

Brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern

En diskursanalyse av fokusgruppeintervju med miljøterapeuter

Maya Aslaksen



Masteroppgave Institutt for helse og samfunn

UNIVERSITETET I OSLO

06.11.2017

Brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern

En diskursanalyse av fokusgruppeintervju med miljøterapeuter

© Maya Aslaksen

2017

Brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern

Maya Aslaksen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formål

Masteroppgaven består av en forskningsartikkel og en kappe basert på en kvalitativ studie av forståelser av brukermedvirkning, innenfor tvunget psykisk helsevern. Brukermedvirkning er en lovfestet rett og et grunnprinsipp i faglige retningslinjer for behandling, av personer med psykisk helseproblemer. Tidligere studier viser at brukermedvirkning er et flertydig begrep. Hensikten med studien er å tydeliggjøre hva miljøterapeuter legger i begrepet brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern, samt hvilke diskurser som viser seg når de snakker om dette.

Teoretisk forankring

Diskursteori inspirert av Laclau og Mouffe er utgangspunkt for analysene. Teori om makt ved Michel Foucault ble benyttet til å belyse maktaspekter ved hjelperelasjonen. Annemarie Mols teorier om valglogikk og omsorgslogikk ble benyttet for å belyse funnenes implikasjoner.

Metode

Studien er basert på kvalitativ og eksplorativ forskningsmetode. Det ble benyttet fokusgruppeintervju for å innhente data, og deretter ble det gjort en diskursanalyse av de transkriberte tekstene.

Resultater

Funnene viser at informantene snakker innenfor en «diskurs om borgerrettigheter» og en «diskurs om terapi». Innenfor borgerrettighetsdiskursen ble brukermedvirkning beskrevet som pasientens rett til å kunne ta egne valg i behandlingen. Begrepet knyttes da til et ideal om autonomi, med et premiss om rasjonalitet. Informantene ilegger et slikt begrep liten relevans innenfor tvungent psykisk helsevern. Innenfor terapidiskursen beskrives medvirkning som pasientens deltakelse i egen behandling. Medvirkningen knyttes til et ideal om god behandling, der den terapeutiske betydningen av å medvirke vektlegges.

Konklusjon

Studien viser at det innenfor rammen av tvungent psykisk helsevern eksisterer svært ulike forståelsesrammer for et begrep, som både i helsepolitiske dokumenter og faglige retningslinjer, fremholdes som en grunnpilar i behandling av psykiske helseproblemer.

Abstract

Purpose

The Master's thesis consists of a papers article and a cloak based on a qualitative study of understanding of user involvement, within involuntary mental health care. User involvement is a statutory right, and a basic principle in professional guidelines for treatment. However, earlier studies show that user involvement is an ambiguous term. The purpose of the study is to examine how milieu therapist's talk about the concept of user involvement, in involuntary mental health care, and which discourses that emerge when they talk about this.

Literature Framework

For the analyses, I used Laclau and Mouffe's discourse theory. Michel Foucault's theories on power were used to illuminate power issues. I also used Annemarie Mol's theories of the «Logic of Care» and the «Logic of Choice» to discuss the implications of my findings.

Method

The study had a qualitative design, with focus group interviews. Two different focus groups were set up in two hospitals within the Regional Health Authority of "Helse Sør -Øst". Each group participated in two interviews. The interviews were transcribed, and analyzed using a discourse analytical approach.

Results

The analysis of the material shows that the way in which the informants talk about user participation is framed by a "Discourse on Citizen Rights" and a "Discourse on Therapy". When speaking within a Discourse on Citizen Rights, user participation is described as the patient's right to make his or her own choices regarding the treatment. The concept is linked to autonomy and a premise of rationality. The informants describe such a notion as having limited relevance for involuntary mental health care. Within a Discourse on Therapy, user participation is described as the patient participating in the treatment. It is linked to the value of good treatment, and the therapeutic importance of participation is emphasized.

Conclusion

This study reveals that there are contradictory understandings of a term that appears in health policy documents as a pillar in treatment of mental health problems.

Forord

Dette masterstudiet har vært en reise bestående av engasjerte og inspirerende forelesere og medstudenter, spennende emner og gode diskusjoner. Og jeg har fått flere nye briller å se verden med. Kanskje har jeg også blitt mer bevisst hvilke briller jeg bruker.

Takk til miljøterapeutene, mine informanter, som stilte på fokusgruppeintervju og delte raust av egne tanker og refleksjoner!

Min arbeidsgiver, Anne-Mari Bakøy, har tilrettelagt for at jeg kunne studere deltid med en redusert stilling, og derved ta denne masteren ved siden av jobb.

Mine venner Ingrid, Carina og Lars har alle vært viktige for meg i arbeidet med oppgaven, i bidrag med diskusjoner og kritiske innspill, i ulike stadier av dette arbeidet.

Gina Fraas Henrichsen har vært en engasjert og hjelpsom veileder, som har bidratt utover rollen som veileder, som moderator i mine forskningsintervju, og som en viktig diskusjonspartner.

Biveileder Eivind Engebretsen har en særegen evne til å stille gode spørsmål som både inspirerer, og får en videre i prosessen. Takk til dere!

