

*Bruker og hjelper -
komplementære roller under gjensidig
påvirkning*

*En kvalitativ undersøkelse om hvordan fagrollen
utøves og påvirkes overfor brukere med alvorlig
psykisk lidelse og deres rett til medvirkning*

*Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på
brukerperspektiv*

Elisabeth Sortland Sande

Juni 2010



Universitetet i Stavanger

Det samfunnsvitenskaplige fakultet

Institutt for helsefag

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERGRADSSTUDIUM I
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2010

FORFATTER:

Elisabeth Sortland Sande

VEILEDER:

Førstelektor i sykepleievitenskap Anne Norheim

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Bruker og helper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

User and helper – complementary roles under mutual influence

EMNEORD/STIKKORD:

Fagrolle, brukermedvirkning, psykisk helsetjeneste

SIDETALL: 80

STAVANGER, 9.juni 2010

Forord

Denne studien er gjennomført som en del av masterstudiet Helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger. Hensikten med studien var behov for utdypende forståelse av brukermedvirkning som rettighet og ideologi innenfor helsevesenet, og da spesielt innenfor arbeidet med personer med alvorlig og langvarig psykisk lidelse, og ofte sammensatt tjenestebehov. Flere undersøkelser tyder på at idealer og realiteter ikke stemmer overens. En dypere forståelse for hvilke konsekvenser brukermedvirkning medfører for fagutøvelsen, vil også gi en dypere forståelse av hva brukermedvirkning som rettighet og ideologi innebærer for brukeren. Jeg håper kunnskapen som har kommet frem vil være til nytte og inspirasjon i det daglige arbeidet med brukergruppen, og at den enkelte bruker opplever at medvirkningen i eget tjenestetilbud virkelig fører til en bedret tilværelse.

Jeg vil rette en stor takk til informantene som villig og engasjert delte av erfaringer og refleksjoner. Takk for at dere møtte meg med åpenhet og ærlighet om dilemma, utfordringer og muligheter innenfor et felt som det fortsatt er behov for å nyansere.

Takk til min arbeidsgiver Jæren DPS for fleksibilitet og tid slik at studiet kunne gjennomføres parallelt med ordinært arbeid. Takk til veileder Anne Norheim for god veiledning, tålmodighet, raushet og stort engasjement for studien. Takk til mine gode venninner Marianne, Turid, Inger og Veslemøy for støtte gjennom "den sosiale referansegruppen". Til sist - takk til Per og resten av familien som har lagt alt til rette på beste måte for at studiet kunne gjennomføres.

Sola, juni 2010

Elisabeth Sortland Sande

Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning.....	4
1.1 Tema.....	4
1.2 Brukermedvirkning – hva er realiteten?.....	5
1.3 Problemstilling.....	6
1.4 Tidligere forskning og fagutvikling.....	7
2. Teori.....	10
2.1 Innledning.....	10
2.2 Rettslig utgangspunkt.....	11
2.3 Helsepolitikken verdier og ideologi.....	12
2.3.1 Respekten for enkeltmennesket.....	13
2.3.2 Tilgjengelighet og valgfrihet.....	14
2.3.3 Faglig forsvarlige tjenester.....	15
2.3.4 God ressursutnyttelse.....	16
2.3.5 Helsefremmende arbeid og folkehelse.....	16
2.3.6 Brukermedvirkning.....	17
2.4 Profesjonsteori – og forholdet mellom teori, praksis og skjønn.....	20
2.4.1 Sykepleierrollen.....	23
2.4.2 Legerollen.....	23
2.5 Profesjonsetikk.....	24
2.5.1 Respekt.....	25
2.5.2 Verdighet.....	26
2.5.3 Autonomi.....	26
2.5.4 Paternalisme.....	27
3.0 Metode.....	29
3.1 Innledning.....	29
3.2 Metodologiske refleksjoner og vitenskapsteoretisk ståsted.....	29
3.3. Studiens design.....	30
3.4 Det kvalitative forskningsintervju.....	32
3.4.1 Fokusgruppeintervju.....	33
3.5 Utvikling av intervjuguide og innsamling av data.....	33
3.6 Analyse.....	34

3.7	Reliabilitet, validitet og generalisering	37
3.8	Etiske overveielser	38
4.	Presentasjon og analyse av empiri	40
4.1	Fagrollen	40
4.1.1	Det faglige ansvaret	41
4.1.2	Relasjonens og språkets betydning	45
4.1.3	Ansvar for forvaltning av helsevesenets ressurser	48
4.2	Brukermedvirkning	49
4.2.1	Arenaens betydning for brukermedvirkning	50
4.2.2	Brukermedvirkning i hverdagen	53
4.2.3	Brukermedvirkning i et relasjonsperspektiv	56
4.3	Verdier	59
4.3.1	Respekt og autonomi	59
4.3.2	Paternalisme – også i hverdagslivet?	60
5.	Drøfting	64
5.1	Fagrollen – hva påvirker skjønnsutøvelsen?	64
5.2	Brukermedvirkning – er det så enkelt som det høres ut som?	67
5.3	Verdier – er det motsetning mellom paternalisme og autonomi?	69
6.	Konklusjon	73
6.1	Behandlingsperspektiv og hverdagsperspektiv	73
6.2	Brukermedvirkning som rettighet og ideologi	74
6.3	Brukermedvirkning som kvalitetsvariabel	74
6.4	Brukermedvirkning som kvalifisert medansvar	75
6.5	Implikasjoner for videre forskning	75
	Referanser	77

Sammendrag

Studiens tema var "Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning". Med utgangspunkt i helselovgivningen, helsepolitiske verdier og ideologi, profesjonsteori og profesjonsetikk ble brukermedvirkning belyst slik som fagpersoner opplevde dette i møte med brukere som har alvorlig og langvarig psykisk lidelse. Studien rettet seg mot dilemma, utfordringer og muligheter, og forsøkte å komme frem til en dypere forståelse av brukermedvirkning som rettighet og ideologi. Studiens problemstilling var "Hvordan beskriver fagpersoner innenfor psykisk helsetjeneste fagrollens innhold slik som den utøves overfor brukere og deres rett til medvirkning?" Som metode ble valgt kvalitativt forskningsintervju, til dels gjennomført som fokusgruppeintervju. Informantene hadde sin erfaring fra både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Studiens empiri viste stor forskjell på fagrollen slik den ble utøvd i et behandlingsperspektiv og slik som fagrollen ble utøvd overfor brukeres hverdagsliv. Brukermedvirkning som rettighet og ideologi sto sterkere når fagrollen rettet seg mot brukerens hverdagsliv enn når den rettet seg mot behandlingsopplegget. Studien konkluderte med at brukermedvirkning som begrep må forstås gjennom flere dimensjoner. Brukermedvirkning som rettighet og ideologi må også inkludere en sikring av rett til helsehjelp, og erkjennelsen av at et asymmetrisk maktforhold må opprettholdes for at relasjonen mellom bruker og hjelper skal ha berettigelse. Videre må brukermedvirkning forstås som et gode ved at det retter seg mot kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet. I tilfeller der brukermedvirkning fører til redusert helse og velferd, må dette få følger for fagrollen for å unngå konflikt med profesjonsteori og yrkesetikk. Til sist må brukermedvirkning vurderes i sammenheng med kompetanse for medvirkning, og at det i fagrollen ligger et ansvar for å tilføre brukeren medvirkningskompetanse. Konklusjonen var at brukermedvirkning strekker seg over tre dimensjoner:

- Brukermedvirkning som **rettighet og ideologi**
- Brukermedvirkning som **kvalitetsvariabel**
- Brukermedvirkning som **kvalifisert medansvar**

1. Innledning

1.1 Tema

Tema for masteroppgaven er: "Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning". Inspirasjonen til dette tema kom som et resultat av en lang prosess gjennom min yrkeserfaring som psykiatrisk sykepleier, og ble endelig da jeg i første semester av studiet skrev eksamen i brukermedvirkning. Den omhandlet empowermentidealet og dets paradoks, utfordringer og muligheter. Konklusjonen på eksamensbesvarelsen var at idealet om empowerment utfordrer hjelpernes holdninger i f.t. hvorvidt de ser på brukeren som kompetent til å medvirke aktivt i sin egen behandling og rehabilitering.

Empowermentidealet utfordrer hjelperne til bevissthet omkring egen makt, med tilhørende fare for både maktmisbruk og ansvarsfraskrivelse. Denne studien fortsetter der fjorårets eksamensbesvarelse slutter: Hvordan og på hvilken måte preger brukernes rett til medvirkning utformingen av fagrollen? Og motsatt: Hvordan og på hvilken måte bidrar fagrollen til utforming av brukerrollen?

Temaet er først og fremst forankret i pasientrettighetsloven, der rett til medvirkning i eget tjenestetilbud er sentralt (Pasientrettighetsloven § 3-1). Pasientrettighetsloven som ble vedtatt i 1999 innebærer et tidsskille i norsk helsevesen. Brukerne har gjennom pasientrettighetsloven fått lovfestet rett til å medvirke i eget tjenestetilbud. Samtidig som pasientrettighetsloven ble vedtatt, fikk vi også ny spesialisthelsetjenestelov og helsepersonellov som forplikter helsepersonell på å gi faglig forsvarlige tjenester og å legge til rette for brukermedvirkning.

Etter 10 år med pasientrettighetslov og tilhørende plikter for helsepersonell, er det fortsatt stort sprik mellom idealer og realiteter (Sverdrup, Kristofersen og Myrvold 2007). Hva skyldes dette? Med utgangspunkt i det komplementære rolleparet bruker og hjelper, vil denne studien rette seg mot helsepersonells egen forståelse og utøvelse av fagrollen, og søke å komme frem til beskrivelser av dilemma, utfordringer og muligheter i møte med brukere og deres rett til medvirkning. Vil helsepersonell med en større bevissthet og refleksjon over egen rolle bidra til at pasientrettighetslovens formuleringer om medvirkning i

større grad oppfylles etter intensjonen? Og er intensjonen med brukermedvirkning som ideologi og rettighet tilstrekkelig belyst med tanke på konsekvenser for både brukere og fagpersoner?

1.2 Brukermedvirkning – hva er realiteten?

I tiden etter at pasientrettighetsloven ble innført, har Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (St.prp. 63 (1997-1998)) medført omfattende satsinger, utbygging og kvalitetsforbedring av tjenestetilbudet innefor psykisk helse. Opptappingsplanen hadde som en av sine hovedintensjoner å gi brukerne større medvirkning i eget tjenestetilbud (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Følgelig er også brukermedvirkning et sentralt tema i evalueringer som er gjennomført i forbindelse med det siste tiårets satsing på psykisk helsetjeneste. Evalueringen av Opptappingsplanen (2009) påpeker at fagpersoner innenfor kommunalt psykisk helsearbeid mener at brukerne blir hørt og deltar i opplegg og utforming av behandling og tiltak. Brukerne selv er derimot ikke helt enige i fagpersonenes vurdering. Norsk Institutt for by- og regionsforskning (NIBR) har gjennom to rapporter konkludert med manglende tilgjengelighet og lange ventetider, liten grad av brukermedvirkning, mangelfull samhandling mellom aktørene og hyppige brudd i kontinuiteten. Rapportene konkluderer også med at Individuell plan heller fungerer ikke etter intensjonene. Undersøkelsene er utført i 2005 og 2007, og resultatene er omtrent de samme (Sverdrup, et al. 2005 og 2007).

SINTEF har i brukerundersøkelser blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne konkludert med at det er relativt høyt samsvar mellom det behandlingstilbudet som pasientene ønsket seg og det behandlingstilbudet de mottok. Til tross for dette er det en mindre, men betydelig andel av pasientene som opplever at de mottar et annet tilbud enn det de ønsker seg. Målet med brukermedvirkning er økt kvalitet på tjenestene og at pasienten får økt innflytelse over eget liv og egen livskvalitet. Ut fra denne målsettingen vurderer SINTEF at det er et vesentlig forbedringspotensial i tjenesteutformingen for å bedre være i stand til å møte pasientenes egne ønsker og preferanser (Bjerkan, Pedersen og Lilleeng 2009).

Overnevnte rapporter viser at satsingen på brukermedvirkning ikke har ført til måloppnåelse i tilstrekkelig grad. Brukermedvirkning er et begrep som utfordrer til dybdeanalyse for å

komme frem til en mer nyansert forståelse av begrepets innhold. Denne studien skal fokusere på hvordan fagpersoner forstår og forholder seg til brukernes rett til medvirkning. Som Evalueringsrapporten for Opptrappingsplanen (2009) viser, er det ikke nødvendigvis samsvar mellom fagpersoners og brukeres oppfatning av brukermedvirkning, men jeg finner langt flere brukerundersøkelser om brukermedvirkning og mangel på sådan, enn undersøkelser som fokuserer på fagpersoners forståelse av brukermedvirkning. Derfor vil denne studien kun omhandle fagpersoners beskrivelser av brukermedvirkning og tilhørende utfordringer.

1.3 Problemstilling

Studiens formål er å systematisere kunnskap om hvordan fagrollen beskrives, oppleves og utøves av fagpersoner som gjennom sitt arbeid har erfart og reflektert over dilemma, utfordringer og muligheter knyttet til brukermedvirkning som rettighet og ideologi. På bakgrunn av dette er følgende problemstilling formulert:

”Hvordan beskriver fagpersoner innenfor psykisk helsetjeneste fagrollens innhold slik som den utøves overfor brukere og deres rett til medvirkning”?

I spenningsfeltet mellom bruker og hjelper oppstår særlig to fenomen som studien vil rette seg mot:

1. Hva innebærer det for fagpersonen at brukeren har rett til medvirkning?
2. Hvordan kan kravet om faglig forsvarlige tjenester forstås når brukeren tar andre valg enn det som er anbefalt?

For å få svar på dette har jeg formulert fire forskningsspørsmål:

1. På hvilken måte gir fagrollen, slik den utøves av sykepleiere og leger, rom for brukermedvirkning?

2. På hvilken måte må den tradisjonelle fagrollen endres for å møte brukernes krav om medvirkning og valgfrihet?
3. På hvilken måte er fagrollen forenlig, evt. ikke forenlig, med lovverkets krav?
4. Er etablert fagtradisjon og yrkesetiske retningslinjer i samsvar med verdigrunnlaget for helsetjenesten?

Psykisk helsetjeneste er et tverrfaglig fagfelt, men denne studien avgrenser seg til leger og sykepleiere og deres erfaringer overfor brukere med alvorlig psykisk lidelse. Fagrollen har i årene etter at pasientrettighetsloven ble vedtatt, utviklet seg mot den nye brukerrollen. Fagpersoner har dermed mulighet, på bakgrunn av erfaring, til bred refleksjon over dilemma, utfordringer og muligheter som den nye fagrollen møter. Erfaringskunnskapen som disse fagpersonene har, vil bidra til å gi svar på studiens problemstilling.

1.4 Tidligere forskning og fagutvikling

Jeg har ikke funnet at andre land har tilsvarende lov om pasientrettigheter som den norske pasientrettighetsloven om rett til medvirkning i eget tjeneste- og behandlingstilbud. Derimot finnes det en rekke land som har pasientrettighetslover som gjelder i tilfeller med feil behandling, feil medisiner, i forbindelse med dødsstraff, osv. Utenlandske forskningsartikler med utgangspunkt i disse lovene fant jeg lite relevante for min studie.

Det finnes mye forskning på empowerment og empowermentprosesser, mest i forhold til svakere stilte grupper i samfunnet. Dette er relevant forskning for denne studien; generelt fordi det er ulikt maktforhold mellom bruker og hjelper, og fordi det innenfor psykisk helsevesen spesielt er fare for maktmisbruk gjennom bruk av tvangsparagraf (Psykisk helsevernloven kap. 3). Av avgrensningssyns velger jeg ikke å presentere forskning om empowermentprosesser her.

Jeg har ikke funnet noe forskning som handler om det komplementære mellom bruker og hjelper og hvordan rollene påvirkes av brukernes rett til medvirkning. Av den grunn finner jeg det nyttig å velge dette som tema for min studie.

Imidlertid finnes det artikler og fagutviklingsprosjekt som omhandler noen av dilemmaene i relasjonen mellom den kompetente fagpersonen og brukeren som har rett til medvirkning, men med varierende grad av medvirkningskompetanse. Jeg har valgt å ta med bidrag fra flere profesjoner. Min studie vil omhandle psykisk helse, og dette feltet er innenfor norsk medisin og helsevesen i særdeleshet avhengig av en tverrfaglig kompetanse og tilnærming. Sunniva Ørstavik (2002) er sosiolog og har i sin artikkel om *Det tvetydige brukerperspektivet* gitt en teoretisk analyse av kompleksiteten, mangfoldet og ulike konsekvenser av brukermedvirkning som ideal for helsetjenesten. Konklusjonen er at bruker og hjelper er komplementære roller som ikke uten videre kan endres, og hvis de endres er mulighetene for uønskede konsekvenser store. Det vil alltid være et asymmetrisk forhold mellom bruker og hjelper. Ørstavik hevder at det er bedre å velge en strategi som synliggjør og tydeliggjør dette maktforholdet, enn å risikere at de mektige i relasjonen løper fra sitt ansvar.

Per M. Aadnanes (2007) er teolog og har en tilsvarende konklusjon i sin artikkel *Den uavhengige avhengige*. I artikkelen understreker han kompleksiteten i dagens helselovgivning, og særlig utfordringene som følger av mangelfull utredning om de etiske og verdimeslige konsekvensene som lovgivningen innebærer. Noe av kompleksiteten omhandler det asymmetriske maktforholdet mellom hjelper og bruker. Dette asymmetriske maktforholdet skyldes primært kunnskapsforskjellen mellom hjelper og bruker. I tillegg skyldes det asymmetriske maktforholdet at hjelperrollen er forbundet med høy status, mens brukerrollen, ved sin avhengighet til andre er ensbetydende med lavstatus. Rollene og maktforholdene kan endres og utvikles, men forholdet mellom hjelper og bruker har kun sin berettigelse ved at hjelperen har noe som brukeren trenger. Kunnskapsforskjellen må være tilstede og dermed også den gjensidige og asymmetriske avhengighetsrelasjonen. Brukermedvirkning med målsetting om å redusere gapet i maktforholdet, fremstår dermed som en selvmotsigelse (Aadnanes 2007).

Fra sykepleierhold har det vært gjort fagutvikling på begrepet *helsefremmende allmenndannelse* som en forutsetning for medvirkning i egen behandling. Helsefremmende allmenndannelse handler nettopp om evner og ferdigheter til å ta til seg helserelatert kunnskap, og om evne til kritisk refleksjon av denne kunnskapen. Konklusjonen er at kunnskap er egenmakt (Finbråten og Pettersen 2009). Budskapet i denne type forskning og fagutvikling er at kunnskap er en forutsetning for reell medvirkning.

Heskestad og Tytlandsvik (2008) er hhv. lege og sykepleier og viser i sin studie om brukerstyrte innleggelser et interessant resultat av økt medvirkning og valgfrihet hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og for noen også underlagt tvunget psykisk helsevern. Studien omhandler kontraktfestet rett til brukerstyrte innleggelser i sengepost, og viser at innenfor gitte rammer har selv meget syke og funksjonssvake pasienter vist seg kompetente til medvirkning angående vesentlige sider ved hverdagslivet.

Arnhild Lauveng (2005 og 2006) har gjennom sine bøker beskrevet sin tilværelse i tiden da hun led av alvorlig schizofrenilidelse. Hun skriver om holdninger og handling, samarbeid med fagpersonal, tanker omkring brukermidvirkning og mangel på brukermidvirkning. Hennes litteratur er ikke forskning, men allikevel et verdifullt bidrag sett fra brukers side. Lauveng ble frisk av sin lidelse og har i ettertid utdannet seg til psykolog og arbeider i dag innenfor psykisk helsetjeneste. Jeg anser at hennes egenerfaring sammen med hennes fagkunnskap gjør henne kvalifisert til å bidra med viktige aspekter innenfor det komplekse i denne studiens tema og problemstilling. Lauveng (2005) bekrefter at medvirkning vil være ønskelig eller ikke ønskelig avhengig av brukers problem, når det har oppstått og hva som eventuelt har blitt forsøkt tidligere. Brukermidvirkning er ikke det samme i akutte situasjoner som i et mer langvarig behandlingsforløp, eller i akutte situasjoner innenfor et langtidsforløp. Den samme bruker vil, avhengig av situasjonen, i ulik grad ønske å medvirke.

Disse tverrfaglige bidrag bekrefter at brukermidvirkning som rettighet og ideologi er et begrep som på den ene siden har potensial for kvalitetsutvikling og demokrati innenfor helsetjenestene. På den andre siden står brukermidvirkning i fare for å undergrave det faglige ansvaret. Innenfor dette spennet utfordrer brukermidvirkning som rettighet og ideologi fagrollen til nye former for samarbeid med brukeren; et samarbeid som er tilpasset brukers kompetanse og forutsetninger for medvirkning. Jeg har valgt å se nærmere på de sentrale helsepolitiske føringer og verdigrunnlag. Sammen med profesjonsteori og profesjonsetikk vil disse dokumentene gi grunnlag for en dypere forståelse av hvilke utfordringer, dilemma og muligheter fagpersoner står overfor i møte med brukere og deres rett til medvirkning.

2. Teori

2.1 Innledning

Studiens problemstilling har fagrollen som hovedfokus. For å begrunne hvordan begrepet *fagrolle* skal forstås i denne sammenheng, har jeg valgt å se nærmere på teori som forklarer forholdet mellom profesjonsteori og utøvelse av skjønn. Studiens empiri er en beskrivelse av hvordan leger og sykepleiere utøver skjønn, og hvilke betingelser og konsekvenser skjønnsutøvelsen har. Studiens empiri beskriver fagrollen slik den utøves overfor brukere med alvorlig psykisk lidelse. I denne studien omhandler dette i hovedsak brukere med schizofreni eller schizofrenilignende tilstander, og i noen tilfeller dobbeldiagnose der ruslidelsen opptrer som tilleggs- eller følgeproblematikk. Av avgrensningssynsner velger jeg ikke å ta med teori om psykisk lidelse, men legger anerkjent kunnskap om psykisk lidelse til grunn for den videre fremstillingen.

Studiens problemstilling om hvordan fagpersoner beskriver utøvelsen av sitt daglige og faglige virke, er en beskrivelse av hvordan faglig skjønn utøves og begrunnes. Utøvelse av fagrollen avspeiler et verdigrunnlag som er nedfelt i overordnede helsepolitiske dokumenter og forankret gjennom helselovgivningen. Forholdet mellom profesjonsteori, praktisk utøvelse, verdigrunnlag og lovgivning er ment å utfylle og bekrefte hverandre. Imidlertid er helsevesenet i særdeleshet et område der utfordringer og dilemma oppstår som en følge av ulike og til dels motstridende tolkninger av lovverk og verdigrunnlag. Av den grunn beskrev jeg med utgangspunkt i studiens problemstilling fire forskningsspørsmål. Disse tar høyde for noen av de utfordringer og dilemma som kan oppstå i spennet mellom lovverk og de aktuelle profesjonenes verdigrunnlag.

Som teoretisk ramme for analyse og fortolkning av informantenes beskrivelser, har jeg valgt teori ut fra følgende tema:

- Ideologi, verdier og strømninger som helsepolitikken bygger på
- Profesjonsteori og profesjonsetikk

2.2 Rettslig utgangspunkt

De mest relevante lover for denne studien er pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Samtidig som pasientrettighetsloven ble innført i 1999, fikk vi også ny helsepersonellov og ny spesialisthelsetjenestelov som sammen utgjør de viktigste lovene innenfor helselovgivningen.

Teorirammen for denne studien hviler på pasientrettighetsloven av 2.juli 1999.

Pasientrettighetslovens kapittel 3 inneholder bestemmelser om rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen, om samspillet mellom bruker og hjelper, og om informasjon og konsekvenser av helsehjelpen.

Formålsparagrafen (§ 1-1) gjør det klart at pasientrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. I forarbeidet for pasientrettighetsloven kommenterte sosialkomiteen i sin innstilling til Stortinget (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)) at pasientens rett til medvirkning gir mulighet for å influere på behandlingsopplegget for de pasienter som ønsker dette, samtidig som dette krever en aktiv og åpen holdning fra helsepersonells side om å ta pasientens synspunkt på alvor, og at grunnlaget for en slik dialog er at pasienten har fått relevant informasjon. Videre understreker sosialkomiteen i sin innstilling at det er helsepersonells rett og ansvar å velge den behandlingsmetode som de ut fra sine kunnskaper mener er den beste og eventuelt mest forsvarlige, og at medvirkningsretten vil variere avhengig av pasientens behov og forutsetning, og behandlingens karakter (Ot.prp. nr. 12 (1998-99)). Dette samsvarer med formuleringen i pasientrettighetsloven § 3-1 om at pasientens medvirkning gjelder ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (§ 3-1).

Pasientrettighetslovens § 3-1 om pasientens rett til medvirkning er den mest aktuelle for denne studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Studiens forskningsspørsmål om hvordan fagrollen er forenlig, eller eventuelt ikke forenlig med lovverkets krav handler om brukermedvirkning vurdert opp mot faglig forsvarlighet. Faglig forsvarlighet er hjemlet i helsepersonellovens § 4 og samme paragraf omhandler også krav om å yte omsorgsfull hjelp.

