisert psykisk lidelse. Antall deltakere er 6 - 8 personer, dette vurderes imidlertid kontinuerlig ut fra kvaliteten på intervjuene.

Studien kan gi økt kunnskap om hva pasientene selv erfarer som god hjelp når det gjelder myndiggjøring i bedringsprosesser.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK nord i møtet 22.10.20. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Om prosjektet

Prosjektet er en masteroppgave innen rus og psykisk helsearbeid, og det framgår av prosjektbeskrivelse: «*Studiens hensikt er å belyse og utvikle kunnskap om brukeres opplevelser og erfaringer av å bli myndiggjort. I tillegg, tar studiet sikte på å øke kunnskap om hvordan brukerne opplever at deres personlige myndiggjøring er støttet av helsepersonell, under recovery tilnærming. Brukernes egne opplevelser og erfaringer kan bidra til økt bevissthet hos helsepersonell rundt hva som er betydningsfullt for brukerne og som kan bidra til videreutvikling av recovery orienterte tilnærminger ved poliklinikken Distrikt Psykiatriske Senter (DPS).*»

På nettsiden for Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk helse - ROP, står det: «*Recovery er egentlig systematisk arbeid med brukermidvirkning. Det handler om å få til en helhetlig tilnærming til brukernes hverdag. Å være opptatt av bolig, arbeid og en meningsfull fritid.*»

REK nord

Besøksadresse: MH-2, 12. etasje, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon: 77 64 61 40 | E-post: rek-nord@asp.uio.no

Web: <https://reknord.no>

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger*», jf. helseforskningsloven § 2. «*Medisinsk og helsefaglig forskning*» er i § 4 a), definert som «*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

I dette prosjektet er formålet å finne ut hvordan pasienter med psykiske lidelser opplever og erfarer myndiggjøring og støtte fra helsevesenet ved recoverybehandling. Det framgår også at funnene i prosjektet kan bidra til økt bevissthet hos helsetjenesten, og til å videreutvikle slike typer behandlingstilnærminger.

Selv om dette er en helsefaglig studie og funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsemessig gevinst faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler om taushetsplikt og personvern.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

Vi gjør oppmerksom på at etter personopplysningsloven må det foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Dette må forankres i egen institusjon.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Klageadgang

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

10.2 NSD

26.5.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA**NSD sin vurdering****Prosjekttittel**

Brukerens opplevelse av støtte i arbeidet mot personlig myndiggjøring

Referansenummer

297058

Registrert

12.01.2021 av Unn Elisabeth Hammervold - unn.hammervold@uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Trond Grønnestad, trond.gronnestad@uis.no, tlf: +4751834228

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Roxana Sandor, roxana.sandor@yahoo.com, tlf: +4746554486

Prosjektperiode

01.05.2020 - 01.09.2021

Status

08.02.2021 - Vurdert

Vurdering (1)**08.02.2021 - Vurdert**

Prosjektet er vurdert av REK nord i vedtak av 04.11.2020, deres referanse 185705 (se under Tillatelser). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

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 08.02.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ffc4b12-faf6-432d-97cf-99baf11f951f>

1/3

26.5.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

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://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.09.2021.

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 bokstav 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

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

26.5.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ffc4b12-fa78-432d-97cf-99ba111951f>

3/3

10.3 Samtykkeerklæring

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

"MYNDIGGJØRING - BRUKERERFARINGER FRA POLIKLINIKK DPS"

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å belyse og utvikle kunnskap om brukeres opplevelser og erfaringer av å bli myndiggjort under recovery orienterte tilnærminger. I tillegg, tar studiet sikte på å øke kunnskap om hvordan brukerne opplever at tjenesten støtter dem i deres prosess av personlig myndiggjøring. Prosjektet er en kvalitativ studie hvor jeg har valgt å bruke et semi-strukturert intervju av pasienter med alvorlige psykiske lidelser ved poliklinikken Distrikt Psykiatrisk Senter (DPS), og som har erfaring med recovery orienterte tilnærminger.