Maya Aslaksen, Oslo, 06.11.2017

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Studiens hensikt	3
1.3	Problemstilling	3
1.4	Masteroppgavens oppbygning	4
1.5	Begrepsavklaring	4
2	Brukermedvirkning	5
2.1	Ulike motiver	5
2.2	Beslektede begreper	7
2.3	Forskning på brukermedvirkning	8
2.3.1	Søkestrategi	8
2.3.2	Tidligere forskning	9
2.3.3	Oppsummering	10
3	Kontekst	12
3.1	Psykiatrisk avdeling	12
3.2	Tvungent psykisk helsevern	13
3.3	Pasientene	13
4	Teori.....	15
4.1	Teoretisk rammeverk	15
4.2	“Logic of Care”	15
4.2.1	«Valglogikk»	16
4.2.2	“Omsorgslogikk”	16
4.2.3	Møls omsorgsbegrep	17
4.3	Perspektiver på makt	17
4.3.1	Gouvernementalitet	17
4.3.2	Definisjonsmakt.....	18
5	Vitenskapsteori og metode.....	19
5.1	Sosialkonstruktivisme.....	19
5.2	Forskeren	20
5.3	Fokusgruppeintervju	21

5.4	Utvalg og rekruttering	21
5.5	Intervjuguide.....	22
5.6	Gjennomføring.....	22
5.6.1	Intervjurunde en	22
5.6.2	Intervjurunde to	23
5.6.3	Transkribering	24
5.7	Diskursanalyse.....	24
5.7.1	Diskursteori	26
5.8	Analyseprosessen.....	28
5.9	Etiske refleksjoner	28
5.9.1	Ivaretagelse av etiske spørsmål	29
5.10	Reliabilitet og validitet	30
6	Funn.....	32
6.1	Borgerrettighetsdiskurs.....	32
6.1.1	Miljøterapeuten som fasilitator.....	32
6.1.2	Pasienten.....	33
6.1.3	Relasjon mellom pasient og miljøterapeut	34
6.1.4	Brukermedvirkning eller «bedre tilrettelagt tvang»	34
6.2	Terapidiskurs	35
6.2.1	Miljøterapeut	35
6.2.2	Pasienten.....	36
6.2.3	Relasjonen mellom pasient og miljøterapeut.....	37
6.2.4	Omsorg som samlende begrep.....	37
7	Diskusjon.....	39
7.1	Brukermedvirkning i lys av Mols valglogikk.....	39
7.2	Brukermedvirkning i lys av Mols omsorgslogikk	40
7.3	Brukermedvirkning som forskyvning av makt?	41
7.3.1	Makt og terapidiskursen	41
7.3.2	Makt og borgerrettighetsdiskursen	43
7.4	Definisjonsmakt.....	44
7.5	Avslutning og konklusjon.....	45

7.5.1	Konklusjon	45
Litteraturliste.....	47
Vedlegg	57

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Fra juli 2017 endres psykisk helsevernloven, blant annet i den hensikt å styrke pasienters selvbestemmelsesrett (LOVDATA, 2017, §1-1). I denne forbindelse har det oppstått en diskusjon om balansen mellom den enkeltes selvbestemmelsesrett, og samfunnets etiske ansvar for å yte hjelp til mennesker, når man ikke er i stand til å ivareta seg selv (Psykologforeningen, 2012).

Det har de siste årene vært stadig mer fokus på reduksjon av tvang innenfor psykisk helsevern. I 2012 lanserte Helse- og Omsorgsdepartementet «Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)». Denne har som følgende visjon:

«De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv, og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov.» (Helse - og omsorgsdepartementet, 2012, s. 6)

Data fra Norsk pasientregister viser at om lag 1500 pasienter i 2014 ble behandlet under tvunget psykisk helsevern (heretter TPH). Av alle oppholdsdøgn i psykisk helsevern for voksne var i underkant av 1/3 basert på et vedtak om tilbakeholdelse for tvungen observasjon, og/eller TPH (Helsedirektoratet, 2016a). Det er altså en relativt stor gruppe mennesker, som årlig mottar behandling under TPH.

Retten til brukermedvirkning er slått fast i helselovgivningen¹, og er et sentralt prinsipp i nasjonale faglige veiledere og retningslinjer². Er man innlagt under TPH har man ifølge

¹ Pasient – og brukerrettighetsloven (LOVDATA, 2001), Psykisk helsevernloven (LOVDATA, 1999), Spesialisthelsetjenesteloven (LOVDATA, 1999), Helseforetaksloven (LOVDATA, 2001) og Internkontrollforskriften (LOVDATA, 1996) er de lovtekstene som regulerer retten til medvirkning i spesialisthelsetjenesten.

² Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser (Helsedirektoratet, 2012) og Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013), Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014).

pasientrettighetslovens medvirkningsregler rett til informasjon og innflytelse over behandlingssituasjonen, så langt det lar seg gjøre. Medvirkningen begrenses da av de forholdene som er påvirket av psykisk helsevernlov (Sosial og Helsedirektoratet, 2006).

Flere forskere har stilt spørsmål ved om begrepet brukermedvirkning med sine positive konnotasjoner kan komme til å virke tilslørende på reelle maktforhold og derved gjøre pasienter mer avmektige (Ørstavik, 2008; Engebretsen & Haldar, 2010; Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012; Juritzen, 2013; Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide, 2015). Dette kan foregå både ved at makten blir mer skjult og ved at premissene brukermedvirkning bygger på, kan komme til å marginalisere ytringsbehov som ikke er opplagt rasjonelle (Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012).