Brukermedvirkning forutsetter kompetanse for medvirkning. Gjennom datainnsamling forsøker denne studien å få frem nyanser på hvordan fagpersoner forholder seg til brukermedvirkning i lys av brukerens kompetanse og innsikt i egen situasjon og helsehjelpens betydning. Helsepersonell er en av de viktigste aktørene for at brukerne skal opparbeide seg kompetanse i medvirkning, og spesialisthelsetjenesteloven har hjemlet opplæring av pasienter og pårørende som en av de fire viktigste oppgavene for sykehusene (Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-8).

Pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, og særskilt disse utvalgte paragrafer (Vedlegg 1) utgjør det rettslige grunnlaget for å vurdere beskrivelsene av fagrollen sett i forhold til brukernes rettigheter. For å få en bredere forståelse av helselovgivningens innhold, velger jeg å ta med utvalgte dokumenter og sentrale føringer som beskriver hvilken ideologi, verdier og strømninger som helsepolitikken bygger på.

2.3 Helsepolitikens verdier og ideologi

Helsepolitikk og helsetjenester har sin berettigelse gjennom at det finnes mottakere som har behov for helsetjenester. Mitt utgangspunkt er at dette gjelder for enkeltindivider som mottakere av enkelte helsetjenester, likeså vel som for befolkningen generelt som er i behov av helsepolitiske tiltak som forebygger og som gir trygghet for at helsetjenestene er tilgjengelige den dagen behovet melder seg.

Hele det norske velferdssamfunnet bygger på et humanistisk menneskesyn. Helsepolitiske dokumenter og statlige føringer har alle et implisitt verdigrunnlag med utgangspunkt i et humanistisk menneskesyn, og i noen dokumenter er dette uttrykt mer eksplisitt. St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*, oppsummerer verdigrunnlaget slik:

- respekt for enkeltmennesket
- nærhet og tilgjengelighet
- faglig forsvarlighet
- sikkerhet
- god ressursutnyttelse
- helsefremmende arbeid

St.meld. nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring* har fokus på verdier innenfor rehabilitering, men verdigrunnlaget kan generelt gjøres gjeldende for resten av helsevesenet også (St.meld. nr. 26 (1999-2000):18). Her vektlegges brukerens rett til selv å bestemme over vitale livsforhold og til å formulere egne mål. Brukerdeltakelse og brukermedvirkning er en forutsetning for rehabilitering. Tjenesteapparatets rolle vil for en stor del være rådgivning, tilrettelegging og hjelp til selvhjelp (kap. 1.2).

Denne studien tar utgangspunkt i fagpersoners beskrivelser av hvordan de møter brukere og brukeres rett til medvirkning i situasjoner som ofte er preget av mangel på kompetanse til medvirkning. NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt* bygger på et verdigrunnlag som tar utgangspunkt i selve møtet mellom bruker og tjenesteyter, og at brukermedvirkning er både en verdi og en strategi for helsetjenesten (NOU 2005:3:129). Dette dokumentet var en forløper til samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Det verdimesige grunnlaget i samhandlingsreformen handler om helhetlige pasientforløp som sikrer at det er pasientens integritet og behov som er utgangspunktet for tjenestene, og at helsetjenesten må vise vilje til å fange opp hva som er pasientens forståelse av sitt behov (kap. 5.1).

Gjennom de siste 10 års satsing på psykisk helsetjeneste, har det vært økt fokus på mestring, deltakelse og vanlig hverdagsliv for brukere med langvarig psykisk lidelse. St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006* tar utgangspunkt i at mennesker kan og vil være aktive deltakere i samfunnet. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Tjenesteytingen må ta hensyn hele mennesket med kropp, sjel og ånd, og betydningen av den grunnleggende ramme som bolig, arbeid og sosialt liv utgjør (kap. 1.2). Helselovgivningen hjemler plikt til å bidra med kunnskap og opplæring (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8, Helsepersonelloven § 10), slik at personer med psykiske lidelser har en reell mulighet for mestring og deltakelse i samfunnet.

2.3.1 Respekten for enkeltmennesket

Respekten for enkeltmennesket er universalt uttrykt gjennom FN's menneskerettigheter (Høstmølingen 2003) og lovfestet både i pasientrettighetsloven § 1-1 og psykisk helsevernloven § 1-1. Respekt er et gjennomgående begrep i de helsepolitiske dokumenter. Samhandlingsreformen påpeker at samhandling dreier seg om respekt for pasientens

integritet og behov, om kvaliteten i tjenestene, og i verste fall om forsvarligheten i tjenestene (St.meld. nr. 47 (2008-2009):47). Videre står det i samhandlingsreformen at å legge hensynet til pasienten til grunn for tjenesteytelsen (brukerperspektivet) er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket (St.meld. nr. 47 (2008-2009):51). Det samme kommer til uttrykk i St.meld. nr. 26 (1999-2000) der det står at brukermedvirkning ikke bare tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske, men brukermedvirkning er også en samfunnsmessig verdi (St.meld. nr. 26 (1999-2000):31). Rehabiliteringsmeldingen *Ansvar og meistring* innleder med at regjeringens politikk bygger på respekten for det enkelte menneske, og at utgangspunktet skal være et brukerperspektiv der individets behov legges til grunn for prioritering, organisering og tiltak (St.meld. nr. 21 (1998-1999):kap.1.1). Videre står det at rehabilitering må ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av graden av funksjonshemming og den enkelte sin evne til arbeid, og at et helhetlig menneskesyn basert på mennesket som kropp, sjel og ånd må ligge til grunn (St.meld. nr. 21 (1998-1999):kap.1.2). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* vektlegger også respekten for den enkelte som en grunnleggende verdi. Planen innledes med at brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og at brukermedvirkning er i vårt samfunn et gode i seg selv (St.prp. nr. 63 (1997-1998):6).

Dette viser at respekt knyttes til enkeltmenneskets verdi uavhengig av funksjon, og innebærer at tjenesteytere må legge til grunn at også pasienter har rett til å bli møtt med respekt for sine ulike synspunkt og ønsker (St.meld. nr. 47 (2008-2009):53). Det kommer ikke frem i noen av de overfornevnte dokumenter at dette ikke også gjelder når brukeren gjør ufornuftige valg, men det uttrykkes eksplisitt at når brukeren mangler kompetanse, så har helsepersonell ansvar for å bidra slik at brukeren tilføres nødvendig kompetanse (St.meld. nr. 47 (2008-2009):53).

Respekt er fundamentet for verdiene som helsepolitikken bygger på, og kommer til uttrykk også når de andre verdiene skal beskrives.

2.3.2 Tilgjengelighet og valgfrihet

Ved innføring av pasientrettighetsloven, fikk retten til fritt sykehusvalg stor oppmerksomhet, og ordningen medførte nye tanker om forholdet mellom den enkelte pasient og

sykehusvesenet. Tilgjengelighet og valgfrihet er en del av respekten for pasientens integritet, og uttrykkes eksplisitt i sentrale føringer (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Helsetjenestene skal være likeverdige uavhengig av bosted, alder, kjønn, økonomi og etnisk bakgrunn.

Helsetjenestens verdigrunnlag må forutsette at pasienten har ønske om, og kompetanse til, å gjøre sine egne valg. Slik beslutningskompetanse må om nødvendig tilføres pasienten (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Dette med pasientens ønske om, og kompetanse til, medvirkning oppfatter jeg som mer komplekst enn det som fremkommer av helsepolitiske dokumenter, noe som dermed begrunner valg av studiens problemstilling og særlig forskningsspørsmålene. Valgfrihet og innføring av brukerbegrepet, har ledet helsevesenet over i en mer markedsorientert terminologi, og dermed også en mer markedsorientert praksis. Retten til fritt sykehusvalg, bestiller-utfører-modellen innefor kommunale tjenester, og pasienter som forbrukergruppe er utslag av valgfrihet som verdi for helsetjenestene. Pasienten som kunde blir beskrevet av Olaug S. Lian (2008) og setter fokus på sammenhengen mellom helsevesenets organisering og styringsvariabler og innholdet i bruker- eller pasientrollen. Lian konkluderer med at kundemetaforen retter seg mot brukerens valgfrihet, men også mot brukeren som lønnsomt objekt, noe som ikke er uttalt som en aktet verdi.

Valgfrihet innebærer at fagpersonene må akseptere at brukeren tar valg som ikke fremmer helse; valg som for noen er skadelige og endog dødelige. Dette leder over til spenningsfeltet mellom valgfrihet og faglig forsvarlige tjenester.

2.3.3 Faglig forsvarlige tjenester

Både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven har i § 1 formuleringer som skal sikre faglig forsvarlige tjenester. Forsvarlighetskravet har blitt lovfestet gjennom forarbeid knyttet opp til etiske vurderinger og "hva god legeskikk tilsier". Avgjørelser bygger på det som er allment akseptert i det faglige fellesskapet, innenfor rammer som samfunnet har gitt gjennom lovgivning (Braut 2008). Rettslig forsvarlighet er en minstestandard, der det i noen grad godtas at det fravikes fra hva som er faglig godt før handlingen er å anse som uforsvarlig i lovens forstand (Molven, Holmboe og Cordt-Hansen 2006). Det er altså et spenn mellom faglig uforsvarlighet og tjenester som kan sies å være av faglig dårlig kvalitet.

2.3.4 God ressursutnyttelse

Et stadig press om økt effektivisering står i fare for å true verdien om respekt for enkeltmennesket som den bærende verdi i helsevesenet. St.meld. nr. 26 (1999-2000) om verdier i helsevesenet er tydelig på at effektivisering skal bety å sikre god ressursutnyttelse slik at ressursene blir fordelt i samsvar med samfunnets prioriteringer.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) har god ressursutnyttelse som ett av sine tre hovedområder. I tillegg til koordinering av tjenester og økt forebygging, er den økonomiske fordelingen mellom forvaltningsnivåene ett av formålene med reformen. Reformen understreker at det økonomiske siktemålet med reformen også vil styrke kvaliteten i tjenestene for den enkelte. Som avsnittet overfor om valgfrihet viser, vil økonomiske interesser kunne komme i konflikt med faglige og ikke-økonomiske interesser. God ressursutnyttelse skal tolkes som ensbetydende med god kvalitet for den enkelte. Dette er tolkninger sett i samfunnsperspektiv og på gruppenivå. Slik jeg ser det, vil det alltid være knappe ressurser innenfor helsevesenet, og enkeltpersoner vil alltid ha en berettiget oppfatning om at de tilhører en lavere prioritert gruppe. God ressursutnyttelse som verdi for helsevesenet vil derfor alltid være underlagt debatt. Så spør det hvem som blir toneangivende i debatten.

2.3.5 Helsefremmende arbeid og folkehelse

Selv om spesialisthelsetjenesteloven har som sitt første punkt å fremme folkehelse, er folkehelse et område som først og fremst strekker seg ut over helsevesenets ansvarsområde (Mæland 2005). Samhandlingsreformen har forebygging som en av sine hovedhensikter (St.meld. nr. 47 (2008-2009)), og forebygging er sentralt i kommunehelsetjenesteloven, og kommer til uttrykk gjennom formålsparagrafen § 1-2. Folkehelse og forebygging bygger på ideen om det som den enkelte selv kan gjøre for å fremme egen helse, og dette igjen korresponderer med verdiene som brukermedvirkning bygger på. Økt fokus på forebygging innebærer indirekte at den enkelte selv får større ansvar for egen helse. I tillegg er det et omfattende kollektivt og samfunnsmessig ansvar å legge til rette for tiltak som fremmer folkehelse og forebygging. Regjeringen har i Voksenåsen-erklæringen understreket prinsippet om at den enkelte har ansvar for eget liv og helse, og at brukermedvirkning

innebærer at den enkelte selv har et medansvar (St.meld. nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring*).

I hvilken grad den enkelte har ansvar for sin egen helse, er et tema som i liten grad har vært hørbart når utfordringene knyttet til brukermedvirkning har stått på dagsorden. En allmenn oppfatning er ofte at den enkelte har stort ansvar for forebygging av helseskade. Som bruker av helsevesenet er den enkeltes ansvar mer uklart. Brukermedvirkning forutsetter deltakelse, og dermed også medansvar fra brukerens side. Aadnanes (2007) sier at en vesentlig del av empowerment-idealet bygger på forståelsen om at den hjelpetrengende selv får lagt inn over seg en ny etisk ansvarliggjøring. Fokus på forebygging vil stå i fare for moralisering om at den syke har seg selv å takke. Dette kan være en holdning som særlig kommer til uttrykk overfor de som rammes av sykdommer som åpenbart har oppstått som følge av livsstil.

Dette viser at samfunnets verdier for helsevesenet må sammenholdes med hverandre i en levende debatt om hvordan helsetjenestene i praksis fungerer. Det er tydelig at overfor enkelte grupper og overfor enkeltindivider vil verdiene kunne være motstridende. Verdiene som samfunnet har lagt for helsevesenet må også sammenholdes med profesjonsetiske verdier og det som faktisk skjer i møtet mellom hjelper og bruker. Møtet mellom pasient og tjenesteyter er selve testen på verdigrunnet for helsetjenesten (St.meld. nr. 26 (1999-2000)).

2.3.6 Brukermedvirkning

Rollen som pasient eller klient har i løpet av de siste 10-15 årene i stadig større grad blitt erstattet med "bruker". Begrepet *bruker* er i denne sammenheng en fellesbetegnelse på personer som benytter seg av, mottar eller bruker offentlige tjenester (Andreassen 2005). Hensikten med begrepsendringen er flersidig, og gir først mening når begreper som empowerment, makt, myndiggjøring og mestring blir nærmere beskrevet. Felles utgangspunkt for disse "ideologiske strømningene", er tanken om likeverd og iboende verdighet uavhengig av status som hjelpetrengende eller annen form for avhengighet til andre. Respekt for enkeltmennesket og øvrige verdier som helsevesenet bygger på, kommer

til uttrykk blant annet gjennom brukermedvirkning (slik som beskrevet overfor). Dermed blir brukermedvirkning en vesentlig verdi i seg selv.

Brukermedvirkning bygger på empowermentideologien og har sitt utspring i svake og undertrykte gruppers kamp for rettigheter og demokrati. Empowerment oversettes gjerne med myndiggjøring. Empowerment inneholder *power* som assosieres med styrke, makt og kraft. Begrepet gir videre assosiasjoner til fenomener og egenskaper som selvtillit, sosial støtte, stolthet, delaktighet, egenkontroll, kompetanse, borgerrettigheter, selvstyre, samarbeid og deltakelse (Askheim og Starrin 2007).

Innenfor helse- og sosialtjenesten handler empowerment om å erklære pasienten eller klienten som selvstendig menneske med krav på respekt for egne valg og preferanser som angår egen helse og velferd. Disse definisjonene av empowerment viser at brukerens rettigheter slik de fremkommer i pasientrettighetsloven og statlige føringer for helsevesenet, har sin forankring i empowermentideologien. Det er et uttrykk for utvikling av demokratiet, og alle er enige om at intensjonene er gode (Aandanes 2007). Empowerment-ideologien og myndiggjøring handler om å (om)fordele og (om)strukturere maktrelasjoner (Vik 2007), og maktteori vil gi grunnlag for tolkning og forståelse av empowermentbegrepet slik det anvendes innenfor helsesektoren.

Makt beskrives og analyseres alt fra globalt metaperspektiv til den makt som utspiller seg i nære, intime relasjoner, og definisjonene på makt er deretter. Weber definerte i 1971 makt som: *Evnen til å få noe til å skje i samfunnet. Ett eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand* (sitert av Engelstad 2005). Dahl definerte i 1957 makt som at *A har makt over B i den grad at A kan få B til å gjøre noe som B ellers ikke ville gjort* (sitert av Engelstad 2005). Foucault har en tredje definisjon på makt: *Maktutøvelse (...) er en måte som visse handlinger påvirker andre handlinger på* (sitert av Engelstad 2005).

I møtet mellom bruker og hjelper, er Dahl sin definisjon mest relevant. Dette uttrykkes i sin ytterste konsekvens når psykisk helsevernlovens tvangsparagrafer anvendes. For å forstå brukermedvirkningens konsekvenser for maktutøvelse, er det hensiktsmessig å skille mellom makt som statisk begrep og makt som et ekspansivt begrep:

1. Det statiske maktbegrepet: Ved omfordeling av makt må en part få mindre makt hvis den andre part skal få mer. Dette er den vanligste oppfatningen av maktbegrepet og den forståelsen som ligger til grunn for den opprinnelige empowerment-ideologien.
2. Det ekspansive maktbegrepet: Sosiologen Talcott Parsons peker i 1963 på at koordinering og økt gjensidighet mellom aktører fører til at alle får mer makt, at summen av makt kan vokse.

(sitert av Engelstad 2005).

I min studie finner jeg det mest meningsfullt å omtale makt som et ekspansivt begrep. Et statisk maktbegrep står i fare for å utløse en maktkamp, noe som verken fagpersoner eller brukere med alvorlig psykisk lidelse er tjent med.

Mestring handler om å ha tilgang på ressurser som kunnskap, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr, og evne til å benytte seg av disse (Heggen 2007). I flere av de offentlige føringene (bl.a. i St.meld. nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring*) vektlegges det at helsetjenestene skal fremme mulighet for mestring. Formuleringene bærer i økende grad preg av at brukeren selv har ressurser som er relevante for å oppnå god hjelp eller behandling (Ekeland 2007). Empowermentprosessene forutsetter mestring, og dette viser hvordan begreper som empowerment, makt, myndiggjøring og mestring må ligge til grunn for å forstå innholdet i begrepet bruker, og dermed også brukermedvirkning.

Brukermedvirkning er forankret gjennom pasientrettighetsloven, og begrepet går som en rød tråd gjennom alle helsepolitiske dokumenter. Brukeren har rett til å medvirke i eget tjenestetilbud (Pasientrettighetsloven § 3-1), helsepersonell har plikt på å legge til rette for brukermedvirkning gjennom informasjon (Helsepersonelloven § 10) og bidra slik at brukeren får den kompetanse som er nødvendig for medvirkning (Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8). Dette fordrer et samspill mellom bruker og hjelper som ikke inngikk i den tradisjonelle forståelsen av pasient- og lege-/sykepleierrollen.

Brukermedvirkning forutsetter samtykkekompetanse. Der slik kompetanse mangler, har helsepersonell rett til å ta avgjørelser på pasientens vegne (Pasientrettighetsloven § 4-3). Pårørende har også visse rettigheter på vegne av brukeren (Pasientrettighetsloven § 4-6). Pasientrettighetsloven omtaler begrepet samtykkekompetanse som enten - eller (Pasientrettighetsloven § 4-1). Derimot er det teori som utdyper dette og som beskriver

samtykkekompetanse eller beslutningskompetanse som situasjonsavhengig, tidsavhengig og gradert (Nortvedt 2008). Beslutningskompetanse forutsetter at personen har fått nødvendig og relevant informasjon, at personen kan bearbeide informasjonen, at personen har tilstrekkelig innsikt i hva informasjonen betyr for eventuelle handlingsvalg, og til sist må personen kunne gi adekvat uttrykk for sine preferanser (Nortvedt 2008:253).

Samtykkekompetanse, beslutningskompetanse og medvirkningskompetanse oppfatter jeg som ulike betegnelser for samme begrep, men der begrepet gis ulikt innhold avhengig av settingen. Brukermedvirkning og samtykkekompetanse forutsetter hverandre. Arnstein's stigemodell angir grader av brukermedvirkning i forhold til hvilken form møtet mellom hjelper og bruker har. Hvis møtet er preget av manipulasjon eller terapi ("hjelperen skal gjøre pasienten frisk") defineres det som ikke-deltakelse fra pasientens side. Informasjon, konsultasjon og rådgivning er stigende grader av medvirkning, men betegnes av Arnstein allikevel som grader av skinn-innflytelse. Partnerskap, delegert makt og borgerstyring er stigende grader av borgermakt (sitert av Slettebø og Seim 2007).

2.4 Profesjonsteori – og forholdet mellom teori, praksis og skjønn

Studien omhandler fagrollen slik den utøves av sykepleiere og leger. Sykepleieryrket og legeyrket utgjør hver sin profesjon, men jeg oppfatter at kunnskapsgrunnlaget er dels sammenfallende. I praksis er de to yrkesgruppene avhengige av hverandre. Når denne studien omhandler fagrollen, er det avgrenset til leger og sykepleiere. Dette begrunnes nærmere i kap. 3.3 om studiens design.

Begrepet profesjon viser til *kunnskap*, og dermed til epistemiske verdier som *sann*, *gyldig*, *holdbar*, osv., og til *ferdigheter* som kan være mer eller mindre godt utviklet (Molander og Terum 2008:17). Jeg oppfatter at kunnskap er et begrep forbundet med status og definisjonsmakt, og dermed også utvikling av retninger som hver for seg definerer og argumenterer for å ha den rette kunnskap innenfor et gitt område. Legeprofesjonen har en lang historie innenfor et positivistisk kunnskapssyn som kommer til uttrykk i en biomedisinsk forklaringsmodell på sykdom og lidelse. Sykepleierne har en kortere historie som vitenskapelig kunnskapsgren. Frem til 1950-tallet var sykepleie preget av fagets håndverksmessige karakter. Fra 1980-tallet har sykepleiefaget vært preget av diskusjoner

om hvordan teori og praksis skal beskrives for å forklare og begrunne kunnskapen som sykepleiefaget bygger på. Herdis Alvsvåg (2009) sier at profesjon hviler på ulike kunnskapssøyler som *erfaringsbasert kunnskap, teoretisert praksis/profesjonell praksis og vitenskapelig kunnskap* (Alvsvåg 2009:218), og videre at det er formidlende instanser som bidrar til å skape sammenheng mellom kunnskapssøylene og som bidrar til å aktualisere og relatere kunnskapsformene til konkrete situasjoner. Disse formidlende instansene er *skjønn* og *dannelse* (Alvsvåg 2009:218). Erfaringsbasert kunnskap er praktisk og situasjonsnær og tilegnes både gjennom livet og profesjonen. Teoretisk praksis er derimot kun faglig. Vitenskapelig kunnskap handler om årsak, virkning, det sanne og beviselige (Alvsvåg 2009). Von Öttingen sier "*Når dannelse og skjønn tar plass mellom kunnskapssøylene, er det for å skape flere bindeledd mellom søylene, uten å redusere det ene til fordel for det annet, og uten å oppheve forskjellene. Oppheves forskjellene avvikes profesjonelle yrker*" (sitert av Alvsvåg 2009:219). I nesten alle definisjoner av profesjoner inngår det at det er yrkesgrupper med en form for spesialisering der formalisert kunnskap må kombineres med utøvelse av skjønn, og at denne virksomheten omtales som praksis (Molander og Terum 2008:19). Kitt Austgard (2010) sier at *ordet praksis kan forenklet beskrives som menneskelig virksomhet, der den kunnskapsmessige dimensjonen er preget av asymmetri. Det betyr at den som søker hjelp har tillit til at den profesjonelle har den nødvendige kunnskapen han eller hun trenger. Dette gir den profesjonelle en rolle som formidler og fortolker, og det er i dette skjæringspunktet det faglige skjønn utøver sin aktive funksjon* (Austgard 2010:65).

Praksis er resultatet eller utfallet av vurderinger til dels basert på skjønn. Alle profesjoner utøver skjønn i en eller annen form. Skjønn baseres på generell kunnskap, nedfelt i handlingsregler og anvendt på enkelttilfeller. Skjønn er en praktisk resonnering, hvor formålet er konklusjoner om hva som bør gjøres i enkelttilfeller der holdepunktene ellers er svake (Grimen og Molander 2008:179). Praksis beskriver profesjonens funksjon. Den amerikanske sosiologen Robert Merton har sammenfattet et funksjonalistisk syn på profesjonene ved å si at de bygger på de tre kjerneverdierne *knowing, doing og helping* (referert i Christoffersen 2005:23). Det betyr at kunnskapen og utførelsen har et hensiktsmessig mål ved at profesjonene forvalter kunnskap som er nødvendig for det samfunnet som profesjonen opptrer innenfor. Det betyr videre at profesjonsutvikling og samfunnsutvikling for øvrig er nært forbundet med hverandre i et komplekst samspill.

For å forstå forholdet mellom teori og praksis har Dworkin (referert i Grimen og Molander 2008:181) gitt oss smultringen som et godt og forståelig bilde. Selve smultringen er teorien, eller standarden som Dworkin omtaler teorien som, og hullet i smultringen er skjønnheten. Skjønn er ikke løsrevet fra teorien, tvert i mot er skjønn noe som en må kunne redegjør for i forhold til teori eller standard. Som hullet i smultringen er også skjønnheten et relativt begrep. Forholdet mellom teori og skjønn, eller størrelsen på hullet i smultringen, avhenger av teoretisk kunnskap, prosedyrer, retningslinjer, lovverk og andre autoriteter som styrende og utøvende for profesjonen. Dworkin betrakter *skjønn som et rom for frihet innhendet av visse restriksjoner, fastsatt av en myndighet* (Grimen og Molander 2008:181).