Kvalitativ utforskning av brukererfaringer og brukermedvirkning i forbindelse med poliklinisk behandling ved Poliklinikk Distrikt Psykiatrisk Senter, DPS , for voksne over 18 år. Kunnskapen som innhentes vil kunne brukes videre for å sikre behandlingstilbud av den beste kvalitet. Det er helsetjenestens plikt til å innhente kunnskap om pasienterfaringer og benytte denne til både kvalitetssikring og kvalitetsforbedring.

Når man skal gå i dybden på opplevelser, erfaringer og betydning er kvalitativ forskningsmetode mest hensiktsmessig, og vil dermed være det rette designet for dette studiet. Intervjuer med enkeltpersoner er godt egnet når en skal fordype seg i temaer som krever ettertanke.

Brukernes egne opplevelser og erfaringer kan bidra til økt bevissthet hos helsetjeneste rundt hva som er betydningsfullt for brukerne og som kan bidra til videreutvikling av recovery orienterte tilnærminger ved poliklinikken DPS.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet vil innhente og registrere opplysninger direkte fra deg, som alder, sivilstand, diagnose, perioden deltakeren har vært i behandling, erfaringer og opplevelser fra poliklinikk DPS.

I prosjektet blir det lydopptak av intervjuet. Intervjuet vil vare mellom 45-60 minutter. Intervjueren vil sørge for anonymisering og nedlåsing av data. I rapporten vil det brukes omskrivninger og alle opplysninger vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer, og andre direkte gjenkjennende

opplysninger, for å sikre full anonymitet når resultatene av studien blir publisert.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er ingen risiko eller bivirkninger forbundet med å delta i forskningsprosjektet.

Fordelen med å delta, er at brukernes egne opplevelser og erfaringer kan bidra til økt bevissthet hos helsetjenesten rundt hva som er betydningsfullt for brukerne og som kan bidra til videreutvikling av recovery orienterte tilnærminger ved poliklinikken Distrikt Psykiatriske Senter (DPS).

En deltagelse innebærer ingen avvik fra den ordinære oppfølgingen du hadde fått fra Poliklinikk DPS. Ulempen innebærer at du må bruke litt ekstra tid, med å svare på noen spørsmål om dine erfaringer og opplevelser på Poliklinikk DPS.

Hvis du opplever at du har behov for en samtale om prosjektet, kan du kontakte [Inger Aareskjold Salte](#), *Enhetsleder Mestringspoliklinikken* på tlf. 51776804/91705087.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT 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. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger. Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser, eller dersom materialet er bearbeidet og inngår i et annet biologisk produkt.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 2021. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. 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.

Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun prosjektleder, Unn Elisabeth Hammervold og forskningsansvarlig Roxana Sandor som har tilgang til denne listen.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte Roxana Sandor tlf. +47 4654486, eller på e-post: roxana.sandor@yahoo.com.

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, e-post: nsd@nsd.no ; telefon: +47 55 58 21 17

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

10.4 Intervjuguiden

INTERVJUGUIDE**Tema: Brukerfaringer ved poliklinikk Jæren DPS**

Innledningsvis i intervjuet:

Fokus på å skape kontakt og trygghet

- Hvem er jeg, bakgrunn for studie
- Hvem er du
- Hvordan skal intervjuet gjennomføres? (Taushetsplikt, opptak, behandling av opplysningene, tidsaspekt)

1. Personfaktorer:

1. Alder/kjønn?
2. Sivilstand ?
3. Hvorfor er du i behandling på DPS?

Oppfølgingsspørsmål: Når var det første gang du begynte denne behandlingen på poliklinikken?

2. Miljøfaktorer

1. Kan du fortelle meg hvordan det var å komme på poliklinikken for 1.gang ?
2. Hvordan syntes du behandler tok imot deg?
3. Kan du si litt om hvordan du opplever samarbeidet med behandleren din?