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) «Åpenhet og helhet» og Opptrappingsplanen for psykisk helse (1997-1998) er de politiske styringsdokumentene som først for alvor satte brukermedvirkning på dagsorden innenfor psykisk helse. I Opptrappingsplanen beskrives brukermedvirkning som 1) *et virkemiddel for å øke behandlingstilbudets treffsikkerhet i arbeidet med den enkelte pasient*, og som 2) *et terapeutisk virkemiddel for å gi brukeren en mer aktiv rolle i egen behandling, og derigjennom styrke brukerens mestringsevne, selvtillit og bedringsprosess* (Sosial og Helsedirektoratet, 2006).

I forlengelse av Opptrappingsplanen ble det utarbeidet en plan for brukermedvirkning med mål, anbefalinger og tiltak (Sosial -og Helsedirektoratet, 2006). Her vektlegges det at brukererfaring og fagkunnskap må være likeverdige grunnpilarer i spesialisthelsetjenestene (Ibid.). I planen defineres brukermedvirkning på individnivå som følger:

«(..) den som benytter seg av et tjenestetilbud får innflytelse i forhold til dette tilbudet. Det betyr at vedkommende medvirker i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til en hver tid måtte være tilgjengelige, noe som igjen vil innebære større autonomi, myndighet og kontroll over eget liv. (..)» (Sosial – og Helsedirektoratet, 2006, s. 8)

Medvirkningen knyttes her henholdsvis til *valg, utforming og anvendelse* av tilgjengelige tilbud, og det skal lede til større autonomi og kontroll over eget liv.

På psykiatrisk avdeling er det miljøterapeutene som er tettest på pasientene i det daglige liv. Hvordan pasienter på psykiatrisk avdeling kan medvirke i egen behandling kan være preget

av både hva slags forståelser miljøterapeutene har av begrepet, og av hvilke oppfatninger pasienten har (Anthony & Crawford, 2000).

Miljøterapi i psykisk helsevern handler om det arbeidet som gjøres på avdelingen for å bidra til pasientens bedring (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015). Et behandlingssteds felles ideer om hva som bidrar til bedring, vil påvirke hva miljøterapien inneholder, og hvordan miljøterapeutene håndterer ulike situasjoner som oppstår (Ibid.s.199). Miljøterapeutenes forståelser av hva brukervedvirkning handler om, og av hva som er god behandling, vil derfor kunne påvirke det miljøterapeutiske arbeidet.

Samtidig som brukervedvirkning blir fremhevet som et sentralt prinsipp i politiske styringsdokumenter, har flere forskere tematisert at brukervedvirkning er et kontekstavhengig begrep med ulikt ideologisk innhold (Anthony & Crawford, 2000; Ørstavik, 2002; Humerfelt, 2005; Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012; Jensen & Tronvøl, 2012; Solbjør, Rise, Westerlund & Steinsbekk, 2013).

På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke hvordan miljøterapeuter tenker om pasientens mulighet for å medvirke i egen behandling, og hva slags forståelser av brukervedvirkning som ligger til grunn.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å bidra med kunnskap om ulike forståelser av brukervedvirkning i tvungent psykisk helsevern. Herigjennom er det et formål å bidra til diskusjon og refleksjon rundt hvilke implikasjoner ulike forståelser kan ha.

1.3 Problemstilling

Hva legger miljøterapeuter i begrepet brukervedvirkning i tvungent psykisk helsevern?
Hvilke diskurser kommer til syne når miljøterapeuter snakker om brukervedvirkning i tvungent psykisk helsevern?

1.4 Masteroppgavens oppbygning

Studien presenteres gjennom en forskningartikkel (vedlegg) og en kappe. Studiens hovedfunn presenteres i forskningartikkelen. I kappen redegjøres det ytterligere for studiens kontekst og teoretisk forankring. Det er også en bredere diskusjon av studiens implikasjoner, enn hva det var plass til i forskningartikkelen.

1.5 Begrepsavklaring

Miljøterapeuter:

Forutsetningene for å delta i studien var at man hadde en treårig helsefaglig utdanning, og at man jobbet som primærkontakt på en psykiatrisk avdeling med tvunget psykisk helsevern. Deltakerne var enten sykepleiere eller vernepleiere, de fleste med videreutdanning i psykisk helsearbeid. De var ansatt som miljøterapeuter og vil omtales som det i oppgaven.

Tvungent psykisk helsevern (TPH):

Begrepet refererer til undersøkelse og behandling som gis uten pasientens samtykke, her på døgnavdeling.

2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er det begrepet som er mest etablert når vi snakker om samhandling innenfor helsevesenet (Westerlund, 2012). Det er et mangetydig og kontekstavhengig begrep med røtter i ulike motiv. I praksis kan brukermedvirkning for eksempel bety: å motta tilstrekkelig og tilpasset informasjon, delta i å ta valg knyttet til behandlingen eller å delta aktivt i behandlingsaktiviteter. Grad av medvirkning kan variere fra å passivt forholde seg til informasjon, til å ta beslutninger knyttet til behandlingen. Ofte vil brukermedvirkning involvere pasientens pårørende eller andre nære personer (Anthony & Crawford, 2000).

