**Brukarmedverknad i psykisk helsearbeid i kommunen ; eit personalperspektiv.**



**Institutt for Helsefag**

**Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Psykisk helsearbeid**

**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student ; Astri Jonassen Vaage**

**Veileder; Marianne Storm**

**November 2016**

##### UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:**

**(vår/høst – årstall) Haust 2016**

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Astri Jonassen Vaage**

**VEILEDER: Marianne Storm, førsteamanuensis, Universitetet i Stavanger.**

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Nordisk tittel: Brukarmedverknad i psykisk helsearbeid i kommunen ; eit personalperspektiv.**

**Engelsk tittel: Patient participation in mental health care in municipality ; the mental health workers perspective.**

**EMNEORD/STIKKORD: Patient participation, mental health, the mental health workers perspective**

**Brukarmedverknad, personalperspektiv, psykisk helsearbeid**

**ANTALL SIDER: 62**

**STAVANGER …14.11.16…………………………………………….**

 **DATO/ÅR**

FORORD.

Då var masteroppgåva ferdig og siste hand lagt på verket! Eg vil takke fleire som fortener ein stor takk i den forbindelse.

Eg vil først takka min rettleiar, Marianne Storm. Takk for konstruktive tilbakemeldingar, gode rettleiingar og for at du har teke deg tid til meg og mi oppgåve. Takk!

Tusen takk til informantane som sa seg villig til å vera med og la seg intervjue.

Min familie fortener ein stor takk. Dei har i periodar hatt ei stressa kone, mor, svigermor og bestemor, dei har takla det kjempegodt. Dei har vert til stor hjelp med det datatekniske også. Takk for to barnebarn som har kome i familien siste året, det har vert kjempekjekt å kople av med dei, når eg trengte andre fokus enn oppgåveskriving.

Nå er oppgåva ferdig og eg gleder meg til å ha meir tid med familie og venner. Eg skal ta igjen det forsømte!

 Suldalsosen, 04.11.16.

 Astri Jonassen Vaage.

INNHALDSLISTE

SAMANDRAG………………………………………………………………………………………………………s6

1.0 INNLEIING…………………………………………………………………………………………………… s6

 1.1 Bakgrunn for val av tema…………………………………………………………………………..s6

 1.2 Studiens formål………………………………………………………………………………………….s7

 1.3 Forskingsfeltet……………………………………………………………………………………………s8

 1.4 Definisjonar……………………………………………………………………………………………….s11

 1.5 Problemstilling…………………………………………………………………………………………..s12

 1.6 Oppgåvas oppbygning og avgrensingar……………………………………………………..s12

 1.7 Tidlegare forsking på området……………………………………………………………………s12

2.0 TEORIDEL………………………………………………………………………………………………………s15

 2.1 Recovery…………………………………………………………………………………………………….s15

 2.2 Brukarmedverknad……………………………………………………………………………………..s16

 2.2.1 Brukarmedverknad krev faglig skjønn og handlingsrom…………………………s18

 2.2.2 Brukarmedverknad krev informasjon og kunnskap………………………………..s19

 2.2.3 Samvalg…………………………………………………………………………………………………s19

 2.3 Samarbeid i hjelperelasjonar………………………………………………………………………s20

3.0 METODE OG ANALYSE……………………………………………………………………………………s23

 3.1 Vitskapsteori……………………………………………………………………………………………….s23

 3.2 Design………………………………………………………………………………………………………….s24

 3.3 Utval…………………………………………………………………………………………………………….s24

 3.4 Tilgang til feltet……………………………………………………………………………………………s25

 3.5 Innsamling av data………………………………………………………………………………………s25

 3.6 Validitet og Reliabilitet……………………………………………………………………………….s26

 3.7 Rolla som forskar………………………………………………………………………………………..s27

 3.8 Analyse……………………………………………………………………………………………………….s27

 3.8.1 Analysens fire trinn……………………………………………………………………………….s28

 3.9 Forskingsetiske vurderingar………………………………………………………………………..s30

4.0 PRESENTASJON AV FUNN……………………………………………………………………………….s31

 4.1 Samtykke…………………………………………………………………………………………………….s31

 4.2 «Respekt for den me skal hjelpa»………………………………………………………………..s32

 4.3 Tildeling av tenester – kven legg fram saka?...................................................s33

 4.4 «Er dette nyttig for deg?..................................................................................s34

 4.5 Helsepersonell sin rolle – «fungera som los»……………………………………………….s35

5.0 DRØFTING………………………………………………………………………………………………………s37

 5.1 Drøfting av resultat……………………………………………………………………………………..s37

 5.2 Samtykket kan spesifiserast…………………………………………………………………………s38

 5.3 «Respekt for den me skal hjelpa»………………………………………………………………..s40

 5.4 «Er dette nyttig for deg?»…………………………………………………………………………….s43

 5.5 Helsepersonell sin rolle – fungera som los»………………………………………………….s45

 5.6 Gyldighet av funn………………………………………………………………………………………….s50

6.0 KONKLUSJON………………………………………………………………………………………………….s50

 6.1 Konklusjon……………………………………………………………………………………………………s50

 6.2 Studiens betyding for praksis……………………………………………………………………….s52

 6.3 Implikasjonar for forsking…………………………………………………………………………….s52

Litteraturliste……………………………………………………………………………………………………….s53

SAMANDRAG

Formålet var å undersøke om personale i psykisk helse i kommunane ivareteke brukarmedverknad og samarbeider omkring brukarane td. i arbeidet med Individuell plan. Korleis involverer ein brukerane og kva utfordringar møter ein? Samhandling er ennå eit stort problem og brukarmedverknad og informasjonsutveksling kan bli betre. Studia nytta ein kvalitativ metode for å kunne svare på problemstillinga. Personalperspektiv, strategisk utval og 7 informantar frå to kommunar. I innsamling av data vart semistrukturerte intervju brukt, med ein intervjuguide som utgangspunkt. Analysen var systematisk tekstkondensering. Studia viser at personale involverer brukerane i deira hjelpe- eller behandlingstilbod i kommunen i forhold til søknadsprosessen, haldningar, samtalen, Individuell Plan og samtykke, for å ivareta brukarmedverknad i arbeidet. Dei tydeligaste funna var at informantane framheva at respekt for brukaren styrkjer brukarmedverknad, og at personale ut frå eit humanistisk grunnsyn, gav gode forhold for at brukarane kunne få delta i sine eigne liv, praktisering av brukarmedverknad, samvalg og recovery. Personale møtte ulike utfordringar og mykje kunne tyde på at desse hadde samanheng med at brukarmedverknad krev eit humanistisk menneskesyn. Funn av ulik praksis for søknad om IP og opplæring av koordinatorer i ulike kommunar hadde innverkar på grad av brukarinvolvering og viser at organiseringa av tenester har innverknad på praktisering av brukarmedverknad. Utfordringane personale peikar på, kan ha samanheng med at retten til å medverka og å samarbeida forutset samspel og andre relasjonar enn dei tradisjonelle, mellom brukar og personale.

1. INNLEIING

1.1 Bakgrunn for val av tema

Brukarmedverknad er tema for masteroppgåva. Eg har arbeidd som sjukepleiar i 29 år og eit av slagorda har vert « brukaren i sentrum» - klarer me det i praksis? I16 år har arbeidet vert innan psykisk helse og eg tok i 2003 vidareutdanning i psykiatri og skreiv då oppgåva om brukarmedverknad. Dette temaet har interessert meg i arbeidet mitt i psykisk helse i kommunen. Eg er koordinator og deltek i arbeid med Individuell Plan og samarbeid omkring brukarar og ser at det er ulike måtar å gjennomføre dette på, og at det er kome sterkare føringar med omsyn til dette arbeidet. Samfunnet fokuserer nå sterkare på den enkelte sine rettigheter, menneskeverd og autonomi og då må personale imøtekoma desse krava. Brukarmedverknad er nå teke inn i lovverket, medan det tradisjonelt har blitt jobba etter den biomedisinske sjukdomsmodellen som ikkje legg vekt på brukaren si oppleving av sjukdommen. Det tek tid å implantera nye ting, til trass for ein auka fokusering på brukerane sin rett til å vera med å bestemma og deira verdighet. Me hjelperar må endra haldningar og arbeidsvanar, samt tenka annleis for å kunne gi tenester og omsorg som er meir retta mot brukerane sine behov og val, enn tenester etter kva me hjelperar synes er best. Brukarmedverknad kan hjelpa brukar og personale til å nå eit felles mål.

Det er mykje forsking om brukarmedverknad, men lite som omhandlar psykisk helsearbeid i kommunen. Det viser behov for å forske på brukarmedverknad i arbeidet i psykisk helse i kommunen.

Brukerar og deira pårørande har lovbestemt rett til å medverka (pasient- og brukarrettighetslova). Samhandlingsreforma seier samhandlinga ikkje er god nok i praksis. Målet er at det er brukaren sitt behov som er styrande og at helse – og omsorgstenesta sitt opplegg for medverknad bør vera relatert til heilheten i forløpa. ( St.meld.nr.47. (2008-2009)) Nasjonal helse- og omsorgsplan ( 2010-2011) seier det trengst meir kunnskap om korleis og i kva grad brukarmedverknad vert gjennomført, effekt og korleis brukerane sin stemme kan verta tydeligare. Med dette utgangspunktet vert studien relevant, ved å setja fokus på temaet ved å intervjua tilsette og finna ut om det er forskjell på teori og praksis.

1.2 Studiens formål.

Formålet er å finna ut om tilsette i psykisk helse i kommunane ivaretek brukarmedverknad og samarbeider omkring brukarane i klinisk praksis td. i.f.t. Individuell plan.

Nasjonal helse- og omsorgsplan ( 2010-2011: 86) presiserer at det trengst meir kunnskap om korleis og i kva grad brukarmedverknad vert gjennomført, kva effekt den har og korleis brukerane sin stemme kan verta tydeligare. Brukerar og pårørande meiner brukarmedverknad og informasjonsutveksling kan verta betre. Dette krev samarbeid. Utfordringar rundt samhandling er erkjent og det har vert arbeidd for å møte utfordringane. Likevel er tilbakemeldingane frå brukerane og pårørande at samarbeidet fortsatt er eit stort problem (St.Meld.nr.47(2008-2009).)

Oppgåva vil setja fokus på brukarmedverknad og samarbeidet omkring brukarane og sjå om det vert arbeidd etter, evt. kva utfordringar ein møter. Lovverket har teke inn brukarmedverknad(pasient- og brukarrettighetslova) og samhandling (helse- og omsorgstenestelova )og samhandlingsreforma har gjort samhandling til satsingsområde, men korleis det vert praktisert i den kliniske kvardagen i kommunane er relevant å undersøkja. Studien kan gi innspel til forbetring av praksis.

1.3 Forskingsfeltet

I forskingsfeltet kjem om psykisk helsearbeid i kommunane, lovverk og organisering.

Psykisk helsearbeid i kommunane.

Psykisk helsearbeid i kommunane er tiltak retta inn mot menneske med psykiske lidingar og konsekvensar av lidinga hjå den enkelte, deira familie og nettverk, ifølge Veiledaren for psykisk helsearbeid for vaksne i kommunane, utgitt av Sosial – og helsedirektoratet(2006) Veiledaren peikar på nokon grunnleggande krav som det psykiske helsearbeidet i kommunane skal ivareta ;

Sikre ; - eit tenestetilbod som er koordinert og heilhetleg - godt fagmiljø, slik at brukerane får eit kvalitativt godt tilbod. - at brukerane vert behandla med respekt, samt at brukerane har tillit til personale og opplever å bli tekne med på råd. - at psykisk helsearbeid skjer etter eit felles verdigrunnlag. - kontinuitet for brukaren ved stabile relasjonar og færrast mogleg å forhalde seg til. - at personar som treng hjelp får hjelp. - at menneske med psykiske lidelsar får eit tilstrekkelig tenestetilbod i tråd med dei rettane dei har etter lova. (Sosial – og helsedirektoratet,2006 )

Helsedirektoratet har utgitt, «Sammen om mestring», ein veiledar i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for vaksne (2014) Veiledaren beskriv krav og forventningar til lokalt psykisk helsearbeid i lys av gjeldane lovverk og nasjonale føringar for området. Det vert lagt vekt på at tenestane;

\*Vert organisert og utforma i eit brukar – og meistringsperspektiv \*Tenestane og tenestenivåa samarbeider for å sikre heilhetlige og koordinerte teneste.

Tenester kan bli tilrettelagde for personer med psykiske helseproblem og tiltaka må tilpassas den situasjonen og samanhengen kvar enkelt er i, og støtte opp under brukaren sin eigen betringsprosess (Helsedirektoratet,2014).

Lovverk

Kommunane arbeider etter «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester( helse – og omsorgstjenesteloven) Lovverket seier noko om kva retter og plikter som er i.f.t. brukarmedverknad i kommunane. Lova legg i §4-1 vekt på forsvarlighet og at brukerane gis eit verdig og eit heilhetlig og koordinert tilbod. § 7-1 gir rett til Individuell plan, §7-2 gir rett til koordinator og § 7-3 gir kommunen pålegg om å ha koordinerande eining. I§9-3 har lova om rett til medverknad og informasjon. Retten til medverknad er også nedfelt i « Lov om pasient- og brukarrettigheter(Pasient- og brukarrettighetslova) -rett til informasjon og rett til å medverka i gjennomføringa av helsehjelp, (§3-2 og §3-1)) (Syse, 2014). Når brukerane har ein rett, har helsevesenet ein plikt til å jobbe for brukarmedverknad. Grad og form av medverknad vil variera, og tilpassas den enkelte sine evner og muligheter. Mottakarar av helsehjelp frå kommunen, med rett til medverknad regulert i pasient-og brukarrettighetslova § 3-1, gjeld alle former for helsehjelp ; utredning, behandling og rehabilitering. Retten til medverknad vil sei at brukar skal høyras på ved utforminga av hjelpetilbodet og ved gjennomføringa. Sosial og- helselovgivninga set visse krav; Gjennomføringa skal vera faglig forsvarlig. Brukar skal gis informasjon, skal samtykke og gis anledning til å medverka. Ved behov for langvarige og koordinerte tenester skal det utarbeides Individuell Plan.( Kjellevold, 2005). Ved søknad om tenester arbeider personale etter »Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker ( forvaltningslova), om saksgang og klagerett. Her er noko av lovverket teke med, alt kan ikkje nemnes. Ein føresetnad er at arbeidet skjer etter lovverket.

Koordinator.

Mange brukerar har behov for koordinerte tenester, tenester som vert levert frå ulike tenesteområder. Samhandlingsreforma( St.meld.nr.47. (2008-2009)) påpeiker at få system er retta mot heilheten i tenestane som skal møta brukarane sine behov for koordinerte tenester. Forventa vekst i behovet for ein samla helseteneste må mest mogleg løysast i kommunane. Samhandlingsreforma legg vekt på gode forløp, sett saman på ein rasjonell og koordinert måte for å møte brukerane sine ulike behov ( St.meld.nr.47. (2008-2009)). Kommunane får eit sterkare fokus på forløp. Ein heilhetleg og målretta prosess forutset samhandling mellom ulike involverte aktørar. Brukerar med psykiske problem er ei gruppe som kan ha behov for fleire tenester frå ulike tenesteytarar. Kommunar er pålagt å tilby brukerar med behov for langvarige og koordinerte tenester ein person som kontaktpunkt i tenesta( Kjellevold,2013). Ein koordinator kan veileda og informera brukaren om oppfølginga i tenesta, slik får brukaren betre kunnskap om tenesta og oppfølginga.

Individuell plan.

Individuell Plan(IP) kan og bør vera eit verkemiddel i forhold til brukarmedverknad og brukaren bør vera den mest sentrale aktøren i utforminga(Bøe, Thomassen,2007).

Brukerar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett til Individuell plan, og helse og omsorgstenesta har plikt til å utarbeide. Formålet med reguleringa er større trygghet, avklare ansvarsforhold, sikra betre samarbeid og styrka samhandling mellom tenesteyterar og med mottakerar av tenester og deira nærmaste pårørande. Individuell plan er eit viktig verktøy for å sikre brukerane eit individuelt tilpassa og heilhetlig og koordinert tenestetilbod. (Kjellevold, 2013) Kravet er ein plan pr. brukar, ikkje ein plan pr. instans og slik vert behovet for samordning presisert. IP har krav til innhald, som ; Planen skal ha beskrivelse av mål, ressurser, omfanget av desse og tiltaka. IP skal beskrive kven som skal samarbeide og kven som har ansvar. Planperiode og tidspunkt for evaluering skal koma fram(Kjellevold,2005).Systemet må bygge på deltaking frå brukaren, eksempelvis ved at brukaren sjølv deltek i ei ansvarsgruppe, der viktige personar i hans nettverk deltek. Brukar kan, om det er mogleg, sjølv velja ein koordinator, eller vera med å bestemma kven som skal bli invitert med i arbeidet med IP. Også kva mål og ønskjer som skal koma fram og kva hjelp som er behovet og i kva situasjonar, kan brukar sjølv sei noko om. For at IP skal bli eit middel for at brukaren sine oppfatningar, verdiar og ønskjer skal prega hjelpearbeidet, må personalet omkring brukaren legge til rette for det. Familie og nettverk bør bli trekt inn i arbeidet (Bøe, Thomassen, 2007). Brukar kan avslå å ha Individuell Plan. Samtykke frå brukar er nødvendig.

Ansvarsgruppemøter vert nytta som samarbeidsmøter. Ein kan praktisera brukarmedverknad, men det er ikkje sjølvsagt. Det har betyding kva form møtet har, om det vert brukt mykje fagspråk eller ikkje, kven som kjem til orde, kven set opp saklista osv. Om møtet vert brukt til å overtale brukaren til tiltak osv representerer det ikkje brukarmedverknad. Fører møtet til at brukaren får oversikt over hjelpetiltaka, får koma med sine ønskjer og stille spørsmål, er det brukarmedverknad i møta. (Bøe, Thomassen, 2007).

Koordinerande eining

Kommunen skal ha ein koordinerande eining for habiliterings – og rehabiliteringsverksemd. Det er koordinerande eining som har det overordna ansvaret for arbeidet med individuell plan, og dei utnevner, har opplæring for og rettleing av koordinatorane. Brukerar med behov for langvarige og koordinerte tenester har rett på koordinator, og etter lova skal kommunen tilby koordinator til brukerar med behov for og rett til koordinator. Koordinator skal gi oppfølging av brukar, sikre at tenestetilbodet blir samordna og at arbeidet med Individuell Plan har framdrift.