Oppfølgingsspørsmål: Kan du si noe om din egen rolle i behandlingen?

10.5 Analyseprosessen

Tabell 3 Analyseprosessen fra meningsenhet til tema.

Meningsenheter	Kondensert meningsenhet (tekst nær beskrivelse)	Kondensert meningsenhet-tolkning av underliggende mening/ Underkategorier	Kategorier	Tema
...trappet ned på medisin , jeg sluttet helt på i fjør juli, august og etter det, føler jeg at jeg fikk mer energi, fikk bedre liv etter jeg sluttet på medisin	Nedtrapping på medisin førte til mer energi og et bedre liv	Medisinfri, energi og glede for å leve livet	Opplevelse av glede og energi i livet	Innflytelse over eget liv
Det har vært en vanvittig hjelp, men jeg har ikke vært på noen harde behandling , jeg har bare vært ...trappet ned på medisiner og fikk tilbake livet ,men klart det gikk sakte, men sikkert .	Det å trappe ned på medisiner, førte til å få sakte livet tilbake.	Gjenvinne livet		
Jeg har hatt mange prosjekter sant...i mitt egent personlig liv parallelt med at jeg har gått i behandling	Har mange prosjekter i livet parallelt til behandlingen	Leve livet parallelt til å gå i behandling	Ha et normalt liv parallelt til behandling	
altså mine ønsker er jo for det første å kunne være selvstendig,....jeg skal ikke si at en vil leve et helt fullt verdi liv hvis en er syke, fordi den gjør setter seg på en viss allikevel, men leve litt mer tilnærme på en måte,hva skal jeg si, normal.	Være selvstendig og håndtere alt praktiske ting , leve litt mer normalt liv	Sykdommen begrenser det fulle livet, men leve et mer normal liv		
Jeg har fått et mye bedre liv og klarer å styre livet mye bedre selv da liksom, men jeg har fortsatt bruk for hjelp da.	Fortsatt har bruk av helsehjelp, men er i jobb, har bedre liv og styrer livet mye bedre enn før.	Bedre livskvalitet		
hjulpet med aktivitet og trening, kosthold, samtaler..., så jeg har fått mye bedre helse, så det har vært en helhetspakke som har vært veldig god for meg. ... Og bedre livskvalitet.	Behandlingen har vært en helhetspakke, har fått mye bedre helse og bedre livskvalitet.	Aktiviteter Trening Kosthold Bedrelivskvalitet	Helsefremmen de tilnærming	