2.1 Ulike motiver

Det er ulike motiver som kan ligge til grunn når ulike parter snakker om brukermedvirkning. Med utgangspunkt i teori av Sunniva Ørstavik, vil jeg nå presentere vanlige motiv for brukermedvirkning. Ørstavik er utdannet sosiolog, og var generalsekretær i Rådet for psykisk helse gjennom flere år. Jeg mener motivene hun trekker frem danner et relevant bakteppe for å forstå hvordan begrepet kan oppfattes.

Motiver for brukermedvirkning som Ørstavik trekker frem er: 1) *medmenneskelig*; det å være med å bestemme er viktig for menneskeverdet, 2) *demokratisk*, rett til å medvirke i beslutninger som angår en selv, 3) *effektivitet*; de som benytter seg av helsetjenestene vet hva behovet er, 4) *økonomi*; en mer effektiv helsetjeneste er mer økonomisk, og aktive pasienter er billigere enn passive, 5) *terapeutisk*; medvirkning gir medisinske og rehabiliteringsmessige virkninger 6) *moralske*; bygger på idéen om at det gode menneske klarer seg selv uten å legge ansvaret på andre, 7) *pedagogisk*; mulighet for å lære samfunnsdeltakelse på nytt gjennom medvirkning, og til sist 8) *profesjonsargumentet*; handler om at man som fagperson kommer til kort ovenfor pasientens kunnskap, og man må derfor ta i bruk pasientens perspektiv for å kunne gi god behandling. I debatten omkring brukermedvirkning kan det også skimtes at profesjonsargumentet kan brukes på en slik måte at man som behandler kommer til å skyve ansvaret over på brukeren (Ørstavik, 2002, s.146).

Motivene over kan knyttes til ulike politiske og kulturelle tendenser, som har fått betydning på ulike tidspunkt. Brukermedvirkning har nær tilknytning til Empowerment-begrepet som oppstod i USA i 1960-årene. Empowerment var da knyttet til marginaliserte gruppers kamp

for like rettigheter som borgere til å delta i viktige avgjørelser (Thesen & Malterud, 2001). Således bygger brukermedvirkning på idéer som er nært tilknyttet demokratiseringsidealer. 1980-årenes fokus på modernisering kom også til å få betydning for hvordan man anså relevansen av brukermedvirkning. Tilbakemeldinger fra brukere ble viktige for å sikre effektivisering og forbedring av tjenester innen all offentlig forvaltning (Jensen, 2012). Dette skiftet baserte seg på tanken om at tjenestene gjennom brukermedvirkning ville bli mer tilpasset den enkeltes behov (Ørstavik 2002; Nytingnes, 2004).

Den såkalte «Arbeidslinja» var en sosialpolitisk trend på 90-tallet, som ble en inspirasjonskilde for brukermedvirkningsbegrepet (Ørstavik, 2002). «Arbeidslinja» forbindes med et aktivitetsideal, der man ønsker at brukere av velferdstjenester er aktive deltakere, fremfor passive mottakere. Aktivitetsidealet henger sammen med et ansvarsideal, der man forventes å være mer delaktig i egen behandling (ibid.).

Flere har også påpekt at markedsliberalismen har vært en viktig påvirkning for brukermedvirkningsbegrepet. Her er konsum og valgfrihet sentrale momenter (Clarke m.fl., 2007; Vabå, 2007). I et slikt perspektiv vil formålet med brukermedvirkning være at tjenestene konkurransenutsettes, og at brukeren av tjenestene kan få velge fritt (Ørstavik, 2002). I en slik modell blir kommunale og statlige tjenester satt i et forbrukerperspektiv og pasienten blir en konsument. Gjennom brukermedvirkning vil tilbydere av tjenester få kunnskap om hva konsumentene ønsker for å øke deres tilfredshet (ibid.).

Innenfor psykisk helsefeltet ser det ut til å ha vært særlig vekt på de terapeutiske motivene for brukermedvirkning. I Plan for brukermedvirkning som fulgte etter Opptappingsplanen, knyttes brukermedvirkning til at man gjennom valg og egne ressurser kan påvirke sine omgivelser, som har betydning for selvbilde, motivasjon og bedringsprosess. Det påpekes at manglende mulighet for å medvirke på den andre siden kan virke forsterkende på opplevelse av håpløshet (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006). For å forklare de terapeutiske motivene, henvises det i planen til rehabiliteringslitteratur:

«(..) rehabilitering handler om gjenoppretting av verdighet, selvstendighet, mestringsevne, yrkestilpasning, samt sosial deltakelse i samfunnet. En tradisjon som vektlegger individets indre prosesser og den psykiske siden av rehabilitering, og arbeidet med å gjenvinne verdighet for brukeren. Dette perspektivet fremheves fordi

det setter den subjektivt opplevde menneskelige verdighet som en overordnet verdi for rehabiliteringsprosessen.» (Sosial- og Helsedirektoratet, 2006, s.9).

Oppsummert ser vi at brukermedvirkning er et begrep som både har ulike motiv, og det bygger på ulike politiske og faglige idéer.

2.2 Beslektede begreper

Det er enkelte begreper som er så nært beslektet med begrepet brukermedvirkning, at jeg vil presentere de. Hensikten med dette er å gi en oversikt over begreper som kan ha hatt, og som kan ha betydning, for hvordan brukermedvirkning forstås.