Bestillarkontor

Bestillarkontora tek imot søknader om tenester innan helse- og omsorg, inkludert psykisk helse og har ansvar for at sakene vert utreda etter dei retningslinjer, lover og reglar som er. Føremålet til bestillarkontor er at lovar og reglar for saksbehandling følges opp (Forvaltningslova) og at tenestetilbodet til brukerane blir samordna og ivaretatt til brukaren sitt beste. Bestillarkontora har myndighet til å utføra saksbehandling og fatte vedtak om helse- og omsorgstenester, koordinator og Individuell Plan. Kontoret tek imot spørsmål og søknader om tenester og eventuell klagebehandling. For å utføra sine oppgåver er sakshandsamar avhengig av samarbeid med einingane som utfører tenestane. Av brukarmedverknad skal bestillarkontoret ivareta at brukaren har rett til å uttale seg ved søknader og at brukar har rett til å uttale seg før vedtak vert fatta, samt informasjon om klagerett. Bestillarkontor vart oppretta for å ivareta forløpa og heilheten i tenestane.

1.4. Definisjonar

Brukarmedverknad ; Brukarmedverknad er» mange ulike metoder og organisasjonsformer som skal bidra til at helsetjenesten og hjelpeapparatet lytter til brukernes erfaringer og lar brukernes perspektiver prege utformingen av hjelpen» ( Andreassen, 2005: 21). Brukarmedverknad beskriv ein relasjon mellom mottakarar av tenester og den som utøver tenestane, der den som tek imot helse – og eller sosialtenester vert involvert, deltek aktivt og har innflytelse på beslutningane som angår eigen helse og velferd ( NOU 2004, Hansen et.al, 2010)

Brukarmedverknad på individnivå - er den enkelte sine rettar til å påverka sitt individuelle hjelpe eller behandlingstilbod og er viktig i hjelperelasjonen og spelar inn på korleis personale nærmar seg brukarane. Brukarmedverknad kan forstås som eit system eller nettverk av aktørar og prosessar eller flyt av samhandling, saker, kommunikasjon og kunnskap mellom aktørane. ( Andreassen, 2005)

Recovery vert i veiledaren» Sammen om mestring» definert som : Recovery er eit faglig perspektiv som tek utgangspunkt i at betring er ein sosial og personlig prosess, der målet er at den enkelte kan leve eit meiningsfullt liv trass i avgrensingane problemet kan forårsake. Myndiggjering og å ta tilbake kontroll over eige liv er sentrale element i betringsprosessen. (Helsedirektoratet, 2014)

I oppgåve vert brukar og han brukt. Om tilsette vil hjelpar, tilsett og personale verta brukt.

1.5. Problemstilling.

Korleis vurderer tilsette i psykisk helseteneste i kommunen at brukarmedverknad vert ivareteke i arbeidet?

Forskingsspørsmål vert:

Korleis involverer personale brukarane i deira hjelpe eller behandlingstilbod?

Kva utfordringar møter personale?

Brukarmedverknad vil i oppgåva handle om det enkelte menneske sin rett til å vera involvert i eigen behandling og oppfølging frå helsetenesta. Her spissa mot samarbeidet mellom brukar og tilsette i kommunen og mellom ulike tilsette, om oppfølging av brukar og brukar si rolle og medverknad, eksempelvis mot arbeidet med Individuell plan og samarbeidet omkring det.

1.6 Oppgåvas oppbygning og avgrensingar

Kapittel 1 har introduksjon, der bakgrunn for val av tema, studiens formål , og forskingsfeltet, før definisjonar, før problemstillinga , etterfulgt av avgrensingar og tidlegare forsking på området . I kapittel 2 kjem teoridelen, med recovery, brukarmedverknad med underpunkt og samarbeid i hjelperelasjonar. I kapittel 3 er metode og analyse presentert med underpunkt. Kapittel 4 er presentasjon av funn, og i kapittel 5 kjem drøfting, med gyldighet av funn, før konklusjonen i kapittel 6.

Av omsyn til oppgåva sin størrelse må der takast avgrensingar. Oppgåva vil fokusera på personale i psykisk helse i kommunane og deira syn på korleis dei klarer å praktisera brukarmedverknad og samarbeide i.f.t eksempelvis Individuell plan i arbeidet sitt med vaksne i kommunen. Brukarmedverknad skjer på individ-, kollektiv- eller samfunnsnivå. Denne studien vert avgrensa til individnivå, systemnivå vert ikkje teke med direkte, men vil påverka gjennom overordna beslutningar som gir rammene og forutsetningar for korleis tenestane vert gitt til brukerane.

1.7 Tidlegare forsking på området.

Søkte på Cinahl og Bragedatabasen med søkeorda User involvement, Recovery og Participation og community health . Søkte i Oria, med søkeorda; Psykisk helsearbeid, Kommunehelsetjenesten og brukermedvirkning, samt på artikkelens tittel.

M.Borg, B. Karlsson og H.S Kim (2009), har mål om å få fram spørsmål knytt til brukarmedverknad i psykisk helsevern, presentera nokon sentrale utfordringar angåande brukarinvolvering i.f.t. mental helse i praksis og diskutera måtar ein kan overvinna barrierar mot å realisera intensjonane med brukarinvolvering. Det er sett på annan forsking i utredninga. Det manglar bevis som registrerer effekten av programmer for å betre brukarinvolvering, og sjølv om det er bevis på effektivitet er det vanskelig å endre praksis. Personale i psykisk helsevern overvurderer brukerane sitt behov, samanlikna med kva brukerane sjølv seier, noko som tyder på medisinsk paternalisme i praksis. Det er behov for å finna måtar å handtera gapet mellom teori og praksis og undersøkje kva som hindrar innføring og suksess av brukarinvolvering.

Sanna, S.H og Granerud, A.(2009), har som hensikt å identifisera og klargjera korleis personale som arbeider i ein førstelinjeinstitusjon, opplever at menneske med alvorlige psykiske lidingar vert gitt muligheiter for sjølv å bestemme og oppleving av meiningsfulle kvardagar. Belysa korleis det vert opplevd å vera hjelpar i spenningsfeltet mellom bebuarane sine ønskjer og faglig begrunning og om verdiar som respekt, fridom og glede vert opplevd i kvardagen. Metode er eit handlingsorientert forskingssamarbeid med overordna design, med mål om å «utvikla kunnskap for handling». Det vart brukt fleirstegs fokusgruppeintervju. Studien viser at personale utifrå eit humanistisk grunnsyn, gir eit godt utgangspunkt for at menneske med alvorlig psykisk liding skal kunne oppnå auka kontroll i livet. Sjølvbestemming for desse, krev at relasjonar varer over tid, samt at personale har eigenskaper som ydmykhet, fleksibilitet og uthaldenhet, samt faglig kunnskap. Ivaretaking av individuelle behov og ein meiningsfull kvardag er viktig. Personale sin verdiforankring og bevissthet om eige grunnsyn og sentrale føringar, vil vera av betyding for individuelt tilpassa omsorg. Handlingsorientert forskingssamarbeid, der kunnskap vert skapt saman med dei som erfarer, er viktig for å bevisstgjera og bli reflektert over kva som betrar praksis.

Storm, M. og Edwards, A., (2013), undersøker ulike omsorgsmodellar og deira tilknyting til brukarmedverknad i psykisk helse, samt diskuterer utfordringar knytt til gjennomføringa. Modellane er modellar for omsorg, som innlemmar brukarinvolvering og pasientane sitt perspektiv på deira behandling og omsorg. Det er brukt kvalitativ metode og kilder er helsepolitiske dokumenter, publisert litteratur og forsking på pasientsentrert omsorg, felles beslutningar og medverknad. Funn er at ulike modellar for omsorg, som pasient-sentrering, felles beslutningar og pasientmedverknad i ulik grad har vert knytt til psykisk helsevern, er empirisk forska på eller brukt i praksis. Modellane har fellestrekk og er viktige fordi dei representerer ein ideologi som utfordrar paternalisme og sjukdomsorienterte modellar for omsorg i psykisk helse. Psykisk helsevern vert orientert mot fokus på integrering av menneske med psykiske lidingar i samfunnet, levering av fleksible og polikliniske tenester og kontinuitet i omsorga. Det er utfordringar knytt til gjennomføringa av modellane i institusjon - spenningar mellom pasientane og hjelperane sine perspektiv på behandling og pleie. Mangel på kompetanse og bevissthet hjå personale er eit anna. Brukarperspektiv er nødvendig for vidare utvikling av tenesta.

Jamtvedt, G., og Wammen Nordtvedt, M. (2015) har skrevet artikkelen» Brukermedvirkning i sykepleie». Prinsippet; « Ingen beslutning om meg utan med meg» skal gjennomsyre behandlingsvalg. Medverknad i individuelle helsebeslutningar vert ofte omtalt som «shared decision making» (SDM), på norsk »samval eller veileda val». Kunnskapsbasert praksis (KBP)som å ta faglige avgjersler basert på systematisk innhenta forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientane sine ønskjer og behov i den gitte situasjonen. Det er samanheng mellom SDM og KBP og begge forutset at helseinformasjon er tilgjengelig og forståelig. Målet forutset ei dreiing frå paternalisme til autonomi i helsetenesta, frå at personale besluttar og til at pasientane får vera med å bestemma. Brukarmedverknad og SDM skal prioriteras og utviklas i helsetenesta, målet er helsetenester med pasienten i sentrum. Spørsmålet er ikkje om pasientane skal medverka, men kva form medverknad skal ha og korleis den skal gjennomførast.

Myklebust, K.,K. og Bjørkly, S. (2011), har gjort ein kvalitativ studie blant psykisk helsearbeiderar. Metoden er kvalitative intervju med personale innan psykisk helse. Studiens mål er å få kunnskap om korleis psykisk helsearbeiderar oppfattar brukarmedverknad i utfordrande interaksjonar. Funn er 3 hovudstrategiar for å sikra brukarmedverknad; 1) Arbeida mot brukaren sitt mål. 2) Legga til rette for fleksibel kommunikasjon. 3) Styrka eit godt forhold. Informantane oppfattar dei utfordrande interaksjonane som enten dominert av bruker eller personale. Det indikerer at ein betre forståing av forholdet og betre kommunikasjonsevner er nødvendig for å betre gjensidig deltaking.

Borg, M., og Karlsson, B.(2011) har skrevet ein artikkel om Recovery og erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. Helsepolitiske føringar, økonomiske stimuleringar og faglige perspektiv for endringar av psykisk helse feltet gir gode betingingar for realisering av det som vert kalla «recovery» eller på norsk; betrings – og mestringsperspektiv. Artikkelen stiller spørsmål om ikkje myndigheter og sentrale kliniske miljø hovudsaklig betraktar desse perspektiva som primært teoretisk interessante eller politisk korrekte. Det vert peika på endringar som er avgjerande for at «recovery» skal få reell betyding og gjennomslag i praksis. Ulike sider ved helse – og sosialpolitisk utvikling i Norge, som har betyding for erfaringskunnskapens vilkår vert diskutert, samt «recovery»- forsking som potensial for praksisendring. Artikkelen tek opp forhold knytt til maktposisjonar i kunnskapsutvikling og peikar på muligheitene som kan ligga i å foreina mange og ulike krefter i psykisk helsefeltet. Det er tid for verkeleg samarbeid og å jobbe innanfor eit samarbeidsbasert perspektiv, utvikle fellesarenaer der ulike stemmer og erfaringar har sin plass og pregar utviklinga. Behovet for å skriva etablerte kunnskaps – og praksistradisjonar på ny, der ikkje viten vert sett på som dei profesjonelle sin eigedom, der ikkje fagpersonen har definisjonsmakt og der ikkje «top- down» kunnskapssystem og beslutningsstrukturar dominerer, er viktig.

Vold Hansen, G. og Ramsdal, H. (2015), analyserer eit prosjekt mellom sjukehus og kommunar. Målet har vert auka brukarmedverknad. Metoden er dokumentanalyser, intervju og observasjon av diskusjonar om tiltak og tenester for brukerane. Artikkelen bruker beslutningsteori for å analysera korleis målsetninga om brukarmedverknad er ivareteken. Konklusjonen er at brukerane sjeldan er representert der vedtaka vert tekne og at brukerane berre i avgrensa grad hadde innflytelse på kva problem som vart tekne opp. På bakgrunn av funna vert det diskutert korleis ulike samarbeidsteam kan bidra til auka brukarmedverknad. For å finna betre samarbeidsmodellar, er det viktig å leggja vekt på korleis samarbeidsmodellane skal sikra reell brukarmedverknad, ved at brukerane får delta aktivt i dei beslutningsprosessane som angår vedkommande.

1. TEORIDEL.

I teoridelen vil Recovery, Brukarmedverknad med underpunkt om faglig skjønn og handlingsrom, informasjon og kunnskap, deretter samvalg og til slutt, samarbeid i hjelperelasjonar.

2.1 Recovery.

Nokon er kritiske til Recovery som begrep og perspektiv, andre ønskjer recovery velkommen som forståing og kunnskap, utifrå menneskelige erfaringar og som motmakt til ekspertvelde og som eit utgangspunkt for radikale endringar av grunnlagsforståing og tenesteutvikling (Biong og Borg,2016)

Recovery refererer til kva menneske med psykiske problem sjølv gjer for å handtera sine psykiske vanskar. Recovery ( betringsprosessar) er ein prosess i motsetning til eit resultat. Det handlar ikkje om å verta symptomfri, men om å leva eit godt liv som innbyggjar, heller enn å bli møtt som «psykiatrisk pasient». Kunnskapen om recovery har røtene sine i menneske sine eigne erfaringar med kva som hjelper og kva som er viktig i slike livsprosesser( Karlsson, Borg,2013 ). Erfarings-kunnskap viser at det ikkje er nok med behandling og profesjonell hjelp. Sosiale forhold som meiningsfull kvardag, ein trygg heim og økonomi er viktig. Recovery er å jakte på ressursar i seg sjølv, byggje på håp og tru, om eit betre liv og å finne omgivnader som gir næring til og styrker den psykiske helsa og gir tru på ei meiningsfull framtid. Recoveryprosessen skjer i kvardagslivet og lokalmiljøet. Det handlar om å ta kontrollen tilbake, leva kvardagslivet ein ønskjer og om å kunne velja og ha eit reelt samarbeid med fagpersonane. Forhold med recovery som er sentrale for psykisk helsearbeid er :

\*Brukaren er i sentrum som eit heilt menneske med sine styrker og svakheter. \* Brukaren sin eigen innsats. Det den enkelte gjer for å hjelpa seg sjølv, finne støtte, handtera problem og etablera eit meiningsfullt liv. Ta kontrollen over eige liv. \*Recovery er både sosialt og individuelt. Omgivnadene er gode recovery arenaer. \* Recovery handlar meir om livsprosesser enn resultat. Finne levemåtar, gode omgivnader og strategiar der problema ikkje vert det dominerande i det daglige. Få vera ein innbyggjar, ikkje brukar. \* Recovery skjer på ulike måtar.

Recovery tydeliggjer brukaren sin prosess og personalet si rolle som støttespelar, kartlesar og veivisar. Støttespelarar kan og vera familie, venner eller kollegaer. ( Karlsson, Borg,2013)

Det er viktig å forstå og møte brukaren som; 1)eit sosialt individ i ein sosial samanheng. 2)autonom og aktør i eige liv. 3) ein innbyggjar med ressursar. 4)ein som sjølv veit kva som hjelper og ønskjer samarbeid( Borg, Karlsson, 2011)

Recovery handlar om å finne muligheter og mot til å ta grep om livet, og å leva eit meiningsfullt liv til trass for problem med den psykiske helsa. Arbeidet og prosessane skjer i kvardagen, på ulike arenaer, på ulike måtar og på ulike tider. Det handlar om å finna eigna måtar til å ta kontroll over eigen livssituasjon , handtering og mestring av ulike konsekvensar knytt til problem med den psykiske helsa, samt oppleving av meining, å høyra til, tryggleik og livskvalitet (Biong, Borg, 2016)

2.2 Brukarmedverknad

Ideen om brukarmedverknad føres tilbake til menneskerettighetserklæringa av 1948, ved tanken om integritet og ukrenkelighet og individuelle rettigheter( Bøe, Thomassen, 2007) Brukarmedverknad har samanheng med verdiane ; respekt, autonomi og integritet og baserer seg på eit humanistisk menneskesyn. Mæland seier at autonomi gjeld evna til å bestemma sjølv, vera uavhengig av omgivnadene, ha evne til å kritisk vurdera sine ønskjer og å gjera sine val og handlingar. God autonomi aukar evna til å nå måla sine og er ein mental myndiggjering ( 2009). Integritet er at alle menneske har rett til å bli møtt med respekt, også ved ulike ønskemål og vurderingar. Det viser til heilhet, sjølvstendighet og ukrenkelighet (Kjellevold,2010) Begrepet brukarmedverknad vert forklart som rett til skriftlig informasjon, rett til nok hjelp, forutsigbarhet og kontinuitet i tenesta.

Brukarmedverknad er ein del av Recovery ( Storm, Edwards, 2013). Tradisjonelt har brukerar hatt liten innflytelse over tenestane dei tek imot og over eigen behandling. Brukarmedverknad er å ha brukaren sine behov i sentrum og la dei medverka og ta beslutningar i saker som angår dei. Brukerar som tek imot hjelpetiltak frå kommunen har rett til å medverka. Mottakarar av helsehjelp har rett til medverknad både ved planlegging, utforming, gjennomføring og evaluering av tenestetilbodet ( Kjellevold, 2005). Brukarmedverknad inneber at brukarane er aktive deltakarar i nemnte punkt. Skal kommunane kunne hjelpa brukerane til å meistre kvardagen, må brukerane meir inn og medverka i tenesteytinga og kommunane må legge til rette for reell brukarmedverknad ( St.mld.nr. 16(2011-2015).

Det er ulike grader av brukarmedverknad, ulike grader som gjer brukaren til alt frå passiv mottakar til aktiv deltakar. Det går på grad av kontroll. I kva grad brukerane er med å bestemme, vil avgjera i kva grad dei har kontroll, og i kva grad det er brukarmedverknad. Det er ulike grader av brukarstyring . Ein måte å nærma seg, er med utgangspunkt i eigedomsretten til eigne problem og definera det utifrå kontrollen av faktorar som;

* Bestemme om problemet eksisterer
* Definera kva problemet gjeld
* Avgjera kva som skal gjerast med problemet
* Peika ut kva form for hjelp skal nyttast
* Å vedlikehalde eller avslutte kontakten (Rønning, Solheim, 2012)

Denne definisjonen av eigedomsretten bestemmer grad av brukarmedverknad ein har på eit område. I større grad brukaren avgjer på dei nemnte punkta, i større grad har brukaren kontroll og har medverka( Rønning ,Solheim,2012). Grad av kontroll og makt vil prega relasjonen mellom brukar og hjelpar ved ulike grader av brukarmedverknad (Humerfelt, 2005).