<p>Det jeg kan og si, er det at jeg føler på en måte , at jeg har hatt hjelpeapparatet og behandlere rund meg som har trodd veldig på meg og har hatt truen og har på en måte jobbet med meg fram til målet.</p>	<p>Har hatt hjelpeapparatet og behandlere rund og som har trodd veldig på brukeren og har hatt truen og har jobbet med brukeren fram til målet.</p>	<p>Få fram pasienten sine ressurser. Troen på pas. sine ressurser</p>	<p>Ha troen på brukeren sine ressurser</p>	<p>Ressursorientert holdninger</p>
<p>Målet hele tida har vært å få en utdanning for eks. ...så det har vært et mål for meg, og jeg har ikke vist, for å være ærlig om det var et realistisk mål, selv om ressursene er der, så har jeg ikke vist det....men så begynte jeg i høst fordi jeg følte at det var så mye på plass med det psykiske og sanne ting....så var det et mål av behandlingen , og så er det godt nå, kjempe bra</p>	<p>Målet var å få en utdanning,men det har alltid vært om sykdommen før, og nå det psykiske er på plass og kan jobbes med målet</p>	<p>Fokuset var det psykiske lidelsen før, nå jobbes med å få fram brukeren sine ressurser, og jobbe målrettet.</p>		
<p>Det å bo for meg selv, det tror jeg egentlig kom ifra behandlingsapparatet her, at de mente at det var best for meg liksom, etter hvert ville jeg jo det selv og liksom og det har jeg klart med hjelp av de initiativene fra dem da og det å gjenvinne livet mitt mer.</p>	<p>Behandlingsapparatet mente at det var best for brukeren å bo for seg selv.</p>	<p>Støtte til å bo for seg selv</p>	<p>Få fram brukeren sine ressurser</p>	
<p>å bli friskere...jeg hadde jo ikke det målet foran øynene, så i. antakeligvis så hun at hun hadde den sjansen til å hjelpe meg med , men det så ikke jeg, jeg hadde lyst til å bli rusfrie</p>	<p>Målet ikke var synlig for bruker i begynnelsen</p>	<p>Støtte og hjelpe brukeren å komme seg fram til målet</p>		
<p>Så ville han (<i>psykologen</i>) at jeg skulle jobbe og sånt. Etter et stund når det går langt tid uten å jobbe så bli du litt usikker på om du kan jobbe og så bli du vant til å ha fri, så da trenger du kanskje litt sånnfor å komme i gang igjen , og det følte jeg at jeg fikk. Det at du er hold i gang med aktiviteter som gjør at det er lettere å komme i gang med aktiviteter selv senere</p>	<p>Det blir vanskelig å komme tilbake i rutiner og jobb etter en stund med mye fri, men det å holde seg i gang med aktiviteter blir det lettere å starte selv senere.</p>	<p>Være oppmuntret til å holde seg i aktiviteter slik at senere når en skal starte med egne aktiviteter og jobb blir lettere.</p>		

Det hjelper å prate regelmessig med samme folk, ikke så mye nye, iallfall det som hjelper best er får gjevt med samtaler og få prate gjevt med samtaler hele tiden, ukentlig	Det hjelper å prate med samme folk ukentlig	Kontinuitet i relasjoner	Relasjoner	Åpne Dialoger
de bytter så mye psykologer og de byttes mye overleger og du får ikke så mye struktur... og jeg er avhengig av struktur i hverdag for å fungerer og da ble det litt vanskelig å bygge relasjoner nå jeg ikke får noe struktur...	Vanskelig å bygge relasjoner når det byttes behandlere ofte. Avhengig av struktur	Avhengig av struktur og behovet for å bygge relasjoner		
jeg er jo sosial og jeg synes det er kjekt å være i grupper, det var liksom å komme her å gjøre noe annet enn bare samtaler, noe sammen, og noe litt sosialt og kaffe, det var litt annet stemning enn det med behandler i samtaler, så det synes jeg det har vært veldig kjekt...	Kjekt å være i grupper, ha samtaler og være sosialt med andre.	Det å ha muligheten til å være sosialt, sammen med andre i en annen sammenheng enn behandlingsrelatert	Sosiale samlinger/ Samtaler	
jeg synes at de var veldig gode til å gi deg et sosialt... liksom, en plass å kunne gå...som i min situasjon hadde jeg brudd kontakter, ikke hadde jeg noen plass å gå, ikke hadde jobb, og da gir deg som en substitutt hvor du kan komme og gå, og snakke med folk og vær litt på dagtid, det var veldig bra.	Ha en sosial plass å kunne gå, en substitutt hvor du kan komme og gå, og snakke med folk	Det å ha noen når man føler seg alene		
<i>(Det som hjelper...)</i> det må jo være samtaler, og de å ha noen, kalle hjelper på en måte, som ikke er venner eller familie, helt utenfor familie og venner...ja...så er det egentlig noe å snakke med...da, og det som jeg sa...det å ha sånn åpen dialog.	Samtaler med noen andre en familie	Det å ha noen å snakke med, som ikke er familie		