Empowerment

Begrepet Empowerment har i Norge blitt brukt synonymt med brukermedvirkning (Askheim, 2012). I tillegg til den amerikanske borgerrettighetsbevegelsen, har den brasilianske pedagogen Paulo Freire, vært betydningsfulle som inspirasjon for Empowerment-begrepet. I Freire's bok «De undertryktes pedagogikk», som utkom i 1974, tok han opp hvordan fattige landarbeidere i Brasil var dobbelt undertrykte, fordi undertrykkerens virkelighetsforståelse var gjort til deres egen (Askheim, 2012, s. 22). Innenfor Empowerment-tradisjonen har man hatt fokus på bevisstgjøringsprosesser knyttet til urettferdige sosiale forhold, i den hensikt å sette grupper i stand til å endre disse forholdene.

Flere undersøkelser viser imidlertid at man i helsevesenet er mer opptatt av individuelle, terapeutiske aspekter ved Empowerment. Disse handler om å styrke brukerens eller pasientens egne ressurser, uten at dette settes inn i en samfunnsmessig kontekst (Askheim, 2012, s. 48).

Brukerperspektivet

Med Stortingsmelding 25 og Opptappingsplanen for psykisk helse skjedde det en vending i hva man anså som et fruktbart kunnskapsgrunnlag for å kunne hjelpe mennesker med psykiske helseproblemer. Det ble økt fokus på det såkalte «brukerperspektivet», for å forhindre at fagkunnskapen neglisjerte eller undervurderte viktige aspekter ved å leve med psykiske helseproblemer (Jensen, 2012). Der man innenfor Empowerment snakker om å gi kunnskap til brukeren, forstår jeg brukerperspektivet mer som at helsepersonell skal kunne

lære noe av brukeren. Brukerperspektivet eller pasientperspektivet handler om pasientens egne erfaringer med det å leve med en sykdom og hvordan dette påvirket eget liv (Jensen, 2012, s. 19). I Norge har begrepet vært brukt med hensyn til brukermedvirkning på systemnivå, og handler om å likestille kunnskap som er basert på pasienters erfaringer med fagkunnskap (Bjørngen, 2013).

Recovery

Et annet perspektiv og forskningsfelt som har fått økende fokus innen psykisk helsefeltet de seneste årene, er recovery. I dette perspektivet ser man på bedringsprosesser, slik de erfares av de som opplever dem. Recovery handler om hverdagslivet og hva som skaper et så godt liv som mulig, med eller uten symptomer (Karlsson og Borg, 2013). En definisjon lyder som følgende: *“Recovery handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personene selv definerer det, med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå.”* (ibid., s. 68). Et slikt perspektiv innebærer at man flytter fokus fra symptomer til å se på mennesket i sin kontekst, den enkeltes opplevelse av mening, muligheter og mestring av et liv med psykiske helseproblemer (Karlsson og Borg, 2013). Økt fokus på recovery og en biopsykososial forståelsesramme, kan sies å utfordre en medisinsk forståelse av psykiske helseproblemer i dag (Storm og Edwards, 2013).

2.3 Forskning på brukermedvirkning

2.3.1 Søkestrategi

For å finne relevant forskning om brukermedvirkning har jeg brukt databasene Cochrane, Cinahl, Psych Info, PubMed og Google Scholar. For å finne de mest relevante søkeordene ble det benyttet MeSH. Det ble brukt ulike kombinasjoner av ordene «brukermedvirkning», «pasientmedvirkning», «psykisk helsevern», «tvungent psykisk helsevern», «medvirkning», «patient participation», «user participation», «involuntary mental health care» og «mental health». Med utgangspunkt i overskriftene og sammendragene ble det vurdert hvilke artikler som var mest relevante, og gjort et utvalg på bakgrunn av dette. Det ble tydelig for meg at det var hensiktsmessig å avgrense til en skandinavisk kontekst på bakgrunn av ulikhet i organisering av psykisk helsevesen. Denne avgrensningen viste seg også hensiktsmessig på bakgrunn av en antagelse om at kulturelle og samfunnspolitiske faktorer vil ha innvirkning på

den lokale forståelsen av begrepet. Et unntak er artikkelen til Anthony og Crawford (2000), som jeg vurderte som relevant også i en norsk kontekst.

Artiklene jeg vil presentere viser noe av kunnskapsgrunnlaget for hvilke forståelser og erfaringer som finnes med individuell brukermedvirkning, innenfor psykisk helsevern på en døgnavdeling. Forskning på brukermedvirkning retter seg mot ulike aspekter; hva pasient og miljøterapeut legger i begrepet, deres opplevelse av medvirkning i praksis, samt hva som begrenser og fremmer pasientens mulighet for å medvirke i egen behandling.

Det er hovedsakelig studier der brukermedvirkning eller pasientmedvirkning har vært et av stikkordene for studien, som er tatt med i søket. Forskning der brukermedvirkning kun blir omtalt implisitt, uten at det har vært studiens hovedfokus, er derfor ikke med i søket. Siden min studie er knyttet til miljøterapi, er studier med brukermedvirkning i relasjon til lege eller behandler utelatt. Litteratursøket er gjennomført i perioden fra januar 2015 til mai 2017.