Retten til å bestemma sjølv er sentralt innanfor brukarmedverknad; retten til å bestemma kva tiltak og hjelp som best kan betra eins livssituasjon. I retten til å bestemma sjølv ligg også retten til å takka nei til å medverka ( Humerfelt, 2005) Sjølv om brukaren får medverka, er det alltid hjelparen som har ansvar for at krava om faglig forsvarlig vert oppfylt(Hansen et.al., 2010).

Christoffersen(1992) har fem ulike nivå for kva grad av påverknad som brukerane vert gitt i prosessen med å utforme tenestetilbodet og ta beslutningar:

1. Informasjon – td. om sakshandsaming og rettigheter. Td. om brukaren ikkje kan klare eller ønskjer å medverka, eller personale opptrer paternalistisk.
2. Konsultasjon – Brukerane vert teke med på råd, utan å ha reell påverknad på beslutningar.
3. Partnerskap – Brukerar og personale har lik kontroll over prosess og beslutningar.
4. Delegasjon – Brukerane har delegert myndighet til å treffe beslutningar.
5. Kontroll – Brukaren har full kontroll over både prosess og beslutning. Brukarstyring.

Brukarmedverknad i helse- og sosialfaglig arbeid vil alltid aktualisera spørsmål knytt til makt og ansvar. I brukarmedverknad får brukaren meir makt og handlingsrom i eige liv og hjelparen vert utfordra til å bruka si makt klokt og til brukaren sitt beste, ved å informera og klare å engasjera brukaren. Mæland seier empowerment er «prosessen som gjør at en får makt og kontroll over sitt eget liv» ( 2009: 136) Empowerment strategiar kan vera nødvendige for at brukerane skal kunne gjenreise sin makt. Empowerment er at brukerane kan definera eigne problem, og hjelperane må jobbe for at dei skal klare det. Brukaren får ein betre livssituasjon og opplever makt. Brukaren skal ha innverknad og makt til å påverka eigne levekår( Askheim, Starrin, 2007).

2.2.1. Brukarmedverknad krev faglig skjønn og handlingsrom.

Barbosa Da Silva seier; « Skjønn er en evne til å bedømme en situasjon rett utifrå etisk eller juridisk synsvinkel» (2000:190) Å anvende godt skjønn er at avgjerdsla er godt gjennomtenkt og at ulike fakta, etikk og juss er nøye vurdert i forhold til kvarandre. Nødvendigheten av skjønn vert begrunna av enkelttilfella sin eigenart og målsetting om individuelt tilpassa og faglig forsvarlig teneste. Faglig skjønn er kombinasjonen av kunnskap, erfaring og dømmekraft som fører til faglig forsvarlige beslutningar og handlingar (Hansen et.al,2010). Faglig skjønn består av det moralske og det kliniske skjønnet. Skjønn rettar seg mot det som ikkje kan planleggast og vert brukt til å bedømma situasjonar ut frå etiske og juridiske synspunkt. Rettsreglar set rammer for kva utøverane i helse – og omsorgstenesta kan bestemma, men innanfor rammene av reglar har yrkesutøvaren handlingsfridom. Lovar, reglar, rutinar og prosedyrar er eksempel på kva yrkesutøvaren må forhalde seg til – kva som set rammene. Rammene seier kva handlingsrom der er for å fatte sjølvstendige skjønnsbaserte beslutningar i situasjonar. Er rammene vide er handlingsrommet stort – og det faglige skjønnet sterkt. Der handlingrommet er lite ( klare retningslinjer og reglar og få handlingsalternativ) – er det faglige skjønnet svakt ( Hansen et.al,2010). Å kjenne rammene er ein føresetnad for faglig forsvarlig arbeid. Skjønn er ein balanse mellom brukaren sin rett til medverknad og kravet til faglig forsvarlighet.

Brukerane sin medverknad er ein føresetnad for utøving av faglig skjønn ( Humerfelt, 2010). Dette understrekar behovet for at tilsette legg til rette for at brukaren blir betre rusta til å delta aktivt, ved å informera og undervisa.

 2.2.2 Brukarmedverknad krev informasjon og kunnskap.

Ein føresetnad for brukarmedverknad er at brukaren får informasjon om behandling, rettigheter og beslutningar. Pasient- og brukarrettighetslova legg vekt på at brukar skal ha nødvendig og tilpassa informasjon( Storm, 2009)

God informasjon og kunnskap er avgjerande for brukarmedverknad. For å kunne medverka og ta ei aktiv rolle må brukaren få informasjon og bli invitert med i samarbeidet. Kunnskap gir makt og makt vert auka gjennom kunnskap. Manglande kunnskap skaper framandgjering. I relasjonen hjelpar og brukar gir hjelparen si utdanning og erfaring at denne får mest makt og det vert ei skeivfordeling i maktforholdet. Hjelparen har mest kunnskap om ulike delar av bildet( det juridiske og faglige), men det er brukaren som veit kva han vil, sitt behov, kva hans mål er og korleis han kan meistre sjukdom. Saman har dei komplementær kompetanse ( Humerfelt, 2005), Ein open resonneringsprosess, der hjelparen klargjer og begrunne den faglige sida og brukaren legg fram sine vurderingar vil kunne styrka avgjerslene, vera meir forpliktande og styrkje samarbeidet (Hansen et. al, 2010 ) For å få til eit godt arbeid må desse arbeida saman mot felles mål og gi kvarandre kunnskap. Kunnskap kan slik representera ei positiv makt, om maktforholdet vert brukt til samarbeid. Fokus på autonomi og myndiggjering gjer at ein finn fram til brukaren sin styrke, kva rettigheter og muligheter han har, samt evna til å bestemma sjølv. Å vera avhengig av hjelpetenester kan gjera det problematisk for brukaren å opptre fritt og uavhengig i relasjon til hjelparen ( Hansenet.al, 2010) Å bli behandla med respekt av hjelparen vert viktig.

Her var om informasjon og kunnskap, vidare kjem samvalg - å kunne ta eigne val i samråd med personale.

2.2.3 Samvalg.

«The evidence helps make the decision but the decision has to be taken by the clinician and the patient» (Hoffmann, Bennett, Del Mar,2010) «Shared decision making» blir oversett til samval. Utgangspunktet for samvalg er at mange beslutningar innan helse ikkje er berre ein faglig vurdering , men eit spørsmål om korleis ein veg fordeler og ulemper opp mot kvarandre. Avvegingane vert ulik frå brukar til brukar. Brukaren sitt syn skal vektleggas når beslutningar skal takas, det er brukarmedverknad i praksis. Personale sin rolle blir å legge til rette for gode beslutningar i samarbeid med brukarane, ved å legge vekt på eigen erfaring og forskingsbasert kunnskap(Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinar, 2012)

Samvalg er eit samarbeid mellom brukar og personale om å koma fram til beslutning om utredning, behandling og oppfølging i den grad og på den måten brukaren ønskjer. I samvalg får brukaren støtte til å vurdera ulike alternativ for behandling, utifrå best tilgjengelig kunnskap om ulike fordeler og ulemper og støtte til å utforske eigne verdiar og preferanser. Målet er å bli einige om og velje, det alternativet som er nærmast brukaren sine personlige prioriteringar. Samvagl betrar brukarmedverknad, ved å plassera brukaren i sentrum for omsorg og med å ta beslutningar (Storm, Edwards, 2013) Brukaren får hjelp av personale til å vurdera ulike alternativ for å kunne ta eit informert val.

Etter samvalg kjem nå om samarbeid i hjelperelasjonar i neste punkt.

 2.3 Samarbeid i hjelperelasjonen.

Det vil alltid vera ein relasjon mellom den som treng hjelp og den som gir hjelpa. Hjelpa blir eit samarbeid og det skal verta retta mot noko – anten det vert betre, endrar seg eller kan aksepterast som det er (Karlsson, Oterholt, 2015) Det å samarbeida med brukar og andre yrkesgrupper om å lage gode og heilhetlige tenester, er ein viktig del av arbeidet i kommunen. Å utvikle ein større grad av samanheng og heilhet i tenesta stiller krav til tilsette. Dei må ha faglig kompetanse i eige fag, vera orientert mot tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, samt ha klart og tydelig fokus på brukaren sine behov og ønskjer. Karlsson og Oterholt meiner det er fem felleskomponentar i hjelpearbeidet som vert utført. Det er kunnskap, relasjon, kommunikasjon, kontekst og samarbeid. Kvar grunnpilar er viktig i seg sjølv, men samanhengen mellom dei er viktigare. (Karlsson, Oterholt, 2015)

Kunnskap; Når brukarane har fått den hjelpa dei ønskjer seg, vert den definert som god. Brukerane har kjent seg som heile menneske og har fått hjelp tilpassa deira livssituasjon. Personale treng eit bredt kunnskapsgrunnlag. Teoretisk kunnskap om kva som er hjelp og kva den skal innehalde. Praktisk kunnskap, om korleis den skal utøvast og erfaringsbasert kunnskap, som er korleis hjelpar og brukar opplever at hjelpa vert gitt og innhaldet i hjelpa. At ein evaluerer.

Relasjon; Relasjon er det menneskelige forholdet mellom brukar og personale. Det er to ulike og samtidig likeverdige subjekt som treffes for å samarbeide om hjelp. (Karlsson, Oterholt, 2015) Hjelpeforholdet involverer korleis dei som er i relasjon forstår kvarandre, både mellom seg og kven dei sjølv er. Kven dei er som subjekt. Buber beskriv det mellom-menneskelige møtet med at det i mennesket bur ein tvefoldighet. I eg-et er det to mulige; Eg- Du og Eg- Det. I Eg- Det forholdet distanserer ein seg, ein betraktar den andre , prøver å begripe den andre og ser den andre som ein ting i verda(1992). Objektivisering, eller tingliggjering, skjer når ein person sine tankar, verdiar og kjensler, meiningar og reaksjonar ikkje vert tillagt nokon verdi, eller ikkje vert teke omsyn til i relasjonar. Personen vert sett på som ein ting som ikkje har evner til å uttrykke seg eller ta avgjersler angåande seg sjølv. Andre trur dei kan bestemma over, eller gjera som dei vil med vedkommande. Odland( 2012) seier objektivisering fører til ein praksis som er etisk problematisk, fordi mennesket vert sett til side og berre sjukdommen er i fokus. Det får konsekvensar for kommunikasjon og samhandling mellom brukar og personale. Samtalen vil verta prega av ein veis kommunikasjon, og samhandlinga vert prega av « å gjera noko med « brukaren, i motsetning til å «gjera noko saman med». Brukaren si oppleving av situasjonen vert ikkje vesentlig. Ho kallar det eg-det forhold. Brukaren vert sett på som ein passiv og manipulerbar mottakar av hjelp og står ikkje fram som ein person som har integritet, verdighet, autonomi og andre grunnleggande rettar som skal respekterast. Synet representerer at personale veit kva som er best for den andre.

Motpolen til objektivisering er å bli behandla som eit subjekt – å bli oppfatta av seg sjølv og andre som eit menneske med tankar, verdiar og meiningar. Eit humanistisk perspektiv, gir ein subjekt- subjekt relasjon og forutset gjensidig respekt (Da Silva, 2000). Odland( 2012) kallar det eg-du forhold, dei er likeverdige subjekt med felles mål til brukarens beste. Personale har sin kompetanse, brukaren har erfaring og ei forståing av sin situasjon, som personale treng for å gi rett hjelp. Brukaren deltek i planlegginga av eigen behandling. Med dialog kjem partane fram til realistiske mål og tiltak for å nå måla. Ved samhandling vert tiltaka gjennomført og evaluerte. Partane vil visa kvarandre sympati og openheit. Relasjonen mellom hjelpar og brukar blir at begge ser på seg sjølv og den andre som subjekt. Begge er frie aktørar med kunnskap og erfaringar, og dei er gjensidig forplikta til å respektera kvarandre sin integritet og autonomi.

Ein hjelperelasjon vil kunne vera både likeverdig og asymmetrisk, samtidig og i varierande grad. Sjølv om dei ser på kvarandre som likeverdige, er forholdet asymmetrisk, av di den eine er hjelpar i relasjonen og den andre søkjer hjelp. Det er viktig å vera klar over skeivheten og akseptera at relasjonen både rommar likeverd og skeivhet. Skal personale vera til hjelp må relasjonen byggast på likeverd – altså eit subjekt- subjekt forhold, at me har same verdi og integritet. Ulikheten består i at brukaren treng hjelp og er meir sårbar. At personale og brukar ser på seg sjølv både som sjølvstendige og samhandlane subjekt, er ein grunnleggande forståing av hjelpearbeid. (Karlsson, Oterholt, 2015).

Kommunikasjon; er responsen ein gir brukar. Det me seier, gjer eller viser med kroppen og samanhengen mellom det ein seier og kroppsspråket vårt. I ein hjelperelasjon skjer det mykje samarbeid, me er saman om å forstå, respondera og dela. Personale må unngå dobbeltkommunikasjon (Karlsson, Oterholt, 2015). Når hjelperane meistrar å persipera brukerane sitt perspektiv, kan brukerane sitt perspektiv på eigen situasjon bli utvikla til å bli prega av intersubjektiv forståing mellom dei to partane. Det krev at hjelparen har god kunnskap om kommunikasjon( Humerfelt, 2005).

Kontekst ; er at hjelpa som det vert samarbeida om, vert ramma inn på ulike måtar. I kva samanheng hjelpa vert gitt og kvar, det vil utgjera ramma for korleis hjelpa vert forstått. Konteksten påverkar relasjonen mellom dei som inngår i samarbeidet omkring brukaren(Karlsson, Oterholt, 2015). Hjelpa som blir gitt vert ulik om konteksten er ein avdeling på ein psykiatrisk institusjon, enn om hjelpa vert gitt av psykisk helse i kommunen og kanskje i heimen til brukaren, der personale er gjest. Bøe og Thomassen(2007) kallar det arena, og framhevar at for å legge til rette for brukarmedverknad på individnivå, er det nyttig å vera klar over kva arena ein er på. Om møter og samtaler finn stad på hjelparen sin arbeidsplass, er arenaen ukjent for brukaren. Personale vert lettare den profesjonelle som har definisjonsmakta og brukaren kan oppleve at han og hans språk vert mindreverdig. Arenaer kan slik vera hinder for likeverd, for den enkelte sin stemme og ressursar og hindre aktiv medverknad. Andre arenaer kan motverka slikt, td. gå ein tur. Omgivnadene påverkar kva ein snakkar om, om ein kjenner seg trygg og komfortabel eller motsett framand og usikker. Arenaen påverkar også personale, korleis ein ser på og lyttar til brukaren. (Bøe, Thomassen,2007).

Samarbeid; er når to eller fleire personar skal arbeida saman om å nå eit mål (Karlsson, Oterholt, 2015). Det blir eit samarbeid når nokon søkjer hjelp og personale gir hjelp, anten ein berre samarbeider med brukaren eller om det er fleire involvert i hjelpa. I hjelperelasjonen er saka saman med relasjonen det sentrale punktet i samarbeidet. Personale si oppgåve når brukaren ber om hjelp, er å legga forholda til rette i samarbeidet, slik at brukaren sine ressursar kan verta brukt. Personale gjer det ved å anerkjenne at brukaren sjølv har løysinga og desse samarbeider om å finna konkrete tiltak som hjelper. Personale kan vera lyttande og rettleia, heller enn å leda og vita best, og slik laga ei innramming for eit godt samarbeid og god dialog mellom partane. Rammene har personale ansvar for å legga til rette for, men hovudrolla i samarbeidet må brukaren ha (Karlsson, Oterholt, 2015). I samarbeid inngår kunnskap ein har som fagperson, evne til å etablera relasjonar, kommunikasjonsevne og merksemda på konteksten hjelpa gis i.

Haldningar viser seg gjennom ulike samarbeidande relasjonar. Samarbeid er relasjonelt, det er relasjonar som gjer det mogleg å snakka, respondera og forstå og dannar basis for korleis ein klarer å samarbeida. Vilkåra for samarbeid må planleggast og utviklas av partane som samarbeider. Personale sin sjølvrefleksjonsevne spelar inn, og at brukaren ønskjer endring er avgjerande. Endring må koma innanfrå og brukar må sjølv ønskja det. (Karlsson, Oterholt, 2015). Sentrale omgrep i samarbeid er å vera opne, det å tåle usikkerhet, intersubjektivitet og respons. Desse utgjer og formar haldningar. Hjelperar er faglig og etisk forplikta til å spørja etter om samarbeidet er til hjelp eller ikkje – evaluera. Er me på rett veg? Om tilsette spør etter tilbakemeldingar frå brukerane og andre tilsette, kan ein justera samarbeidet.

Her vart teorien presentert. I neste kapittel, metode og analyse vil metoden presenterast og analysearbeidet gjerast greie for.

1. METODE OG ANALYSE.

Thornquist seier begrepet metode dekker dei framgangsmåtar som vert brukt i forsking, i innsamling og bearbeiding av informasjon(2012). Korleis ein fekk svar på problemstillinga. Forskingsmetode er ein del av vitskapsteorien. I dette kapittellet vil vitskapsteori, design, utval, tilgang til feltet, innsamling av data, validitet og reliabilitet, rolla som forskar, analyse, og forskingsetiske vurderingar.

3.1 Vitskapsteori

Vitskapsteori handlar om krav som vert sett til vitskap og metodar for at desse blir sett på som vitskapelige.

Fenomenologien vert framstilt som læra om det som syner seg. Det er ein erfaringsorientert tradisjon, og rettar seg mot verda slik subjektet erfarer den (Thornquist, 2012). Kvale og Brinkmann (2009)seier at eit fenomenologisk perspektiv er opent for intervjupersonen sine erfaringar, framhevar presise beskrivingar, prøver å sjå vekk frå kunnskapen ein har frå før og søkjer etter beskrivinga si sentrale betyding. Det er subjekta og deira røynsler som står sentralt, subjektivitet blir sett på som ein føresetnad for å forstå (Thornquist, 2012).

Det er i studia tilsette i psykisk helse si oppleving av om brukarmedverknad er i bruk som vert undersøkt.

3.2 Design

Målet var å finna ut korleis tilsette opplevde brukarmedverknad og samarbeid omkring brukaren. Ein kvalitativ metode vart valt. Den fekk fram det som var spesielt og avvikande. Malterud (2011) seier me får direkte innsyn i erfaringar ved å snakke med folk, og får fram det som er spesielt og avvikande. Metoden vart valt fordi den eignar seg til å få mange opplysningar frå få informantar. Metoden gav mange opplysningar frå 7 informantar, og store mengder data etter intervjua. Intervjua skjedde i direkte kontakt med informantane.