Ellingsen og Johansen (1999) sier at utøvelse av skjønn består av hvilke premisser skjønnheten skal bygge på (premissvalget), fastsette hvilken vekt premissene skal ha (avveiningene) og vurdere konsekvensene og trekke konklusjoner av avveiningene (utfallet). Ved utøvelse av skjønn er det en forutsetning at en er i stand til å se kompleksiteten i ulike saksforhold og situasjoner og kunne velge det en vil og bør legge særlig vekt på, når en skal handle eller ta en beslutning. Utøvelse av faglig skjønn forutsetter en viss systematikk og at skjønnsutøvelsen bygger på tilgjengelig og anerkjent kunnskap innenfor et fagfelt (Ellingsen og Johansen 1999). Martinsen beskriver faglig skjønn som praktisk moralsk handlingsklokskap eller som personorientert profesjonalitet (Martinsen 1993). Utøvelse av skjønn forutsetter at en vil hverandre vel, og at gjensidig tillit preger samværet der skjønnsutøvelsen foregår (Martinsen 2005). Skjønn, handlingsklokskap og dømmekraft er utfyllende begreper på "innholdet i smultringhullet". Dømmekraft er en form for klokskap; en intellektuell prosess som også inkluderer følelser. Dømmekraften utøves i vekselvirkning mellom menneskesyn, teori og etikk på den ene siden og praksis og erfaringer på den andre siden. Erfaringer og opplevelser forstås på bakgrunn av tidligere erfaringer og opplevelser som igjen legges til grunn for fortolkning av nye erfaringer og opplevelser. Slik tilegner vi oss erfaringsbasert kunnskap og slik kan dømmekraften, handlingsklokskap og skjønn forklares og forstås også innenfor et hermeneutisk perspektiv (Christoffersen 2005).

2.4.1 Sykepleierrollen

Sykepleiens grunnlag er pleie av mennesker som trenger ulike former for hjelp, enten på grunn av sykdom eller skade, eller fordi de er i en spesiell utsatt eller belastende situasjon. Sykepleiefaget krever basiskunnskaper om menneskets grunnleggende behov, og om forhold som virker inn på behovene opp gjennom livet. Sykepleierens praktiske kompetanse viser seg gjennom et kyndig håndlag og sikkerhet i gjennomføringen av sykepleiehandlinger. Kompetansen viser seg også i sykepleierens væremåte, den tonen som formidles via stemmen, og i blikket, omtanken og varheten for den andre (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

Sykepleiere bygger sin yrkesidentitet på yrkesetiske retningslinjer om å gjøre vel, hindre skade, fremme autonomi og rettferdighet (mer om profesjonsetikk i kap. 2.5). Som grunnlag for sykepleieryrket ligger omsorgsteorier beskrevet av flere sykepleieteoretikere. Kari Martinsen står for en personorientert sykepleieteori, og i boken *Øyet og kallet* (2000) utdypes betydningen av å "se med hjertets øye". Martinsen mener at å være profesjonell er å bruke fagkunnskap som gir mulighet for å se pasienten som et lidende menneske. Dette utfordrer den profesjonelle faglighet og menneskelighet i en vekselvirkning (Martinsen 2000). Sykepleierens erfaring og trygghet er grunnlaget for å vurdere når, hvordan og på hvilken måte brukeren trenger kompensasjon for manglende evne til å ivareta egen helse og helbred. Orem's sykepleieteori sammenfatter dette i begrep som egenomsorg, terapeutiske egenomsorgskrav og egenomsorgskapasitet (Kirkevold 2001). Sykepleierens oppgave er å kompensere der pasientens egne ferdigheter ikke strekker til. Innenfor psykisk helse og samspillet mellom bruker og hjelper er dette sentrale begrep, og Orem's teori innenfor psykisk helse-feltet vil bidra til å gi mening og forståelse for utfordringene som denne studien omhandler. Likedan vil Martinsens teori om personorientert sykepleie gi mening og forståelse for relasjonens betydning for god praksis.

2.4.2 Legerollen

Legerollen kan forstås som det til enhver tid gjeldende resultat av en dialektisk prosess mellom samfunnets forventninger og krav til legen og legens selvforståelse og atferd (Johnson 2004). Legerollen befinner seg i et komplekst samspill mellom folks sykdomsoppfatning og helsetjenestens organisering. Overfor den enkelte skal legen være

livredderen og trøsteren, overfor samfunnet skal legen være fellesskapets forvalter. Den norske legerollen er dermed karakterisert av en dobbel lojalitet, både til enkeltpasienter og til fellesskapet (Nylenna og Larsen 2005). Legens kunnskapsgrunnlag bygger på naturvitenskap og biomedisin. Etter innføring av pasientrettighetsloven og i samsvar med utviklingen i samfunnet for øvrig, er likeverdig samhandling idealet for konsultasjonen. Da er det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget alene ikke tilstrekkelig (Steihaug 2003). Aasland sier i en artikkel at "moderne legegjerning preges av kompliserte problemstillinger der det er mange "eksperter", og ikke minst mange etiske dilemmaer som vi foreløpig ikke er godt nok skodde for" (Aasland 2006). Målet med min studie er å bidra med kunnskap om hvordan noen av dilemmaene kan møtes på en måte som sikrer brukernes rettigheter og som ivaretar kravet om høy kvalitet i tjenesteytingen. Dilemma må analyseres og drøftes med utgangspunkt i yrkesetiske retningslinjer og profesjonsetikk som bygger på samfunnets og helsepolitikens verdier og ideologi.

2.5 Profesjonsetikk

Profesjonsetikken er et resultat av verdigrunnlaget i samfunnet generelt og helsevesenet spesielt, og er styrende for våre profesjonelle handlinger. Profesjonsetikken er nedfelt i profesjonenes egne etiske retningslinjer. Retningslinjer er generelle og allmenngyldige, og praksis må stadig drøftes og belyses med utgangspunkt i etiske retningslinjer. Selv om retningslinjer er generelle og allmenngyldige, inneholder de ord og begreper som må defineres nærmere og som i noen tilfeller også gir rom for flertydige tolkninger. Begreper som respekt, omsorg, iboende verdighet, og rett til å foreta valg, er begreper som trenger nyanser for å kunne fungere som reelle preferanser i denne studien. Men først kort om yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og for leger.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på at "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert". De yrkesetiske retningslinjene er spesifisert gjennom hovedområder som gir føringer for sykepleierens forhold til pasienten, pårørende, profesjonen, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. Relevant for denne studien er det som omhandler sykepleieren og pasienten, og da særlig formuleringene om *helhetlig omsorg* (1.1), *fremme pasientens rett til å ta*

selvstendige avgjørelser (1.2) og pasientens rett til selv å foreta valg (1.5). Avsnittet som omhandler sykepleieren og profesjonen bygger på at Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2007).

Etiske regler for leger omfatter alminnelige bestemmelser, regler for legers forhold til kollegaer og medarbeidere, avertissement og annen informasjon om legetjenester, og regler for utstedelse av attester og andre legeerklæringer.

En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe den syke til å gjenvinne sin helse og den friske til å bevare den. Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn (§1). Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke (§2) (Etiske retningslinjer for leger).

For at yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og leger skal være reelle preferanser for denne studien, velger jeg å utdype kort begrepene respekt, verdighet, autonomi, valgfrihet og paternalisme.

2.5.1 Respekt

Respekt er et begrep som opptrer så ofte at få ser det nødvendig å definere begrepet ut over det som vi alle forstår og har innlemmet som en skjult kunnskap om begrepets betydning. Respekt kommer fra det latinske verbet *spectare* som betyr "å se". Respekt betyr dermed "å se om igjen". Filosofen Tore Frost tolker begrepet respekt som evnen til å se om igjen på vår egen måte å se på. Kravet om å møte den hjelpetrengende med respekt, handler om at vi må være tydelige på hvem vi er og hvilke forutsetninger vi bygger vår kompetanse på. Spesielt viktig er det å være tydelig på egne mangler og begrensninger i møte med den hjelpetrengende (Frost u.å.).

2.5.2 Verdighet

Verdighet er en overordnet verdi og begrepet har både et subjektivt og et objektivt aspekt. Den objektive verdigheten er knyttet til mennesket som vesen. Det er fastslått i FN's menneskerettigheter at alle mennesker har en iboende verdighet (Høstmælingen 2003). Subjektiv verdighet er den enkeltes opplevelse av verdighet (Bredland, Linge og Vik 2002:30). I praksis handler dette om at hjelperen bidrar og legger til rette for at den enkelte skal ha en opplevelse av verdighet. Hvilke områder som gir personen en opplevelse av verdighet eller uverdighet, vil variere fra individ til individ ut fra hvilke områder som personen vurderer som viktige. Det handler om personlige verdier, interesser og sosiale roller (Bredland et al. 2002:31).

2.5.3 Autonomi

Som tidligere nevnt, er den individuelle autonomi en av verdiene som helsevesenet bygger på, og da oftest uttrykt gjennom respekten for enkeltindividet. Videre er autonomi en av de etiske grunnpilarene som sykepleieryrket bygger på (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 1.2). Autonomi betyr selvbestemmelse, og omfatter kapasitet til å tenke ulike handlingsalternativ (viljens frihet), kapasitet til å vurdere ulike handlingsalternativ opp mot hverandre og velge mellom disse (valgfrihet) og kapasitet til å sette de valgte handlingsalternativ ut i livet (handlingsfrihet) (Barbosa da Silva 2006). Filosofen Charles Taylor diskuterer i en artikkel frihetsbegrepet og forholdet mellom negativ og positiv frihet (Taylor 2009). Negativ frihet er fravær av alle eksterne eller rettslige hindringer, mens positiv frihet er først og fremst frihet til å utøve kontroll over sitt eget liv. Forholdet mellom positiv og negativ frihet er komplekst, og diskusjonen hører ikke hjemme innenfor denne studien. Det som imidlertid er relevant i Taylors diskusjon, er hans beskrivelse av det å være fri: *En må ikke bare være i stand til å handle i samsvar med ens ønsker – disse må også være autentiske. De vil ikke være autentiske hvis de er basert på en eller annen form for vrangforestilling eller en irrasjonell frykt* (Taylor 2009:423). Med studiens brukergruppe som bakteppe, er denne definisjonen egnet for å drøfte hvordan frihet og autonomi preger utøvelsen av faglig virke.

Ved innføring av pasientrettighetsloven i 1999, var valgfrihet en sentral verdi. Det er allmenn oppfatning av at valgfrihet er et gode og en forutsetning for demokrati og deltakelse. Men

ved nærmere fortolkning av begrepets betydning, kommer også dilemmaene og kompleksiteten mer til syne. Når valgfriheten handler om kapasitet til å vurdere ulike handlingsalternativ opp mot hverandre, vil det si at det forventes at brukere skal kunne velge mellom ulike helsetilbud og behandlingsformer, vurdere disse opp mot hverandre og konkludere med hva som er best for den enkelte i den gitte situasjonen (Aadnanes 2007).

Helsepersonell er forpliktet på å gi informasjon og opplæring slik at valg kan gjøres på kvalifisert grunnlag. Erfaring viser at det er sprik mellom brukeres rett til å velge og den kapasitet som de har, eller som de (ikke) blir gitt, til å ta kvalifiserte valg. Studiens empiri har implisitt og eksplisitt dette dilemma som gjennomgående tema. Dilemmaet om kapasitet til å ta kvalifiserte valg, leder over på paternalisme som holdning i helsevesenet.

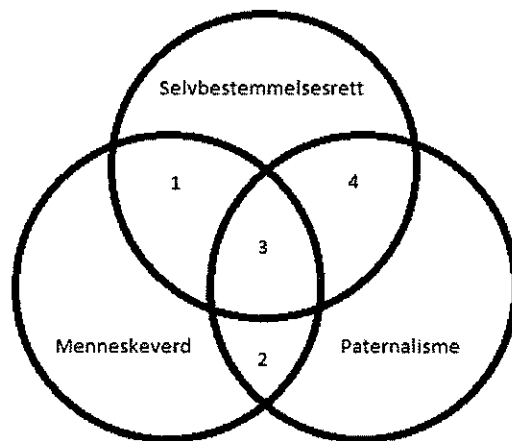
2.5.4 Paternalisme

Paternalisme handler om hvorvidt og i hvilken grad menneskers handlegfrihet legitimt kan begrenses med henvisning til "deres eget beste" (Nortvedt 2008:251). Valgfriheten som beskrevet over, forutsetter beslutningskompetanse (se kap. 2.3.6), og beslutningskompetanse er et av de viktigste kjennetegn på personens autonomi (Nortvedt 2008:253). Paternalisme som legitim holdning og handling avhenger dermed av hvordan en vurderer personens beslutningskompetanse og kapasitet til å ta valg.

Paternalisme som begrep forklares gjennom begrepene myk (ekte) paternalisme og hard (uekte) paternalisme. Hard paternalisme vil være hvis en person mot sin vilje blir behandlet ut fra begrunnelsen om at tiltaket eller behandlingen vil ha betydelige helsemessige eller velferdsmessige konsekvenser for personen. Hard paternalisme handler altså om å diskvalifisere personens autonome beslutning, og legge til grunn at andre vet best hva individet er tjent med (Nortvedt 2008:255). Hard paternalisme er vanskelig å forene med prinsippet og verdien om respekt for enkeltindividet. Nortvedt stiller spørsmål om hva en skal gjøre når en person med redusert beslutningsevne tar valg og handler på måter som er til skade for personen selv, og om det da er akseptabelt å bruke tvang for å beskytte personen mot seg selv? (Nortvedt 2008:257). For å finne svar i slike situasjoner, er skjønn, handlingsklokskap og dømmekraft en nødvendig del av fagutøvelsen, jmf. kap. 2.4.

Østenstad har laget en modell som viser forholdet mellom menneskeverd, selvbestemmelsesrett og paternalisme (Østenstad 2006). Se modell under.

Myk paternalisme har som utgangspunkt at personens autonomi er redusert under gitte vilkår. Videre har myk paternalisme til hensikt å gjenopprette eller ivareta brukerens menneskeverd i situasjoner der vedkommende selv ikke er i stand til dette. Paternalisme, selvbestemmelsesrett og menneskeverd overlapper hverandre, og størrelsen på de overlappende feltene vil variere avhengig av brukerens behov i den gitte situasjon.



Figur 1. Sammenhengen mellom selvbestemmelse, menneskeverd og paternalisme. (Modifisert etter Østenstad's modell, Østenstad 2006)

Modellen er egnet for å vise at paternalisme er en nødvendighet for å sikre vesentlige rettigheter som selvbestemmelse og menneskeverd. Ved hjelp av denne modellen ser en tydelig at paternalisme er en foretrukket tilnærming, og ikke en holdning som må bekjempes.

3.0 Metode

3.1 Innledning

Studier som innebærer empiri om erfaringer og opplevelser, besvares best ved hjelp av kvalitative metoder (Kvale 1997). Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener som skal undersøkes (Malterud 2003). Formålet med denne studien var å få frem ny praksisnær kunnskap om hvordan fagrollen beskrives, oppleves og utøves overfor brukere som har lovhjemlet rett til medvirkning i egen behandling og tjenestetilbud. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for vitenskapsteoretisk ståsted, hvordan jeg innhentet empiri og hvordan empiri blir presentert, analysert og tolket.

3.2 Metodologiske refleksjoner og vitenskapsteoretisk ståsted

Som forsker har jeg alltid med meg en forforståelse av de fenomen som skal undersøkes (Thornquist 2003). Formålet med studien var å få frem gyldig kunnskap om noe som jeg på forhånd hadde en mening om. Min forforståelse av fagrollen innebar en bevissthet om fagpersonens makt, også makten til å styre endringer i brukerrollen. Forforståelsen min handlet også om en oppfatning av at brukermedvirkning som rettighet er vesentlig mer kompleks enn det fagmiljøer til denne tid har tatt inn over seg. Gjennom kvalitativ metode kommer forskeren tett innpå informantene (Thagaard 1998), og min forforståelse dannet bakteppe for utarbeidelse av intervjuguide, analyse og tolkning av empiri.

Forforståelse er et sentralt begrep innenfor hermeneutikk. Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning, og kan kort forklares med at den hjelper oss til å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening (Thornquist 2003). Studien er forankret i en hermeneutisk tradisjon ved at jeg møtte informanter og empiri med en forforståelse av det som jeg undersøkte. Empiri ble tolket og analysert ved at enkeltutsagn ble lagt til helheten, og der helheten besto av både forforståelse og ny fortolket forståelse. Dette utgjør den hermeneutiske sirkel som betyr at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thornquist 2003). Som innledningskapitlet viser ble studiens tema valgt på bakgrunn av en prosess fra tidligere fag i masterstudiet. Jeg har valgt teori - og jeg har valgt bort teori etter hvert som intervjuene ga nye tanker. Det første intervjuet førte til justeringer i det andre, osv. Gjennomgående i hele studien var vekselvirkningen mellom

enkeltutsagn, sammenfattet materiale og teori. Problemstilling og forskningsspørsmål fulgte med i denne vekselvirkningen. Jeg valgte ut hva som skulle få fokus på bakgrunn av min forforståelse, tolkning og hensikten med studien. Dermed opplevde jeg den hermeneutiske sirkel lå som et symbol over hele studien.

Fenomenologi er læren om det som kommer til syne og viser seg (Thornquist 2003), og selv om studien ikke ble tolket ut fra fenomenologisk filosofi, så var fenomenologi og begreper innenfor fenomenologien hensiktsmessige å støtte seg til sammen med den hermeneutiske tilnærming.

3.3. Studiens design

Ut fra oppgavens tema og problemstilling, valgte jeg et beskrivende og utforskende design for å få svar på problemstillingen. Jeg ønsket informanter som gjennom sitt arbeid har erfaring med dilemma, muligheter og utfordringer relatert til brukermedvirkning.

Fagpersoner som arbeider med brukere som har alvorlig psykisk lidelse og eventuelt samtidig ruslidelse, var etter min vurdering de som hadde mest relevant erfaring for min studie. Begrunnelsen for dette er at langtidsperspektivet i kombinasjon med mangelfull sykdomsinnsikt som en del av den psykiske lidelsen, og ustabilitet som en del av ruslidelsen, gjør det svært utfordrende for fagpersoner å legge til rette for brukermedvirkning samtidig som kravet om høy faglighet og faglig forsvarlige tjenester opprettholdes.

Noen fagmiljøer har gjennom fagutvikling gjort erfaringer som karakteriseres som vellykkede i den forstand at de får oppmerksomhet og blir videreformidlet. Disse var blant de fagpersonene jeg ønsket som informanter i min studie.

Jeg ønsket å inkludere informanter både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjeneste. Begrunnelsen for dette er at de to forvaltningsnivåene omfattes likt av pasientrettighetsloven og helsepersonelloven, men har etter min erfaring tradisjon for hver sin ytterlighet når det gjelder tilnærming og arbeidsmetode. Spesialisthelsetjenesten har mulighet for autoritær tilnærming fordi pasientene er mer akutt syke når de er innlagt, og fordi lov om psykisk helsevern gir mulighet for tvang dersom pasienten motsetter seg behandling. Innenfor kommunehelsetjenesten vektlegges frivillighet og autonomi.

På bakgrunn av dette kan informantene i studien karakteriseres som et strategisk utvalg med tilstrekkelig variasjon for å beskrive flere nyanser innenfor studiens tema og problemstilling (Malterud 2003).

I henvendelsesbrevet til institusjoner, allmennleger og ledere innenfor psykisk helsearbeid, ba jeg om hjelp til å velge ut aktuelle informanter som "er erfarne og reflekterte i f.t. muligheter, utfordringer og dilemmaer ved brukermedvirkning" (Vedlegg 2). Samtidig som jeg sendte brevet elektronisk, kontaktet jeg lederne pr. telefon. I telefonsamtalen ble det gjennom spørsmålsstillinger mulighet for å utdype nærmere studiens hensikt, og gjennom samtalen ble jeg en samtalepart om "hvilke type" fagpersoner som kunne være aktuelle.

Etter at henvendelsesbrevet var sendt ut, fant jeg det nødvendig å gjøre en avgrensning i forhold til informantenes profesjonsbakgrunn. Jeg avgrenset informantene til leger og sykepleiere, med unntak av en informant som har sosialfaglig utdanning. Begrunnelsen for at sykepleiere og leger ble foretrukket, var min egen bakgrunn som psykiatrisk sykepleier og at jeg oppfatter sykepleiere og leger som mest sammenfallende i kunnskapssyn.

Blant informantene som ble forespurt (Vedlegg 3) på min egen arbeidsplass, er det ingen som arbeider ved samme enhet eller avdeling som meg. Det er heller ingen som jeg har rapporteringsansvar til eller fra. Kjennskap til informantene spiller en rolle slik som det er beskrevet i kap. 3.8 om etiske overveielser.

Henvendelsesbrevet til institusjoner, allmennleger og ledere for psykisk helsearbeid i kommunene (Vedlegg 2), resulterte i tilstrekkelig antall sykepleiere til å gjennomføre fokusgruppeintervju. Derimot var det vanskelig å engasjere allmennleger til deltakelse som informanter. Tilbakemeldingene var at de synes temaet var fjernt fra deres arbeidshverdag, at de hadde få pasienter som kunne relateres til oppgavens tema og problemstilling, og til sist at de opplevde temaet som lite relevant fordi de som allmennleger alltid hadde latt brukeren medvirke i egen behandling.

Som en følge av dette valgte jeg å endre inklusjonskriteriene for den ene fokusgruppen til kun å omfatte leger med spesialisering i psykiatri. Blant psykiaterne som ble forespurt og som var villige til å være informanter i studien, var tilbakemeldingene positive angående valg av tema og problemstilling. De oppfattet studien som svært relevant.

Samtidig med henvendelsen foreslo jeg alternative tidspunkt for fokusgruppeintervju. Det viste seg vanskelig å finne et tidspunkt som passet for alle. Derfor valgte jeg å gjennomføre fokusgruppeintervju med det antall informanter som det oppsatte tidspunkt passet for. For de øvrige informantene gjennomførte jeg individuelle intervju. Gjennom disse endringene mistet jeg noe av effekten som refleksjon i gruppe gir mulighet for. Samtidig så jeg dette som eneste mulighet for å innhente data spesifikt fra leger, innenfor studiens oppsatte tidsramme.

3.4 Det kvalitative forskningsintervju

Målet med studien var å innhente beskrivelser fra informantenes daglige arbeid med brukere, og hvordan brukernes rett til medvirkning kom til uttrykk i samspill med utøvelse av faglig virke. Som metode for datainnsamling, valgte jeg kvalitativt forskningsintervju. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å innhente beskrivelser av informantenes livsverden (Kvale 1997), et begrep som tilhører fenomenologisk vitenskapsfilosofi.

I det kvalitative forskningsintervju er forskeren aktiv, og kunnskapen som innhentes produseres gjennom den interpersonlige interaksjonen i intervjusituasjonen (Kvale 1997). Malterud sier at uansett hvilken forskningsmetode vi bruker, vil forskerens person på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater (Malterud 2003:44).

Men bakgrunn i dette møtte jeg informantene med bevissthet om at jeg selv var delaktig og medansvarlig for hvilke data som kom frem.

I intervjusituasjonen var jeg opptatt av å legge til rette for en åpen samtale med mulighet for å få frem flertydighet, dilemma og paradoks. Informantene ble oppfordret til å komme med eksempler. Noen av disse eksemplene inneholdt flere poeng enn det som var utgangspunkt for spørsmålet, og slik ga intervjusituasjonen rom for flere tema.

Gjennom studien har jeg hatt ønske om å gi informantene en god erfaring ved å delta, både fordi de bidrar med nyttig kunnskap, men også fordi intervjusituasjoner gir mulighet for ny innsikt, bevisstgjøring og eventuelt endring hos informantene (Malterud 2003). Av denne

grunn ønsket jeg å innhente data gjennom fokusgruppeintervju. Neste kapittel sier mer om hvordan dette ble.

3.4.1 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppe er en metode hvor informasjonen genereres gjennom den interaksjonen som oppstår i gruppen omkring et emne som forskeren har bestemt (Morgan 1997). Denne tilnærmingen er spesielt velegnet hvis en vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud 2003:134). Fokusgrupper består vanligvis av seks til 12 interesserte informanter som kan møte til intervju samtidig (Kruuse 2007). Ut fra studiens tema og problemstilling vurderte jeg fokusgruppe som en velegnet form for å få frem rikholdige data. Fokusgruppe gir en annen type kunnskap enn individuelle samtaler, fordi konteksten er forskjellig (Malterud 2003). Fokusgrupper ledes av en moderator, oftest forskeren selv. For å gjennomføre et fokusgruppeintervju med godt resultat, er det en forutsetning at forskeren har grundig kjennskap til temaet slik at hun kan stille spørsmål på en effektiv måte. Videre kreves det av forskeren at hun har gode interpersonelle relasjoner slik at alle gruppedeltakerne kommer til orde og kjenner seg bekvemme i situasjonen. Forskeren skal kunne styre diskusjonen uten å være ledende eller på annen måte påvirke informantene og deres svar på en uhensiktsmessig måte (Kruuse 2007).