2.3.2 Tidligere forskning

Innledningsvis skrev jeg at den nye pasientrettighetsloven legger opp til vurdering av pasientens samtykkekompetanse. Dette fordrer evne til rasjonelle valg. En norsk studie fra 2008, viser at pasienter etterspør at personalet i større grad anerkjenner deres evne til rasjonalitet utenom de dårligste fasene. Studien viser at personalet har bekymringer knyttet til brukermedvirkning ved blant annet manglende samtykkekompetanse. Her trekkes det frem utfordringer med ivaretagelse av ansvar for sikkerheten i avdelingen, mange forespørsler fra pasienter med hensyn til egen kapasitet, og utfordringer knyttet til dialog med pasienter i dårlige faser (Norvoll, Hatling og Hem, 2008).

Rise et.al. (2011) problematiserer hvordan man på tross av lik definisjon av brukermedvirkning baserer det på ulike motiver. Forfatterne påpeker at ulikt ideologisk grunnlag hemmer kommunikasjonen mellom politikere, ledere, pasienter og fagpersoner. Deres studie viser allikevel at en felles forståelse av brukermedvirkning blant miljøterapeuter og pasienter, handler om gjensidig respekt, dialog og samvalg. Det var imidlertid enighet om at forhold som økonomiske og organisatoriske rammer, og pasientens sykdom, kunne vanskeliggjøre det å realisere brukermedvirkning i praksis (Rise, Solbjør, Lara, Westerlund, Grimstad & Steinsbekk, 2011).

En annen studie basert på kvalitative dybdeintervju med 20 brukere og 25 ansatte fra psykiatrisk avdeling, viser også at både pasienter og miljøterapeuter ser begrensninger for brukermedvirkning der pasienten er i de dårligste fasene. Denne studien avdekker videre hvordan personalet i slike tilfeller redefinerer brukermedvirkning ved å begrense valgmuligheter, og tilpasse innholdet mer etter hva de vurderer pasientene mestrer (Solbjør, Rise, Westerlund, & Steinsbekk, 2013).

Anthony og Crawford finner at personale og pasienter har uklare oppfatninger av egen rolle, og at dette skaper utfordringer i samarbeidet. Forfatterne påpeker hvordan sykepleiernes ansvar og plikter blir utfordret, der sykepleiere i det ene øyeblikket skal tilrettelegge for at pasienten skal kunne ta valg og medvirke, og i det neste må benytte tvang. Forfatterne peker på behovet for å avklare det motsetningsforholdet som da oppstår (Anthony og Crawford, 2000).

Også Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide (2015) har undersøkt miljøterapeuters tilnærming til brukermedvirkning, og finner at det er uklarhet om hva det betyr i behandlingssammenheng. Forfatterne problematiserer hvordan personalets forventning om at pasienten skal ta en aktiv rolle i egen behandling blir motstridende med prinsippet om brukermedvirkning når pasienten ikke mestrer, eller ønsker å være aktiv i egen behandling. Studien viser at det er uklarhet omkring hva begrepet betyr - å være aktiv i behandlingen på avdelingen eller å kunne ta egne valg.

En annen studie viser at mangel på konkrete metoder gjør det vanskelig for personalet å tilrettelegge for aktiv brukermedvirkning, selv om de ønsker det og er enige i verdiene bak (Storm og Davidson, 2010). Jansen & Hansen (2016) problematiserer hvordan mangelen på konkrete metoder gjør at den enkelte sykepleier blir sittende med ansvaret, og at dette skaper et moralsk stress hos sykepleierne.

2.3.3 Oppsummering

Forskningen viser altså at det er ulike oppfatninger av hva brukermedvirkning innebærer mellom behandlere og pasienter. Fellestrekk blant miljøterapeuter og pasienter er at dette handler om å bli respektert, ha en dialog og å kunne ha innflytelse i behandlingen. Pasienter etterspør at deres evne til rasjonalitet i større grad blir anerkjent. Det ser ut til at politikere, pasienter og fagpersoner knytter brukermedvirkning til ulike motiv. Dette bidrar til

kommunikasjonsvansker partene imellom. Mangel på konkrete metoder for å jobbe med brukermedvirkning legger mye ansvar på den enkelte miljøterapeut.

Både personale og pasienter opplever utfordringer knyttet til å realisere brukermedvirkningen i faser der pasienten har nedsatt sykdomsinnsikt, vansker med å uttrykke egne behov eller med å inngå i et samarbeide. Begrepet blir da redefinert av personalet for å tilpasse det hva de vurderer er pasientens behov.

3 Kontekst

I dette kapittelet vil jeg utdype konteksten for denne studien. Hensikten med dette er å tydeliggjøre innenfor hvilke rammer informantene diskuterer, reflekterer, speiler og skaper diskurser om brukermedvirkning. Jeg vil først redegjøre for noen sentrale trekk ved tvungent psykisk helsevern. En avdeling hvor slik behandling finner sted, er del av en større sammenheng der både politiske diskurser, lovverk og rammebetingelser spiller inn. Miljøterapeutene vil i tillegg være preget av blant annet eget faglig perspektiv, erfaringer, ideer om hva som er god behandling, og av yrkesetikken i det faget de er utdannet i. Pasientene vil være preget av blant annet den situasjonen de er i, tidligere erfaringer og egen psykiske helsetilstand.

Tvungent psykisk helsevern er en grunnleggende del av konteksten, og jeg vil derfor redegjøre for hva dette innebærer.