3.3 Utval

Ønsket var å gå i djupna for å få kunnskap om brukarmedverknad og kva tilsette i psykisk helse opplevde med omsyn til involvering og utfordringar m.h.t. det. Det innebar at antal informantar ikkje kunne vera for omfattande. Strategisk utval – dette i form av at informantane er valt ut i forhold til å få svar på problemstillinga, med tanke på å dekka heile «forløpet» brukarane kjem i kontakt med når dei søker tenester. Tilsette i psykisk helseteneste i kommunane, eit tverrfagleg utval av informantar, slik vart det meir variasjon og bredde i datamaterialet. Tilsette på bestillarkontora i kommunane vart også intervjua. Dei er viktig i fordeling av tenester og for samarbeid. Ønsket var informantar frå heile prosessen brukar treng forhalde seg til for å få tenester frå psykisk helse. Tilsette vil her seia: personale som oppfyller inkluderingskriteriane og som arbeider klinisk med brukerar frå psykisk helse.

Inkluderingskriterie var at dei jobba i psykisk helseteneste i kommunen eller på bestillarkontor, har høgskuleutdanning eller tilsvarande og over 1 års praksis, samt at informantane ønskte å vera med og at det vart klarert med leiinga i kommunen.

Studia fann stad i to kommunar, ein av dei med by status. Organiseringa av tenestetilbodet til personar med psykisk sjukdom var delvis lik.

Kommune 1; Bestillarkontoret ligg på linje med kommunalsjef for helse og omsorg i organiseringa. Under kommunalsjef ligg avdelinga Rus og Psykisk helse med eigen leiar for eit ROP team og psykisk helse. Psykisk helse har polikliniske tenester og miljøteneste med dag, kveld og helgetilbod.

Kommune 2; Er organisert med bestillarkontoret under kommunalsjef for helse. Psykisk helseteneste er organisert saman med heimesjukepleie i heimetenester og har felles avdelingsleiar. Psykisk helse har polikliniske tenester, gruppetilbod og miljøtenester med dag, kveld og helgetilbod.

3.4 Tilgang til feltet

For å få tilgang til forskingsfeltet vart kommunalsjefane i kommunane kontakta. Informasjon vart sendt, følgjeskriv som forankrar prosjektet i universitetet(Vedlegg 2) og informasjonsskriv med samtykkeskjema for informantane.( Vedlegg 3) Kommunalsjefane vart spurt om tilgang til forskingsfeltet og om lov til å intervjue, først i e-mail og seinare på telefon. Kommunalsjefane godkjente at tilsette deltok i studia og sende førespurnad vidare til avdelingsleiaren sin, som informerte dei tilsette. Det var viktig at førespurnaden kom frå andre enn meg, pga. faren for å kunne påverka.

For forståing, problemstilling og teoretisk referanseramme bestemte kva omsyn som måtte tas for å få data som omfatta fenomenet i tilstrekkelig dybde og bredde( Malterud, 2011.) Studien trengte ca.8 - 10 informantar, alt etter mengda av stoff som kom inn, ein viss bredde var nødvendig. Då svarfristen utløp var det kome inn 3 positive svar. Etter ei påminning frå einingsleierane, melde fleire seg og 9 positive svar vart sendt meg. 2 oppfyllte ikkje kriteria, då dei ikkje jobba i.f.t psykisk sjuke. Dette var eit viktig kriterie, fordi materialet skulle best mogleg belysa problemstillinga. Malterud seier det er : « Viktigere å skaffe et adekvat utvalg enn å bestemme omfanget i forhold til et bestemt antall»(2011:61). Av informantane som melde seg skulle det trekkas tilfeldig, for slik å få eit tilfeldig utval. Då 7 aktuelle informantar var att, vart alle intervjua og dette gav eit rikt materiale. Utvalet er strategisk, dei arbeider med ulike delar av tenestetilbodet til brukerar av psykisk helse i kommunane.

Presentasjon av intervjudeltakerane ; Det er 7 informantar frå 2 ulike kommunar. Informantane er begge kjønn, 2 arbeider på bestillarkontor, 5 jobbar med psykisk helsearbeid i kommune. Alle har høgskuleutdanning eller tilsvarande.

3.5 Innsamling av data

I innsamling av data vart det brukt semistrukturerte intervju, som hadde ein intervjuguide ( Vedlegg 1 ), med tema som var ønska belyst( Malterud, 2011.) Ønsket var at informantane snakka mest mogleg fritt og slik vart også påverknad frå meg som intervjuar redusert. Intervjuguiden gjorde at eg kunne få fram tema som eg ønskte at informanten snakka om. Kvalitative intervju gav opning for at intervjuguiden kunne endras underveis, om informantane kom med innspel som ikkje var teke med, men som kunne gjera temaet og undersøkinga rikare (Malterud, 2011).

Det vart vektlagt at informantane skulle kjenne seg trygge i intervjusituasjonen. Intervjua skjedde i rolege omgivnader på kontor utan forstyrrande element. Å få informantane til å kjenne seg trygge og ha tillit var viktig. Kvale og Brinkmann (2009)beskriv intervjusituasjonen som ein moralsk handling og at eit kvalitativt forskingsintervju produserer kunnskap gjennom interaksjon mellom intervjuar og informanten. Kvart intervju tok ca. 1 time.

 Å ta feltnotater vart ikkje nødvendig, då det vart tillate å ta opp alle intervjua. Intervjua vart nedskrivne i papirform av intervjuaren – transkriberte, rett etter intervjuet (Malterud,2011). Intervjua vart skrivne ned ordrett, av forskaren. Transkribering styrker den vitskapelige kvaliteten av analyse, då den gjer det mogleg å sjå aspekt som ikkje var like tydelige under intervjua (Malterud, 20011)

3.6 Validitet og reliabilitet

Vår» for-forståing» og erfaring spelar inn i arbeidet, i relasjonane og vår tolking av situasjonar, for korleis me praktiserer brukarmedverknad og korleis me samhandlar med andre. Min erfaring, positivt og negativt, påverkar oppgåva og arbeidet mitt, då desse erfaringane vil farga min oppfatning av det eg les og skriv. Alle ledd, som datainnsamling, analyse, tolking og presentasjon vert påverka av meg som person (Malterud, 2011). Reliabilitet vert knytt til om studia er systematisk utført. For å ivareta studia sin reliabilitet og validitet vart dei vala og vurderingane som vart teke, gjort rede for og stega i analysen forklart. I Intervjua vart det lagt opp til at informantane kunne sei det dei ønska om temaet, utan å kjenna begrensingar frå meg. Målet var å utvikle gode intervju og skape tillit og unngå å skape avstand til intervjupersonen (Thagaard,2013). I intervjusituasjonen vart det lagt vekt på å ikkje snakka eller spørja mykje, for å unngå påverknad, men eg bad om bekrefting på uttalelsar eg var usikker på om eg hadde forstått rett. I transkriberinga vart alt skrive ned. Angåande validitet vart den styrka med å skriva ein detaljert metodebeskriving. Det som styrkar studiets validitet er at rettleiar har lese gjennom delar av intervjua, og rettleia i analyseprosessen og i teorival, og medstudentar har gitt innspel i masterseminar.

Den kvalitative metoden vart valt fordi den representerte ein relevant vei til kunnskap som belyste problemstillinga, den fekk fram erfaring og det som er spesielt og avvikande (Malterud,2011). Teori vart valt for å forankre studien teoretisk og for å gi den konsistens. Validitet vart teke med i planleggingsfasen, og i alle ledd i forskingsprosessen (Malterud,2011).

3.7. Rolla som forskar

Mi interesse for brukarmedverknad og arbeidet som psykiatrisk sjukepleiar i kommunen, har påverka val av tema for masteroppgåva. Samarbeid med brukerar og andre yrkesgrupper omkring brukar er ein viktig del av arbeidet mitt, og har gitt ulik erfaring med brukarmedverknad og samarbeid. Mi personlige erfaring med dette påverkar både mi forforståing og alle delar av arbeidet med oppgåva. Å erkjenna dette, er ein viktig del av arbeidet med å hindra at det påverka forskinga. At rettleiar har kome med innspel, er eit tiltak for å hindre at forforståing får råde og for å identifisera blinde flekkar eg skulle ha. Mi erfaring påverka utvalsprosess, korleis eg las og tolka materialet osv. Eg var sjølv den viktigaste reiskapen for tolking av materialet (Malterud, 2011), og tolkinga vart påverka av mine erfaringar. Mi forforståing har vert ein viktig motivasjon for meg og kan også vera nyttig i forskingsprosessen. Ved å ha kjennskap til temaet og forske på kjende områder, vart min erfaring nyttig, det kravde ei bevisst haldning. Alle beskrivingar er farga av tolkingar og tolking byggjer på beskriving, seier Malterud(2011). Tiltak som å vera klar over det og å skape ein tillitsfull intervjusituasjon vart gjort for å møte slike utfordringar.

I arbeidet med oppgåva har fokus vert å stille meg open for nye inntrykk og studien har utvikla seg gjennom prosessen. Eg har som forskar fått eit meir nyansert bilde av utfordringar og muligheiter knytt til temaet.

3.8 Analyse

Analyse inneber at det finnes ulike alternative tolkingar, teorigrunnlaget kan støtta kva tolking som gir mest relevante funn (Malterud, 2011). Utgangspunktet for analysen er informantane sine transkriberte utsegn.

Analysen måtte vera gjennomarbeida og veldokumentert for å kunne ha ein vitskapelig tilnærming og ikkje berre «synsing». Målet med analysen var at den bygde bru mellom rådata og resultat, ved at materialet vart organisert, fortolka og samanfatta. Gjennom spørsmåla stilt i problemstillinga, vart svara dei mønstera og kjenneteikna som gjennom systematisk kritisk refleksjon kunne identifiserast, det empiriske materialet og den teoretiske referanseramma. Det vart nytta filtrering til å bestemme kva del av materiale ein konsentrerte seg om og dekontekstualisering til at delar av stoffet vart løfta fram og sett nærmare på, saman med andre delar som sa noko om det same. I rekontekstualiseringa vart svara sjekka, om det me har lese ut av det dekontekstualiserta materialet, ennå stemte med den samanhengen det vart teke ut frå ( Malterud, 2011). Av analysestrategi vart systematisk tekstkondensering brukt, den krevde ingen teoretisk utdanning for å kunne gjennomførast forsvarlig og var eit reiskap for tverrgåande analyse og eigna for å beskriva. Studia har ein problemstilling basert på Korleis og kva spørsmål og intervjuguiden det same. Dette spør om beskrivande svar frå informantane. Svara krev analyse og tolking.

3.8.1 Analysens fire trinn.

Det vart teke utgangspunkt i systematisk tekstkondensering, inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud( 2011:96) Den beskriv 4 trinn for å kunne analysera materialet og vise analyseprosessen, for slik å kunne tekstkondensere materialet. Formålet med den fenomenologiske analysen er å få kunnskap om informantane sine erfaringar og livsverden innanfor eit bestemt felt (Malterud, 2011).

1. Heilhetsinntrykk – frå villnis til tema 2. Meiningsberande einingar – frå tema til koder 3. Kondensering - frå kode til meining 4. Samanfatning – frå kondensering til beskrivelser og begrep ( Malterud, 2011)

Vidare om analysen gjennom dei ulike trinna ;

1. Heilhetsinntrykk – frå villnis til temaer

For å få eit inntrykk av heilheten transkriberte forskaren intervjua sjølv og las seinare gjennom det transkriberte materialet, medan opptaka av intervjua vart lytta til.

Dei foreløbige tema var Individuell plan, kunnskap / Faglig skjønn, Haldningar/relasjon, samtale/ kommunikasjon og samarbeid. Foreløpige tema samsvarte ikkje for mykje med mine hovudtema i intervjuguiden, det viser at forforståinga ikkje vart følgt. Mine tema er ikkje utvikla som følgje av systematisk refleksjon, dei representerer eit første intuitivt og databasert steg i organiseringa av materialet (Malterud, 2011).

2. Meiningsberande einingar – frå tema til koder

Deretter vart materialet systematisk gjennomgått linje for linje, og meiningsbærande einingar identifisert. Tekst vart valt ut, som bærer med seg kunnskap om eit eller fleire av temaene frå første trinn og vart slik systematisert. Desse vart det laga hjelpeskjema av. Hjelpeskjemaet hadde kodar, td. 5/6 som tyder intervju 5 og side 6. Dette for å kunne gi meg oversikt over kvar eg hadde henta det frå, i det transkriberte materialet. Hjelpeskjemaet bestod av 32 A4 sider og var grunnlaget for den vidare analysen. Kodearbeidet , sorteringa av dei meiningsbærande einingane resulterte i kodegruppene ;

* Samarbeid krev samtykke
* Søknad om tenester.
* Samtalar – motiverande og støttande samtaler
* IP

3. Kondensering - frå kode til meining .

Etter å ha arbeidd vidare med kodane og abstrahert innhaldet i dei meiningsberande einingane, kom det fram subgrupper som det vidare analysearbeidet tok utgangspunkt i. Det vart laga eit kondensat- eit kunstig sitat, og innhaldet i kvar av subgruppene innanfor kvar kodegruppe vart kondensert og fortetta. Eit «gullsitat» vart valt ut til å illustrera det som vart abstrahert, dette gav retning mot kategori.

4. Samanfatning – frå kondensering til beskriving og begreper.

Her vart bitane pusla saman igjen- rekontekstualisering. Det vart vurdert om resultata ennå gav ei sann beskriving av den samanheng den vart teken ut frå. Ein analytisk tekst vart laga for kvar kodegruppe og « gullsitata» vart vurdert om dei ennå var representative, nokon vart skifta ut. Den analytiske teksten representerte resultata i forskingsprosjektet og den fekk deretter ei overskrift som samenfatta det den handla om. Overskrifta gav kategorien endelig namn som representerer innhaldet og sitatet. Deretter vart funna validert, i forhold til samanhengen dei er henta ut frå, altså rekontekstualisere resultata opp mot materialet. Fem kategoriar i resultatet vart seinare til fire i drøftinga, då to vart slått saman.

Fig. 1; Eksempel og utdrag på analyseprosessen

Foreløbige tema Meiningsberande eining Kodegruppe Subkategoriar Kategori

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Individuell plan,samarbeid kunnskap /Faglig skjønn, Haldningar/relasjon, samtale/kommunikasjon  | 3;.Kva er målet? Kva ønskjer ein å oppnå?Kva ønskjer brukar å jobba med? Kva treng han hjelp til? | Individuell Plan | Brukerane sine ressursar, ein føresetnad | Helsepersonell sin rolle-«fungera som los» |
|  | 1;Pårørande ønskjer ofte meir for sine enn brukar sjølv. |   | «Pårørande kan vera ein stor ressurs» |  « |
|  | 1;å stå saman, å sjå samarbeid omkring brukaren for å sjå det meir heilhetlig, det er på veg framover.6; nokon gonger er det meir parallelle løp enn samhandling. |  | «Samhandling eller parallelle løp?» |  « |
|  | 3;Involverer brukaren; Skal me lage IP, må me gjera det saman med brukar. |  | «IP er brukar sin plan» |  « |

 Heile fig. I vedlegg 4.

3.9 Forskingsetiske vurderingar

Konfidensialitet ;Omsynet til konfidensialitet gjer at der det er brukt sitat i drøftinga, er desse anonymiserte for at ingen skulle kunne kjenne utsegn frå ein spesiell informant. Utsegn vart alle skrivne på nynorsk i utdraga, av same grunn. Namn på kommunane vart ikkje nemnt, berre talet på kommunar og organisatorisk beskriving. Informantane vart omtalt som informanten, intervjudeltakaren eller han, dette for å anonymisera. Alle innsamla opplysningar er anonymisert. Lydopptak og utskrifter er forsvarlig oppbevart og vert makulert etter at oppgåva er ferdigstilt.

Informasjon om prosjektet og informert samtykke ; Kvalitative studiar krev gjensidig tillit. Informasjonsskriv vart formidla på førehand og informantane vart bedt om å ta kontakt om dei ville delta. Skrivet innehaldt informasjon om bakgrunnen for studia, problemstillinga, informasjon om anonymitet, om at innsamla materiale ville bli makulert og at dei kunne trekka seg når som helst i prosessen. Dette vart lagt saman med følgjeskriv frå skulen(Vedlegg??), slik kunne deltakarane ta stilling til om dei ville delta. Informantane skreiv under og returnerte samtykket før intervjuet vart gjennomført. « Skriftleg informasjon og informert samtykke er en føresetnad for forsvarlig forskingsetisk framgangsmåte», ( Malterud, 2011:204). Ingen informantar trekte eg.

Forskingsetiske omsyn ; Studiet er basert på frivillig deltaking og destruering av innsamla materiale( før 15.12.16). Informantane er anonymiserte , td. ved at alle intervjua er skrevet på nynorsk. Forsking på helsepersonell krev bruk av skjønn til å utøva ein ansvarlig forskingsetikk, dei er ikkje beskytta av Helsinkideklarasjonen, slik pasientar er(Malterud,2011) . Vanskelige situasjonar kunne drøftas med rettleiar. Forsking på eigen arbeidsplass medfører fordeler og ulemper. Thagaard skriver at « Når undersøkelsen foregår innenfor et miljø som forskeren kjenner godt i utgangspunktet eller har deltatt i over lengre tid, reduseres den sosiale avstanden mellom forsker og intervjuperson» (2013:114) Det er ein fordel å kjenne faget og måten å jobbe på, det gjer det lettare å samtale, men dette kunne også blitt ei ulempe, ein utanfrå kunne fått betre forklaringar. Å forske på annan arbeidsplass, men kjenne faget gav ein annan intervjusituasjon.

Meldeplikt ; Intervju av helsepersonell trengte ikkje godkjenning av REK, fordi det ikkje vart vurdert som intervju av sårbare grupper. Studiar som involverer informantar, har meldeplikt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datateneste (NSD), der det vart søkt om godkjenning då prosjektplanen var ferdig. Godkjenninga har prosjektnr. 45651. (vedlegg 4.)

1. PRESENTASJON AV FUNN.

Gjennom intervjua delte informantane av sin erfaring og deira stemme gav meg kunnskap om opplevingar og utfordringar knytt til brukarmedverknad i arbeidet med psykisk sjuke brukerar. Målet med dette kapittelet er å vidareformidle deira utsagn og stemme. Kapittelet er bygd opp av informantane sine utsagn, meiningsberande einingar, resultatet av abstraheringa og analyseresultatet. Informantane er nummerert frå 1-7.

Analysen av det empiriske materialet gav fem tema, samtykke, «respekt for den me skal hjelpa», Tildeling av tenester- kven legg fram saka?, «Er dette nyttig for deg?» og Helsepersonell sin rolle- «fungera som los». Desse tema vil danne overskrifter .