3.5 Utvikling av intervjuguide og innsamling av data

Studiens tema, problemstilling og forskningsspørsmål ledet naturlig hen til intervjuguiden (vedlegg 5). Intervjuguiden var tredelt med fokus på brukermedvirkning, faglig forsvarlige tjenester og det komplementære mellom rollene som bruker og hjelper. For hvert tema var det flere underspørsmål. Intervjuguiden var et godt hjelpemiddel for å holde fokus på tema, men intervjuguiden ble ikke brukt for ordrette spørsmål (Malterud 2003).

Hovedkategoriene ble utgangspunkt for strukturen i intervjuguiden. Mer om hovedkategorier i avsnittet kap. 3.6 om analyse.

Innsamling av data ble gjennomført gjennom ett fokusgruppeintervju med seks informanter, ett intervju med to informanter og tre individuelle intervju. For hvert intervju ble intervjuguiden vurdert, men jeg foretok bare mindre justeringer (vedlegg 5).

Alle intervjuene startet opp med en innledning om tema og problemstilling. Deretter ba jeg informantene komme med umiddelbare tanker. Jeg utfordret informantene til å belyse tematikken gjennom eksempler. Jeg opplevde at dette skapte trygghet hos informantene og intervjuet ble ikke preget av kunnskapstesting (Kvale 1997). Men unntak av noen informanter i fokusgruppen, ble informantene intervjuet på sin egen arbeidsplass.

Intervjuene varte i overkant av en time. Dette var tidsrammen som informantene var forberedt på, og for meg som intervjuer var det viktig å holde meg innenfor denne tiden. Alle var på forhånd forespeilet muligheten for å be om nytt intervju, men det viste seg ikke å være nødvendig.

3.6 Analyse

Analysen av empirien har blitt foretatt med utgangspunkt i Kvale's seks analysetrinn (Kvale 2001:122).

Trinn 1: *Beskrivelse*. Informantene fortalte gjennom eksempler og erfaringer om hvordan de forholder seg til og hva de tenker om brukervedvirkning, fagrollen, dilemmaer, utfordringer og muligheter overfor brukere de har på sin arbeidsplass. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert etter hvert intervju.

Trinn 2: *Oppdagelse*. Intervjuene forløp som en strukturert samtale. Intervjuguiden fungerte som en sikkerhet for at intervjuet holdt seg innenfor tema. Underveis kom det frem tema som viste seg å være relevante, men som ikke var inkludert i intervjuguiden. Som intervjuer lot jeg slike nye oppdagelser få plass i intervjuet, og lot være å styre intervjuet strengt etter intervjuguiden.

Trinn 3: *Tolkning*. Analyseprosessen fortsatte under intervjuene ved at jeg oppsummerte innholdet, og fikk bekreftet eller korrigert det som informantene egentlig mente. Slike oppsummeringer ga i noen tilfeller nye spontane tanker som informantene meddelte.

Trinn 4: *Intervjuerens tolkning av det transkriberte materialet*. Intervjumaterialet ble fortettet og sammenfattet slik at det ble mer håndterbart for strukturering. Den sammenfattede teksten ble sendt tilbake til informantene med mulighet for kommentarer. Dette ble gjort for å styrke validiteten av innholdet i intervjuene.

Trinn 5: *Gjen-intervjuing*. Informantene var forespeilet muligheten for flere intervju. Imidlertid opplevde jeg intervjuene som så utfyllende og innholdsrike, at jeg vurderte det som unødvendig å foreta flere intervju med samme informanter. Det var heller ingen av informantene som ga uttrykk for ønske om å komme med flere momenter.

Trinn 6: *Handling*. Studiens resultat fordrer ikke nye handlinger eller intervensjoner direkte, annet enn formidling av resultatene innenfor relevante fagmiljøer.

Kvale's analysetrinn fungerte som et godt verktøy for å bearbeide datamaterialet. Som trinn 4 viser, var det nødvendig å strukturere materialet, og jeg valgte å strukturere materialet i meningskategorier eller hovedkategorier. Gjennom forberedelse til studien hadde jeg gjort meg opp en mening om hva som ville bli hovedfokus i studien. Jeg holdt hele tiden fokus på fagrollen og hvordan brukermedvirkning preget utviklingen av fagrollen, og jeg reflekterte over hva som lå til grunn for utviklingen. Gjennom dette var hovedkategoriene utviklet på forhånd (Kvale 2001:125) som følge av prosessen rundt studiens tema, problemformulering, forskningsspørsmål og intervjuguide. Kategoriene ble tydelig bekreftet av det som kom frem under intervjuene.

Datamaterialet ble dermed delt inn i 3 hovedkategorier:

- Fagrollen
- Brukermedvirkning
- Verdier

Ut fra intervjuguiden hadde jeg definert "faglig forsvarlige tjenester" som en av hovedkategoriene. Dette ble endret til "fagrollen", fordi "fagrollen" er et videre begrep og fordi "faglig forsvarlige tjenester" bare i mindre grad ble omtalt i intervjuene. Årsaken til dette kan være at faglig uforsvarlighet kun benyttes i den ytterste konsekvens, og oppfattes i

hovedsak om tilfeller der brukeren har fått medhold i klagesaker. "Fagrollen" gir rom for en friere refleksjon enn "faglig forsvarlige tjenester".

Det komplementære i rollene som bruker og hjelper ble sammenfattet under kategorien "verdier". Dette kan virke som en avsporing, men når temaet ble brakt inn i intervjusituasjonen, var det verdier og verdigrunnlaget som var mest fremtredende.

Videre i oppgaven vil presentasjon og analyse av empiri følge disse hovedkategoriene.

For tolkning av empiri, blir Kvale's tre tolkningskontekster (Kvale 2001:144) benyttet:

1. Selvførståelse
2. Kritisk forståelse basert på sunn fornuft
3. Teoretisk forståelse

Selvforståelse og Kritisk forståelse basert på sunn fornuft fremkommer som tolkningskontekster i kapittel 4 der jeg presenterer og analyserer empirien. *Teoretisk forståelse* er tolkningskonteksten når jeg drøfter empirien i kapittel 5.

På bakgrunn av dette blir empiri presentert, analysert, tolket og drøftet ut fra innholdet eksemplifisert i denne matrisen:

	Fagrollen	Brukermedvirkning	Verdier
Selvforståelse	<i>...vi må ikke slutte å være fagfolk...</i>	<i>...uten brukermedvirkning kommer vi ingen vei...</i>	<i>...brukeren har rett til å si nei...</i> <i>...noen ganger må vi bare overta...</i>
Kritisk forståelse basert på sunn fornuft	Faglig ansvar Relasjonen til brukeren Samfunnsansvar	Arena for brukermedvirkning Brukermedvirkning i hverdagen Relasjonens betydning	Respekt Autonomi Paternalisme
Teoretisk forståelse	Profesjonsteori Forholdet mellom teori, praksis og skjønn	Ideologi og rettighet Kvalitetsvariabel Fremme god praksis	Respekt Paternalisme Autonomi

3.7 Reliabilitet, validitet og generalisering

Reliabilitet er knyttet til spørsmålet om forskningens pålitelighet (Thagaard 1998).

Reliabilitet handler om måleinstrumentet er egnet til å få svar på de spørsmål som ønskes svar på (Johannessen, Tufte og Kristoffersen 2005:46). Min empiriske undersøkelse er kvalitativ og bygger på informantenes utsagn, og slik sett skal den ikke måle noe. Reliabilitet betyr derfor noe annet her enn i kvantitative studier. Reliabiliteten knytter seg til undersøkelsens data, hvilke data som brukes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides (Johannessen et al. 2005:46). Det er ønskelig å tilstrebe høy reliabilitet slik at en unngår vilkårlige subjektive funn, men samtidig kan et sterkt fokus på dette motvirke kreativ tenkning og variasjon (Kvale 2001).

Jeg har overfor forklart hvordan data har blitt samlet gjennom å følge anerkjent metode for kvalitativ forskning. En side av reliabiliteten handler om hvordan det empiriske materialet benyttes. Jeg har forsøkt å velge ut utsagn som representerer bredden i svarene fra informantene. I kvalitativ forskning, og forskning generelt, vil det alltid være en viss fare for feilkilder som følge av metodiske svakheter. Alle forhold ved studiens design vil kunne være årsak til feilkilder. Dette hadde jeg etter beste evne satt meg inn i på forhånd, og hadde kunnskapen høyt i bevisstheten gjennom hele datainnsamlings- og analyseprosessen. Jeg må kunne anta at informantene selv tror og mener det de har sagt, og at informantene ønsket å være konsekvente og konsistente i sine svar. Gilje og Grimen sier at *"en i utgangspunktet skal betrakte personers oppfatninger som rasjonelle, og først senere, hvis det ikke er mulig å forsvare dette, betrakte dem som irrasjonelle"* (Gilje og Grimen 1993:198).

Validitet knytter seg til spørsmålet om forskningens gyldighet (Thagaard 1998). Validitet handler om hvorvidt dataene er relevante for det jeg har spurt om. Jeg mener at spørsmålene og rammen som intervjuene ble foretatt i, sikrer relevante og gyldige svar ved at det er en logisk linje mellom problemstilling, teori, metode og data (Malterud 2003). Som hjelp for å følge denne logiske linjen har Kvale's trinn for validering blitt fulgt gjennom temaets teoretiske forankring, planlegging av forskningsdesign, i intervjusituasjonen, gjennom transkribering og analysing (Kvale 1997:165). Alle informantene fikk raskt etter intervjuet tilsendt intervjueteksten i sammenfattet form, og fikk dermed mulighet for å kommentere eller korrigere eventuelle feiltolkninger. Alle informantene som ga tilbakemelding bekreftet at teksten var i samsvar med det som ble sagt under intervjuet. De

som ikke ga tilbakemelding tolket jeg som enige i tekstens innhold. Det at informantene fikk mulighet for å kommentere materialet, styrker empiriens validitet. Ytterligere styrking av validiteten kunne vært sikret ved at en medhjelper bidro i analysearbeidet, noe som av praktiske årsaker ikke ble gjort i denne studien.

Generalisering handler om hvor hvorvidt resultatene er overførbare og dermed gyldige for flere enn de som deltok i studien (Malterud 2003). Informantene representerer seg selv, og studien er dermed ikke representativ for en større gruppe, for eksempel alle som arbeider innenfor psykisk helse. Selv om studien ikke er numerisk representativ for en større gruppe, vil resultatene være overførbare til andre fagpersoner som arbeider med samme brukergruppe. Det er grunn til å regne med at informantene i denne studien ikke skiller seg vesentlig ut fra andre fagpersoner innenfor samme arbeidsfelt, selv om informantene i denne studien ble valgt på bakgrunn av engasjement og refleksjon over studiens tema. Rammeforhold og lovverk er likt for alle.

3.8 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser i forbindelse med forskning tar generelt utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeförening (1964/2000) om etiske retningslinjer for forskning som omfatter mennesker. Min studie omhandlet ikke forskning som involverte brukere, men jeg rettet i forkant av undersøkelsen en henvendelse til Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med spørsmål om undersøkelsen var meldepliktig. Svaret fra NSD var at oppgaven ikke medførte meldeplikt under forutsetning av at lydopptakene ikke ble overført til PC (Vedlegg 6). Lydopptakene og den transkriberte teksten blir slettet når undersøkelsen er ferdig. I transkripsjonen har jeg anonymisert den enkelte informant ved å betegne de med nummer. Kjennetegn som arbeidssted, kollegaer eller lignende er ikke tatt med.

Informantene ble valgt gjennom forespørsel til deres leder. De fikk informasjon om anonymisering, oppbevaring og sletting av data, og at de kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt (Vedlegg 4). Noen av informantene som deltok i fokusgruppene, kjente jeg fra egen arbeidsplass eller gjennom annet faglig samarbeid. Ut fra forskerens rolle innenfor kvalitativ forskning, og fokusgruppens særegenhet i forhold til interaksjoner, vurderte jeg

det som både forskningsmessig forsvarlig og hensiktsmessig å inkludere også disse informantene. Kjennskap til, og mellom, noen av informantene bidro til en tryggere atmosfære, og temaet var lettere å introdusere. Intervjusituasjonen var preget av åpne spørsmål og refleksjon, og med bevissthet om at spørsmålene og intervjusituasjonen generelt ikke skulle preges av at informantene følte behov for å takke forskeren med de antatt ønskede svar.

4. Presentasjon og analyse av empiri

Empirien skal gi svar på studiens problemstilling ” Hvordan beskriver fagpersoner innenfor psykisk helsetjeneste fagrollens innhold slik som den utøves overfor brukere og deres rett til medvirkning?” Studien omhandler individuelle intervju, dobbeltintervju og fokusgruppeintervju av til sammen ti informanter. Tekstanalysen av det transkriberte materialet ble kategorisert i tre hovedkategorier som var definert på forhånd, videre i underkategorier slik som matrisen i kap. 3.6 viser.

I dette kapitlet vil informantenes utsagn være utgangspunkt for analyse basert på Kvale’s første og andre tolkningskontekst om selvforståelse og kritisk forståelse basert på sunn fornuft (Kvale 2001:144). For å gjøre kapitlet leservennlig og oversiktlig, følger kapitlets inndeling hovedkategoriene og underkategoriene. Hovedkategoriene har ikke skarpe skiller, spesielt vil *fagrollen* og *brukermedvirkning* ha glidende overganger. Det vil derfor være mulig å trekke enkelte utsagn fra en kategori til inntekt for en annen, og tilsvarende med underkategoriene, men helheten i lydopptakene og i tekstmaterialet gir stor grad av tydelighet for informantenes mening med utsagnene. På bakgrunn av dette blir hovedkategorier og underkategorier presentert og analysert som gyldig empiri.

4.1 Fagrollen

Fagrollen, slik som den omtales i denne studien, inkluderer samlet alle informantene og differensierer ikke profesjonene fra hverandre, med unntak av der hvor det tydelig er presisert. Erfarne fagpersoners profesjonsutøvelse har utviklet seg fra den akademiske grunnutdanning og videre gjennom et samspill av en rekke faktorer der praktisk erfaring, mentorer og rollemodeller, etter- og videreutdanninger, overordnede helsepolitiske føringer, praksisfelt og enkelte sjelsettende episoder, utgjør den faktiske fagrollen slik den utøves overfor den enkelte bruker. I dette kapitlet presenteres og analyseres fagrollen slik som informantene beskriver sitt faglige ansvar, om relasjonens og språkets betydning for brukermedvirkning, og om ansvar for helsevesenets samlede ressurser.

4.1.1 Det faglige ansvaret

Informantene ga nyanserte og tydelige beskrivelser av hvordan de ivaretar sitt faglige ansvar overfor brukere som er sterkt preget av psykisk lidelse og med alle de følger som alvorlig psykisk lidelse innebærer. Medikamentell behandling er i de fleste tilfeller hovedbehandlingen, og mange av eksemplene tok utgangspunkt i situasjoner i tilknytning til medikamentell behandling. Det faglige ansvaret strekker seg fra tidlig oppdagelse, initiering og vedlikehold av behandlingsintervensjoner, og oppfølging og rehabilitering. Brukere med alvorlig psykisk lidelse har periodevis, og i større eller mindre grad, redusert innsikt i egen sykdom og behandlingsbehov. Det faglige ansvaret vil derfor innebære at en i perioder står i en uenighet med brukeren om nødvendig behandling, noe utsagnet nedenfor viser:

... Når det gjelder behandlingen av en psykisk lidelse, som jo er hovedgrunnen til at de fleste er her, så kan det være sprik mellom det vi syns vil være faglig forsvarlig og bra, og det de syns ... Men uenigheten dreier seg ofte om de skal ha medisiner eller ikke ha medisiner...

Det synes å være stor enighet om at medikamentell behandling er av så stor betydning at fagpersoner finner det riktig eventuelt å overprøve brukerens oppfatning av selve behandlingsbehovet.

... Selv om pasienten benekter effekt eller ikke har sykdomsinnsikt eller ikke forstår dette, så kan vi på et vis komme til å overstyre, også i form av tvangsinngrep eller tvangsvedtak på medisiner, hvis vi er overbevist om at her er der en så betydelig effekt at den helt klart overskygger ulempene ved den...

Hvorvidt fagpersoner skal overprøve brukerens oppfatning av behandlingsbehovet, vil avgjøres av tidligere historie, grad av funksjonsfall og avveininger i forhold til å etablere og bevare en behandlingsrelasjon til brukeren. Det faglige ansvaret må derfor vurderes og utøves med individuell tilpassing overfor den enkelte bruker. Fagpersoner med lang erfaring vil på den ene siden ha trygghet og erfaring nok til å gjøre vurderinger ut fra en samlet og generell kunnskap. På den andre siden har en lang erfaring gitt de kjennskap til så mange individuelle historier og forløp at de blir nødt for å vurdere behandlingsbehov og tilnærming på nytt for hver bruker, til dels også for ulike episoder og situasjoner hos samme bruker. Det

foreligger faglige retningslinjer for hvordan psykoselidelser skal behandles, men disse kan vike hvis brukeren har sterke motargumenter, noe følgende utsagn viser:

... For meg er det avgjørende om jeg har en historie på det, og om jeg føler meg veldig sikker på at dette kommer til å gå galt... Men hvis det er en som er innlagt for første gang, vet vi egentlig ikke hvordan det går. Og hvis de er veldig ivrige på det, så mener jeg at mine argumenter ikke er så tungtveiende da... For min del handler det om hvor sikker jeg kan være på det jeg mener. Jeg kan ikke sitte og slå i bordet og si at du kommer helt sikkert til å bli dårlig hvis jeg ikke vet det gjennom at det har vært mange runder på det... Det er klart at statistisk sett er det økt risiko for tilbakefall. Men så må du se på forløpet til den pasienten, hvor mange episoder har du hatt før og hvor alvorlige var tilbakefallene, hva type episoder det var...

På bakgrunn av disse utsagnene er det mulig å forstå avveiningene som må gjøres mellom anvendelse av generell kunnskap og vurdering av den enkelte bruker. Her kommer psykiatrien i en annen stilling enn somatisk helsetjeneste, der det i mye større grad er standard behandling og prosedyre som anvendes. Dette forklarer også hvorfor brukermidvirkning som tema kan og bør utdypes og diskuteres på en mer detaljert måte enn det som vanligvis blir gjort innenfor somatisk helsetjeneste. Det faglige ansvaret innenfor psykisk helsetjeneste, kan bli utsatt for kritikk både fra media og omverden, men også fra brukernes pårørende som mener at behandlingsbehovet er så uttalt at brukernes ønsker ikke kan og bør vektlegges.

Videre viser informantenes uttalelser at det ikke først og fremst er brukernes lovformaliserte rett til medvirkning som gjør utslaget for medvirkning i behandlingen. Den individuelle vurderingen var like naturlig og nødvendig før innføringen av pasientrettighetsloven i 1999. Informantene mente at de ikke opplevde innføringen av pasientrettigheter som et tidsskille i forhold til hvorvidt de skulle lytte til brukerens mening om behandlingsopplegg, noe utsagnene nedenfor viser:

... Jeg tenker litt, har jeg forandret meg? Jeg kan ikke være helt sikker, men jeg har alltid hatt fokus på at hvis pasienten sier "sånn tror jeg det virker best for meg", så føyer jeg meg etter det... Jeg innbiller meg at jeg egentlig ikke har forandret meg så veldig mye...

Dette bekrefter at det ligger i fagets og fagrollens natur at fagpersoner både overstyrer brukernes ønske og vilje, og at individuelle vurderinger basert på brukernes ønsker tillegges stor betydning. I hvilke situasjoner det faglige ansvaret utøves autoritært vs. demokratisk, avgjøres av tidligere historie, funksjonsfall og avveininger i forhold til å etablere og bevare en hensiktsmessig behandlingsrelasjon til brukere.

I denne studien er det et mål å få frem kunnskap som viser det komplementære mellom bruker og hjelper. Dette eksemplifiseres gjennom beskrivelser av hvordan fagpersoner opplever og utfører sitt ansvar for å legge til rette for brukermedvirkning. Empowerment og reell brukermedvirkning forutsetter at fagpersoner legger til rette for at brukeren kan medvirke. Hvis ikke fagpersoner legger til rette for brukermedvirkning, vil heller aldri brukeren kunne erobre økt makt og medvirkningsmuligheter ut fra sin posisjon som bruker. Informantene gav beskrivelser og eksempler på et mangfold av tilnærminger som bidrar til at brukeren kan medvirke på en måte som gir brukeren en opplevelse av å medvirke, samtidig som det faglige ansvaret ivaretas av fagpersonen. Deler av disse beskrivelsene presenteres og analyseres i kapittel 4.2 om brukermedvirkning. Informantene poengterte at det faglige ansvaret innebærer å vurdere hvilke valg brukeren kan stilles overfor. Slike vurderinger gjøres ut fra omfanget av problemstilling og grad av funksjonssvikt.

... Jeg bombarderer ikke pasienten med masse valg når de ikke klarer å ta masse valg. Da må en gi de helt enkle valg... Jeg tenker at det setter brukeren i et dilemma når han skal svare ja eller nei... Når du har pasienter med veldig lavt funksjonsnivå, så er det ting du bare ikke diskuterer. Da gjør jeg det bare... Vi kan bidra til at det blir flere valg som de kan ta (). Vi kan spørre om hva de synes om det eller det, slik at de har en følelse av at de er med og bestemmer hvordan de skal ha det. Det er enkelte beslutninger som vi må ta på vegne av de, men det er helt unødvendig å detaljstyre alt de skal gjøre...

Disse utsagnene viser at paternalisme er sterkt og dominerende overfor brukere som i den aktuelle situasjonen eller vedvarende fremstår med lavt funksjonsnivå. Grad av funksjonssvikt knyttets tett til alvorlig psykisk lidelse, og ut fra fagpersonens sykdomsforståelse ga flere av informantene, og særlig informantene som arbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten, uttrykk for at paternalisme og autoritet utøvdes med den største

selvfølgelighet. Uten denne sykdomsforståelsen ville disse utsagnene kunne bli tatt til inntekt for en manipulerende holdning. Konteksten som beskrivelsene ble hentet fra, ga meg ingen tanker om at det foregikk manipulering, heller ikke en mer autoritær holdning enn det som situasjonen krever. Dette til tross for at jeg gjennom intervjuene forsøkte å stille meg på tilstrekkelig avstand og innta en viss kritisk holdning angående maktfaktorene innenfor psykisk helsevern. Videre viser utsagnene at fagpersoner har et stort ansvar når det gjelder å gi brukeren valg som vedkommende er i stand til å forholde seg til. For å lykkes med dette, må fagpersonen benytte akademisk kunnskap og faglig skjønn i et sammenvevd hele. Ingen brukere er like, og det stiller store krav til fagpersonen stadig å måtte omstille seg den enkelte bruker og den enkelte situasjon. Det kreves faglig skjønn og handlingsklokskap at en evner å skille det vesentlige i fagrollen fra det mindre vesentlige. Fagkunnskapen strekker ikke til på alle livets områder, og på en rekke områder vil brukeren selv være ekspert. Imidlertid har det vært tradisjon innenfor det tradisjonelle sykehusvesenet at når brukeren er innlagt, opptrer hjelperne som eksperter på alle områder. ... *så er det jo mange sånne ikke-faglige spørsmål () sånn mer allmenne som har med sunt bondevett å gjøre, der det i aller høyeste grad er viktig å lytte til pasienten eller brukeren...* Hvis fagpersonen lar brukeren få være ekspert på det som ikke er innenfor fagområdet, er det grunn til å tro at brukeren lettere vil la fagpersonen få ekspertrollen på det som er fagpersonens spesialitet. Slik kan en gjennom dialog, relasjon og gjensidig anerkjennelse legge til rette for brukermedvirkning som gir fagpersonen handlingsrom for adekvat behandling av den psykiske lidelsen uten at det går på bekostning av brukerens rett til, og opplevelse av, medvirkning. En av informantene la vekt på de små, men vesentlige formuleringene som legger til rette for brukermedvirkning.

... Det er måten som en kommer med forslaget på: "kan du prøve noe nytt?"... Hvis jeg ikke har disse små spørsmålene innarbeidet og har med: "Hva syns du?", så blir det veldig kunstig...

Tid og situasjon for dette lille spørsmålet blir avgjørende for om fagpersonen lykkes i å legge til rette for hensiktsmessig brukermedvirkning. Informanter ga eksempler som viste situasjoner der de hadde lykkes med å stille de rette spørsmål på rett tid. Men det kom også eksempler på at det samme spørsmålet kan få helt andre utslag.

... Det kan være andre pasienter som, selv om de hadde sagt at de ville innlegges frivillig, så ville jeg sagt at "Nei, det er du ikke i stand til". Vi har vel alle vært med på at maniske pasienter ble bearbeidet og la seg inn frivillig, og tre timer senere skriver de seg ut. Det har vi alle vært med på. Og hvor godt har de av det? ...