3.1 Psykiatrisk avdeling

Den kliniske konteksten vil jeg beskrive ut fra hvordan jeg kjenner feltet fra egen arbeidspraksis, fra litteratur og fra informantenes beskrivelser. Alle informantene som ble intervjuet i studien jobbet på intermediær eller intensiv post. På disse avdelingene gis det behandling til pasienter som er vurdert til å være i behov av videre utredning og/ eller behandling på sykehus, etter opphold på akuttavdelingen. De aller fleste av pasientene er innlagt under tvungent psykisk helsevern, og gjennomsnittlig innleggelsestid er ca. to måneder. På sengeposten får pasienten to primærkontakter i miljøet, som har hovedansvaret for den miljøterapeutiske delen av behandlingen.

På de aktuelle sengepostene bestod behandlingen av blant annet lege - eller psykologsamtaler, medisiner, pårørendesamtaler og miljøterapi. Alle postene hadde ansatt sosionom, som blant annet jobbet med økonomi og boligspørsmål. På flere av postene var det gruppetilbud og individuell behandling ved fysioterapeut, musikkterapeut og ergoterapeut. Postene organiserte behandlingen gjennom teammøter, hvor behandling og behandlingsmål ble diskutert. Det ble vurdert fra gang til gang om pasienten skulle være med i teammøtet. Utover dette var det brukt ulike tilnærminger på de ulike postene, men det var ikke gjenstand for fokus i denne studien.

Sykehusene samarbeidet med poliklinikk på DPS og med bydel om planlegging av utskrivelse og oppfølgingen i tiden etter. Fra sykehuset ble man enten skrevet ut til egen bolig, til et midlertidig botilbud, en annen behandlingsinstitusjon eller til en bemannet bolig.

Siden Opptrappingsplanen (1998-2008) har psykisk helsevesen vært gjennom store strukturelle endringer, i retning av et desentralisert og lokalbasert psykisk helsevern. Det har vært en styrking av det kommunale psykiske helsevernet med DPS – ene som det mest sentrale leddet i spesialisthelsetjenesten (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 45). Flere institusjonsplasser er lagt ned og det er opprettet flere døgnplasser i tilknytning til distrikts psykiatriske senter. Dette har bidratt til kortere innleggelsestid på psykiatriske sykehus og en større konsentrasjon av pasienter med stort symptomtrykk på avdelingene. Samtidig har det vært et økende fokus på brukermedvirkning (ibid.).

3.2 Tvungent psykisk helsevern

Bruk av tvungent psykisk helsevern forutsetter at pasienten må ha en psykose, eller en annen tilstand der funksjonsevne og realitetsvurderingsevne er så dårlig at den kan sidestilles med tilstanden ved psykose (Helsedirektoratet, 2016). Det må også være vurdert at pasienten uten behandling vil miste mulighet for bedring, eller at man er til fare enten for seg selv eller andre. Nytt fra 1. september 2017 er det at pasienter som ikke er vurdert å mangle samtykkekompetanse, kan nekte seg behandling i det psykiske helsevernet, dersom det ikke foreligger fare for eget eller andres liv og helse (Lovdata, 2017).

3.3 Pasientene

Basert på tall fra 2014 vil det til enhver tid være ca. 692 personer som er tilbakeholdt imot egen vilje, under TPH (Tvangs Forsk, 2017). På postene hvor informantene jobbet, gis det utredning og behandling til pasienter med psykoselidelse og med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser (ROP lidelser).

Personer med ROP- lidelser er ofte preget av dårlig hverdagsfungering og store sosiale problemer. De har ofte mange institusjonsopphold og mindre effekt av medikamentell behandling, enn personer med andre psykiske helseproblemer (Aakerholt, 2006, s. 2).

En rapport fra Statens Helsetilsyn fra 2006 tyder på at bruk av tvang har sammenheng med fattigdomsproblematikk og bostedsløshet. Den viser til at 40 % av pasienter som var til behandling under tvungent psykisk helsevern var uten bolig, hadde lavere utdanning, dårligere økonomi og svakere sosial tilknytning enn de som var til behandling frivillig (Helsetilsynet, 2006). Jeg har ikke funnet en nyere rapport med oppdaterte tall. Som vi ser er dette en spesielt sårbar gruppe pasienter innenfor psykisk helsefeltet.

4 Teori

4.1 Teoretisk rammeverk

Studien omhandler tematikk som hører til innenfor feltet psykisk helsearbeid. Feltet psykisk helsearbeid refererer til det arbeidet som gjøres for å hjelpe mennesker med psykiske helseproblemer (Karlsson og Borg, 2013). Psykisk helsearbeid som begrep ble utviklet midt i 1990-årene i forbindelse med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Feltet preges av et mangfold av faglige og vitenskapsteoretiske tilnærminger, og det rommer forskning fra fag som psykologi, sykepleie, medisin, sosiologi, ergoterapi, sosiologi, filosofi og flere (Karlsson og Borg, 2013).

Det teoretiske rammeverket for denne studien består av etnografisk teori av Annemarie Mol. I kappen har jeg også valgt å trekke inn idéhistorisk teori om makt av Michel Foucault, siden makt er et sentralt tema når man snakker om brukermedvirkning.