4.1. Samtykke.

Informantane beskriv at det er standard ved søking om tenester at brukerane, skriv under på samtykkeerklæring, at hjelpar kan samarbeide med lege. Mange informantar snakka om det å få samtykke frå brukar og avklare om ein kunne samarbeide med andre involverte hjelpeinstansar eller at me får samarbeide med pårørande ved behov. Td. med å avklare om ein kan samarbeide med andre hjelperar eller pårørande, noko som ofte var trekt fram som viktig. Fleire informantar la vekt på at eit samtykke kan vera vidt. Det er ikkje sikkert brukar samtykker til at me snakkar om alle tema, men samtykket kan spesifiserast. Informant 3 fortalde:

«Det er veldig greitt å ha eit samtykke. Eg tenkjer at å få eit samtykke veldig snart og spørje kven ein kan samarbeide med. Men det er ikkje sikkert brukar vil samtykke til at me snakkar heilt fritt. Ein kan spesifisera samtykket»

Informantane var opptatt av å snakke om og evt. få skriftleg samtykke av brukaren og avklare så det ikkje på eit tidspunkt vart vanskelig då td. pårørande tok kontakt, og samtykke ikkje var innhenta.

Informantane vil avklare kven ein kan samarbeide med og planlegge og snakke om korleis opplegget skal vera. Å avklare det med brukaren gjer at det er brukar som bestemmer og vert involvert i om og kven ein kan samarbeide med om behov. Mange informantar beskriv pårørande som ein ressurs, men utfordringar blir også trekt fram. Samtykkeskjema kan gjera at ein kan arbeide saman alle. Det vert presisert at det er opp til brukar å bestemma. Brukerane veit kva dei vil, fortel informantar, ein må høyre med brukerane sjølv, dei må seia noko om det, ikkje la våre mål styra opplegget. Dei fleste informantane sa seg kjent med korleis samtykke vart gitt og spesifisert, men ein informant etterspurte skjema til det bruket.

4.2 « Respekt for den me skal hjelpa»

Mange uttalte seg om haldningar og kva omgivnader kontakten skjedde i og omsynet til brukar. Informantane la vekt på respekt for brukaren, å ha relasjonen og ein open og grei dialog, trygge brukaren ved å ha færre involverte og ha tydelige avtaler. Det vart uttalt at det er godt når brukaren er reflektert og har meiningar om livet sitt. Sjølv om det er vanskelig og krevjande, er det bra når dei stiller spørsmål og personale gir anerkjenning på det.

Informantane nemner av utfordringar det å tenkja at personale veit best i forhold til kva som er best for brukaren, og tenkjer at dei må sørgje for at brukaren tek imot den hjelpa personale tenkjer er nødvendig ,at brukarmedverknad går på at denne tek imot. Utfordringar informantane nemner hjå brukar td. at brukar ikkje forstår kva situasjon han er i, då kan det vera vanskelig i forhold til å losa brukaren vidare, brukaren kan ha meiningar som stride mykje mot det som er oppnåelig og det vert vanskelig å samarbeida. Informantane meiner me då må prøva å koma til kompromier, partane må finne ein felles vei å gå. Informantar beskriv det å veileda og ha motiverande samtalar, om ein ser ulikt på ting, legga fram alternativa og snakke saman. Då kanskje me hjelperar kan forstå brukaren sitt syn betre, så er det brukaren sjølv som vel. Kanskje meiningane endras og ein kan koma fram til felles mål. Om brukar ikkje veit kva han vil, er det fare for at personale gjer det dei trur blir best.

Det kan vera ei utfordring å få dei til å seia si meining og kva dei ønskjer og har som mål – og ikkje det dei trur me forventar av dei. Informant 1 sa;

«Det med å spørja ein brukar og få eit ærleg svar. I forhold til det maktforholdet, det med å likestilla seg og ikkje vera ein type hjelpar som står overfor ein svak brukar. Det kan vera ei utfordring, at dei skal seia sin meining og ikkje det som vert forventa av dei»

Informanatane hadde tankar om kva kontekst ting skjedde i og viste at dei hadde reflektert omkring det. Fleire informantar la vekt på å tilpasse omgivnadene til kontakten med brukarane. Ein aktivitet samtidig som samtale, enten i bilen eller å gå ein tur, blir brukt bevisst, fortel ein informant. Dette gjer situasjonen lettare for brukar, på sidan av kvarandre heller enn ansikt til ansikt. Heime vart også framheva som ein god arena for samtale av fleire informantar, der er brukaren i sine trygge omgivnader. Det gir personale eit bilde av totalsituasjonen, der får ein ikkje berre høyra kva dei seier, men også sjå og observera. Kartleggingssamtale er mest i heimane, at dei er på sin arena. Ein informant seier dei gjerne er litt forsiktige når dei kjem, får ein god kontakt før dei begynner å spørja.

Tilpassa teneste vart nemnt av fleire. Ein informant nemner reglar som skal gjelda alle, og det å tale brukar si sak for å tilpasse. Brukarane set ord på korleis dei vil ha det, og det vert jobba utifrå ein heilhetlig tankegong, seier ein informant. Me ser på kvart individ og behandlar dei ut ifrå den kunnskapen me har om dei.

4.3. Tildeling av tenester – kven legg fram saka?

Informantane beskriv at brukarane vert involvert når tenester skal tildelast ved at dei får ein kartleggingssamtale og kan sei noko om sine ønskjer. Intervjudeltakerane la vekt på involvering i søknadsprosessen, lovbestemt rett til å klage, vera med å bestemma og å uttale sine ønskjer med eigne ord. Informant 5 uttalte:

«Brukarmedverknad skal bli ivareteke, det skal stå nemnt ; Kva er det brukar søkjer om, kva treng han hjelp til ? At brukar er involvert skal koma fram i vurderinga, at det er gjort i samråd med brukar. Brukarmedverknad, det inneber også muligheten til å klage. Det skal stå skriftlig i vedtaket, at dei kan klage.»

Rett til å stilla krav vart vart framheva. Ein informant synes det er vanskelig og krevjande saker når dei stiller spørsmål og krav, men roser dei for det og synes ikkje dei berre skal akseptera, gir dei anerkjenning for det.

Av utfordringar nemner informantane, at å finna ut kva det eigentlig er brukaren ønskjer om han skiftar meining heile vegen, om dei ønskjer noko som er vanskelig å innfri, eller er urealistisk utifrå kva det er av ressursar.

Koordinerande eining har ansvar for og myndighet til å innvilga Individuell Plan. I forhold til søknad om Individuell Plan er det ulike framgangsmåtar i dei ulike kommunane . I ein kommune vert brukar involvert ved at dei kjem i møtet i Koordinerande eining og legg fram saka si sjølv og kan seia noko om sin utfordring. Ein informant la vekt på at brukerane kunne sei med sine eigne ord kva som er viktig for dei og kva dei ønskjer, fordi det er så ulikt kva brukerane ønskjer. Andre informantar beskriv at ein fagperson løftar opp saka, etter godkjenning av brukaren. Dei har begynt å drøfta om brukarane skal vera med i møta.

Koordinerande eining har ansvar for å gi opplæring til koordinatorer og informantane beskriv ulik praksis ved dette. Ein kommune har laga eit opplæringshefte for dei som skal vera koordinatorer. Den andre kommunen praktiserer koordinatorsamlingar / fagdagar 2 dagar i året med opplæring, erfaringsutveksling og fokus på etisk refleksjon og etikk. Desse samlingane har fokus på brukaren si rolle og brukarerfaring, og brukargrupper vert invitert inn. Foreleserar gir same type informasjon til brukerar og tilsette.

4.4 « Er dette nyttig for deg»

Samtalen er ein god arena for å involvera brukaren vert vektlagt, ved planlegging av tenesta og ved å informera dei slik at dei kan ta eigne val. Det er ein styrke og nødvendighet å ha brukaren med i arbeidet- det er brukerane sitt liv, dei veit sjølv kva dei vil og er motivert for. Viktig for samarbeidet at me har relasjonen, at ein har ein open og grei dialog med brukar, seier informantar.

Informantane nemner viktigheten av å planlegge og evaluera ilag. Mange informantar la vekt på at brukarmedverknad i samtale er å spørja;» Er dette nyttig for deg» og å avklare mål og forventningar for samtalane og be om samtykke. Gi dei anledning til å koma med sine ønskjer; Intervall på samtalane, kva skal me arbeide med i samtalane, mål, evaluera seinare i forløpet og då klare å få dei til å seia ifrå om dei ikkje er nøgd. Informant 3 beskreiv det slik;

«Me kan meina, me kan synas og tenke så mykje som er bra for brukerar, men me må heile tida sjekke ut – kva ønskjer du , kva er bra for deg? Kva er du interessert i, kva har du lyst til. Td. seier i samtale; Er du med på dette, snakkar me om det same? Evaluere»

Fleire informantar nemner informasjon om tilbodet og kva dei kan forventa å få av tilbod som ein måte å involvera brukaren. Informasjon om avgrensingar ein har gjer dei istand til å vurdera om det er eit tilbod for dei, men også til å takka nei om det ikkje er det rette for dei. Ein informant framhevar at dei som har ein ide om kva dei forventar av tenesta, dei får best hjelp. Intervjudeltakar presiserer at i samtalar nyttar det ikkje om me køyrer eit løp som me tenkjer er bra for brukar, me må heile vegen sjekke kva det er brukaren sjølv ønskjer, drøfte med den det gjelder og sjølv vera open om kva ein meiner han kan ha nytte av. Informant 6 seier;

«Om dei går i samtaler og eigentlig ikkje kjenner det er nyttig. Korleis skal ein klare å fange opp det? At me som sit og pratar med dei tørr å spørja, at me legg lista så lågt at dei klarer å seie om dei ikkje er nøgd»

Av utfordringar hjå personale oppgir informantane at personale kan bli utfordra på å skifta fokus fortare enn det som var tenkt eller klarer å få brukar til å seia ifrå om han treng ein annan teneste. Å bli engasjert og målretta med kva ein tenkjer er rett, og gløymer å spørja brukar og å evaluera. Fleire nemner viktigheten av å vera klar over kva som er eigne mål – versus brukaren sine mål, personale må sjekke om brukar er med og informera faglig, men la brukaren velja sjølv. Det er noko ein må jobbe med sjølv eller med kollegaer, td. i rettleiing.

Brukaren sine ressursar er ein føresetnad, uttaler ein informant. Det er vanskelig å få full medverknad når brukaren er veldig dårlig og gir lite uttrykk – i form av språk, eller at brukar ikkje veit kva han vil eller ikkje klarer å setja ord på det. Fleire intervjudeltakerar nemner om brukar er for sjuk til å sjå kva som er best for seg, eller at brukar ikkje klarer å sjå om det er rett teneste. Utfordring for brukaren kan også vera Geografi, ift. dagtilbod og jobb , så er ikkje tilbodet der, eller ressursane er små og godane må delast på mange. Geografien spelar også inn når det gjeld å kunne nyttiggjera seg tilbod, nokon brukerar treng skyss for å kunne klare å ta imot, seier fleire informantar.

4.5. Helsepersonell sin rolle - «fungera som los»

Informantane legg vekt på at Individuell Plan(IP) kan vera eit reiskap for å sikre at brukar vert involvert – at det blir brukar sin plan. Når brukar har behov for langvarige og samansette tenester, har han rett på ein IP, om han ønskjer det. Då vert det etablert ansvarsgrupper og ein blir koordinator, der dei samarbeide om brukaren sitt mål. Den Individuelle Planen skal sikre at dei ulike fagområda dreg i same retning, at ein ikkje held på med kvar sitt.

Ein informant seier det er brukerar som treng mykje som har IP. Då er det ekstra viktig at koordinator kan hjelpa brukaren, ved å få fram at det er dei sjølv som sit på løysinga og ikkje vi. Me kan fungera som los.

Intervjudeltakar 3 beskriv arbeidet med PI ;

« Det er kjempeviktig at brukar vert involvert, det kan vera i forhold til ein Individuell Plan. Det kan vera eit reiskap, for å sikre at det vert brukar sin plan. Kva er målet for denne planen, kva ønskjer brukaren å jobbe med og kva treng han hjelp til og av kven? Ein må høyre med brukaren sjølv, kven ønskjer han skal delta i arbeidet med IP og evt. ei ansvarsgruppe»

Det er brukaren sin plan, skal du få til endring, må brukaren vera med. Det fokuset er der heile tida, sjølv om ordet brukarmedverknad ikkje blir brukt mykje, beskriv ein informant. Fleire informantar legg vekt på at det er viktig å evaluera, at det er lov å tenka noko anna enn det ein har gjort. Ein informant uttalte at om ein har koordinator og IP, så vil det sikre brukarmedverknaden i større grad enn utan, men at det vart lagt til rette når brukar ikkje ville ha IP.

Informantane beskriv utfordringar som at det er vanskelig om brukar ikkje ønskjer at samarbeidspartnerar skal vera med i eit samarbeid, om det er viktige for å få eit heilhetlig og godt samarbeid omkring ein brukar. Andre utfordringar informantane trekte fram, var når brukar eigentlig ikkje har nokon eigne mål som kjem fram og at då kan hjelperane bli leiande. Informantane såg utfordring i at ikkje alle brukerane i psykisk helse har lyst eller makte å delta eller at dei treng noko meir eller noko anna enn det me kan tilby. Fleire informantar beskreiv at om meiningane var ulike td. kan brukaren ha meiningar som stride mot det som er oppnåelig og det vert vanskelig å samarbeida. Eller at ein må motivera, veileda, informera, snakke saman og drøfte.

Mange informantar snakka mykje om IP og samarbeidet omkring, men ein informant fortel at IP er noko det er lite av nå, men at det var mykje for nokon år sidan.

Pårørande kan vera ein stor ressurs og er stort sett positive og interessert i å hjelpa. Informantane seier at noko av det første dei gjer, er å få avklart om dei kan samarbeida med pårørande. At det kan vera nyttig for brukar vart også lagt vekt på. Informant 3 uttalte;

«Det har vert nyttig for brukar å hatt pårørande med i samarbeidsmøter. Brukar har ikkje fått så mykje spørsmål og pårørande har fått same informasjon som brukar».

Informantane seier alle noko om viktigheten av å ha samarbeid med pårørande, men fortel at det også kan vera utfordringar med det. Ein informant seier at utfordring kan vera å tenkja at pårørande er ein kjemperessurs og å ønskja at dei skal vera med i ei ansvarsgruppa eller i samarbeid - men så vil ikkje brukar. Informantane legg fram at om brukar ønskjer å ha pårørande med, så kan også det vera utfordrande ; pårørande kan vera veldig styrande slik at det ikkje er sunt for brukaren og ønskjer ofte meir for, og ser kanskje eit større behov, enn brukar sjølv ønskjer.

Informantane la fram ulik meining om samarbeidet mellom ulike hjelpeinstansar i forhold til brukaren. Intervjudeltakar 1 seier;

 «Eg trur at brukar får mykje meir påverknad, og det er nytenking og satsing i forhold til det å involvera dei på eit anna nivå. Det å stå saman, å sjå samarbeid omkring brukaren for å sjå det meir heilhetlig, det er på veg framover.»

Nokon meiner det er godt samarbeid og at «nærleiken» gjer at det vert jobba godt lokalt, andre at det nokon gonger er meir parallelle løp enn samhandling og at det då vert ei utfordring. Informant framheva at å samarbeida, kan auka kompetansen hjå hjelpar og forståinga av kva andre jobbar med.

Resultatet viser at informantane involverer brukarmedverknad i arbeidet sitt gjennom samtykke, respekt og «rette» haldningar, samtalen og samarbeid omkring IP og søknad om tenester, som i drøftinga er slått saman med to andre.

5.0 DRØFTING

Vidare vert resultatet drøfta med teori og tidlegare studiar presentert i oppgåva. Kapittellet vert avslutta med gyldighet av funn / styrker og svakheter med metoden som er brukt.

5.1 Drøfting av resultatet

Her vert resultatets hovudfunn drøfta op mot tidlegare forsking og mot studia sin problemstilling; Korleis vurderer tilsette i psykisk helseteneste i kommunen at brukarmedverknad vert ivareteke i arbeidet? og dei to forskingsspørsmål : Korleis involverer ein brukarane i sitt eige hjelpe eller behandlingstilbod? og Kva utfordringar møter personale?

Funna vert også drøfta opp mot det teoretiske rammeverket, der recovery, brukarmedverknad og samarbeid er sentrale begrep. Drøftinga vert delt opp i fire deler, mot fem i resultatet, då eit tema er delt og slått saman med to andre. Dei ulike tema som vert drøfta er: «Samtykket kan spesifiserast»,» Respekt for den me skal hjelpa», «Er dette nyttig for deg?» og Helsepersonell sin rolle- fungera som los.

Informantane la vekt på samtykkeerklæring og at den kan spesifiserast om behov. Det er viktig å avklare med brukaren kven ein kan samarbeide med. Haldningar hjå personale vart lagt vekt på. Informantane framheva respekt for brukaren, å ha relasjonen og ein open og grei dialog, og å trygge brukaren. Av utfordringar vart å tru at personale veit best kva som er best for brukaren når personale og brukar har ulik meining, samt å få brukerane til å sei sin meining og ikkje det dei trur me forventar av dei, vera ærlege om sine ønskjer og mål. Omgivnadene kontakten skjedde i vart vektlagt. Intervjudeltakerane la vekt på at samtalen er ein god arena for å involvera brukaren, ved planlegging av tenesta og ved å informera dei slik at dei kan ta eigne val. Avklare mål og forventningar, planlegge, samt evaluera saman. Av utfordringar er at brukar sine ressursar er ein føresetnad. Informantane legg vekt på at Individuell Plan(IP) kan vera eit reiskap for å sikre at brukar vert involvert, samarbeide om brukar sitt mål og evaluere. Koordinerande Eining(KE) har myndighet og ansvar til å innvilga IP og opplæring av koordinatorar. Funn viser at informantar la vekt på involvering i søknadsprosessen, lovbestemt rett til å klage – vera med å få bestemma og å uttale sine ønskjer med eigne ord. Utfordringar vart trekt fram, som at brukar ikkje ønskjer viktige samarbeidspartnerer med, eller at brukar ikkje kom fram med eigne mål, då kan personale bli leiande. Eller at brukaren ikkje klarte å medverka. Informant trur IP sikrar større grad av brukarmedverknad. Pårørande vart framheva som ein ressurs, men brukar må ønske å ha dei med. Utfordring vert om pårørande ønske meir for sine enn brukaren ønska sjølv. Informantane meiner det er ulikt og i varierande grad ulike tenesteyterar klarer å samarbeide. Når samarbeidet er dårlig vert det ei utfordring.

5.2«Samtykket kan spesifiserast»

Her vil teiingsplikt og samtykke bli drøfta.

Teieplikt om opplysningar som gjeld brukaren sin legems – eller sjukdomsforhold og andre personlige opplysningar (helsepersonellova§21)hindrar personale i å gi ut personlige opplysningar og å samarbeida med kven dei vil, utan brukaren si godkjenning. I nokon situasjonar har personale opplysningsplikt overfor nærmaste pårørande(Kjellevold,2010). Lovverket og avvegingar som må takast i kvart tilfelle er ein føresetnad i arbeidet for helsepersonell.