Dette utsagnet viser fagpersonens ansvar for å velge hvilke spørsmål som stilles til hvilket tidspunkt og i hvilken situasjon. I dette ansvaret ligger muligheten for å styre i ønsket retning, samtidig som brukeren får mulighet til å medvirke innenfor områder som fagpersonen definerer som forsvarlige for medvirkning. En kritisk analyse av denne form for medvirkning, vil kunne oppfattes som kun et skinn av medvirkning og endog manipulering. Fagrollen tåler også slike vurderinger. Informantene lot seg ikke affisere av mine kritiske spørsmål og betraktninger rundt denne form for maktutøvelse. De innrømmet at de med jevne mellomrom sto i situasjoner preget av "Hvis du ikke vil, så må du". Slike situasjoner var de konforme med ut fra det overordnede faglige ansvaret som hjelperrollen innebærer. Det faglige ansvaret handler om å overta når det kreves, og at det blir gjort på en måte som ikke krenker, og med mål om at brukeren i ettertid kan erkjenne at denne form for maktbruk var nødvendig, riktig og ivaretagende.

Gjennom intervjuene har informantene gitt beskrivelser av en fagrolle som opererer innenfor et kontinuum fra faglig overstyring ved hjemmel i tvangsparagrafer via dialog og gjensidig tillit mellom fagpersonen og brukeren, og tildels også med pårørende, og til den andre ytterlighet der fagpersonen "går noen runder" sammen med brukeren og der behandlingsopplegget ikke kan karakteriseres som optimalt. En og samme informant, eller hver enkelt fagperson befinner seg innenfor hele dette kontinuum av fagrollens karakter, og alternerer de ulike tilnærminger overfor den enkelte bruker avhengig av situasjonen som brukeren til enhver tid måtte befinne seg i.

4.1.2 Relasjonens og språkets betydning

Det komplementære rolleparet bruker og hjelper inneholder en forskjell i makt og autoritet. Forskjellen oppstår i det brukeren oppsøker hjelperen, og forskjellen består så lenge brukeren er i behov av tjenester fra hjelperen. Flere av informantene uttrykte dette eksplisitt, for eksempel gjennom følgende utsagn:

... Det er noe med vår fagutdanning, den gir oss en merkunnskap enn den vi skal hjelpe. Det må vi forutsette at vi har... Slik er det bare, og det tror jeg at mange pasienter føler seg trygge og bekvemme med. De oppsøker det, tror jeg. En som kan mer og som kan gi svar...

Alle relasjoner mellom bruker og hjelper har denne skjevheten i seg. utfordringen for fagpersoner er å forvalte merkunnskapen på en måte som gir brukeren en opplevelse og erfaring av å være på samme lag, og ha de samme mål og hensikt med relasjonen. Som avsnittet over viste, vurderes mye av behandlingen ut fra brukerens subjektive opplevelse av situasjonen. Denne subjektive opplevelsen uttrykkes gjennom kommunikasjonen med fagpersonen. Hvis kommunikasjonen preges av trygghet og gjensidig tillit, er det større sjanse for å få frem vesentlige sider av sykdommens karakter enn hvis kommunikasjonen preges av utrygghet og manglende tillit. Dermed er relasjonen av stor betydning ikke bare for den medmenneskelige opplevelsen av situasjonen, men like mye av kvalitetsmessige og fagspesifikke hensyn ved at en god relasjon gir bedre forutsetninger for en grundigere vurdering og dermed også mer treffsikre intervensjoner. Flere av informantene fremhevet betydningen og viktigheten av å bruke tid sammen med brukerne og lytte til deres erfaringer og tanker.

... Men jeg tror at det å sette seg ned å komme frem til hva som er kjernen og hvordan han opplever dette, og hvordan vi skal jobbe oss fremover for å finne en løsning på dette... Å komme i dialog med brukeren, og finne ut hvordan vi kan gjøre dette i lag med brukeren for at han skal nå målet... Dette handler om språket vårt... Vi må vite når vi har innpass og når vi bare skal være til stede... Vi må begynne der, ikke starte med det som vi vet, men starte med pasientens historie for på den måten kunne hjelpe han videre...

Disse utsagnene viser at det å være fagperson også krever personlig kunnskap. For å oppnå en hensiktsmessig relasjon til brukeren, er det nødvendig med evne til å legge forantakelsene til side og lytte til brukerens opplevelse av historie, forklaringer, nåværende situasjon og sammenhengen mellom dette. I relasjonen mellom fagpersonen og brukeren vil det være rom for kritiske spørsmål, korrigeringer og uenighet som følge av den merkunnskapen som fagpersonen har. Dette tåler brukeren, forutsatt at relasjonen er preget

av tillit. Flere av informantene ga eksempler på situasjoner preget av uenighet, men som underveis og i ettertid viste seg å bidra til å styrke relasjonen.

... Men jeg opplever veldig ofte () at de som våger å gjøre, på tross av det som pasienten ønsker, de kommer ofte i en veldig god dialog med pasienten på et seinere tidspunkt... Og det er der jeg tror vi utfordres litt på hvordan vi formulerer, og hvordan vi møter de...

Uenighet kommer ofte til uttrykk i meningene om hva som er riktig og nødvendig medikamentell behandling. Noen ganger har brukeren ønske om å redusere bruk av medisiner, selv om fagpersonen ikke kan anbefale dette. Målet er at relasjonen bevares også ved denne type uenighet, og en av informantene uttrykte dette på følgende måte:

... Jeg kan ikke anbefale det i det hele tatt. Jeg har hele tiden sagt til henne at dette syns jeg ikke er riktig behandling, men når hun forteller meg at hun vil ha vekk den medisinen, så må hun i alle fall gjøre det sånn... Det minste jeg kan gjøre er å si at jeg ikke har tro på denne nedtrappingen, men at jeg er villig til å følge henne i den. Så la vi en plan slik at det ikke ble en brå autoseponering, men en nedtrapping over tid...

Dette viser at fagrollen innebærer også en faglig delaktighet i et opplegg som fagpersonen egentlig ikke anbefaler. En slik situasjon krever en faglig bevissthet som løfter seg over manglende yrkesstolthet som følge av løsninger som ikke kan sies å være optimale.

... Det er jo svært ubehagelig for en lege å følge noen som en vet ikke blir adekvat behandlet... Med denne pasienten har jeg hatt mange runder, for hun mister tilliten til meg og vil ha en ny behandler... Det er et kav, ikke bare for meg, men for pasienten også...

Flere av informantene har brukt uttrykket "å gå noen runder med". Jeg tolker dette som vilje og evne til å opprettholde en relasjon gjennom forverringsperioder og gjennom bedringsprosesser, og at dette gir rom for stadig større muligheter for å utøve det faglige ansvaret til beste for brukeren. Underveis må de tåle ubehaget og kavet som det innebærer at noen velger å gjøre det motsatte av det som er faglig anbefalt. De fleste av informantene hadde lang erfaring, og dermed flere historier om brukere som de hadde "gått noen runder med". Da har fagpersonene større forutsetning for å vise til tidligere erfaring med den

aktuelle brukeren, og gjennom dialog og refleksjon kan brukeren oppnå større selvinnsett og dermed også større kompetanse for medvirkning i egen behandling. For pårørende, og i noen tilfeller omverdenen generelt, kan det være vanskelig å se meningen med at fagpersoner finner det riktig og nødvendig "å gå noen runder med". En god dialog med pårørende, under forutsetning av brukerens samtykke, kan være med å oppklare og forklare hensikten og tanken bak at fagpersonen velger å følge brukeren i et opplegg som i utgangspunktet ikke virker optimalt. Det er ikke sikkert at pårørende vil være enig med fagpersonen i dette, men en dialog uten enighet er bedre enn ingen dialog. Noen ganger blir også pårørende direkte involvert i faglige avgjørelser ... *og da har jeg tenkt, også etter å ha rådført meg med pårørende, at ok, la han få være i fred. Hans subjektive opplevelse av livskvalitet er større uten medisiner enn med medisiner. Selv om min opplevelse er at han er mer rasjonell og tilgjengelig når han bruker medisiner...* Involvering av pårørende på denne måten er med å gi pårørende et medansvar for behandlingsopplegget, noe som også generell brukermedvirkning kan tolkes som.

4.1.3 Ansvar for forvaltning av helsevesenets ressurser

Parallelt med fagpersoners ansvar overfor den enkelte, innbefatter fagrollen et ansvar for å fordele helsetjenestene også ut fra et samfunnsperspektiv. Noen ganger kan dette perspektivet komme i konflikt med den enkelte brukers ønske og forventning. I en tid med stadig større fokus på rettigheter i forhold til helsetjenester, kan det virke urimelig når enkeltpersoner blir avvist uten at vedkommende finner forklaringen logisk.

... Vi har en del feider med folk som vil ha noe av oss som vi har, men som vi ikke vil gi til akkurat de... Det kan skape litt illusjoner hos folk, at de mener de har rettigheter som går ut over det som vi mener er forsvarlig og rimelig... Men så må vi være litt kritiske til bruken av disse plassene... Når det er snakk om et knapphetsgode som skal fordeles, og vi må gjøre prioriteringer på hvem som har rett til å bruke disse godene, så er det jo ganske viktige vurderinger. Det kan ikke bare være basert på brukerønsker...

Disse utsagnene viser at fagrollen og brukerrollen ikke bare utøves på individnivå, men også på gruppenivå. Det kan ikke forventes at den enkelte bruker skal kunne forholde seg til,

heller ikke nødvendigvis ha forståelse for, synspunkter og beslutninger som fagpersonen må ta på vegne av gruppen som helsetjenestene er rettet mot. Når helsetjenestene, i dette tilfellet institusjonsplasser, fremstår som et knapphetsgode, vil prioriteringene muligens være mer opplagte enn i perioder der dette knapphetsgode ikke fremstår som så prekært. Men selv da tilligger det fagrollen å utøve et bevisst ansvar for hvordan ressursene brukes.

... Det er ikke alltid så lett å holde fokus på hva det er vi egentlig skal bruke disse plassene til... Vi må få beholde definisjonsmakten til hva helsetjenestene skal brukes til, spesielt i en institusjon... Jeg må forsvare systemet og bruk av ressurser...

Det kan være krevende å kommunisere slike avgjørelser både til de som direkte blir avvist og til omgivelsene. Hvis vedkommende av en eller annen grunn ikke er aktuell for den behandling som tilbys ved institusjonen, blir det ikke vurdert som riktig ut fra samfunnsmessige hensyn at vedkommende skal oppta en institusjonsplass kun basert på eget ønske. Slike situasjoner kan medføre kritikk av fagpersonen for manglende brukermedvirkning og mangel på respekt for brukernes rettigheter.

... Det er et godt eksempel på at de lager rettighetslover som kan støte an mot sunn faglig fornuft... Det er jo slik at vi må gi et faglig tilbud som vi mener at pasienten får noe nytte av... Det må være fagstyring...

Disse utsagnene viser at brukermedvirkning som ideologi og rettighet har i seg flere dimensjoner som må kommuniseres i sammenheng med hverandre, noe denne oppgaven tar sikte på. Utsagnet over om at "rettighetslover kan støte an mot sunn faglig fornuft" tolker jeg som et uttrykk for å få frem det flerdimensjonale i begrepet brukermedvirkning.

4.2 Brukermedvirkning

I denne studien fokuseres det kun på fagrollen i det komplementære mellom rollene bruker og hjelper. Det betyr at brukermedvirkning sett fra brukerens perspektiv ikke inngår i studien. Derimot inngår det i studien at informantene inntar et brukerperspektiv i betydning av at de forsøker å formidle noen problemstillinger slik som fagpersonen oppfatter at brukeren oppfatter og formidler de. Denne studien vil kunne gi ytterligere mening og

utfyllende kunnskap sammen med andre studier som fokuserer på det komplementære i rollene sett fra brukerens perspektiv.

Forrige kapittel handler om hvordan fagrollen beskrives og utøves. I dette kapitlet presenteres og analyseres utsagn som viser hvordan fagpersoner i sin praktiske yrkeshverdag konkret opplever og forholder seg til brukermedvirkning som ideologi og rettighet, og konsekvensene av økte rettigheter.

4.2.1 Arenaens betydning for brukermedvirkning

Brukeren og hjelperen kjenner seg hjemme på hver sin arena. For hjelperen vil institusjonen eller kontoret være eksempler på hjelperens arena. Brukeren har leiligheten eller boligen som sin arena. I de tilfeller der pårørende involveres, vil de igjen ha sitt hjem som arena. Hjelpetiltakene og tilnærmingen vil få ulik valør avhengig av hvilken arena hjelpen gis på. Studiens tema om bruker og hjelper som komplementære roller, leder an til en sammenligning mellom rolleparet *gjest* og *vert*. I den moderne psykiatri legges det vekt på at mest mulig av hjelpen skal gis på brukerens arena. Tanken bak dette er ikke bare samfunnsøkonomiske hensyn om tjenester på lavest effektive omsorgsnivå, men også tanken om at brukeren mestrer utfordringene bedre i et kjent og trygt miljø. Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 hadde som et av sine mål å legge til rette for at personer med alvorlig psykisk lidelse skulle oppleve bedring, mestring, likeverd og håp gjennom deltakelse og inkludering i lokalmiljøet. Det utvikles og gjennomføres flere behandlingstilbud som retter seg mot den sosiale fungering. Helsetjenester gitt på brukerens arena gir et godt grunnlag for helhetlig tilnærming der de helsemessige utfordringene ses i sammenheng med resten av tilværelsen. På bakgrunn av dette vil arenaen ha betydning for hvordan brukermedvirkning som ideologi og rettighet forvaltes. Institusjoner der hjelperen kjenner seg hjemme har ofte regler om hvilke rom som er for pasientene og hvilke rom som bare er for personalet. Det handler om gamle holdninger og regler som har til hensikt å skille *oss* og *de*.

... Det er stor enighet om at de må få være med å lese planer og utforme individuell plan, men så kommer det til kjøkkendøren ()– og da kommer temperaturen, de skal

ikke inn på kjøkkenet! ... Dette sa oss noe om at det var der vi må jobbe med brukermedvirkning, i praksis...

Dette utsagnet kommer fra en informant som arbeider i institusjon, og viser tydelig det irrasjonelle ved å ha ulike arenaer for brukere og hjelpere. Informantene fra kommunehelsetjenesten ga eksempler fra deres hverdag der fagrollen skal utøves på brukerens arena. Da blir hjelperen gjest, og rollen som gjest er mye mer tilbaketrukket og avventende enn rollen som vert. Flere av informantene ga eksempler på hvordan rollen som gjest kan fortone seg.

... I en av leilighetene, det så bare ikke ut! Det begynte å lukte, det var så fælt! Jeg tror vi var der 7-8 ganger og ba om å få komme inn å hjelpe. "Nei". Han måtte få bestemme selv, men vi følte det var så på kanten... Men når du står der med en bruker som har en kommunal leilighet og som har sine rettigheter, () så blir det ofte en del konflikter i forhold til dette...

Dette viser at brukers makt og muligheter for medvirkning er vesentlig større når helsetjenestene utøves på brukerens arena enn hva tilfellet er når hjelpen utøves på hjelperens arena. Som utgangspunkt er dette en positiv utvikling av organiseringen av helsetjenestene. Det finnes utallige eksempler på gode helsetjenester som blir gitt med utgangspunkt i brukerens trygge arena. Informantene i denne studien arbeidet stort sett med brukere som har alvorlig og sammensatt lidelse, og utsagnene bærer preg av dilemmaer og utfordringer knyttet til disse brukerne og deres rett til medvirkning som også innebærer rett til ikke å ta i mot tjenester. Flere informanter hadde eksempler der de opplevde faglig avmakt.

... For selv om brukeren har vedtak på tjenester for hva han kan motta, kan vi ikke påtvinge oss noe. Vi kan henstille, men vi kan ikke bare gå inn å brette opp armene hvis brukeren ikke ønsker det... I kommunal jobbing () har en nokså stor respekt for de dørene du skal inn, mens de som har jobbet mer inne i psykiatrien, og sikkert presset seg mye mer på folk, for de er det lettere å gå inn når en føler en bare må gjøre noe...

Disse utsagnene sier noe om rammene og lovverkets betydning for å kunne gi nødvendige helsetjenester til personer med alvorlig sykdom og funksjonssvikt. Kommunehelsetjenesten gir vedtak på tilstrekkelige tjenester målt i både kompetanse og omfang. Men kommunehelsetjenesteloven gir ikke mulighet for annet enn å tilby, og på best mulig måte legge til rette for at brukeren skal ta i mot helsetjenestene. Svikten i dette systemet viser seg tydeligst overfor de aller sykeste og dårligst fungerende brukerne. Det gir grunn til å stille spørsmål ved om de forvaltningsmessige endringene er til det beste for denne brukergruppen. Opptrappingsplanen dreide seg om å avvikle de store langtidsinstitusjonene og bygge ut bolig og tjenestetilbudet i brukerens lokalmiljø. Mange har gode erfaringer med dette, ikke minst fordi de opplever mindre stigmatisering og mer alminnelighet til tross for langvarig og alvorlig psykisk lidelse. Å være herre i eget hjem bidrar til autonomi og utvikling. Det er allikevel en gruppe brukere som, i det minste, det kan stilles et spørsmålstegn ved hvorvidt de opplever mindre stigmatisering og om de oppnår reell autonomi og utvikling ved å bo i egen leilighet. Flere av informantene arbeidet med denne gruppen brukere. Det ligger i sykdommens karakter at en opplever funksjonsfall, relasjonsvansker og varierende grad av sviktende innsikt i egen sykdom og behandlingsbehov. Når så disse sykdomskarakteristika faller sammen med rettigheter til å takke nei til tjenester, så kan utfallet bli at en "forkommer i egen elendighet". Fra brukerperspektiv er det vanskelig å se at rettighetene i slike situasjoner er et gode, og fra faglig hold er det vanskelig å se at kravet om faglig forsvarlige tjenester innfris. Flere av informantene hadde tanker om denne utviklingen og hvordan de kan manøvrere tilnærmingen til tross for ulike rammer og lovverk.

... Det er en pendel det der. Jeg opplevde en periode at vi var så opptatt av at vi var på brukers arena at vi turde nesten ikke gjøre noe som helst. Så tenker jeg at noen av disse brukerne hadde jo så lavt funksjonsnivå at de forkom i den tilstand de var i. Og så bruker vi litt lett dette at brukermedvirkning er å ikke gjøre noe for de uten at de vil, og det er der jeg tror pendelen av og til går for langt... Da de blir satt på valg, tror jeg fort at de vil velge nei. De tenker "jeg gjør dette senere, jeg bør klare dette selv"... Det fungerte ikke når vi spurte om lov, men det fungerte veldig fint når vi bare tok oss litt til rette. Etterpå virket hun takknemlig...

Utsagnene viser hvordan fagpersonens rolle som gjest kan utvikles i mer frimodig retning og slik tilpasses brukerens behov på en mer hensiktsmessig og verdig måte. Relasjonen mellom

verten og gjesten er tema for kap. 4.2.3. Rollen som hjelper overfor personer med alvorlig psykisk lidelse har gjennomgått store endringer. Å være hjelper overfor brukere av kommunehelsetjenesten er en helt annen rolle enn å være hjelper overfor brukere i institusjon. Utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre og forventningene om et tett samarbeid med kommunehelsetjenesten gir mulighet for å lære av hverandres tilnæringsmåter.

... Jeg tenker at en kombinasjon av den institusjonstenkningen som vi har en tradisjon for inne og noe av den måten som en har jobbet på ute () det hadde vært nyttig å utveksle mer erfaring...

Utveksling av erfaring mellom fagpersoner som arbeider i institusjon og fagpersoner innenfor kommunal sektor, vil gi mulighet for refleksjon og utvikling av beste praksis. Kommunehelsetjenesten yter, i større grad enn spesialisthelsetjenesten, brukere hjelp innenfor hele spekteret av hverdagslivets områder. Dette gir faglige og personlige utfordringer for fagrollen der det ennå ikke er tilstrekkelig erfaring for hva som er beste praksis. Informantene pekte på en rekke utfordringer, dilemma og muligheter for hvordan brukermedvirkning utøves innenfor brukerens hverdagsliv, og oppsummeringen av dette vil bidra til å videreutvikle fagrollens funksjoner overfor brukere med alvorlig og langvarig psykisk lidelse.

4.2.2 Brukermedvirkning i hverdagen

Gjennom nedbygging av de store psykiatriske institusjonene, og gjennom realiseringen av Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, flyttet alle som lider av alvorlig psykisk lidelse tilbake til sine hjemkommuner og lokalmiljø. Dette innebærer store endringer på systemnivå så vel som for den enkelte. På systemnivå handler det om å flytte ansvaret for den daglige oppfølging fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten. Kommunene har fått tilført flere fagpersoner med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid, men ikke psykiater eller psykologkompetanse. Denne kompetansen ligger fortsatt i spesialisthelsetjenesten, og oppbyggingen av DPS'er skal fungere som spesialisthelsetjenestens forlengede arm ut til kommunehelsetjenesten og brukere av kommunale tjenester. Kommunalt psykisk helsearbeid omfatter tilbud og tjenester som har

til hensikt å sikre brukeren en egnet bolig og tilstrekkelig oppfølging slik at vedkommende oppnår verdige boforhold. Videre skal kommunehelsetjenesten legge til rette for at brukeren har innhold i dagen i form av arbeid, aktiviteter og fritidstilbud. Kommunehelsetjenesten har ansvar i forhold til primære helsetjenester fra fastlege og psykisk helsearbeidere. Sosialtjenesten skal sørge for at økonomien er tilstrekkelig for å kunne leve et verdig liv. For personer med alvorlig psykisk lidelse og tilhørende funksjonsfall vil det i en del tilfeller være aktuelt å motta tjenester innenfor hele dette spekteret. Flere av studiens informanter arbeidet med en brukergruppe som har behov for tjenester innenfor alle områder av hverdagslivet, men informantenes eksempler handlet mest om utfordringer knyttet til det å hjelpe brukeren med å oppnå verdige boforhold.

... De har tilbud om miljøarbeid, men det er slett ikke sikkert at de ønsker det (). Og deres standard er mange ganger litt annerledes enn andre husmødres standard i forhold til hvordan ting skal se ut (), og der ser vi at vi har store utfordringer... Vi kan ikke ha det sånn til jul, vi må jo få gjort noe, men vi holdt på det at han måtte få bestemme selv om han ville si ja eller nei... Det som vi har gjort nå, er at vi har laget ukeplaner til de der det står hva du gjør daglig. De har vært med på å bestemme når de skal gjøre det, hva vi skal gjøre og hva de skal gjøre. Og det ser vi fungerer! Nå er det ikke lenger: "Har du lyst, eller vil du?" men: "Nå er det miljøarbeid!" "Åja, ja, ja, det er det, jo". Da blir de med, fordi de har en følelse av at de selv er med og bestemmer...

Utsagnene her viser både det enorme behovet for hjelp som brukeren har til å holde leiligheten i respektabel stand, fagpersonens dype frustrasjon for ikke å komme i posisjon til å hjelpe, og muligheter for samarbeid gjennom ukeplaner. Fra brukerens perspektiv er det grunn til å tro at det er vanskelig og uverdigg å måtte innrømme at basale ferdigheter svikter på denne måten. Dessuten kommer hjelperen ubehagelig tett på privatlivet når brukeren må ha hjelp til det meste av alminnelig husarbeid. Enhver vil kunne kjenne på motstanden mot å slippe hvem som helst inn i privatlivet på denne måten. Fra fagpersonens side kjennes det frustrerende at brukeren ikke vil benytte seg av den hjelpen hun har å tilby. Det er grunn til å tro at fagpersonen vil kunne kjenne på avvisning og nederlag. Yrkesstoltheten med krav om effektivitet, orden og god hygiene blir satt på prøve. Å strukturere de daglige gjøremål gjennom ukeplaner gir brukeren en medbestemmelse over hva som skal gjøres av hvem til

hvilken tid. Brukeren får mulighet til å prioritere sine ferdigheter og energi til de områdene som det kanskje oppleves mest utfordrende å ta i mot hjelp til. For noen kan det være behov for å skjule rusmidler eller andre ting som vedkommende absolutt ikke vil at andre skal få kjennskap til. Oppbevaring av rusmidler er for mange i denne brukergruppen en del av hverdagen, og dette utfordrer også andre sider enn de rent praktiske ved å holde orden i leiligheten. De etiske og verdimessige aspektene som reises når brukere velger å leve både ulovlig og livstruende helsefarlig, er ett av temaene i kap. 4.3. om verdier. Gjennom bruk av ukeplaner får fagpersonen et viktig og hensiktsmessig verktøy for å komme i posisjon til å hjelpe. Det er lettere å argumentere i den aktuelle situasjon når brukeren selv har vært med på å bestemme opplegget. Hvorvidt opplegget er utarbeidet under et visst press eller tydelige føringer fra fagpersonen, vil også være tema i kap. 4.3. om verdier.