Har vært en veldig bra samarbeid, det er det, og det som har vært veldig bra med meg og I. føler jeg at vi har er litt sånn åpen dialog sånn at jeg kan alltid sende hun en melding, enten hvis jeg har en nyhet, det har jo blitt et par gjennom mitt liv nå.	Godt samarbeid og dialog mellom bruker og behandler.	Lett å ta kontakt med behandleren		
hadde jeg ikke hatt fått den langvarig behandlingen som jeg har hatt over så lang tid, så har jeg aldri vært her i dag, så er det hele nøkkelen en kontinuerlig behandling, ikke bare langvarig, men kontinuerlig behandling	Kontinuitet i behandling, ikke bare langvarig, er det som hjelper.	Kontinuitet i behandling	Kontinuitet i behandling	
Behandlingen har hjulpet med mestring, og med de type ting, mestring...mestring og sykdom	Behandlingen har hjulpet med å lære om sykdommen og med mestring	Hjelpe brukeren å identifisere problemer og symptomer og lære mestringsstrategier	Læring	Økt mestring
det er faktisk mye læring i det...ved å kjenne seg selv så godt at det å vite hva tid må jeg ha hjelp og hva tid klarer jeg meg uten. det har vært veldig bra.	Lære om seg selv og kjenne seg så godt når en trenger hjelp	Læring i det å kjenne seg selv og forstå at en trenger hjelp	Kjenne seg selv	
Og så har jeg vært på en sånn samtale gruppe med en prest og en annet sykepleier her ...når du ikke på en måte kanskje du har ikke så mye tiltak selv og kanskje ikke så stor nettverk og sånt, det var veldig positiv, og så er det det at du kan på en måte bearbeide litt hva du har vært gjennom , er ganske viktig og prøve å gjøre...for på en måte få snakke ut det du mener det selv kanskje utløste ting , og det du mener, og hvordan var å være i den fase og hvordan var det spesiell kanskje etter at du var syk , du ble friskere og forstod mer... og på en måte bearbeide det at du faktisk har vært så syk , fordi det kan gå litt utover selvtilliten og sånt og, det har vært veldig bra.	Gruppesamtaler hvor du kan snakke ut det du mener det selv kanskje utløste ting ,og hvordan var å være i den fase, og hvordan var det spesiell kanskje etter at du var syk , du ble friskere og forstod mer... og på en måte bearbeide det at du faktisk har vært så syk	Samtaler som hjelper å bearbeide opplevelsen av å være veldig syk.	Bearbeide	
litt mer prat om psykisk sykdom, og litt mer kanskje om litt på..hvordan hjernen oppfatter det tingene ...litt mer	Ønsker samtaler om psykisk sykdom,	Lengsel etter å forstå	Lengsel etter å forstå	

sånn, kanskje...litt mer i dybden på ting som jeg har savnet..jeg har ikke hatt de tingene igjen etterpå , litt mer...hva skjer med kroppen når det tingene skjer og sånne ting, litt mer sånt ja ...fordi jeg ønsker på en måte åønsker å lære min kropp, ikke bare fysisk, men mentalt....jeg ønsker mer detaljert om... ja..	ønsker å lære kroppen, ikke bare fysisk, men mentalt.			
Og det er kanskje det en trenger, trenger ikke at helsepersonell skal gå inn å løse alt når en er i den forferdelige fasene, det egentlig først og fremst en trenger er at noen er der og ser deg for den du er, og faktisk ser deg for de symptomene du er.	Trenger ikke at helsepersonell skal gå inn å løse alt, det en trenger er at noen er der og ser deg for den du er, og faktisk ser deg for de symptomene du er.	Behovet for å bli sett som et menneske	Behovet for å bli sett	Bli møtt med anerkjennelse
Du får liksom noenJeg kan begynne å si noe positivt, at jeg... noen folk er jeg veldig imponert hvor mye verdighet og sånt de gir deg og ift. til hvordan de behandler deg, hvordan du ønsker å bli behandlet som en , person som ...som de ønsker å bli kjent med , som de ønsker å ja....ha et godt forhold til og sånt,	Viser verdighet og behandler brukeren som brukeren selv ønsker å bli behandlet	Behandle med respekt	Respekt	
Så tenkte jeg en ting som har betydd mye for meg da, det er det med tro og sånn liksom og at de har vært så rommelige. Jeg har en psykolog som ikke tror da liksom, men han respekterer troen og kan snakke om det og være åpen og slikt. Det betyr mye for livet mitt, og har vært veldig fint.	De har vært romslige, respekterer troen og kan snakke åpent om det.	Mangfold og gjensidig respekt		
og det er noe med det å likestille oss... så det synes jeg de har vært veldig gode på her og det å likestille at vi er egentlig helt på samme nivå det er bare at akkurat nå så er det den fordelingen, men den kan like gjerne være snudd om 10 år.	Personalet har vært gode på å likestille brukere	Alle er like verdifulle	Likeverd	