Informantane var oppteken av samtykke og la vekt på å snakke om samtykke tidleg og avklare kven ein kan samarbeide med; pårørande vart nemnt og samarbeidspartnerar i hjelpeapparatet. Samtykke skal vera informert, brukar skal ha tilstrekkelig informasjon om korleis behovet vert vurdert. Kva form medverknad skal ha må tilpassast den enkelte brukar si evne til å gi og ta imot informasjon (Kjellevold,2005). Det krev ei avklaring med brukar og ei samtykkeerklæring der brukaren gir personale munnleg eller skriftleg tillating til å samarbeide. Dette gir ei god anledning til å informera og snakke med brukaren om mål og ressursar, uttalte informant. Dette støttes av Kjellevold ; « Ved samtykke etableres en begynnende kontakt for samarbeid og samhandling mellom tjenestemottaker og tjenesteyter». (2005) Informantar la vekt på å avklare kven ein kan samarbeide med og planlegge og snakke om korleis opplegget skal vera. Om ikkje det vert innhenta samtykke og snakka om, kan det bli vanskelige situasjonar, viser funn. Eit eksempel var der personale vart kontakta av ein annan hjelpeinstans der brukaren hadde friteteke personale frå teiingsplikta og gitt samtykke til at dei kunne samarbeida. Personale beskriv det som godt når det var avklart og brukaren hadde samtykka skriftleg. Teieplikta kan også brukast som ein «unnskyldning» for ikkje å kunne informera, involvera og samarbeida.

Funn viser at teiingsplikta ikkje nødvendigvis er til hindring for å samarbeida, då ein kan få samtykke av brukaren til å samarbeida og arbeida for brukaren sitt beste. Informert samtykke har krav til god informasjon(Kjellevold, 2005). Informasjon som her gjer det aktuellt med samvalg - samarbeid mellom personale og brukar for å koma fram til beslutningar(Nortvedt et.al, 2014). Brukerane sitt syn skal imøtekommas og leggast vekt på når beslutningar skal fattas - det er brukarmedverknad i praksis (Nortvedt et.al,2014) Eksempelvis skal ikkje ein Individuell Plan verta laga utan samtykke, og brukaren skal samtykke i to ting; At planen vert utarbeida og at aktuelle deltakerar i planarbeidet kan dele nødvendige taushetsbelagte opplysningar om brukaren. Ved utarbeiding av Individuell Plan er grunnlaget for formidling av personopplysningar å finne i eit informert samtykke frå den planen gjeld (Kjellevold, 2013). Eit samtykke kan vera vidt, det er ikkje sikkert brukar vil samtykke til alle tema, men samtykket kan spesifiserast. Ein informant gav eit eksempel. I ansvarsgruppemøter er det naturlig at ansvarsgruppa kan utveksle informasjon seg imellom, etter samtykke frå brukar. Men det kan vera brukar gir begrensingar for eksempel i forhold til legeinformasjon, kanskje brukar seier han vil godkjenna informasjonen som kjem frå lege før den vert gitt ut i gruppa.

Personale kan i situasjonar tenkje at pårørande er ein kjemperessurs og ønskje at brukar vil ha dei med i ansvarsgruppemøter eller i samarbeid, men så vil ikkje brukar. Personale kan vera open og peika på utfordringar i hjelpa om ein ikkje får ha pårørande med, men ein står då i fare for å pressa brukar, seier informant. Når brukaren gir klart uttrykk for at informasjon ikkje skal gis, skal det heilt spesielle grunnar til at det ikkje vert etterkome (Kjellevold,2010).Skal brukerane medverka, må dei også kunne sei korleis dei vil ha det og hjelperane må lytte til dei, ha respekt for den andre sin meining. Anerkjenne den andre sin individualitet. Det er viktig at brukerane kjenner seg anerkjent. Ein grunn til at brukerane ikkje vil medverka, kan vera forårsaka nettopp av at dei ikkje kjenner seg anerkjent av personale (Humerfelt, 2010).

Frå samtykke for å samarbeide og praktisera brukarmedverknad til haldningar og respekt i neste punkt.

5.3 «Respekt for den me skal hjelpa»

I kommunehelsetenesta varer kontakten over tid og informantane la vekt på ulike sider av det å byggje og ha relasjonar, respekt, ha ein open og grei dialog og vera open om kva ein tenkjer. Dette kjem det vidare om i dette punktet.

Haldningar, kva omgivnader kontakten skjedde i, omsynet til brukar og respekt for brukaren styrkjer brukarmedverknad, viser funn. Respekt for brukaren som slepp personale tett inn på livet sitt og respekt for at det er brukaren sin sak og deira meiningar som gjeld i saka, påpeiker informantar. Da Silva seier brukarmedverknad krev likeverd, integritet og autonomi og menneskeverdet begrunnar at menneske har same verdi, har krav på respekt for sin integritet og personlige autonomi( 2006). Integritet er at alle menneske har rett til å bli møtt med respekt, også ved ulike ønskemål og vurderingar(Kjellevold,2010). At brukaren er avhengig av hjelpetenester kan gjera det problematisk for brukaren å opptre fritt og uavhengig i relasjon til hjelparen. (Hansen et.al, 2010). Å bli behandla med respekt av hjelparen vert viktig. Skal ein oppnå noko i saka må ein ha brukaren med, presiserer informantar. Autonomi kan knytas til menneskets verdighet, der verdighet er å ha fridom til å ta avgjersler og treffe val som omhandlar eige liv ( Mæland, 2009) Brukarmedverknad handlar om å oppleve at denne retten blir møtt med respekt. Kjellevold (2005) seier retten til å medverka forutset eit samspel mellom brukar og personale. Dette samspelet forpliktar personale å legge til rette for og krev eigeninnsats frå personale. Dette samsvarer med at informantar seier personale har ein omfattande rettleiarfunksjon overfor brukerane og teori peikar på at ulike sider ved samarbeid i hjelperelasjonar krev innsats frå personale(Karlsson, Oterholt,2015). I kva grad brukarmedverknad vert gitt i prosessen, kan utifrå Christoffersens (1992)fem nivå, vurderast etter om det berre er informasjon, vert brukaren teke med på råd og får reell påverknad på beslutningar, har brukaren og personale lik kontroll, tek brukaren beslutningane eller er det brukarstyring?

Informantane legg vekt på ein open og grei dialog, trygge brukaren ved å ha færre involverte og ha tydelige avtaler, samt ha ein god relasjon, viser funn. Dette vert støtta av Myklebust og Bjørkly(2011) som meiner at ein betre forståing av forholdet og betre kommunikasjonsevne er nødvendig for å betre gjensidig deltaking. Humerfelt ,(2010) skriv at brukerane sin aktive rolle krev at personale arbeider for å etablera ein relasjon som begge parter opplever som eit konstruktivt samarbeid og at det vert tilrettelagt for ein dialog med brukerane, der dei får medverka i kva det faglige skjønnet skal baserast på. Skjønn er ein balanse mellom brukaren sin rett til medverknad og kravet til faglig forsvarlighet. Brukerane sin medverknad er ein føresetnad for faglig skjønn(Humerfelt,2010). Brukerane sin rett til å medverka må sjåast i samanheng med dei konsekvensane det har for personale. Deira plikt er å legge til rette for at brukarane skal kunne medverka og krev andre relasjonar enn dei tradisjonelle, der personale er ekspertane som veit kva som er brukarane sitt beste (Humerfelt,2010). Personale må møte brukaren som autonom og aktør i eige liv, ein innbyggar med ressurser som sjølv veit kva som hjelper og som ønskjer samarbeid om vegen vidare(Borg, Karlsson, 2011)

Brukarane vert involvert ved tildeling av tenester ved at dei får ein kartleggingssamtale og kan seia noko om sine ønskjer, viser funn. Konteksten er ofte at kartleggingssamtale er i heimane, at brukerane er på sin arena, i sine trygge omgivnader. Der kan personale høyra kva dei seier, men også sjå og observera. Det samsvarer med krav om at tenesta skal vera tilgjengelig fysisk og legg til rette for å motta informasjon. Tenester skal vera individuellt tilpassa og det krev at personale får vita brukaren sitt behov, ressurser og mål. Det krev at brukar vert høyrt (Kjellevold,2005). Konteksten påverkar relasjonen mellom dei som inngår i samarbeidet, seier Karlsson og Oterholt(2015). Informantar seier at dei gjerne er litt forsiktige når dei kjem, får ein god kontakt før dei begynner å spørja. At det har betyding i kva samanheng hjelpa vert gitt og kvar, vil ha betyding for korleis hjelpa vert forstått, seier Karlsson og Oterholt(2015) Fleire informantar la vekt på å tilpasse omgivnadene til kontakten med brukarane. Det samsvarer med teori; Bøe og Thomassen(2007) framhevar at for å legge til rette for brukarmedverknad på individnivå er det nyttig å vera klar over kva arena ein er på. Funn viser bevissthet om det og at aktivitet samtidig som samtale, enten i bilen eller å gå tur, blir brukt bevisst. Dette gjer situasjonen lettare for brukar, på sidan av kvarandre heller enn ansikt til ansikt. Brukerar kan kjenne det kunstig å sitja i samtale på kontor og andre kontekstar vart framheva.

Det er godt når brukaren er reflektert og har meiningar om livet sitt, viser funn. Sjølv om det er vanskelig og krevjande, er det bra når dei stiller spørsmål og personale anerkjenne dei for det. Funn her samsvarer med teori som seier at fokus på autonomi og myndiggjering er å finna fram til brukaren sin styrke, rettigheter og muligheter. Dette styrker brukarmedverknad sin hensikt, å tilføra ein kunnskap fagfolk ikkje har – brukaren sin eigen erfaring(Andreassen,2005) At personale anerkjenner brukerane er viktig og nødvendig. Om ikkje, kan det vera grunnen til at brukaren vel å avstå frå å medverka. Gjennom relasjonen til personale, kan brukerane oppleve å bli anerkjent, derfor vert personalet sin tilnærming til brukerane sine meiningar utfordra (Humerfelt,2010). Å oppleve at retten til medverknad vert ivareteken i praksis, gjer at brukaren opplever å bli rettslig anerkjent. Brukerane kan oppleve å bli verdsett sosialt, når dei vert anerkjent som den personen dei er og når deira meining har betyding (Humerfelt, 2010). Det dreier seg om å ha respekt for brukaren sine meiningar, om dei er like eller ulike personale sine. Det er viktig at relasjonen vert prega av at partane ser på seg sjølv og den andre som subjekt (Da Silva,2000). At begge parter innehar kunnskap og erfaring, er lydhøyre for kvarandre si meining og kan sei kva dei meiner og vil. Personale si oppgåve i hjelperelasjonen, er å legga forholda til rette i samarbeidet, slik at brukaren sine ressursar kan bli brukt. Dette klarer personale ved å anerkjenne at brukaren sjølv har løysinga og kan saman med brukaren finne konkrete tiltak som hjelper(Karlsson, Oterholt, 2015).

Informantane viser dei er opptekne av ulikheter i relasjonar og at det er ei utfordring å få brukerane til å sei si meining og ikkje det som vert forventa av dei. Borg og Karlsson(2011) beskriv at endringar av grunnleggande idear og praksis i psykisk helsefeltet har svært ofte hatt som målsetning å endre makt – og kunnskapsforhold i psykisk helsevern. Hjelperelasjonen vert asymmetrisk pga, ein er hjelpar og ein ber om hjelp og er meir sårbar. Ved å vera klar over ulikheten i relasjonen, kan personale akseptera at relasjonen rommar både likeverd og skeivhet, og slik motverka. For å vera til hjelp må relasjonen byggast på likeverd og eit samhandlande subjekt- subjekt forhold. Dette er ei grunnleggande forståing av hjelpearbeid om ein skal kunne vera til hjelp( Karlsson, Oterholt, 2015).

Av utfordringar viser funn at personale i nokon situasjonar kan tru dei veit best i forhold til kva som er best for brukaren, når personale og brukar har ulik meining. Odland(2012) seier subjekt – objekt forhold set mennesket til side og berre sjukdommen vert i fokus og brukaren vert sett på som ein passiv mottaker av hjelp utan integritet, verdighet og autonomi. Det er vanskelig å vita kva som er best for ein annan person. Personale sitt ansvar vert å sjå til at avgjerdsla vert fatta på eit så sikkert grunnlag som mogleg. Det krev faglig skjønn innanfor rammene av handlingsrom, der fagkunnskap, gode intensjonar og brukaren sine meiningar vert teke med(Hansen et.al). Tidlegare forsking (Borg, Karlsson, Kim, 2009) viser at personale i psykisk helsevern overvurderer brukerane sitt behov, samanlikna med kva brukerane sjølv seier, noko som tyder på medisinsk paternalisme i praksis. Informantar seier at om ein ser ulikt på ting, er det viktig å snakke saman og beskriv det å rettleia og ha motiverande samtalar, informera, legga fram alternativ og at personale informerer, utan å påverka, samt å høyra, sjå og sei kva ein tenker. Medverknad i individuelle helsebeslutningar vert kalla samvalg. (Jamtvedt, Wammen Nordtvedt, 2015) Bruke erfaringsbasert kunnskap, forskingsbasert kunnskap, brukarkunnskap og brukarmedverknad. Slik oppnår ein kunnskapsbasert praksis innan konteksten ein er i( Nortvedt et. al.,2012) Om brukar kan forklare personale sitt synspunkt, ser kanskje personale annleis på saka, vart uttalt. Då kan hjelperar forstå brukaren sitt syn betre, og det er brukaren sjølv som vel. Praksisen krev personale med haldningar og ferdigheter til å invitera brukaren med i dialogen(Jamtvedt, Wammen Nordtvedt,2015) Sanna og Granerud(2009) sin studie viser at personale utifrå eit humanistisk grunnsyn, gir eit godt utgangspunkt for at menneske med alvorlig psykisk liding skal kunne oppnå auka kontroll i livet. Sjølvbestemming for desse krev at relasjonar varer over tid, samt at personale har eigenskaper som ydmykhet, fleksibilitet og uthaldenhet, samt faglig kunnskap. Ivaretaking av individuelle behov og ein meiningsfull kvardag er viktig. Personale sin verdiforankring og bevissthet om eige grunnsyn og sentrale føringar, vil vera av betyding for individuelt tilpassa omsorg. I kommunen varer relasjonar ofte over tid og funn viser at personale framhevar ydmykhet i relasjonen og framhevar fleksibilitet og individuelle behov. Borg og Karlsson(2011) meiner at det har avgjerande betyding for den enkelte brukar og hans oppleving av behandlingsresultatet, å bli møtt som eit heilt menneske som lever i ein sosial samanheng.

Etter haldningar og respekt, følgjer nå om brukarmedverknad i samtalen i neste punkt.

5.4 «Er dette nyttig for deg?»

Informantane legg vekt på at samtalen er ein god arena for å involvera brukaren, ved planlegging av tenesta og ved å informera dei slik at dei kan ta eigne val. Dette vil dette punktet handle om.

Funn viser at informantane la vekt på å få til gode samtalesituasjonar og å bli einig om mål og forventningar. Brukarmedverknad i samtale er å planlegge og spørje kva dei vil bruke tida på ,om det er nyttig for brukaren. Informantane meiner det er ein styrke og nødvendighet å ha brukaren med i arbeidet og det er viktig at personalet har ein open og grei dialog med brukar for å praktisera brukarmedverknad og for samarbeidet. Dette vert støtta av tidlegare forsking (Myklebust, Bjørkly, 2011) som meiner at for å sikre brukarmedverknad er strategi å legge til rette for god kommunikasjon for å betre gjensidig deltaking og å arbeida mot brukaren sitt mål.

Informasjon om tilbodet, avgrensingar og kva dei kan forventa å få av tilbod er ein måte å involvera brukaren på, kjem fram i funna. Brukarmedverknad er å informera slik at brukerane kan ta eigne val. Dette samsvarer med lovverker som set krav om nødvendig og tilpassa informasjon (Syse, 2014 ) Å orientera om kva tilbodet går ut på, gir brukerane eit val og kan ta imot eller takka nei om det ikkje er noko for dei. Informasjon gjer at brukerane kan gjera informerte val. «Shared decision-making» eller samvalg er at personale og brukar vert einig om kva som er best i situasjonar der det er fleire alternative val. Forsking viser at Samvalg forutset at helseinformasjon er tilgjengelig og forståelig (Jamtvedt, Wammen Nordtvedt,2015) Det er vanskelig å vise respekt for brukaren sin integritet om ein ikkje spør etter brukaren sine behov, ønskjer og vurderingar( Kjellevold ,2005) Informantane gir brukerane anledning til å planlegga og å koma med sine ønskjer; Intervall på samtalane, kva skal ein arbeide med i samtalane, mål og evaluera. Almvik og Borge(2006) seier det er viktig at nokon trur brukerane har noko viktig å bidra med, og at brukerane blir invitert med til å delta utan å måtte krevje det. Viktig for motivasjonen til å medverka er at brukerane ser resultat av den innsatsen dei legg ned. Personale må heile vegen sjekke kva det er brukaren sjølv ønskjer, drøfte med den det gjelder og sjølv vera open om kva ein meiner han kan ha nytte av. Møte brukaren som ein autonom aktør i eige liv, som ønskjer samarbeid med personal (Borg, Karlsson, 2011). Brukarane set ord på korleis dei vil ha det, og det vert jobba utifrå ein heilhetlig tankegong og personale ser på kvart individ og behandlar brukar ut ifrå den kunnskapen dei har, uttaler informant. Rønning og Solheim(2012) beskriv faktorar som avgjer grad av brukarmedverknad, som i kva grad brukarane har eigedomsrett til eigne problem, om dei er med å bestemmer om problemet eksisterer, kva det gjeld, kva som skal gjerast med problemet, kva hjelp som skal til og om kontakten skal halde fram eller avsluttast.