Fagpersoners rolle overfor brukerens hverdagsliv utfordres kanskje aller mest i møte med brukerens behov for hjelp til å bo alene i egen leilighet. De fleste brukerne har før sykdommen intrådte hatt tilnærmet normale ferdigheter for å mestre dagliglivet, men på grunn av sykdommens ofte tidlige debut, er det få brukere som har erfaring med å bo for seg selv. Dermed har de heller ikke de nødvendige ferdigheter for alminnelig husstell, matlaging og økonomistyring. Alle som arbeider med brukere med alvorlig lidelse, og særlig fagpersoner som arbeider innenfor kommunehelsetjenesten, har erfaring i å møte pårørende som på ulikt vis uttrykker frustrasjon over manglende boevne, manglende oppfølging i forhold til det å bo for seg selv, og som på ulikt vis forsøker å kompensere ved at de vasker, rydder og bidrar med mat, klær og penger, noe som eksempelet under viser:

... Og rett før jul så kommer moren () så går hun inn og tar hele greia. Og det syns jeg var så fælt! Så snakket jeg med han etterpå: "Vi er jo her for å hjelpe deg med disse tingene, og så må moren din komme og ordne opp i dette. Det syns vi ikke var greit. Går det an å få gjort dette på en annen måte?" Det er jo litt gale at vi skal overta hele greia for dette er noe han kan godt selv. Så dette diskuterer vi nå...

Sitatet over er fortsettelsen på eksemplet der hjelperen en rekke ganger hadde forsøkt å få brukeren til å ta imot hjelp. Informantens frustrasjon er flersidig ved manglende mulighet for å hjelpe, samtidig som informantens uttrykker en forventning om at brukeren skal mestre deler av oppgavene på egen hånd. Informantens eksempel sier ikke noe om hvordan moren i

dette tilfellet reagerte, men det er grunn til å tro at moren og fagpersonen kjenner på det samme, nemlig fortvilelse over situasjonen og frustrasjon i forhold til hva som forventes av hvem. Forskjellen på informanten og moren er at moren kjenner frihet til å ta seg til rette på brukernes vegne. Fagpersonens reaksjoner kan tolkes som såret yrkesstolthet ved at pårørende til sist måtte kompensere for det som fagpersonen ikke kom i posisjon til å gjøre.

På den ene siden kan pårørendes kompensering forstås som alminnelig omsorg overfor den av sine som lider av sykdom og som er i behov av hjelp. Pårørendes bidrag av denne typen forutsetter ikke fagkunnskap. På den andre siden kan pårørendes bidrag tolkes som kritikk mot manglende faglig bistand fra de som har denne type oppgaver som en del av sin profesjon. Fagpersoner kan oppleve ambivalens i dialogen og relasjonen med brukerens pårørende, nettopp fordi den faglige rollen er vanskelig å utøve, men like mye fordi det er ulike standarder som settes for hvordan boforholdene skal være. Fagpersoner som har kunnskap og erfaring med funksjonsfallet som alvorlig psykisk lidelse innebærer, vil ha lettere for å akseptere en avvikende standard enn pårørende som vurderer standarden og boforholdene ut fra friske og normale forhold.

Med bakgrunn i arenaens betydning for brukermedvirkning, og hvordan brukermedvirkning kan oppleves når profesjonsutøvelsen foregår innenfor brukerens hverdagsliv, vil det være av avgjørende betydning at relasjonen mellom bruker og hjelper gir rom for en optimal rolleutøvelse for både bruker og hjelper.

4.2.3 Brukermedvirkning i et relasjonsperspektiv

Mens den tradisjonelle hjelperrollen handler om å avhjelpe et avgrenset problem der og da, så har hjelperrollen utviklet seg til å bli mer preget av selve relasjonen mellom bruker og hjelper. Mange fagpersoner vil kjenne seg igjen i uttrykket ”medvandrer”. Ingen av informantene har selv brukt dette uttrykket, men når jeg har lest og lyttet meg gjennom intervjuene, kommer dette uttrykket frem som passende og beskrivende for hvordan profesjonsutøvelsen oppleves. Eksempelvis slik som det uttrykkes i disse utsagnene:

... Jeg tenker at i første omgang er det viktig å møte de med respekt og ta et nei for et nei. Så tror jeg at den dagen de åpner opp så er det mye lettere å gå inn å gjøre noe i lag med de enn hvis vi ikke har respektert de... Av og til kan det bli litt for mye

diagnoser og litt for mye faglighet () så hvis alt blir forstått i en kontekst av diagnosen, så blir fagligheten vår til hinder ... Så kan han heller få komme tilbake, og så blir det kanskje vellykket selv om en ikke har fått det til her og nå...

Utsagnene viser at fagrollen på gitte punkter kommer til kort, og fagpersonen må legge andre virkemidler til grunn for å opprettholde relasjonen. Fagrollen alene vil ikke kunne bære relasjonen mellom hjelper og bruker tilstrekkelig nok til at hjelperen kommer i posisjon for å hjelpe, spesielt ikke med helhetlige tiltak innenfor brukernes hverdagsliv. Noen informanter skiller dette ved at de uttrykker at fagrollen legges bort i perioder for så å hentes frem igjen når brukeren er mottakelig for faglig bistand. I perioder der fagrollen er lagt til side eller ikke kommer i posisjon for å hjelpe, er hjelperen på tilbudssiden ved å ønske de velkomne tilbake når de kjenner seg klar for behandling. Slik kan en form for relasjon opprettholdes mellom fagperson og brukere som ikke har omfattende behov for tjenester. Informanter som arbeidet med brukere som hadde behov for omfattende tjenesteyting, kunne ikke på samme måte kun stille seg på tilbudssiden. Disse informantene måtte finne sin rolle overfor brukerne uavhengig av om rollen var preget av faglige tiltak eller ikke.

... Når jeg var nyutdannet sykepleier, så var jeg sykepleier og så var jeg Anne. Nå er jeg Anne og så er jeg sykepleier (). Du skulle gå inn å gjøre jobben og så trekke deg tilbake igjen. Men jeg tenker at nå er pendelen en annen. Vi som jobber med disse brukerne kommer veldig tett på de... Men når du kommer inn i den rusverdenen (), da er det mye mer på omsorg, mye mer på personer. For fagligheten sier noe helt annet enn det de faktisk velger å gjøre... Det er personavhengig, noen er flinke til å lirke litt i forhold til den ene, noen i forhold til den andre...

Informantenes utsagn viser at det er et mål i seg selv å opprettholde relasjonen mellom bruker og hjelper, selv om relasjonen i perioder preges av det som informantene selv omtaler som lite faglig. Det krever at fagpersonen gir av seg selv som person, og ikke bare gir av fagkunnskapen. Gjennom intervjuene kom det fram at jo mer omfattende hjelpebehov brukeren hadde, jo mer personavhengig var fagrollen. Relasjonen mellom bruker og hjelper tilstreber med dette en likeverdighet ved at brukeren ikke slipper fagpersonen tett inn på privatlivet hvis fagpersonen ikke gir noe av seg selv også. Betydningen av å opprettholde en god relasjon mellom bruker og hjelper, også i perioder med lite faglig innhold, er tosidig. På

den ene siden har brukeren behov for stabile medmennesker rundt seg også i perioder der vedkommende ikke kan eller vil ta imot hjelp. I slike perioder fungerer hjelperen som "brannslukker" innenfor brukerens mer eller mindre helsefarlige, noen ganger ulovlige og destruktive tilværelse.

... Når det går ut over alle andre, og de ikke ser det selv engang, da setter vi en grense og sier at nok er nok... Og så må vi av og til faktisk få lagt de inn. Da nytter det ikke () hvis de har ruset seg og det er en kombinasjon av rus og masse psykose. (). Da er det ikke snakk om, du kommer ingen vei, det ender med politi... Du vil ikke at de skal dø, du vil at de skal få leve dette livet så noenlunde bra...

Utsagnet viser at selv om fagrollen i perioder preges av å være lojal og forståelsesfull overfor brukerens livsførsel, endrer rollen karakter når brukerens livsførsel når en grense for allmenn oppførsel og /eller at livet er truet.

På den andre siden vil opprettholdelse av en god relasjon være det som skal til for at brukeren på et senere tidspunkt skal ta i mot faglig og helsefremmende hjelp fra fagpersonen. Det vil alltid være et spørsmål om hvor lenge fagpersonen skal være i relasjon til brukeren uten at relasjonen er preget av et faglig, og i vid forstand, helsefremmende innhold. Likedan vil det alltid være et spørsmål om hvor mye relasjonen skal beskyttes før intervensjon eller "brannslukking" iverksettes på tvers av brukerens vilje. Informantene som deltok i fokusgruppeintervjuet drøftet hvor mye "is i magen" det var nødvendig å ha for å bevare en hensiktsmessig relasjon til brukeren. Ingen av informantene kom med utsagn som tydet på at det var aktuelt å bryte relasjonen til brukeren hvis brukeren ikke ville eller kunne ta imot faglig hjelp. Derimot var det flere informanter som kom med eksempler som viser at relasjonen bevares også når fagpersonen opptrer autoritært og overstyrende, og at det finnes eksempler som viser at fagpersoner i noen tilfeller har "for mye is i magen". Fagpersoner som arbeider innenfor kommunehelsetjenesten, har høy bevissthet om at kommunehelsetjenestene skal ytes på frivillig basis. Juridisk sett er dette ukomplisert, men utsagnene over reiser flere etiske dilemmaer som det er nødvendig å belyse og ta stilling til for at tjenesteyting til brukere med alvorlig og sammensatt tjenestebehov skal utvikles som god praksis. "God praksis" vil vanligvis ligge et stykke unna det faglig uforsvarlige, men i forhold til praksisfeltet som her omtales, så befinner det seg i noen tilfeller nærmere enn det

som er ønskelig. I kap. 4.3 om verdier vil jeg presentere og analysere utsagn som blant annet viser hvordan "god praksis" kan trekkes lenger fra grensen om faglig uforsvarlige tjenester.

4.3 Verdier

Utsagn og eksempler som kom frem under intervjuene, hadde i mange tilfeller i seg elementer fra alle tre hovedkategoriene. Et utsagn som primært forklarer fagrollen, sier samtidig noe om brukermedvirkning og verdier som ligger til grunn for utøvelse av fagrollen overfor medvirkende brukere. Hva som er eksplisitt og hva som er implisitt den ene eller andre kategorien, blir et tolkningsspørsmål avhengig av hvilke "briller" jeg har på når jeg leser tekstmaterialet. I dette kapitlet presenteres og analyseres utsagn som er identifisert med tanke på fagrollens verdigrunnlag.

4.3.1 Respekt og autonomi

Respekt er et begrep som oftest benyttes uten eksplisitt forklaring. Det gjorde også informantene i denne studien, noe som førte til behov for å få tydeliggjort og bekreftet hva den enkelte legger i begrepet respekt.

... Det å finne ut hva de syns er "det gode livet" for de, det må vi på en måte ha respekt for, selv om vi ser at dette er negativt, og vi ser det går den galne veien... Det å være ydmyk overfor pasientens historie... Han tar vare på seg selv og har litt merkelig atferd, men lever så pass isolert at det ikke virker særlig forstyrrende på andre... Det er jo veldig kjekt når en lykkes, det er kanskje derfor jeg forteller om henne. Men det er også andre som vi ikke lykkes med, og jeg er opptatt av at også disse pasientene () at de ikke får en dårlig opplevelse...

Gjennom disse utsagnene kan respekt forstås som en streben etter å vise anerkjennelse og forståelse for atferd eller valg som ikke stemmer overens med ens egen holdning og løsning på utfordringene. Respekt forstått på denne måten, vil noen ganger oppfattes som en raus og romslig holdning overfor personer som velger å leve livet annerledes enn normen for vanlig livsførsel. Hvis den avvikende livsførselen har sin bakgrunn i en alvorlig psykisk lidelse, vil respekt forstått på denne måten kunne reise kritikk for faglig uansvarlighet ved

manglende intervensjon overfor åpenbart syke personer. Flere av informantene ga uttrykk for at ... *det går den gale veien...* Spørsmålet og vurderingen blir da hva som åpenbart skyldes den psykiske lidelsen og hva som skyldes personlighet og individuell væremåte som ikke faller inn under en alvorlig psykiatrisk diagnose. Som tidligere nevnt i denne studien, så reflekterer informanter over faren ved å vurdere alt innenfor en kontekst av en diagnose. Samtidig har personer med alvorlig psykisk lidelse rett på helsehjelp, om den så må gis med tvang. Personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse utgjør en gruppe som i særlig grad utfordrer begrepet respekt. Sitatet under viser hvor utfordrende dette med respekt kan være i fagpersonens hverdag.

... Hun var så ustelt at hun kunne ikke være sammen med folk, hun ble nektet (). Så gikk jeg inn etterpå og spurte hvordan hun hadde det i forhold til dette. Hvordan opplever du dette? Jeg sa noe om hvor ubehagelig jeg synes det var å måtte si dette til en voksen person. Og da var det akkurat som det skjedde ett eller annet. Hun så at det var ubehagelig for meg å si at det var ubehagelig for de andre å leve i dette. Etter dette har jeg nådd litt mer inn...

Slik som jeg tolker dette utsagnet, rommer det fagpersonenes ansvarsfølelse for at brukere i et fellesskap ikke er til sjenanse for hverandre og at brukeren ikke fremstår som uverdigg. Videre rommer utsagnet likeverdighet ved at fagpersonen opplever det vanskelig å påpeke manglende hygiene overfor en annen voksen. Til sist rommer utsagnet mot til å handle, noe som resulterer i en positiv endring. Utsagnet sier ikke noe om tidsperspektivet og heller ikke noe om relasjonen som informanten på forhånd hadde til brukeren, men det er grunn til å tro at "timingene" hadde betydning, likedan relasjonen. Jeg velger å ta dette eksemplet med under kapitlet om respekt. Det kunne like gjerne vært presentert i neste kapittel om paternalisme, men jeg tolker eksemplet som så gjennomsyret av respekt, slik som jeg i denne studien velger å tolke betydningen og konsekvensen av begrepet.

4.3.2 Paternalisme – også i hverdagslivet?

Paternalisme er betegnelsen på den form for tilnærming som inneholder oppfatning og overbevisning om at den ene vet hva som er til den andres beste. Helsevesenet er i stor grad preget av faggruppers paternalistiske holdninger, uten at resultatet dermed fremstår som en

motsetning til det som brukeren mener er det beste. Generelt sett er det en omforent enighet mellom fagpersoner og brukere om hva som er målet med helsetjenestene og hva som er av helsefremmende betydning. Brukere som gruppe forventer at fagpersoner skal vite hva som er til det beste for bedret helse, og det er derfor de oppsøker helsevesenet. Paternalisme er derfor i det alt vesentlige et begrep som ikke utfordrer verken brukere eller fagpersoner, tvert i mot er det en forutsetning for hele helsevesenets berettigelse at hjelperen vet og kan mer enn brukeren, noe utsagnet nedenfor viser:

... Det er noe med vår fagutdanning, den gir oss en merkunnskap i forhold til den vi skal hjelpe. Det må vi forutsette at vi har (). Slik er det bare, og det tror jeg at mange pasienter føler seg trygge og bekvemme med. De oppsøker det, tror jeg. En som kan mer og som kan gi svar...

Paternalisme blir først en utfordring når fagpersonen og brukeren er uenig i hva som er til det beste for brukeren. Paternalisme kan også være en utfordring overfor brukere som av en eller annen grunn stilltiende finner seg i at andre overstyrer, men denne gruppen var lite representert i informantenes eksempler og utsagn. Paternalisme er særlig utfordrende når brukeren mener at "det gode liv" for vedkommende innebærer tiltak fra fagpersonen som vurderes som lite helsefremmende og endog som helseskadelige. Informantene i denne studien hadde en fagrolle som i stor grad kom i kontakt med slike utfordringer, og det er i slike sammenhenger at det gir mening å diskutere paternalisme som en del av verdigrunnlaget for helsetjenestene. Flere av eksemplene som informantene fortalte om, handlet om situasjoner der de måtte overstyre brukerens ønsker og meninger. Gjennomgående for alle eksemplene var at fagpersonen var overbevist om at dette var til det beste for brukeren. Hvordan kan de alltid være så sikre på det? Noe av svaret ligger i fagpersonens lange kjennskap og erfaring med den aktuelle brukeren. De hadde "gått noen runder sammen" og erfart at mangel på intervensjon vil føre til opprettholdelse av og fare for ytterligere funksjonsfall. Utsagn og analyse i forhold til dette er presentert i kapittel 4.1.1 og viser hvordan paternalisme er en forutsetning for å kunne yte helsehjelp til personer som i perioder har mangelfull innsikt i eget behandlingsbehov. Informantene, og især legene, ga uttrykk for en faglig trygghet som i noen situasjoner også må ty til overstyring, var helt naturlig og innarbeidet i fagrollen. Paternalisme er altså en akseptert og nødvendig holdning når fagpersonen skal forholde seg til brukerens sykdom. Vil det stille seg annerledes når

fagpersonen skal forholde seg til brukerens hverdagsliv? Informantene som arbeidet innenfor kommunehelsetjenesten og som i stor grad hadde sin fagrolle i forhold til brukerens hverdagsliv, fortalte om flere situasjoner der paternalisme som holdning og tilnæringsmåte var utfordrende og vanskelig.

... Det er en kjempeutfordring (). For brukeren har jo vedtak på tjenester for hva han kan motta, men vi kan ikke påtvinge oss noe. Vi kan henstille, men vi kan ikke bare gå inn å brette opp armene hvis brukeren ikke ønsker det...

Innenfor kommunehelsetjenesten er det ikke lovhjemmel for å anvende tvang. Når jeg sammenligner intervjuene og utsagnene mellom informanter fra spesialisthelsetjenesten og informanter fra kommunehelsetjenesten, kommer det frem et skille når det gjelder i hvor stor grad fagpersonene opptrer med paternalistiske holdninger og tilnæringer. Det er grunn til å tro at muligheter for anvendelse av tvang har noe å si for grad av paternalisme som er integrert i fagpersonens verdigrunnlag.

... De som har jobbet lengre inne i miljøet () er mer vant med å kanskje måtte gå litt mer på for å oppnå noe... Vi tar for lett over, men jeg sitter med en opplevelse av at noen i kommunehelsetjenesten sitter for lenge og lar pasienten styre og forkomme...

Utsagnet viser at det er et skille mellom informantene avhengig av om fagrollen i det vesentligste er rettet mot selve sykdommen og behandlingen av sykdommen, eller om fagrollen innebærer oppgaver innenfor brukerens hverdagsliv.

... Og jeg blir veldig sjarmert av det livet de lever. Jeg kan jo ikke fatte at de orker, men det er viktig å se at folk er forskjellige og setter pris på forskjellige ting, og det må vi ta inn over oss...

Informantens utsagn kan tyde på at fagpersoner som arbeider innenfor kommunehelsetjenesten i større grad vurderer avvikende atferd og livsførsel som noe mer enn et uttrykk for sykdom. På grunn av psykisk lidelse og eventuelt også ruslidelse blir også hele livsførselen preget, uten at dette dermed møtes med samme holdning og intervensjoner som spesifikk sykdomsbehandling. Manglende hygiene, dårlig økonomistyring og rusmisbruk er eksempel på områder som oppfattes som en konsekvens av grunnlidelsen, men som fagpersoner ikke like selvfølgelig intervensjoner overfor på tilsvarende måte som de

gjør overfor psykotiske symptomer. Det generelle funksjonsfallet som er en del av alvorlig psykisk lidelse, involverer, slik jeg tolker det, hverdagslivet og privatlivet på en slik måte at paternalisme oppleves som en utfordring og et dilemma. For å møte dette dilemmaet på en hensiktsmessig måte, gikk diskusjonen i fokusgruppen via respekt og betydningen av begrepet respekt. ... *Respekt er å ville vel...* Informantene fant det riktig å opptre paternalistisk når de visste eller hadde god grunn til å regne med at brukeren egentlig synes det var godt at de overtok avgjørelsene.

... Jeg tror ikke at denne pasienten opplever at jeg har gått ut over det han ønsker, men jeg bare gjør det... Det fungerte ikke når vi spurte om lov, men det fungerte veldig fint når vi bare tok oss litt til rette. Etterpå virket hun takknemlig... Og det er der jeg tror at vi kan gjøre det på en verdig måte slik at ikke brukeren nødvendigvis opplever det som overkjøring... Også i en slik setting møter du pasienten med respekt, altså du er medmenneskelig, og det skal på ingen måte bli til noen skade for brukeren...

Fagpersoner som opptrer paternalistisk på denne måten som disse utsagnene viser, har mulighet for å ivareta de områdene av brukernes hverdagsliv på en måte som gjør at brukeren opplever omsorg og kompensasjon for manglende ferdigheter. Ut fra studiens empiri mener jeg at dette området i særdeleshet har potensial for utvikling og beskrivelse av beste praksis, og studiens informanter har sammen og hver for seg gitt gode bidrag.

I neste kapittel vil jeg drøfte hvordan fagrollen preges av forholdet mellom teori og praksis. Jeg vil videre drøfte brukermedvirkning som ideologi og rettighet, og på bakgrunn av studiens empiri forsøke å komme frem til en mer nyansert forståelse av begrepet. Til sist vil jeg drøfte hvordan verdigrunnlaget legges til grunn for praktisk handling og hvilke utslag som følger av dette.

5. Drøfting

I dette kapitlet blir studiens empiri samlet i hovedkategoriene *fagrolle, brukermedvirkning og verdier* og diskutert i forhold til teorien som er presentert i kap. 2. Deler av teorien i kap. 2 relateres direkte til tema i dette kapitlet, mens enkelte deler av teorien er tatt med som grunnlagsteori, og da særlig de helsepolitiske føringene. Aktuelt lovverk er lagt med som vedlegg til oppgaven. Kap. 4.1.3 om ansvar for forvaltning av helsevesenets ressurser har jeg valgt å ikke drøfte i dette kapitlet. Dette er en ikke uvesentlig del av fagrollen, og absolutt et aspekt i forhold til den enkelte brukers medvirkning, men jeg ser ikke at en teoretisk drøfting av temaet vil gi innsikt i nye momenter ved denne siden av fagrollen.

5.1 Fagrollen – hva påvirker skjønnsutøvelsen?

Gjennom informantenes utsagn og beskrivelser ble fagrollen beskrevet slik den utøves i praksis. Som forrige kapittel viser, beskriver informantene hvordan de skjønsmessig utøver fagrollen i møte med brukere og deres rett til medvirkning. Dworkin (i Grimen og Molander 2008:181) har gitt oss smultringen som et bilde for å forklare skjønnets omfang innenfor premissene av teori, prosedyrer, retningslinjer og andre forhold fastsatt av autoriteter. Tradisjonelt blir psykisk helsefeltet oppfattet som et fagfelt som utøves med sterkt skjønn, ved at det foreligger få prosedyrer og retningslinjer for hvordan det enkelte møte mellom bruker og hjelper skal være. Det finnes regler og vedtak for hva hensikten med tjenesteytingen skal være, men relativt få beskrivelser og fastsatt teori som sier noe om hvordan tjenesten skal utøves i detalj. Dette var også noe av min inspirasjon for å finne ut mer om hva praksis handlet om og hvordan fagpersoner skjønsmessig forvalter kunnskapen om psykisk lidelse og brukernes rett til medvirkning.

Flere av informantene beskrev eksempler som viser vurderingene som ble gjort for brukerens medvirkning i behandlingsopplegget. Likedan var det flere av informantene som beskrev tilsvarende vurdering for brukernes medvirkning innenfor hverdagslivet. Dworkin sier at skjønn er noe som en må kunne redegjør for i forhold til teorien eller standarden (Grimen og Molander 2008:181). Alle informantene har sin teoretiske kunnskap forankret i tradisjonell kunnskap om psykiske lidelser og anerkjent intervensjon. Dermed legger jeg til grunn for videre drøfting at alle informantene står på samme teoretiske plattform og har felles forståelse av innholdet i selve smultringen.

Informantene som hadde sitt arbeidssted innenfor spesialisthelsetjenesten ga eksempler og beskrivelser for hvordan de forholder seg til brukermedvirkning ut fra et behandlingsperspektiv. Behandlingsperspektivet handler både om å avhjelpe selve sykdommen, men også fokus på å mestre en tilværelse preget av psykisk lidelse. Det faglige ansvaret med tilrettelegging for brukermedvirkning og vektlegging av en god relasjon blir samlet i en fagrolle som sikter mot behandling av lidelsen og hjelp til å mestre tilværelsen. De skjønnsmessige vurderingene blir gjort på bakgrunn av dette perspektivet og med forankring i anerkjent teori for forklaring og forståelse av psykisk lidelse.

Informantene som hadde sitt arbeidssted innenfor kommunehelsetjenestene, ga eksempler og beskrivelser for hvordan de forholder seg til brukermedvirkning ut fra et hverdagsperspektiv. Hverdagsperspektivet handler om å ha en egen bolig som utgangspunkt for å leve livet slik en ønsker. Arbeid, fritid, venner, økonomi og helse er vesentlig for hvordan hverdagslivet oppleves. Informantenes fagrolle rettet seg mot kompensering innenfor hverdagslivet der brukerens kompetanse ikke strekker til (Kirkvold 2001). Alvorlig og langvarig psykisk lidelse er årsaken til at brukerens kompetanse for hverdagslivet ikke strekker til, og den samme tilstanden er årsaken til brukerens behov for behandling. Brukerens behov er altså de samme enten de får tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller fra kommunehelsetjenesten.