altså jeg er jo her på DPS blitt møtt veldig med respekt for det første , for på en måte den er jeg selv jeg har vært, et par perioder når jeg var innlagt her, så har jeg vært så dårlig at det er helt sprøtt nesten at det går an, jeg kan neste ikke se det for meg i dag at det er mulig å være så dårlig, men så synes jeg at i den periode når jeg var så dårlig så er deg ...som er deg på en måte, og de har vært der på en god måte, ikke på en måte at de skulle løse alle mine problemer, bare vært der, og bekrefte meg som person, opp i alt....	Blitt møt med respekt, blitt sett for mennesket uansett hvor dårlig en er og blitt bekrefte som person	Ser deg for den du er, bekrefte deg som person		
Det var jo så bra at det ble jeg rusfri ... det å ble sett og ble hørt på, og ble tatt alvorlig, ikke minst , ja...at min løsning hadde de trodd på, at B. trodde på ..og det var jo bra for meg.	Bli sett, hørt på, tatt på alvor, og bli trodd på	Det å bli hørt og tatt på alvor har hjulpet i prosessen av å bli rusfri	Bli sett og hørt	
Det er det at jeg alltid følt at de..... hvis jeg var innlagt pasient så har jeg alltid følt at... det har alltid vært venner, folk du kan stole på, ikke venner nødvendigvis, men folk du kan stole på, ikke venner fordi da blir de feil, men profesjonelle folk som er det der for deg, og de mener detde er unike ... De tar mennesket for det er, uansett hvordan de andre ser på de, de ser ikke nødvendigvis ned på de , de ser folk...hun var en støtte person der hvor jeg trengte for å si det sånn.	De har vært folk du kan stole på, profesjonelle folk som er der for deg og som tar mennesket for det de er, og som hjelper når en trenger, være en trygghetsperso n og en støtte.	Det å bry seg om, vise omsorg for medmennesker		Omsorgsfull/ kjærlighet
jeg føler meg tatt på alvor av psykologen... mer lyttende og mer støttende og løsningsorientert vil jeg si. Han brydde seg om meg, hvordan jeg hadde med minne økonomi og sånt	Følelse om at noen bryr seg om deg, er støttende og lyttende.	Det å oppleve omsorg, omtanke og empati		
de var veldig snille og sånt, og veldig omgjengelige og sånt som det da, så, og veldig inkluderende.	Personell som var snille, omgjengelige og inkluderende	Følelse av tilhørighet		

og så ønsker du på en måte å få litt sånn anerkjennelse i hvor vanskelig du har hatt og sånn , og på en måte blitt tatt vare på av et samfunn som du føler at kanskje feiler deg litt tidligere	ønsket å få anerkjennelse i hvor vanskelig du har hatt og ønsket å bli tatt vare av samfunnet	Lengselen etter anerkjennelse	Lengselen etter anerkjennelse	
---	---	-------------------------------	-------------------------------	--