Av utfordringar hjå personale, viser funn at personale kan bli utfordra på å skifta fokus ofte fordi målet til brukaren endrar seg medan personale arbeider mot» det gamle målet». Det gjer jamleg evaluerer viktig for å kunne arbeide mot felles mål. Evaluering gjer også at brukar kan seia om han er misfornøgd med noko eller treng ein annan teneste. Funn viser at informantane ser viktigheten av å vera klar over kva som er eigne mål – versus brukaren sine mål. Personale må sjekke om brukar er med og informera faglig, men la brukaren velja sjølv, evaluera, koma fram til kva tiltak personale kan vera med på eller kva tiltak brukar kan gjera for å nå målet, dele brukarerfaring, erfaringskunnskap og forskingsbasert kunnskap. Auka fokus på informerte beslutningar og samvalg er eit resultat av at helsetenesta vert demokratisert (Nordtvedt et.al., 2012)

Informant beskriv at med brukarmedverknad tenkjer han Recovery, som prosessar for betring og at brukar sjølv skal arbeide mot å få det betre. Om personale tenkjer at brukar skal gå tur med miljøpersonale, men brukar ønskjer å vera med i eit idrettslag, er det viktig å arbeide mot at brukar deltek i aktivitet i idrettslaget. Dette går på respekt for brukaren sine ønskjer og mål. Recovery er å ta kontrollen i eige liv, omgivnaden er gode recovery arenaer og det å få vera innbyggar og ikkje brukar(Borg, Karlsson, 2011). Nytta dei arenaene som er. Personale vert støttespelar td. ved å hjelpa brukaren å melde seg inn og legga til rette for å klare å møte opp. Brukar vert sett på som ein som sjølv veit kva som hjelper, som ein innbyggjar med ressursar, autonom aktør i eige liv og eit sosialt individ som ønskjer å delta i ein sosial samanheng. Tidlegare forsking støttar behovet for at viten ikkje vert sett på som dei profesjonelle sin eigedom og der personalet ikkje har definisjonsmakta (Borg, Karlsson, 2011)

Tilpassa teneste vart nemnt av fleire. Eit eksempel var køyring av brukar til avtaler i td. spesialisthelsetenesta. Om brukar slit med sosial angst og problem med å ta bussen, så køyrer personale for å sikre dei den nødvendige helsehjelpa. Personale erfarer at samtalane i bilen er gode og meiner at hjelp til reis er ein måte å tilpassa tenesta på og samtidig skape gode relasjonar og kontekster for samtalar. Dette samsvarar med at Myklebust og Bjørkly(2011) trekk fram betydinga av at personale er fleksibel og har ein open haldning til kva som hjelper. Brukaren kan ha behov for praktisk hjelp i kvardagen, meir enn ein terapeutisk samtale.

Informantane meiner at brukaren sine ressursar er ein føresetnad. Funn viser det er vanskelig å få full medverknad når brukaren er veldig dårlig og gir lite uttrykk – i form av språk, eller at brukar ikkje veit kva han vil eller ikkje klarer å setja ord på det. Almvik og Borge (2006) beskriv at psykiske problem ofte er forbundet med dårlig sjølvkjensle og lågt sjølvbilde. Brukerane har ikkje tru på eigne ressursar og evner og kan lett kjenne seg sårbare. Funksjonsevne og dagsform kan vera svingande og gjer det i periodar vanskelig å halde avtaler. Dette saman med kroppslige symptom og dårlig konsentrasjon gjer det vanskelig å medverka og krev ekstra tilrettelegging for best mogleg medverknads – og samarbeidsforhold. Om brukar medverkar eller når brukar er dårlig, personale har alltid ansvaret for at krava om faglig forsvarlig blir oppfyllt (Hansen, et.al, 2010) Å ha brukarstyring som mål for alle brukerane vil vera ufaglig og uforsvarlig og kan tolkas som ansvarsfråskriving, seier Humerfelt (2005). (jmf.5.5, utfordringar når brukar ikkje kan medverka eller ikkje kan ta eigne val))

Her vart brukarmedverknad i «samtalesituasjonar» drøfta. Nå følgjer brukarmedverknad i forhold til Individuell Plan.

5.5 Helsepersonell sin rolle – «fungera som los»

Eit viktig arbeidsområde for brukarmedverknad på individnivå i kommunen er arbeidet med Individuell Plan(IP). I dette punktet følgjer drøfting av brukarmedverknad i arbeidet med Individuell Plan.

Funn viser at IP er eit reiskap for å sikre at brukar vert involvert – at det blir brukar sin plan. Dette samsvarer med det Kjellevold (2005)seier, at IP kan vera eit reiskap for å realisera omsynet til brukaren. Kjellevold (2013) beskriv klare krav til Individuell Plan sitt innhald. Teori beskriv brukarmedverknad på individnivå som at brukaren medverkar i forhold til sitt eige behandlings- eller tenestetilbod og IP som eit viktig verktøy for å sikre brukaren sin rett til innflytelse og påverknad ( Almvik, Borge, 2006).

Når dei har behov for langvarige og samansette tenester, så har dei rett på ein IP, om dei ønskjer det(Kjellevold,2013). Då vert det etablert ansvarsgrupper om behov og ein vert oppnemnt som koordinator. Fokus vert å samarbeida om og fram til brukarens mål. Funn viser at informantane meiner at brukar sjølv må sei noko om kva han vil jobbe med, mål og kven som skal vera involvert i prosessen og at den Individuelle Planen skal sikre at dei ulike fagområda dreg i same retning, at ein ikkje held på med kvar sitt. Dette samsvarer med tidlegare studiar( Myklebust, Bjørkly, 2011) beskriv ein strategiar for å sikre brukarmedverknad som å arbeida mot brukaren sitt mål. Informant beskriv fokus er at det er brukar sin plan, skal du få til endring, må brukaren vera med. Det fokuset er der heile tida, sjølv om ordet brukarmedverknad ikkje blir brukt mykje. Informantane legg vekt på at det er viktig å evaluera, dette samsvarar med teori, som seier evaluering er ein forutsetning. IP er ikkje eit eingongsarbeid, den må stadig revideras. Det skal stå kva periode planen gjeld for og kva tid planen skal evaluerast. Planen må td. endras ved nye og endra tildelingar.(Kjellevold, 2013) Arbeidet med IP er ein prosess og ikkje eit mål og evalueringa gjer prosessen levande.

Søknaden om IP vert behandla i koordinerande eining i kommunen. Studia viser at kommunane praktiserer det ulikt. I ein kommune vert brukar involvert ved at dei sjølv møter i Koordinerande eining, legg fram saka og fortel om utfordringane sine, ved søknad om IP. At brukar sjølv får vera med i møtet, inkluderer brukaren og gjer at han får delta der avgjersler skal fattast. Informant vektlegg at brukerane sjølv får møte og sei med eigne ord kva dei ønskjer, då det er ulikt kva brukerane ønskjer. Personale opnar slik for å inkludera brukaren og viser interesse for deira erfaringar og utfordringar. Dette samsvarer med IP sitt mål å sikre trygghet, sikre at brukaren bestemmer sjølv og har innflytelse (Kjellevold,2005). Vold Hansen og Ramsdal (2015)seier at for å finna betre samarbeidsmodellar, er det viktig å leggja vekt på korleis samarbeidsmodellane skal sikra reell brukarmedverknad, ved at brukerane får delta aktivt i dei beslutningsprosessane som angår vedkommande. Funn viser at fagperson løftar opp saka i den andre kommunen, etter godkjenning av brukaren. Dei har begynt å drøfta om brukarane skal vera med i møta. Dette gjer spørsmålet om brukar får delta der avgjerslene vert tekne aktuelt. Vold Hansen og Ramsdal(2015) konkluderer i tidlegare forsking med at brukerane sjeldan er representert der vedtaka vert tekne og at brukerane berre i avgrensa grad hadde innflytelse på kva problem som vart teke opp. For å finna betre samarbeidsmodellar, er det viktig å leggja vekt på korleis samarbeidsmodellane skal sikra reell brukarmedverknad, ved at brukerane får delta aktivt i dei beslutningsprosessane som angår vedkommande.

Koordinerande eining har ansvar for opplæring til dei som skal vera koordinator og funn viser at dette vert løyst ulikt. Ein kommune har valt å laga eit opplæringshefte for koordinatorer og den andre praktiserer koordinatorsamlingar/ fagdagar 2 dagar i året, med fokus på brukaren si rolle og brukarerfaring. Brukargrupper vert invitert inn og slik får brukerar og tilsette same type informasjon og kurs. Veiledaren, «Psykisk helsearbeid for voksne i kommunen», legg vekt på at god informasjon om retten til IP er viktig. Den legg også vekt på at brukar, eventuelt pårørande og dei fagpersonane som deltek i planarbeidet treng same informasjon. (Sosial- og helsdirektoratet, 2005) Dette samsvarer med fagdagar der brukerar, pårørande og koordinatorar er på same kursa og får same informasjonen.

Ein informant meiner at om brukaren har koordinator og IP, så vil det sikre brukarmedverknad i større grad enn utan. Likevel vert ikkje brukarane sikra brukarmedverknad om dei har IP, det er mange faktorar som spelar inn i kva grad dei klarer og» får lov» til å medverka. I ansvarsgrupper er ikkje brukaren sikra medverknad om han berre vert sitjande å lytta il fagfolk. Brukarmedverknad avhenger av kva form møtet har, at kommunikasjonen skjer slik at alle forstår den, at brukaren får uttale seg og at brukaren får oversikt over hjelpetiltaka og får koma med sine spørsmål og ønskjer( Bøe, Thomassen, 2007) Dette gjeld i arbeidet med IP også og vert avgjerande for kva grad av brukarmedverknad som vert praktisert, frå informasjon til brukarstyring. ( Christoffersen, 1992) Lovverket beskriv rett til brukarmedverknad, uansett om ein har IP eller ikkje (pasient – og brukarrettighetslova). Når brukaren har ein rett til å medverka gir det helsepersonellet ein plikt til å leggja til rette slik at brukaren får medverka.

Informant seier det er brukerane som treng mykje som har IP. Då er det ekstra viktig at koordinator kan hjelpa til å losa brukaren. Fleire informantar trekk fram recoverytanken ; å tenke at det er dei sjølv som sit på løysinga og ikkje vi. Me kan fungera som los. Her kan personale nytte brukaren sine interesser og nettverk, høyre på kva brukaren meiner kan hjelpa han til å leva eit godt liv med sjukdommen, som ein innbyggjar med ressursar, heller enn som ein psykiatrisk pasient(Karlsson, Borg,2013). Landheim og Biong skriv « Veien til bedring er avhengig av at mange stiller opp : personen selv, familie og venner, utdanningssystemet, arbeidslivet, tjenestene, lokalsamfunnet og frivillig sektor. Recovery handler mye om å tilrettelegge for mestring på personens egne premisser»(2016:14) Personale sin jobb vert å lose brukaren – rettleia og vera praktisk hjelp. Storm, Edwards(2013) seier Recovery er vekk frå å fokusera berre på patologi, sjukdom og symptom, til å legge vekt på helse, styrke og velvære. Kontrollen blir plassert hjå brukaren og vil også legge vekt på samarbeid mellom personale, brukaren og familie.

Funn viser utfordringar som å finna ut kva det eigentlig er brukaren ønskjer om han skiftar meining heile vegen, om dei ønskjer noko som er vanskelig å innfri, eller er urealistisk utifrå kva det er av ressursar. Informantane nemner samtaler om kva forventningar partane har, informasjon om kva ein kan og ikkje kan tilby og å koma fram til felles mål i planlegginga vert sentralt. Det må tas avgjersler etter skjønn, der brukerane sine meiningar, forventningar, fag og jus vert teke med før avgjersler vert tekne. Samvalg er at beslutningar innan helse ikkje berre er ein faglig vurdering, men spørsmål om korleis ein vektlegg fordeler og ulemper mot kvarandre. Denne avveginga vert ulik frå brukar til brukar, derfor må brukaren sitt syn vektleggast når beslutningar skal tas.(Nortvedt et.al., 2012) I forhold til IP skriv Kjellevold(2013) at « Kravet må imidlertid være at tidsbruken styres av mottakerens behov og situasjon, og ikke av manglende prioritering eller ressursproblematikk frå tjenesteyternes side» Her vert det og presisert at planar må reviderast».

Utfordring er når brukerane i psykisk helse ikkje har lyst eller makte å delta eller ikkje har evne til å ta eigne val. For brukerar som ikkje har evne til å ta eigne val , vil respekten for den personlige integriteten også omfatte vern om brukaren sin sårbarhet (Kjellevold, 2005,St. mld. nr.26(1999-2000) Om brukar ikkje er istand til å medverka, skal pårørande ivareta brukarens interesser, etter brukar - og pasientrettighetslova. Når brukar ikkje sjølv er i stand til å ta beslutningar vert det spørsmål om i kva grad pårørande, på brukarens vegne, skal medbestemme når det gjeld gjennomføring av, og beslutningar om helsehjelp. (Kjellevold,2010) Brukarmedverknad er individuell tilpassing, å tilpassa grad av medverknad til brukaren og denne sin form. Å ha brukarstyring som mål for alle brukerane vil vera ufaglig og uforsvarlig og kan tolkas som ansvarsfråskriving (Humerfelt,2005). (jamfør 5.4, brukerane sine ressursar er ein føresetnad)

Det er rettslige rammer for pårørandeinvolvering. Personale har ansvar for å legge til rette forholda, slik at pårørande får oppfylt sine rettigheter og gjort bruk av sine ressursar (Bøckmann, Kjellevold, 2010)Funn viser at pårørande vert sett på som ein stor ressurs og er positive og interessert i å hjelpa. Informantane legg vekt på tidleg avklaring om dei kan samarbeida med pårørande og at det kan vera nyttig for brukar td. å ha pårørande med i samarbeidsmøter. Brukar får ikkje får så mykje spørsmål frå pårørande og pårørande får same informasjon som brukar, det fører til mindre «masing», seier informant. God praksis i arbeid med pårørande må bygge på helselovgivinga som regulerer verksemda, helsepersonalets, pasient og pårørande sine rettigheter og plikter. Praksis må byggas på kva som vert vurdert som faglig og etisk rett( Bøckmann, Kjellevold, 2010). Alle informantane la vekt på samarbeid med pårørande, men det kom også fram utfordringar med det. Personale la fram at pårørande er ein kjemperessurs å ha med i ei ansvarsgruppa eller i samarbeid, men det er ikkje alltid brukar vil. Personvern, forstått som den enkelte sitt vern om personlige opplysningar kan tale mot pårørandeinvolvering (Kjellevold,2010). Brukar si godkjenning er ein føresetnad. Funn viser utfordringar også med å ha pårørande med ; pårørande kan vera veldig styrande og ønskjer ofte meir for og ser kanskje eit større behov, enn brukar sjølv ønskjer. Personale må bruke sin faglighet og finne tiltak for å avhjelpe pårørande sine behov. Bøckmann og Kjellevold argumenterer for at personale bør arbeide kunnskapsbasert med brukaren sine pårørande (2010)

Funn viser at det er ulikt og i varierande grad dei ulike hjelpeinstansar klarer å samarbeide. Fleire informantar beskriv godt samarbeid og at «nærleiken» gjer at personale jobbar godt lokalt, i andre tilfelle er det meir parallelle løp enn samhandling. Funn viser at samarbeid kan auka kompetansen hjå hjelpar og forståinga av kva andre jobbar med. I samarbeid inngår kunnskap ein har som fagperson, evne til å etablera relasjonar, kommunikasjonsevne og merksemda på konteksten hjelpa vert gitt i. Rammene for samarbeid har personale ansvar for å legga til rette for, men hovudrolla i samarbeidet må brukaren ha (Karlsson, Oterholt, 2015)Det å samarbeida med brukar og andre yrkesgrupper om å lage gode og heilhetlige tenester, er ein viktig del av arbeidet i kommunen. Det å utvikle ein større grad av samanheng og heilhet i tenesta stiller krav til tilsette. Dei må ha faglig kompetanse i eige fag, vera orientert mot tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, samt ha klart og tydelig fokus på brukaren sine behov og ønskjer. Ein informant meiner at det å stå saman, å sjå samarbeid omkring brukaren for å sjå det meir heilhetlig, det er på veg framover og at brukar får meir påverknad. Karlsson og Oterholt(2015) seier at det å yte profesjonell hjelp er mangfaldig og samansett av ulike oppgåver som krev ulike former for kunnskap og som gis av ulike yrkesgrupper med ulik kompetanse til ulike tider. Tidlegare forsking(Borg, Karlsson, 2011) seier det er tid for verkeleg samarbeid og å jobbe innanfor eit samarbeidsbasert perspektiv, utvikle fellesarenaer der ulike stemmer og erfaringar har sin plass og pregar utviklinga. Behovet for å skriva etablerte kunnskaps – og praksistradisjonar på ny, der ikkje viten vert sett på som dei profesjonelle sin eigedom og der ikkje fagpersonen har definisjonsmakt.

Utfordring blir når samarbeidet er dårlig, når det ikkje er samhandling men parallelle løp og at det er vanskelig om brukar ikkje ønskjer at samarbeidspartnerar skal vera med i eit samarbeid, om det er viktig for å få eit heilhetlig og godt samarbeid omkring ein brukar. I brukarmedverknad er brukaren sin stemme viktig, og i samarbeid spelar ulike faktorar inn som kontekst, kommunikasjon, kunnskap og relasjon( Karlsson, Otrholt,2015). Om brukaren ikkje ønskjer enkelte samarbeidspartnerar med, må kommunikasjon og drøfting avsløre korleis ein kan gjera det utan at desse er med. Personale kan overvurdera behovet for at mange er med i samarbeidet, brukaren kan vektlegge få og tette kontaktar og behovet for trygghet. Koordinatorer i kommunen kan vera hjelperar som brukaren har ein relasjon til over tid og som han stoler på. Brukaren sin autonomi er viktig å ivareta og gjera ei faglig vurdering etter brukaren sine ønskjer vert viktig. Tidlegare forsking ( Borg, Karlsson, Kim, 2009) viser at personale i psykisk helsevern overvurderer brukaren sitt behov, samanlikna med kva brukerane sjølv seier, og at dette i slike tilfelle tyder på medisinsk paternalisme.

Utfordringane personale peikar på, kan ha samanheng med at retten til å medverka og å samarbeida forutset eit samspel og andre relasjonar enn dei tradisjonelle, mellom brukar og personale. Dette samspelet forpliktar personalet til å legge til rette for, og krev noko av personalet(Kjellevold,2005). Det krev at personale møter brukaren som autonom aktør i eige liv, ein som sjølv veit best for seg og som ønskjer samarbeid (Borg, Karlsson,2011)Brukarmedverknad kan vera ulik grad av medverknad (Christoffersen, 1992), tilpassa brukaren. Personale må i vurderinga bruke skjønn og ta omsyn til handlingsrom, det kan kjennest utfordrane. Det er uforsvarlig å ha mål om brukarstyring for alle (Humerfelt, 2005), og fokus må vera på kva form medverknaden skal ha og korleis den skal gjennomførast( Jamtvedt, Wammen Nordtvedt,2015)

5.6 Gyldighet av funn.

Her vert gyldighet av funn presentert på bakgrunn av styrker og svakheter ved metoden som er valt. Studien har hatt vekt på å ivareta Validitet og Reliabilitet som beskrevet i 3.6.

Å intervjue brukerar om dette og hatt eit brukarperspektiv, hadde vert eit positivt alternativ i denne studien, eller intervjua begge parter og samanlikna. Eg har valt å intervjue personale , då eg trur personale må legge til rette og inkludera brukerane, om det skal verta praktisert. Tidsramma for oppgåva hadde gjort det vanskelig å få til å intervjue begge parter.