Dette viser at brukernes lidelser er de samme og informantenes teoretiske kunnskap er den samme. Likevel er det stor forskjell på fagrollen slik den utøves i spesialisthelsetjenesten og slik den utøves i kommunehelsetjenesten. For brukeren fortøner problemene og utfordringene seg som de samme enten vedkommende er i behov av behandling eller hjelp i hverdagen. Ellingsen og Johansen (1999) sier at utøvelse av skjønn består av hvilke premisser skjønnnet skal bygge på. I denne studien er premissene like for alle informanter, med unntak av ulike rammer som følger av ulikt lovverk. Videre sier Ellingsen og Johansen (1999) at skjønn består av å avveie hvilken vekt premissene skal ha. Det kom klart fram i informantenes eksempler at avveiningene i stor grad gjøres nettopp ut fra de forvaltningsmessige rammer, altså det som skiller kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Kommunehelsetjenesten har lovverk og forvaltningsordninger som vektlegger kommunens plikt til å tilby tjenester etter søknad fra brukeren. For brukere som ikke selv er i stand til å søke om tjenester og eventuelt heller ikke i stand til å vurdere eget

behov for tjenester, har kommunen plikt til å hjelpe vedkommende slik at brukeren får vedtak på tjenesteyting som tar sikte på å gi brukeren mulighet for en tilværelse preget av mestring, deltakelse og verdighet (Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006). Spesialisthelsetjenesten styres av lovverk som skal sikre brukeren behandling, også i tilfeller der brukeren ikke innser sitt eget behov for behandling (Psykisk helsevernloven § 3). Avveininger for hvordan fagrollen skal utøves kan ikke gå på tvers av hva lovverket gir anledning til. Dermed blir de juridiske rammene en del av premissene som styrer avveiningene for ulik skjønnsmessig fagutøvelse i spesialisthelsetjenesten vs. kommunehelsetjenesten. Konsekvensen er at brukerne innenfor kommunehelsetjenesten får lagt inn over seg et større ansvar for hvordan hverdagslivet innrettes. Ellingsen og Johansen (1999) sier til sist at utøvelse av skjønn består i å vurdere konsekvensene og trekke konklusjoner av avveiningene, og slik fremstår utfallet av skjønnsmessige vurderinger. Studiens empiri viser hvordan fagpersoner i stor grad reflekterer over utfallet av brukernes rettigheter. Informantene viser gjennom sine utsagn både utfordringer og muligheter innenfor ulike rammer og lovverk, gitt som følge av utvikling inspirert av empowermentideologien (Askheim og Starrin 2007), utvikling av demokratiet og generell samfunnsutvikling. Jeg har i denne studien ikke til hensikt å kritisere rammene og lovverket, men heller drøfte muligheter og utfordringer innenfor de rammene som foreligger. Flere av informantene påpekte og reflekterte over svakheter og utfordringer ved eget system. Informanter fra begge forvaltningsnivå uttrykte ønske om å lære av hverandre. Det å være selvkritisk til egen praksis er kanskje et av de sterkeste uttrykk for respekt for den eller de som praksisen retter seg mot (Frost u.å.). En selvkritisk holdning vil stadig reflektere over hva som er beste praksis. Ingen av informantene opplevde seg i nærheten av faglig uforsvarlig tjenesteyting (Helsepersonelloven § 4), men flere reflekterte over muligheter for å utøve bedre praksis.

Informantene ga beskrivelser og eksempler relatert til de enkelte brukere; beskrivelser preget av personorientert og individuelt fokus. Flere informanter beskrev situasjoner der teoretisk fokus måtte vike for omsorg og medmenneskelig fokus, og noen informanter ga uttrykk for at et slikt fokus kunne oppleves som mindre faglig. Martinsens uttrykk om å "se med hjertets øye" (Martinsen 2005:9) føyer seg rett inn i disse informantenes beskrivelser. Å være profesjonell er å bruke fagkunnskap som gir mulighet for å se pasienten som et lidende

menneske, noe som utfordrer den profesjonelle faglighet og menneskelighet i en vekselvirkning (Martinsen 2000). Gjennom vektlegging av en personorientert omsorg kan det bygges relasjoner som etter hvert gir mulighet for ny innsikt for både bruker og hjelper. For brukeren handler det om å ha tillit til fagpersonen, og for fagpersonen handler det om å lære brukeren å kjenne slik at tilnærming og tiltak blir treffsikre. Lovverket plikter helsepersonell på å gi brukeren opplæring som fremmer mestring og selvstendighet (Lov om spesialisthelsetjenester § 3-8). Opplæring må i denne sammenheng forstås som en hver tilnærming som gir brukeren innsikt i egen situasjon og mulighet for adekvat handling som følge av konsekvensene som psykisk lidelse medfører. Brukergruppen som denne studien omhandler, har omfattende og kompleks lidelse med tilsvarende behov for hjelp og tilrettelegging. Å gi denne brukergruppen kunnskap og helsefremmende allmenndannelse (Finbråten og Pettersen 2009) er derfor en oppgave som i særdeleshet utfordrer vekselvirkningen mellom medmenneskelighet og den profesjonelle faglighet. Orem's sykepleieteori om kompensering for manglende egenomsorgsevne (Kirkvold 2001) er en god modell overfor denne brukergruppen. Noen situasjoner krever stor grad av kompensasjon, andre situasjoner krever mindre. Utfordringer er når situasjoner som krever mye kompensering fra fagpersonen, blir lukket ved at brukeren avviser de kompenserende tiltakene. Da kommer kompleksiteten mellom det faglige virke og den medmenneskelige relasjonen virkelig til syne. Målet er at fagpersonen skal kunne komme i posisjon til å hjelpe. Informantene ga eksempler der de ikke hadde lyktes, de ga eksempler på vellykket utfall og de reflekterte hvorfor de hadde lyktes. Mye av dette handler om hvordan de utøver omsorg og faglig virke preget av paternalisme og makt. Dette drøftes nærmere i kap. 5.3, men først vil jeg drøfte teoretiske aspekter ved brukermedvirkning som ideologi og rettighet, og brukermedvirkning som kvalitetsvariabel.

5.2 Brukermedvirkning – er det så enkelt som det høres ut som?

Hele denne studien er forankret i brukermedvirkning som ideologi og rettighet. Ideologien har utviklet seg gjennom flere tiår (Askheim og Starrin 2007), mens rettigheten bare er ett tiår (Pasientrettighetsloven 1999). Jeg ønsker ikke å drøfte ideologi og rettighet som sådan. Det er allmenn enighet om at empowerment og brukerrettigheter er en naturlig og ønsket utvikling innenfor et demokratisk samfunn (Aadnanes 2007). Det er mer interessant å drøfte

følgene av utviklingen og brukerrettighetene. Brukerundersøkelser viser at det tar tid å etablere felles normer og holdninger som sikrer brukerne deres rett til medvirkning i eget tjenestetilbud (Sverdrup, et al. 2005 og 2007). Undersøkelsene blir gjort ut fra overbevisning om at jo mer brukermedvirkning, jo bedre tjenestetilbud. Jeg har ikke funnet at noen av undersøkelsene og evalueringene stiller spørsmål eller kommer frem til resultater som viser for stor grad av brukermedvirkning i betydning av at brukermedvirkning oppfattes som negativt. På bakgrunn av dette oppfatter jeg at brukermedvirkning som ideologi og rettighet fremstilles endimensjonalt som et gode: Jo mer, jo bedre. Arnsteins stigemodell ender også med full borgerstyring som det øverste trinnet i modellen (Slettebø og Seim 2007).

Det råder enighet om at fagpersoner har ansvar for å legge til rette for brukermedvirkning. Maktfaktorer gitt gjennom kunnskap og rolle tilsier at brukere på egenhånd ikke vil kunne innfri sine rettigheter uten at fagpersoner gir de muligheten til å innfri rettighetene (Askheim 2007). Derfor rettes det raskt kritikk mot fagpersoner og fagmiljøer som ikke scorer høyt på undersøkelser om brukermedvirkning.

I denne studiens empiri kommer det frem at fagpersoner generelt oppfatter brukermedvirkning som en forutsetning og selvfølghelighet i samarbeidet med brukeren. Uten samarbeid med brukeren er det vanskelig å treffe gode og virksomme intervensjoner. Eksemplene som omhandlet et godt samarbeid med brukeren, var alle preget av at brukeren hadde egenerfaring og kunnskap fra eget liv som kunne omsettes i relevant samarbeid med fagpersonen. Disse eksemplene viste også at brukeren hadde tillit til fagpersonens kunnskap, og brukeren viste vilje og evne til å gjøre seg nytte av denne kunnskapen. Dette tilsier at brukeren har kompetanse til medvirkning (Nortvedt 2008:253). I helselovgivningen og helsepolitiske føringer er brukermedvirkning tydelig vektlagt, men det er også føyd til at der brukeren mangler kompetanse til medvirkning, skal helsepersonell sørge for at beslutningskompetanse blir tilført brukeren (St.meld. nr. 47, (2008-2009)). Jeg oppfatter at denne pliktdimensjonen har vært lite uttalt. Jeg gjør meg tanker om at dette kanskje kan skyldes at ved å påpeke manglende medvirkningskompetanse hos brukeren, står helsepersonell i fare for å bli beskyldt for paternalisme og manglende forståelse for brukeren perspektiv. I helsepersonells iver etter å være gode på brukermedvirkning, har kanskje plikten til kompetanseheving hos brukeren fått for liten oppmerksomhet? Noen av informantene, og da særlig de som arbeidet innenfor kommunehelsetjenesten, ga tydelige

beskrivelser for brukerrettighetenes dilemma når brukeren åpenbart mangler kompetanse på medvirkning, og da i betydning av kompetanse til helsefremmende medvirkning.

Dilemmaet rettet seg i det vesentligste mot hvor autoritære fagpersonene kunne tillate seg å være uten å krenke verken respekt eller brukerens rettigheter, og hvordan fagpersoner skal forholde seg når brukeren velger et helseskadelig liv. Informantene hadde lite fokus på egen rolle i forhold til ansvaret for å tilføre brukeren nødvendig kompetanse for medvirkning (St.meld. nr. 47, (2008-2009)).

Informantene utøvde sin fagrolle overfor brukere med alvorlig og til dels sammensatt lidelse. Heskestad og Tytlandsvik (2008) viser at brukermedvirkning også er mulig overfor denne brukergruppen. Det handler om å gi avgrensede og graderte valgmuligheter for medvirkning (Nortvedt 2008), noe flere av informantene bekreftet. Ved at brukeren får valg som vedkommende er i stand til å forstå og forholde seg til både i situasjonen og i forhold til konsekvensene av valget, bidrar dette til læring, utvikling og styrket autonomi. I motsatt fall er det logisk å tenke at valg som etter disse kriterier (Nortvedt 2008:253) overstiger brukerens kompetanse for medvirkning, fører til tilbakegang av oppnådd utvikling, og dermed også svekket autonomi.

Ut fra dette resonnementet følger det at brukermedvirkning ikke er ensbetydende med kvalitet i tjenestene uten en tydelig bevissthet om sammenhengen mellom brukermedvirkning og kompetanse for medvirkning. Videre følger det at kvalitet kun kan forstås som tjenesteyting med *mål om bedre helse*. Møtet mellom bruker og hjelper vil alltid ha dette som utgangspunkt. Brukermedvirkning som *ideologi og rettighet* må sammenholdes med brukermedvirkning som *kvalitetsvariabel*. Først da stemmer forholdet slik det skal være mellom teori og praksis (Grimen 2008, Christoffersen 2005), og da stemmer hovedbudskapet i de helsepolitiske føringene. Her kan ingen eksakt kilde angis, fordi det ligger implisitt i helselovgivningen, de helsepolitiske føringene og empowermentideologien generelt at brukermedvirkning skal være *et gode*.

5.3 Verdier – er det motsetning mellom paternalisme og autonomi?

Studiens empiri omfatter fagpersoners beskrivelse av hele fagrollen slik den utøves overfor brukere med alvorlig og til dels sammensatt tjenestebehov. I et behandlingsperspektiv er

fagrollen tydelig på at paternalisme og autoritet er vesentlig og nødvendig for å sikre brukeren rett til helsehjelp, sikre virksomme behandlingsintervensjoner og ivareta brukerens verdighet og integritet. Dette samsvarer med Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007), Etiske retningslinjer for leger, og gjennom psykisk helsevernloven som i ytterste konsekvens gir anledning til bruk av tvang for å sikre brukeren rett til helsehjelp (Psykisk helsevernloven kap.3). Gjennom fagpersonens relasjon og kjennskap til brukeren, justeres og utvikles grad av paternalisme og grad av medvirkning i samsvar med brukerens behov for behandling og brukerens utvikling av autonomi og selvstendighet. Fagpersoner som har behandlingssystemet som ramme for sin fagutøvelse er trygge på en slik forståelse av forholdet mellom paternalisme og brukerens autonomi og rett til medvirkning.

Studiens empiri viser også at fagpersoner som har brukerens hverdagsliv som ramme for fagutøvelsen, i langt større grad opplever dilemma og utfordringer ved at brukeren gjennom rett til medvirkning blir gitt et ansvar som vedkommende ikke nødvendigvis er i stand til å forvalte til det beste for helse og velferd.

For å komme til rette med utfordringene om det ulike forholdet mellom rettigheter, medvirkningskompetanse og ansvar, kan det være nødvendig med flere perspektiver i debatten om maktforholdene innenfor helsevesenet. Jeg syns oftest at jeg hører debatten om maktforholdene som en utelukkende negativ og uheldig konsekvens av roller og funksjon. Maktteori slik som samlet beskrevet av Engelstad (2005) har sin opprinnelse i forhold til undertrykte grupper og gir mening i den sammenheng. Hvis samme teorier skal ha mening overfor brukere med psykisk lidelse, betyr det at denne brukergruppen defineres som undertrykte. Debatten om hvorvidt og på hvilken måte psykisk helsetjeneste bidrar til å undertrykke brukerne, er nødvendig og viktig, ikke minst fordi lovverket hjemler bruk av tvangsparagrafer (Psykisk helsevernloven kap. 3). Samtidig må ikke det at debatten finner sted, være ensbetydende med at brukere av psykisk helsetjenester er en undertrykket gruppe. Det er på tide å føre debatten inn i nye termer, uten at vi av den grunn glemmer poengene i debatten om fare for maktmisbruk. Parson definerte i 1963 at et ekspansivt maktbegrep handler om at koordinering og økt gjensidighet mellom aktører fører til at alle får mer makt, og at summen av makt kan vokse (sitert av Engelstad 2005). Med denne definisjonen og forståelsen av maktbegrepet kan fagfeltet fortsette diskusjonen om hva "koordinering og økt gjensidighet" kan handle om innenfor psykisk helsefeltet. Begrepene er

noe kunstige i denne sammenhengen, men innholdet i begrepene er overførbare. Økt gjensidighet kan lede inn til en faglig diskusjon om hvordan fagpersoner vurderer sin rolle rettet mot å styrke brukerens autonomi. Ved at brukeren får styrket sin mulighet for autonomi, kan behovet for helsetjenester avta, eller rettes mot andre områder. Slik kan fagrollen koordineres og dermed oppnås mer makt for både bruker og hjelper.

På samme måte som det er nødvendig og viktig å endre på innholdet i diskusjonen om maktforholdene, er det viktig å unngå at paternalisme og autonomi stilles opp som motsatser, men heller diskutere paternalisme som en forutsetning for utvikling av autonomi. Autonomi omfatter kapasitet til å tenke ulike handlingsalternativ, kapasitet til å vurdere ulike handlingsalternativ opp mot hverandre og kapasitet til å sette de valgte friheter ut i livet. Denne definisjonen på autonomi innebærer viljens frihet, valgfrihet og handlingsfrihet (Barbosa da Silva 2006). Taylor sier at *frihet ikke kan oppfattes som ensbetydende med å gjøre hva en vil i uproblematisk forstand. Å være fri må også dreie seg om at ønskene dine ikke strider mot dine grunnleggende mål eller din selvrealisering* (Taylor 2009:430). Rett til medvirkning i eget tjenestetilbud er dermed ikke ensbetydende med at brukeren er autonom. Hvis en legger til grunn at ingen har som autentisk mål å selvrealisere seg til et liv preget av problemer og uverdighet, gir disse definisjoner på autonomi og frihet grunnlag for å vurdere flere aspekt ved brukermedvirkning som ideologi og rettighet. Brukermedvirkning må ha som mål at brukeren skal oppnå større grad av autonomi. Deler av studiens empiri har implisitt og eksplisitt i seg at brukeren er autonom i kraft av sine rettigheter, noe disse definisjoner på autonomi og frihet tilsier er misforstått.

Å være fagperson overfor brukere med alvorlig psykisk lidelse innebærer en stadig refleksjon over hvor mye medansvar brukeren bør få, på hvilket område og på hvilket tidspunkt. Østenstad's modell om selvbestemmelsesrett, menneskeverd og paternalisme (Østenstad 2006) er en god modell for å reflektere over hvor mye paternalisme som må utøves for å ivareta menneskeverdet eller for å ivareta selvbestemmelsesretten. Flere av informantene ga eksempler og beskrivelser som viser at brukermedvirkningen ikke førte til styrket mulighet for autonomi. I flere tilfeller ble brukeren svekket og hjelpeløs nettopp fordi vedkommende ønsket å ta valg og avgjørelser på egen hånd og på tvers av tydelige råd og oppfordringer fra fagpersonen. Informantene beskrev negative spiraler der hjelpeløsheten til slutt ble så total at fagpersonen måtte gripe inn for å berge liv. Slike beskrivelser viser

hvordan manglende kompetanse til brukermedvirkning i enkelte tilfeller kan fullstendig utradere brukerens autonomi. Samtidig gir slike situasjoner der og da liten mulighet for kompetanseøkning i medvirkning. Informantene viste hvordan de i slike situasjoner, med stor faglig trygghet, overtok ansvaret for brukeren. Flere av informantene ga eksempler som viste hvordan paternalistiske tilnærminger i ettertid ble verdsatt av brukeren. Arnhild Lauveng (2005 og 2006) gir tilsvarende beskrivelser fra sin tid som alvorlig syk pasient. Det at noen tok over ansvaret, var avgjørende for videre liv og helse. Lauveng understreker videre at stemmebruk, håndlag, blick og vennlighet er avgjørende for hvordan situasjonen oppleves (Lauveng 2005 og Kristoffersen, et al. 2005). Dette bekrefter at i en personorientert tilnærming (Martinsen 2000) vil brukeren oppfatte fagpersonens paternalisme som omsorg og god behandling når egne ferdigheter ikke strekker til.

Studiens informanter la stor vekt på den enkelte brukers individuelle karakter, og vektla relasjonen stor betydning. Det er derfor grunn til å mene at alle fagpersoner som har sin rolle og funksjon overfor brukere med alvorlig psykisk lidelse, med stor frimodighet og høy faglig bevissthet, kan vektlegge paternalisme som en vesentlig holdning i sin fagutøvelse. Gjennom en ekte paternalistisk holdning (Nortvedt 2008) har fagpersonen mulighet for å gi brukeren et medansvar innenfor et avgrenset område. Erfaring viser at dette kan gi gode resultater i form av økt medvirkningskompetanse hos brukeren (Heskestad og Tytlandsvik 2008). Medvirkningskompetanse innenfor ett område vil gi muligheter for videre utvikling av medvirkningskompetanse innenfor flere områder, og slik kan utvikling av autonomi skje i et samspill mellom hjelperen og brukere. Når medvirkning samsvarer med medvirkningskompetanse, gir det også mening å snakke om at brukeren får et medansvar. Aadnanes (2007) utfordrer og til dels advarer leserne på denne konsekvensen av brukerrettighetene, og med bakgrunn i deler av studiens empiri og tematikkens mangelfulle utdypninger, gjør han dette med rette. Fagpersoner bærer et stort ansvar for å gi brukerne et medansvar som de ikke er rede til å ta. Hvis derimot fagpersoner gjennom refleksjon og paternalistiske tilnærminger kan balansere forholdet mellom brukerens rett til medvirkning og brukerens menneskeverd (Østenstad 2006) kan verdifull fagutvikling skje nettopp ved at brukeren får medansvar for hvilket tjenestetilbud som vil fremme helse og velferd for den enkelte bruker. Da vil også fagrollen berikes og utvikles ved at brukermedvirkning forstås gjennom flere dimensjoner.

6. Konklusjon

Studiens problemstilling skulle gi svar på hvordan fagpersoner beskriver sin rolle overfor brukere og deres rett til medvirkning. Studiens empiri ga detaljrikdom og bredde til å få frem en dypere forståelse for hva utøvelse av skjønn baserer seg på, hvordan brukarmedvirkning som rettighet og ideologi bør forstås overfor brukergruppen som studiens informanter relaterte sine data til, og hvilke konsekvenser dette gir for fagrollen og videre utvikling av fagrollen.

6.1 Behandlingsperspektiv og hverdagsperspektiv

Studiens empiri viser at fagpersoner som arbeider med brukere som har alvorlig og langvarig psykisk lidelse, har en rolle som strekker seg fra behandling og intervensjoner i akutte og kritiske faser, til langvarig oppfølging innenfor hverdagslivet. Innenfor denne vide og omfattende rollen, har fagpersonene det samme ansvar for å legge til rette for at brukeren får innfridd sine rettigheter om medvirkning i eget behandlings- og tjenestetilbud. Studiens informanter tolker dette ansvaret ulikt avhengig av om de definerer sin rolle som rettet mot behandling av lidelsen eller om de retter sin rolle mot brukerens hverdagsliv. Innenfor et behandlingsopplegg legger fagpersonen til rette for at valg og medvirkning ikke bør foregå i større utstrekning enn det som brukeren har forutsetning for å forholde seg til. Bakgrunnen for denne tolkningen er brukerens åpenbare lidelse og normer for god praksis. I sin ytterste konsekvens gir ikke fagrollen rom for medvirkning i det hele tatt. I den andre ytterligheten gir rollen rom for medvirkning til dels på tvers av fagpersonens anbefalinger.

Fagpersoner som har sin rolle innenfor brukerens hverdagsliv, har ikke samme etablerte norm for hva god praksis handler om, - til det er historien for kort. Fagpersonene har på den ene siden kunnskap om og erfaring med gode og anerkjente behandlingsformer, men overføringsverdien av denne kunnskapen til brukerens hverdagsliv er ikke like åpenbar. Dette skyldes til dels lovverk og helsepolitiske føringer som i sterk grad vektlegger brukernes rettigheter. Det ser også ut som at det å rette sin rolle mot brukerens hverdagsliv, gir fagpersonen økt sensitivitet for hvor mye inngripen som er akseptert uten at det krenker respekten for den enkelte.

Studiens empiri viser at helsepolitiske verdier og strømninger påvirker fagrollen ved at brukernes rettigheter løftes opp som en overordnet verdi. Dette kommer tydeligst frem hos fagpersoner som har sin rolle overfor brukernes hverdagsliv. Derfor ga disse informantene også gode beskrivelser av dilemmaer, utfordringer og muligheter som fagpersonene må forholde seg til. Sammen med informantene som har sin fagrolle rettet mot brukerens behandlingsopplegg, gir studiens empiri grunnlag for en utvidet forståelse av fagrollens funksjon overfor brukerens rett til medvirkning.

6.2 Brukermedvirkning som rettighet og ideologi

Brukermedvirkning er beskrevet med utgangspunkt i empowermentideologi og maktteori, noe som er relevant når en skal forklare undertrykte gruppers kamp for likeverdighet og demokrati. Pasienter, og i særdeleshet personer med psykisk lidelse, har en historie som tilsier undertrykking og uverdighet i behandlingen så vel som i samfunnet for øvrig. I det perspektivet er empowermentideologi og brukerrettigheter et tegn på utvikling, redusert stigmatisering og økt demokrati. Denne ensidige forankringen står i fare for å overskygge brukernes rett til helsehjelp, og at helsehjelp kun har sin berettigelse i et asymmetrisk maktforhold. Studiens empiri viser nødvendigheten av å ha begge disse dimensjonene med når brukermedvirkning som rettighet og ideologi skal forklares, tolkes og anvendes gjennom skjønn i daglig praksis.

6.3 Brukermedvirkning som kvalitetsvariabel

Lovverk og helsepolitiske føringer om hvordan brukerne skal sikres rett til medvirkning, har utelukkende til hensikt at tjenestetilbudet skal bli bedre og at brukeren skal oppleve økt mestring og verdighet gjennom medvirkning og deltakelse i tjenestetilbudet. Deler av studiens empiri viser at fagpersoner vurderer brukermedvirkning som en forutsetning for treffsikre intervensjoner, og dermed også en forutsetning for utvikling av fagrollen. Studiens empiri viser også at brukerrettighetene kan føre til forringelse av tjenestetilbudet og svekket helse og velferd. Dette gir ingen utvikling av fagrollen, tvert imot reiser slike situasjoner spørsmålet om fagrollen reduseres med fare for å grense mot faglig uforsvarlighet. Dette viser at fagrollen påvirkes av helsepolitiske verdier og strømninger og at fagrollen i noen

tilfeller kommer i konflikt med profesjonsteori og profesjonsetikk som tilsier at fagrollen skal sikte mot bedring av helse og velferd. For at fagpersoner skal utøve sitt virke i samsvar med profesjonsteori og profesjonsetikk, må brukervedvirkning som rettighet og ideologi sammenholdes med brukervedvirkning som en rettighet som skal sikre *kvalitetsforbedring* av tjenestetilbudet.

6.4. Brukervedvirkning som kvalifisert medansvar

Brukervedvirkning som rettighet og ideologi har vært den mest fremtredende delen av dette temaet siden innføringen av pasientrettighetsloven ble i 1999. Helselovgivningen og helsepolitiske dokumenter har alle i seg formuleringer som, i tillegg til brukervedvirkning, sier noe om fagpersoners ansvar for å sørge for at brukeren har kompetanse for vedvirkning. Studiens empiri viser at dette i stor grad oppfattes som samtykkekompetanse etter helselovgivningens formuleringer, hvilket betyr at nær sagt alle har samtykkekompetanse. På bakgrunn av studiens analyse og drøfting av empiri, kommer det fram at samtykkekompetanse og vedvirkningskompetanse ikke kan forstås som likeverdige begrep. Vedvirkningskompetanse forutsetter ikke bare forståelse for ulike valg, men også for konsekvensen av valgene. Brukervedvirkning innebærer et medansvar, og hvis det skal være etisk forsvarlig med bakgrunn i fagpersonens yrkesetikk, må brukeren være *kvalifisert for medansvar*. Fagrollens ansvar i prosessen som skal gjøre brukeren kvalifisert for medansvar går gjennom ekte paternalisme i faglig trygghet for at paternalistiske tilnærminger kan bidra til å styrke brukerens autonomi.

6.5 Implikasjoner for videre forskning

Denne studien viser at hvis brukervedvirkning skal etterleves etter intensjonen om kvalitet og utvikling for tjenestemottakere, er det en forutsetning at brukervedvirkning forstås langs flere dimensjoner. Denne studien har kommet frem til dette gjennom fagpersoners vurdering av fagrollens innhold og utvikling som følge av brukernes rettigheter. En rekke undersøkelser har fokusert på brukernes vurderinger av egen vedvirkning. For å få en *omforent forståelse av mangfoldet og kompleksiteten i begrepet brukervedvirkning*, ville det

vært en styrke for fagfeltet hvis kunnskapsdata fra hhv. fagpersoner og brukere ble sammenholdt.

Studiens empiri gir videre noen få eksempler som viser at pårørende blir gitt medansvar i enkelte situasjoner der fagpersonen trenger støtte for sine avgjørelser. Dette ble beskrevet som en utvidet form for brukermedvirkning. Med tanke på kvalifisert medvirkning, gir dette nye perspektiver som gjerne skulle vært mer systematisk belyst.

Referanser

- Alvsvåg, H.: *Kunnskapsbasert praksis er ikke noe nytt*. Sykepleien Forskning 2009 4(3):216-220
- Andreassen, T. A.: *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Gyldendal 2005
- Askheim, O.P.: *Empowerment – ulike tilnærminger* i Askheim, O.P. og Starrin, B.(red.): *Empowerment i teori og praksis*.Gyldendal 2007
- Askheim, O.P. og Starrin, B.: *Empowerment – et moteord?* i Askheim, O.P. og Starrin, B.(red.): *Empowerment i teori og praksis*.Gyldendal 2007
- Austgard, K.: *Profesjonalitet og faglig skjønn*. Sykepleien Forskning 2010 5(1): 65-65
- Barbosa da Silva, A. (red.): *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Gyldendal 2006
- Bjerkan, A.M., Pedersen, P.B. og Lilleeng, S.: *Brukerundersøkelse blant døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF. Rapport 4/09
- Braut, G. S.: *Fagleg forsvarleg verksemd handlar om gode prosessar*. Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 19, 2008
- Bredland, E. L., Linge, O. A. og Vik, K.: *Det handler om verdighet*. Gyldendal 2002
- Christoffersen, S. A. (red.): *Profesjonsetikk*. Universitetsforlaget 2005
- Ekeland, T.-J.: *Kommunikasjon som helseressurs* i Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (red.): *Meistring og myndiggjering*. Gyldendal 2007
- Engelstad, F.: *hva er makt?* Universitetsforlaget 2005
- Ellingsen, K.E. og Johansen, K.J.: *Hvordan kan vi utvikle vårt faglige skjønn?* Embla nr. 8, 1999, s.43-49
- Etiske retningslinjer for leger: <http://legeforeningen.no/assets/etikkgregler.pdf>
- Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse 2001-2009. Norges forskningsråd 2009
- Finbråten, H.S. og Pettersen, S.: *Kunnskap er egenmakt*. Sykepleien nr. 5, 2009
- Frost, T.: *Respekt for menneskeverdet – Hva mener vi med det?* http://www.aktive-fredsreiser.no/biblioteket/fredsarbeid/respekt_menneskeverd/respekt_menneskeverd.htm (lokalisert 8.3.2010)
- Gilje, N. og Grimen, H. *Samfunnsviteskapens forutsetninger*. Oslo Universitetsforlaget 1993.
- Grimen, H.: *Profesjon og tillit* i Molander, A. og Terum, L. I. (red.): *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget 2008

- Grimen, H.: *Profesjon og kunnskap* i Molander, A. og Terum, L. I. (red.): *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget 2008
- Grimen, H. og Molander, A.: *Profesjon og skjønn* i Molander, A. og Terum, L. I. (red.): *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget 2008
- Heggen, K.: *Rammer for meistring* i Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (red.): *Meistring og myndiggjering*. Gyldendal 2007
- Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening: <http://www.legeforeningen.no/id/2244>
- Heskestad, S. og Tytlandsvik, M.: *Brukerstyrte kriseinnleggelse ved alvorlig psykisk lidelse*. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 1, 2008
- Høstmælingen, N.: *hva er menneskerettigheter?* Universitetsforlaget 2005
- Høstmælingen, N.: *Internasjonale menneskerettigheter*. Universitetsforlaget 2003
- Johnson, G. E.: *Tid for en smule ansvarsfraskrivelse? Legerollen som historisk konstruksjon*. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 16, 2004
- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen, L.: *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode*. Abstrakt forlag Oslo 2005
- Kirkevold, M.: *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Gyldendal 2001
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A.: *Grunnleggende sykepleie*. Gyldendal 2005
- Kruuse, E.: *Kvalitative forskningsmetoder – i psykologi og beslættede fag*. Dansk psykologisk forlag 2007.
- Kvale, S.: *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal 1997
- Lauveng, A.: *I morgen var jeg alltid en løve*. Cappelen 2005
- Lauveng, A.: *Unyttig som en rose*. Cappelen 2006
- Lian, O. S.: *Pasienten som kunde* i Tjora, A. (red.): *Den moderne pasienten*. Gyldendal 2008
- Malterud, K.: *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Universitetsforlaget 2003
- Martinsen, K.: *Den omtensomme sykepleier*. Tano 1993
- Martinsen, K.: *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget 2000
- Martinsen, K.: *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe 2005
- Molven, O., Holmboe, J. og Cordt-Hansen, K.: *Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven*. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 5, 2006

Morgan, D.: *Focus groups as Qualitative Research*. Sage Publication 1997

Mæland, J.G.: *Forebyggende helsearbeid*. Universitetsforlaget 2005

Nortvedt, P.: *Profesjon og paternalisme* i Molander, A. og Terum, L. I. (red.): *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget 2008

Nylenna, M. og Larsen, Ø.: *Finnes det en egen norsk medisinsk identitet?* Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 13-14, 2005

Slettebø, T. og Seim, S.: *Brukermedvirkning i barnevernet* i Seim, S. og Slettebø, T. (red.): *Brukermedvirkning i barnevernet*. Universitetsforlaget 2007

Steihaug, S.: *Bør pasienten gjøre som doktoren sier?* Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 24, 2003

Sverderup, S., Myrvold, T.M. og Kristofersen, L.B.: *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007:2

Sverderup, S., Kristofersen, L.B. og Myrvold, T.M.: *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR-rapport 2005:6

Thagaard, T.: *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget 1998

Thornquist, E.: *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget 2003

Taylor, C.: *Hva er galt med negativ frihet?* I Svendsen, L.F.H. (red.): *Liberalisme. Politisk frihet fra John Locke til Amartya Sen*. Universitetsforlaget 2009

Vik, L.J.: *Makt og myndiggjering – utfordringer for helse- og sosialarbeidarar* i Ekland, T.-J. og Heggen, K. (red.): *Meistring og myndiggjering*. Gyldendal 2007

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/143292/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

Ørstavik, S.: *Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse* i Norvoll, R. (red.): *Samfunn og psykiske lidelser*. Gyldendal 2002.

Østenstad, B.H.: *Grunnverdier og grunnomgrep i debatten om bruk av tvang mot utviklingshemma og demente*. Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter, vol.24 nr. 4:2006

Aadnanes, P. M.: *Den uavhengige avhengige* i Ekland, T.-J. og Heggen, K. (red.): *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk*. Gyldendal 2007.

Aasland, O. G.: *Legerollen – fra pidestall til skammel*. Tidsskrift for Den norske legeförening nr. 1, 2006

Stortingsmeldinger / NOU / St.prp. / Ot.prp.

St.meld. nr. 26 (1999-2000) *Om verdier for den norske helsetenesta*

St.meld. nr. 21 (1998-1999) *Ansvar og meistring*

St.meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt*

St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*

Ot.prp. nr. 12 (1998-99)

Vedlegg 1 - Helselovgivning

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

§ 1-1. Formål

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

§ 3-2. Pasientens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).

§ 3-8. Sykehusenes oppgaver

Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning, og
4. opplæring av pasienter og pårørende.

Vedlegg 2 - Informasjonsbrev til institusjoner

Vedrørende:

Masteroppgave med tema: bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

Student: Elisabeth Sortland Sande

Universitetet i Stavanger

Det Samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for helsefag

Tlf. 95244039

Behandlingsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger

4036 Stavanger

Tlf. 51831000

Til

Leder v/ [REDACTED] DPS

Likelydende brev til leder v/[REDACTED] DPS, [REDACTED] DPS og [REDACTED] DPS

Kommuneoverlege i [REDACTED] kommune

Likelydende brev til kommuneoverlege i [REDACTED], [REDACTED] og [REDACTED]

Leder psykisk helse/rus i [REDACTED] kommune

Likelydende brev til leder psykisk helse/rus i [REDACTED], [REDACTED] og [REDACTED]

SØKNAD OM Å FÅ GJENNOMFØRE FOKUSGRUPPEINTERVJU I FORBINDELSE MED MASTERSTUDIE I HELSE OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIVET

Som masterstudent i helse og sosialfag med fokus på brukerperspektivet har jeg valgt å skrive masteroppgaven med tema: "Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning".

Jeg er psykiatrisk sykepleier med lang erfaring fra kommunehelsetjenesten. Nå arbeider jeg som prosjektleder ved Jæren DPS og har ansvar for prosjekter og fagutvikling bl.a. relatert til brukermedvirkning.

I masteroppgaven ønsker jeg å fokusere på fagrollen og hvordan fagrollen endres og utvikles som følge av pasientrettighetsloven og retten til brukermedvirkning. Oppgaven er relatert til psykisk helsefeltet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Etter 10 år med pasientrettighetslov er det gjort en del erfaringer om hvordan brukermedvirkning praktiseres og hvordan brukerne selv opplever dette. Resultatet av evalueringer viser at det er stort sprik mellom idealer og realiteter, og evalueringer viser at det heller ikke foregår positiv utvikling i særlig grad.

Min studie vil rette seg mot fagpersoners forståelse av sin egen rolle relatert til reell brukermedvirkning. Studien vil bl.a. inkludere utfordringer, dilemmaer og refleksjoner i forhold til brukernes rettigheter og faglig forsvarlige tjenester.

Jeg har formulert flg problemstilling: Hvordan beskriver fagpersoner endringene i fagrollen som følge av den nye brukerrollen?

I spenningsfeltet mellom bruker og hjelper, oppstår særlig to fenomen som studien vil rette seg mot:

- Hva innebærer det for fagrollen at brukeren har rett til medvirkning?
- Hvordan kan kravet om faglig forsvarlige tjenester forstås når brukeren gjør andre valg enn de som er anbefalt?

For å få svar på problemstillingen ber jeg om å få gjennomføre fokusgruppeintervju med deltakere fra deres institusjon / seksjon. Jeg ønsker 2 fokusgrupper, fortrinnsvis fagspesifikke med hhv leger og sykepleiere (eller annen 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning). Fokusgruppene vil være sammensatt av deltakere fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Jeg ønsker deltakere som er erfarne og reflekterte i f.t. muligheter, utfordringer og dilemmaer ved brukermedvirkning. Jeg ber om at leder for institusjonen /seksjonen forespør aktuelle personer, og ved positiv respons melder tilbake til u.t. Hvis antallet på informanter overstiger det som er anbefalt for fokusgruppe, kan det evt. dannes flere grupper.

Intervjuene vil bli gjennomført i des.-09 / jan.-10.

I forbindelse med intervjuene vil forskningsetiske retningslinjer følges. Jeg vil innhente skriftlig samtykke fra personalet som deltar i studien. Alle opplysninger som samles inn blir anonymisert senest ved prosjektslutt, 31.12.10. Lydbånd og utskrifter vil bli forsvarlig oppbevart og makuleres etter bruk.

Resultatet av studien vil bli publisert for alle involverte, forhåpentligvis også videre i relevante fagmiljø.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning (NSD AS).

I håp om et positivt svar!

Sola, 28.10.09

Med vennlig hilsen

Elisabeth Sortland Sande

Masterstudent UiS

Vedlegg 3 - Informasjonsbrev til ansatte

Vedrørende:

Masteroppgave med tema: Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

Student: Elisabeth Sortland Sande

Universitetet i Stavanger

Det Samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for helsefag

Tlf. 95244039

Behandlingsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger

4036 Stavanger

Tlf. 51831000

Til

Ansatte ved [REDACTED] DPS

Likelydende brev til ansatte i [REDACTED] DPS, [REDACTED] DPS, [REDACTED] DPS, [REDACTED] kommune, [REDACTED] kommune, [REDACTED] kommune, [REDACTED] kommune, kommuneoverlege i [REDACTED], kommuneoverlege i [REDACTED], kommuneoverlege i [REDACTED] og kommuneoverlege i [REDACTED].

Som masterstudent i helse og sosialfag med fokus på brukerperspektivet har jeg valgt å skrive masteroppgaven med tema: "Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning".

Jeg er psykiatrisk sykepleier med lang erfaring fra kommunehelsetjenesten. Nå arbeider jeg som prosjektleder ved Jæren DPS og har ansvar for prosjekter og fagutvikling bl.a. relatert til brukermedvirkning.

I masteroppgaven ønsker jeg å fokusere på fagrollen og hvordan fagrollen endres og utvikles som følge av pasientrettighetsloven og retten til brukermedvirkning. Oppgaven er relatert til psykisk helsefeltet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Etter 10 år med pasientrettighetslov er det gjort en del erfaringer om hvordan brukermedvirkning praktiseres og hvordan brukerne selv opplever dette. Resultatet av evalueringer viser at det er stort sprik mellom idealer og realiteter, og evalueringer viser at det heller ikke foregår positiv utvikling i særlig grad.

Min studie vil rette seg mot fagpersoners forståelse av sin egen rolle relatert til reell brukermedvirkning. Studien vil bl.a. inkludere utfordringer, dilemmaer og refleksjoner i forhold til brukernes rettigheter og faglig forsvarlige tjenester.

Jeg har formulert flg problemstilling: Hvordan beskriver fagpersoner endringene i fagrollen som følge av den nye brukerrollen?

I spenningsfeltet mellom bruker og hjelper, oppstår særlig to fenomen som studien vil rette seg mot:

- Hva innebærer det for fagrollen at brukeren har rett til medvirkning?
- Hvordan kan kravet om faglig forsvarlige tjenester forstås når brukeren gjør andre valg enn de som er anbefalt?

For å få opplysninger som kan brukes videre i min studie ønsker jeg å foreta såkalte fokusgruppeintervju. Der samles 6 – 8 deltakere for å utveksle meninger og erfaringer knyttet til mer konkrete spørsmål omkring studiens problemstilling. Dette er ingen kunnskapstest eller noen annen form for test. Jeg er kun ute etter beskrivelser av deres erfaringer i den praktiske hverdagen som kan benyttes i en videre analyse omkring temaet *Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning*.

Jeg ønsker 2 fokusgrupper, fortrinnsvis fagspesifikke med hhv leger og sykepleiere (eller annen 3-årig helse- og sosialfaglig utdanning). Fokusgruppene vil være sammensatt av informanter fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Gruppesamtalen vil vare ca. 1 time og vil bli tatt opp på bånd og deretter skrevet ut. Dersom jeg lurer på noe i forhold til utskriftene, håper jeg å kunne komme tilbake for oppklaring. Lydbåndene vil bli slettet på forsvarlig måte etter at studien er avsluttet, senest 31.12.10.

De opplysningene jeg får fra dere vil bli benyttet i publikasjoner og foredrag.

Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt og blir anonymisert senest ved prosjektslutt, 31.12.10.

Lederne ved de aktuelle DPS / seksjon for psykisk helsearbeid i kommunene vil formidle kontakt med utvalget. Forsker kjenner ikke de aktuelle informantene sin identitet før de evt. samtykker til deltakelse. Om du er villig til å delta i studien gir du tilkjenne når du undertegner vedlagte samtykkeerklæring. Deltakelsen er frivillig, og dere som deltar kan trekke dere på hvilket som helst tidspunkt, dersom dere likevel finner å ikke ville delta. Det får ingen innvirkning på forholdet til arbeidsgiver om dere ikke vil delta i studien eller om dere senere ønsker å trekke dere.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning (NSD AS).

Om dere har spørsmål til meg i denne forbindelse, er jeg å treffe på telefon 95244039.

Sola, 28.10.09

Med vennlig hilsen

Elisabeth Sortland Sande

Vedlegg 4 - Samtykkeerklæring

Vedrørende:

Masteroppgave med tema: Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

Student: Elisabeth Sortland Sande

Universitetet i Stavanger

Det Samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for helsefag

Tlf. 95244039

Behandlingsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger

4036 Stavanger

Tlf. 51831000

Samtykkeerklæring

Jeg er informert om hensikten med Elisabeth Sortland Sande's studie og at jeg er sikret konfidensialitet. Jeg er kjent med at jeg kan trekke meg på hvilket som helst tidspunkt.

Dato: _____

Underskrift: _____ Underskrift: _____

Vedlegg 5 - Intervjuguide

Intervjuguide. Fokusgruppe 12.1.2010

Innledning

Er det noen som vil starte med å fortelle om en vellykket situasjon i f.t. brukermedvirkning?

Hvorfor var brukermedvirkning vellykket i denne situasjonen?

Er det noen som har en historie der brukermedvirkning var vanskelig?

Hvorfor var brukermedvirkning vanskelig i denne situasjonen?

Tema 1: Brukermedvirkning

Er dere fortrolige med begrepet brukermedvirkning? Gir begrepet tilstrekkelig mening?

Hva betyr begrepet brukermedvirkning i den daglige praksis?

På hvilken måte kommer brukermedvirkning til uttrykk?

Er det forskjell på pasienter i f.t. hvor bevisste dere er på å legge til rette for brukermedvirkning?

Er det situasjoner der brukermedvirkning settes helt til side?

Tema 2: Faglig forsvarlige tjenester

På hvilken måte har praksis blitt endret etter innføring av pasientrettighetsloven?

Kravet om faglig forsvarlighet og retten til medvirkning kan innebære dilemmaer. Er dette tema i faglige drøftinger?

Har frykten for ytterligere kritikk kneblet frimodigheten til kritisk refleksjon i f.t. dette dilemmaet?

Tema 3: Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning berike fagrollen?

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning true fagrollen?

Intervjuguide 2. 1.2.2010

Innledning

Introduksjon om bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Gir dette deg umiddelbare tanker eller assosiasjoner om situasjoner du har erfart?

Tema 1: Brukermedvirkning

Hva betyr brukermedvirkning i din daglige praksis?

Er brukermedvirkning noe du tenker eksplisitt på, eller er det en innarbeidet holdning?

Er det forskjell på pasienter i f.t. hvor stor grad du gir dem mulighet for å medvirke?

Er det situasjoner der brukermedvirkning settes helt til side?

Er det mulig å gi rom for brukermedvirkning i situasjoner som omfattes av tvungent vern? I tilfellet hvordan?

Tema 2: Fagrollen og faglig forsvarlige tjenester

Opplever du at din rolle som lege har blitt endret etter at pasientene fikk lovfestet rett til å medvirke i eget behandlingstilbud?

Du arbeider med pasienter der sykdommen ofte, og noen ganger i svær grad, kjennetegnes av bl.a. manglende sykdomsinnsikt og redusert funksjonsnivå. Hva tenker du om brukermedvirkning overfor disse pasientene?

Har du opplevd at pasienter krever medvirkning på en slik måte at det grenser mot faglig uforsvarlighet?

Har frykten for kritikk kneblet frimodigheten til kritisk refleksjon rundt dette dilemmaet?

Tema 3: Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning berike din rolle som lege?

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning true din rolle som lege?

Dobbeltintervju 3. 19.2.2010

Innledning

Introduksjon om bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Gir dette deg umiddelbare tanker eller assosiasjoner om situasjoner du har erfart?

Tema 1: Brukermedvirkning

Hva betyr brukermedvirkning i din daglige praksis?

Er brukermedvirkning noe du tenker eksplisitt på, eller er det en innarbeidet holdning?

Er det forskjell på pasienter i f.t. hvor stor grad du gir dem mulighet for å medvirke?

Er det situasjoner der brukermedvirkning settes helt til side?

Er det mulig å gi rom for brukermedvirkning i situasjoner som omfattes av tvungent vern? I tilfellet hvordan?

Tema 2: Fagrollen og faglig forsvarlige tjenester

Opplever du at rollen som lege har blitt endret etter at pasientene fikk lovfestet rett til å medvirke i eget behandlingstilbud?

Du arbeider med pasienter der sykdommen ofte, og noen ganger i svær grad, kjennetegnes av bl.a. manglende sykdomsinnsikt og redusert funksjonsnivå. Hva tenker du om brukermedvirkning overfor disse pasientene?

Har du opplevd at pasienter krever medvirkning på en slik måte at det grenser mot faglig uforsvarlighet?

Har frykten for kritikk kneblet frimodigheten til kritisk refleksjon rundt dette dilemmaet?

Tema 3: Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning berike rollen som lege?

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning true rollen som lege?

Intervju 4. 25.2.2010

Innledning

Introduksjon om bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Gir dette deg umiddelbare tanker eller assosiasjoner om situasjoner du har erfart?

Tema 1: Brukermedvirkning

Hva betyr brukermedvirkning i din daglige praksis?

Er brukermedvirkning noe du tenker eksplisitt på, eller er det en innarbeidet holdning?

Er det forskjell på pasienter i f.t. hvor stor grad du gir dem mulighet for å medvirke?

Er det situasjoner der brukermedvirkning settes helt til side?

Er det mulig å gi rom for brukermedvirkning i situasjoner som omfattes av tvungent vern? I tilfellet hvordan?

Tema 2: Fagrollen og faglig forsvarlige tjenester

Opplever du at rollen som lege har blitt endret etter at pasientene fikk lovfestet rett til å medvirke i eget behandlingstilbud?

Du arbeider med pasienter der sykdommen ofte, og noen ganger i svær grad, kjennetegnes av bl.a. manglende sykdomsinnsikt og redusert funksjonsnivå. Hva tenker du om brukermedvirkning overfor disse pasientene?

Har du opplevd at pasienter krever medvirkning på en slik måte at det grenser mot faglig uforsvarlighet?

Har frykten for kritikk kneblet frimodigheten til kritisk refleksjon rundt dette dilemmaet?

Tema 3: Bruker og hjelper – komplementære roller under gjensidig påvirkning

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning berike rollen som lege?

På hvilken måte kan kravet om brukermedvirkning true rollen som lege?

Vedlegg 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Anne Norheim
Institutt for helsefag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 18.11.2009

Vår ref:22926 / 2 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.11.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22926	<i>Bruker og hjelper - komplementære roller under gjensidig påvirkning. En kvalitativ studie innen psykisk helsefeltet.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Norheim</i>
<i>Student</i>	<i>Elisabeth Sortland Sande</i>

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

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

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Åsne Halskau

Kontaktperson: Åsne Halskau tlf: 55 58 89 26
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Elisabeth Sortland Sande, Sandesletta 138, 4050 SOLA

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

22926

Prosjektets formål er å systematisere kunnskap om hvordan fagrollen til leger, sykepleiere og andre fagarbeidere beskrives, oppleves og utøves av fagpersoner som har endret og utviklet fagrollen i harmoni og samsvar med den nye brukerrollen. Utvalget vil bestå av sykepleiere, leger og andre fagpersoner med minimum 3-årig helse-/sosialutdanning. Det vil gjennomføres gruppeintervju, eventuelt individuelle intervju. Det vil samles inn data om erfaringene etter 10 år med pasientrettighetsloven.

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

Det tas høyde for at det kan fremkomme indirekte personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men all den tid lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

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