Intervjuguiden var laga med sikte på at informantane skulle snakka mest mogleg fritt og utan å verta påverka av intervjuaren. Det kan vera skilnad på korleis ein seier ein gjer ting og korleis ein faktisk gjer det, kontrolleffekt, men intervjusituasjonen gav inntrykk av oppriktighet og engasjement. Observasjon som metode kunne gitt korrektiv på det, og ein kombinasjon av observasjon og intervju hadde vert optimalt her, men tidsaspektet gav ikkje rom for det. Informantane gav fyldige svar og gav eit rikt materiale av intervjua. Utvalet i studien var vidt, med omsyn til alder og erfaring og begge kjønn var representert. Intervjuguiden gav rom for variasjon i svara.

Analyseprosessen gav utfordring fordi materialet var rikt. Min forforståing og erfaring kan ha påverka mine val av tema, av meiningsberande einingar osv. Det var vanskelig å velja ut og sortera og oppgåva endra seg litt fram og tilbake i analyseprosessen. Kvaliteten på analysen vert auka av at rettleiaren min las gjennom nokon av intervjua og det i rettleiing vart diskutert omkring val av tema, og val av kategoriar. Det aukar reliabiliteten og validiteten i analysen.

Her er resultatet drøfta, samt metoden ved gyldighet av funn og i neste kapittel kjem konklusjonen, studiens betyding for praksis og implikasjonar for forsking.

1. KONKLUSJON.

6.1 Konklusjon

Formålet med studien var å finne ut om tilsette i psykisk helse i kommunane ivaretek brukarmedverknad og samarbeider omkring brukarane td. i.f.t Individuell Plan. Til å svare på problemstillinga; «Korleis vurderer tilsette i psykisk helseteneste i kommunen at brukarmedverknad vert ivareteke i arbeidet?», vart forskingsspørsmåla brukt;

\* Korleis involverer personale brukerane i deira hjelpe-eller behandlingstilbod? \* Kva utfordringer møter personale?

Studia viser at personale involverer brukerane i deira hjelpe- eller behandlingstilbod i kommunen i forhold til søknadsprosessen, haldningar, samtalen, Individuell Plan og samtykke, for å ivareta brukarmedverknad i arbeidet.

Hovudfunn var ;

Informantane framheva at respekt for brukaren styrkjer brukarmedverknad, samt haldningar og konteksten omkring kontakten med brukar. Studia viser at personale ut frå eit humanistisk grunnsyn , der td. respekt vert vektlagt, gir gode forhold for at brukarane skal kunne få delta i sine eigne liv, praktisering av brukarmedverknad, samvalg og recovery. Personale møter ulike utfordringar og mykje kan tyde på at desse har samanheng med at brukarmedverknad krev eit humanistisk menneskesyn og at brukarstyring som mål for alle brukerane kan bli ansvarsfråskrivelse. Dette vert støtta av teori og tidlegare forsking.

Ulik praksis for søknad om IP og opplæring av koordinatorer i ulike kommunar hadde innverkar på grad av brukarinvolvering. Mykje kan tyde på at organiseringa av tenester har innverknad på praktisering av brukarmedverknad. Tidlegare forsking vektlegg at det er viktig at brukerane får delta der beslutningane vert fatta.

Andre funn viser reflekterte personale, der konteksten i psykisk helsearbeid i kommunane gir anledning til å gjennomføre samarbeide om IP, bygga relasjonar, informera, ha vekt på kommunikasjon og eit bevisst forhold til kontekst og individuell oppfølging. Dette samsvarer med teori og tidlegare forsking. Arbeidet i kommunen er god arena for recoveryarbeid, ved at nettverk og sosiale arenaer finst der, og funn viser at mange av forutsetningane for samarbeid vert vektlagt. Mykje kan tyde på at teieplikta ikkje nødvendigvis hindrar samarbeid med pårørande eller anna helsepersonell om samtykke er innhenta. Utfordringa vert om det ikkje er samtalt om og avklart. Utfordringane personale peikar på, kan ha samanheng med at retten til å medverka og å samarbeida forutset eit samspel og andre relasjonar enn dei tradisjonelle, mellom brukar og personale. Dette samspelet forpliktar personalet til å legge til rette for, og krev av personalet møter brukaren i eit subjekt – subjekt forhold og ser på brukaren som ein autonom aktør i eige liv.

Brukaren i sentrum er ikkje det personale trur er det beste for brukaren, men å høyra brukaren sei kva som er det beste for seg.

6.2 Studiens betyding for praksis

Eit viktig funn er ulik organisering av søknad om IP og ulik praksis for opplæring. At kommunane har løyst det ulikt og at det får ulik verknad på grad av brukarmedverknad. Ein rimelig konklusjon er at grad av brukarmedverknad vert påverka av organisering, og at det gir føringar i arbeidet.

6.3 Implikasjonar for forsking

Litteratursøk gav få treff på studiar om brukarmedverknad i psykisk helsearbeid i kommunen. Dette tyder på eit behov for meir forsking på psykisk helsearbeid i kommunen. Det å intervjue brukerar om brukarmedverknad og hatt eit brukarperspektiv, eller intervjua personale og brukerar og samanlikna resultatet, kunne vert forska meir på.

Litteraturliste

Andreassen, T.,A. (2005) *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og*

 *andre medvirkningsprosesser*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag. 2.opplag

Almvik, A., Borge,L.(red)2006) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen.

 Fagbokforlaget.3.opplag

Askheim, O.,P., Starrin, B.,(red) (2007) *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal

 Norsk Forlag.

Barbosa Da Silva, A.(2000) *Etikk i helsetjenesten*. Stavanger, Misjonshøgskolens forlag.

Barbosa da Silva, A.(2006) *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*.

 ( 4. opplag, 2012) Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Biong,S.,(red),Landheim, A., Wiig, F.L., Brendbekken, M., Brodahl, M., (2016) *Et bedre*

 *liv. Historier, erfaringer og forsking om recovery ved rusmiddelmisbruk og*

 *psykiske Helseproblemer*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Biong, S., Borg,M. (2016) Kva handler Recovery om? *I S. Biong* *Et bedre liv.*

 *Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og*

 *psykiske Helseproblemer*.( s18-30). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Borg.M., Karlsson, B. og Kim, H.S. (2009)*«User involvement in community mental health services-principles and practices*» Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16, 285-292.

Borg, M., Karlsson, B. (2011) *Recovery – og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter»* I Tidsskrift for psykisk helsearbeid.Vol.8, Nr. 4, 2011.

Brinchmann, B. S. (red.)( 2012) *Etikk i sykepleien*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

 3.utgave.

Buber, M.,(1992) *Jeg og du*. Oslo. Cappelen.

Bøckmann,K., Kjellevold,A.,(2010)*Pårørende i helsetjenesten-en klinisk og juridisk*

 *innføring. Bergen.* Fagbokforlaget.

Bøe, T., D., Thomassen, A.,(2007) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk,*

 *relasjoner og Nettverk*. Oslo. Universitetsforlaget.3.opplag.

Christoffersen,H.(1992) *Borgeren og de offentlige serviceydelser*, AKF. Nytt nr.5.

 Amternes og Kommunernes Forskningsinstitutt. København, AKF Forlaget.

Ekeland,T., J., Heggen, K.,(red.)(2007) *Meistring og myndiggjering. Reform eller*

 *retorikk?*  Oslo. Gyldendal Norsk Forlag. (3. opplag)

Hansen, H.,(red), Humerfelt, K., Kjellevold, A., Norheim, A., Sommerseth, R., (2010)

 *Faglig skjønn og brukermedvirkning*. Bergen. Fagbokforlaget.

Hansen,H.,Humerfelt,K., Kjellevold,A., Norheim,A.,Sommerseth,R.(2010) Faglig skjønn i

 utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I H. Hansen (red). *Faglig*

 *skjønn og Brukermedvirkning. (s.21-50)* Bergen.Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet(2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hoffmann,T.,Bennett,S., Del Mar.,C. (2010) *Evidence- based practice across the health*

 *Professions*. Chatswood. Elsevier.

Humerfelt,K.,(2010) Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. I H.

 Hansen (red). *Faglig skjønn og Brukermedvirkning. (s.131-150)* Bergen.

 Fagbokforlaget.

Humerfelt, K.,(2005) Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord

 med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen: *Brukernes medvirkning! Kvalitet*

 *og legitimitet i velferdstjenestene*. (s15-34). Oslo. Universitetsforlaget.

Jamtvedt, G., Wammen Nordtvedt, M., (2015) *« Brukermedvirkning i sykepleie. Spørsmålet er ikke om pasienter skal medvirke, det er heller hvilken form en slik medvirkning skal ha og hvordan den skal gjennomføres»* Sykepleien forsking 02/15, s 188-192.

Karlsson, B., Borg ,M. (2013*) Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og*

 *praksiser*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Karlsson, B., Oterholt, F. (2015) *Profesjonell Hjelp- en introduksjon til helse-, sosial- og*

 *velferdsfaglig arbeid*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Kjellevold,A., (2005) Hensynet til brukeren: Idealet om brukerorientering i helse – og

 Sosialtjenesten. I E. Willumsen, *Brukernes medvirkning! Kvalitet og*

 *Legitimitet i velferdstjenestene*.(s49-74). Oslo. Universitetsforlaget.

Kjellevold, A., (2010) Pårørendeinvolvering i helsetjenesten-rettsanvendelsesskjønn og

 faglig skjønn. I H. Hansen (red). *Faglig skjønn og Brukermedvirkning. (s51-*

 *78)* Bergen. Fagbokforlaget.

Kjellevold, A., (2013) *Retten til individuell plan og koordinator*. Bergen. 4.utgåve, 2013.

 Fagbokforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utgave)Oslo.

 Gyldendal Norsk Forlag.

Landheim,A., Biong, S.(2016) *Recovery sett fra brukerne,fagfolk og forskning.* Innleiing

 *I S. Biong* *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved*

 *rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*.( s13.17). Oslo. Gyldendal

 NorskForlag.

Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*. Oslo.

 Universitetsforlaget, 3.utgave

Myklebust, K. K., Bjørkly, S., (2011) *« Selvpsykologiske tilnærminger til utfordringer i brukermedvirkningsrelasjoner – en kvalitativ studie blant psykiske helsearbeidere*»

Nortvedt,M.,W.,Jamtvedt,G.,Graverholt,B., Nordheim,L.,V.,Reinar,L.,M. (2012)*Jobb*

 *Kunnskapsbasert*. En arbeidsbok.(2.utgave)(5. opplag, 2014) Oslo. Akribe.

NOU 2004 :18, Helhet og plan i sosial – og helsetjenestene.

Odland,L.,H., (2012) *Menneskesyn.* I Brinkmann (red)Etikk i sykepleien.(s23-42) Oslo.

 Gyldendal Norsk Forlag.

Rønning, R., Solheim, L., J. (2012) *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i*

 *velferds- sektoren*.(7.opplag) Oslo. Gyldendal Norsk forlag.

Sanna, S., H., Granerud, A., (2009) « Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmense- En kvalitativ studie om erfaringer frå psykisk helsearbeid i førstelinjetjenesten, sett frå et personalperspektiv».

Sosial – og helsedirektoratet 2006:»Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.» Veileder. IS-1332.

St.meld.nr.16 ( 2010-2011)Melding til Stortinget. *Nasjonal Helse- og Omsorgsplan* (2011-2015) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld.nr.26 (1999-2000) *Om verdiar for den norske helsetenesta*. Oslo : Sosial- og helsedeparte mentet.

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

Storm, M., Edwards, A. (2013) *«Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intention and Implentation Challenges*»

Storm, M.(2009) *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo. Gyldendal Norsk

 Forlag.

Syse, A.,(red. (2014) *Norges lover. Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2014-2015.*

 *Oslo.* Gyldendal Juridisk.

Thagaard, T.(2013)Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ

 metode.(4.utgave) Bergen. Fagbokforlaget

Thornquist, E. ( 2012) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. (5.opplag)

 Bergen, Fagbokforlaget.

Vold Hansen, G., Ramsdal, H., (2015) *«Brukermedvirkning og samarbeid – vanskelige mål å kombinere?*» I Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Nr.3, 2015. Universitetsforlaget.

Willumsen, E. (red)(2005) *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i*

 *velferdstjenestene*. Oslo. Universitetsforlaget.

 Vedlegg 1.

 INTERVJUGUIDE.

Ønsket er at informantane snakkar mest mogleg fritt om brukarmedverknad og td. samhandling rundt Individuell plan.

1. Brukarmedverknad i psykisk helse i kommunehelsetenesta - på kva måte vert det praktisert? ( Flott med eksempel)
2. Korleis vert brukaren involvert i beslutningsprosessar i forhold til sin eigen situasjon og over planlegginga av tenestetilbodet, td. individuelle planar. (Flott med eksempel)
3. Korleis involverer ein brukerane og kva utfordringar møter ein då? Korleis involverer ein pårørande? Kva utfordringar kan ein møte då?
4. Korleis har ein valt å organiseringa tenesta for å involvera brukaren i praksis?
5. Korleis klarer ein å samordne brukaren og personale sin kunnskap og søkje etter felles forståing og løysning? Korleis samhandlar ulike tenesteområde i.f.t brukaren? Er det utfordringar med det?
6. Kva styrkjer brukarmedverknad i arbeidet i psykisk helseteneste i kommunen? Kva hindringar møter ein i forhold til brukarmedverknad når ein arbeider i psykisk helseteneste i kommunen?

 Vedlegg 3

 Forespørsel om deltaking i forskingsprosjekt.

 ***”Korleis sikrar personale i psykisk helseteneste i kommunane at brukarmedverknad vert ivareteke? Korleis involverer ein brukarane? Kva utfordringar møter ein då?”***

# Bakgrunn.

Studien er ei masteroppgåva i Master i Helsevitenskap, med spesialisering i Psykisk helsearbeid, ved Universitetet i Stavanger.

**Hensikt.**

Hensikta med studien er å undersøke om tilsette i dei psykiske helsetenestane i kommunane klarer å ivareta brukarmedverknad og samhandlar rundt brukarane i klinisk praksis td. i arbeidet med Individuell Plan. Klarer tilsette å samarbeide med brukerane og anna personale og arbeide mot felles mål.

**Problemstillinga.**

Problemstillinga er ; Korleis sikrar personale i psykisk helseteneste i kommunane at brukarmedverknad vert ivareteke? Korleis involverer ein brukarane? Kva utfordringar møter ein då?

Brukarmedverknad er i oppgåva meint å handle om det enkelte menneske sin rett til å vera involvert i eigen behandling og oppfølging frå helsetenesta, spissa mot samhandling mellom personale i kommunen om oppfølging av brukar og brukar si rolle og medverknad i dette.

**Kvifor vert du spurt?**

Studien vil ha informantar frå 2 kommunar. Eg ønskjer å intervjue tilsette som arbeider med vaksne i psykisk helseteneste i kommunane og tilsette ved bestillarkontor som deltek i tildeling av tenester. Inklusjonskriterie er høgskuleutdanning og minimum 1 års praksis. Frå informantane som melder seg, vil det bli trekt tilfeldig, for slik å få eit tilfeldig utval.

# Kva inneber det for deg å delta i studia?

Studien har ein kvalitativ metode og innsamling av data vil skje med bruk av intervju. Intervjua er berekna å ta ca. 1 time. Spørsmåla vil omhandle ulike sider ved brukarmedverknad i arbeidet i dei psykiske helsetenestane. Under intervjuet vil det nyttast lydopptak om det vert samtykka til, om ikkje det er ønskjeleg vil det nyttast feltnotater.

**Kva skjer med informasjonen om deg?**

Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt. Namn etc. vil ikkje vera på opptaket. Arbeidet med oppgåva skal etter planen avsluttast i 2016 og opptaka vil bli makulert etter at studien er avslutta. I arbeidsperioden vil opptak og intervju bli oppbevart forsvarlig, etter kriterier for oppbevaring av data. Intervjua vil i analysen bli utsett for tekstkondensering. Det vert student og veiledar som har tilgang til å lesa intervjua. Intervjutranskripsjonane skal vera anonymisert, dvs. utan namn og andre kjenneteikn. Deltakarar vil ikkje kunne kjennas att i publikasjonar.

**Frivillig deltaking.**Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke utan å måtte opplyse om nokon grunn.

Dersom du ønskjer å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Astri Jonassen Vaage, mail adressa astri.jonassenvaage@suldal.kommune.no eller tlf.nr. 47760507. Veiledar for oppgåva er førsteamanuensis Marianne Storm, Universitetet i Stavanger tlf. nr. 51834158.

Studien er meldt til Personvernombudet for forsking, Norsk samfunnsvitenskapelig datateneste AS.

**Samtykke til deltaking i studien**

Eg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltakar, dato)

Fig. 1; Eks. og utdrag på analyseprosessen Vedlegg 5

Foreløbige tema Meiningsberande eining Kodegruppe Subkategoriar Kategori

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Individuell plan,samarbeid kunnskap /Faglig skjønn, Haldningar/relasjon, samtale/kommunikasjon  | 1;Kartleggingssamtale er i heimane, dei er på sin arena. 5; Kva vil brukaren? | Søknad om tenester | Å tildela tenester | Tildeling av tenester- kven legg fram saka? |
|  | 3; I KE får dei koma og legga fram saka si sjølv 5; Fagperson løftar opp saka, etter godkjenning frå brukar. |  | Kven legg fram saka –brukar eller fagperson |  « |
|  | 5;Me har laga eit opplæringshefte. 1;Koordinatorsamlingar  |  | Fagdagar versus opplæringshefte |  « |
|  | 2;Eg informerer dei om tilbodet. 6;Brukarmedverknad i samtale er å spørja; Er dette nyttig for deg? | Samtaler- motiverande og støttande samtaler | «Er dette nyttig for deg» | «Er dette nyttig for deg?» |
|  | 7;Respekt for den me skal hjelpa. |  |  Hjelparane sine haldningar og verdiar | Respekt for den me skal hjelpa  |
|  | 4;Samtykke kan spesifiserast | Samarbeid krev samtykke | Samtykket kan spesifiserast | Samtykke |
|  | 3;.Kva er målet? Kva ønskjer ein å oppnå?Kva ønskjer brukar å jobba med? Kva treng han hjelp til? | Individuell Plan | Brukerane sine ressursar, ein føresetnad | Helsepersonell sin rolle-«fungera som los» |
|  | 1;Pårørande ønskjer ofte meir for sine enn brukar sjølv. |   | «Pårørande kan vera ein stor ressurs» |  « |
|  | 1;å stå saman, å sjå samarbeid omkring brukaren for å sjå det meir heilhetlig, det er på veg framover.6; nokon gonger er det meir parallelle løp enn samhandling. |  | «Samhandling eller parallelle løp?» |  « |
|  | 3;Involverer brukaren; Skal me lage IP, må me gjera det saman med brukar. |  | «IP er brukar sin plan» |  « |