4.2 “Logic of Care”

Annemarie Mol er en hollandsk lege og filosof. I boken «The Logic of Care. Health and The Problem of Patient Choice», skisserer hun to ulike former for logikk for god behandling. Med utgangspunkt i etnografiske studier i helsevesenet har Mol analysert frem det hun kaller «Logic of Choice» og «Logic of Care» (Mol, 2008). Jeg vil heretter bruke en norsk oversettelse av hennes begreper, der «Logic of Choice» er oversatt til «valglogikk» og «Logic of Care» er oversatt til «omsorgslogikk». Denne oversettelsen er tidligere gjort av Anne Kveim Lie (Lie, 2013).

Mol hevder at valgfrihet i de vestlige samfunnene har utviklet seg til en generell verdi. Videre problematiserer hun hvordan det å kunne ta valg, har blitt et ideal som innenfor helsevesenet også overføres til situasjoner hvor det kommer i veien for å gi god omsorg. Jeg vil i kappen redegjøre for andre momenter ved Mols teorier enn det som gjøres i artikkelen, og benytte teoriene til å utvikle og utdype funnene.

4.2.1 «Valglogikk»

Innenfor Mols valglogikk er autonomi og likhet idealer. Det å ha et valg står i kontrast til det og ikke ha et valg, og det er valget som gjør en til et subjekt. Pasientene fremstår som kunder av helsetjenester, som er selvstendige og vitende om hva de vil ha. Helsepersonell gir pasienten nøytrale fakta for at han eller hun skal kunne velge ut fra egne preferanser og verdier. Relasjonen mellom pasient og helsepersonell er preget av at hjelpen ses som en transaksjon mellom to uavhengige individer. Dialogen fremstår som instrumentell utveksling av informasjon, hvor både relasjon og kontekst kommer ut av syne.

«Valglogikken» bygger på en kapitalistisk logikk, der pasienten er kunde, og politisk filosofi, der pasienten er samfunnsborger. Som samfunnsborger skal pasienten få mer makt, for å motvirke paternalisme. Mol hevder dog at metaforen om samfunnsborger ikke fungerer, siden den ideelle samfunnsborger ikke er syk. Den ideelle samfunnsborgeren skal både 1) kontrollere kroppen, 2) opptre sivilisert i form av å styre drifter og følelser og 3) være opplyst, og nærmest frigjort fra kroppen (Mol, 2008).

Mol viser hvordan borgerbegrepet ikke rommer sykdom eller sårbarhet, eller nødvendigvis bidrar på en måte som kan komme en til gode hvis man er innlagt som pasient. Dersom det «normale» forblir standarden vil valglogikken bidra til å marginalisere sykdom. Mol problematiserer at idealet om valgfrihet kommer til kort ovenfor god behandling, og problematiserer det å ta egne valg som et generelt ideal. Flere faktorer vil påvirke valgene våre, herunder omstendigheter og faktiske valgmuligheter (ibid.). Pasienter kommer ikke på sykehus fordi de kan velge, men nettopp fordi de ikke kan velge, som følge av sykdom.

4.2.2 “Omsorgslogikk”

Innenfor omsorgslogikken er det hva pasienten *behøver* som er det sentrale spørsmålet, og dette kommer foran hva pasienten *ønsker*. For å kunne gi god omsorg er man som helsepersonell nødt til å forholde seg til pasientens ønsker og erfaringer, og ikke minst la pasienten gjøre egne valg. Men ikke for enhver pris. I omsorgspraksisen er pasienten en sentral part, og pasienten kan selv aktivt engasjere seg i behandlingen for å ta vare på seg selv. Helsepersonalets oppgaver knyttes til det å kombinere kunnskap og erfaringer fra pasientens liv med fagkunnskap, og å sammen med pasienten finne gode løsninger på hvordan man kan leve et best mulig liv med sykdom. I samhandlingen er pasient og helsepersonell

gjensidig avhengige av hverandre, samtidig som begge parter også er del av en kontekst, og ulike sosiale fellesskap. Valgprosessen handler om å sammen finne praktiske løsninger på utfordringer som oppstår underveis (Mol, 2008).

4.2.3 Mols omsorgsbegrep

Det er viktig å poengtere at når Mol skriver om omsorgslogikk argumenterer hun for et utvidet omsorgsbegrep. Hun problematiserer skillet mellom begrepene “Cure” og “Care”, som har glidende overganger. Det poengteres at også teknologisk avansert behandling, vil kunne komme innunder omsorgsbegrepet. Særlig i tilknytning til livslange sykdommer, retter behandlingen seg mot å gjøre livet best mulig, fremfor mot å kurere. Omsorg er ikke kun varme og ømhet, men også for eksempel disiplin. Innenfor Mols omsorgslogikk retter miljøterapeuten oppmerksomheten mot hva pasienten *gjør*, og hvordan dette relaterer seg til å leve et så godt liv man kan, med en sykdom eller sårbarhet. Omsorgen beskrives som en kontinuerlig prosess som foregår i samhandling mellom pasient og helsepersonell, fremfor som et ferdig produkt eller transaksjon, slik det fremstår innenfor valglogikken (Mol, 2008).

4.3 Perspektiver på makt

Det er primært makten i det sosiale samspillet som er av interesse for denne oppgaven. Hensikten er å belyse den makten som er mindre tydelig, og som både personalet og pasienter kan være ubevisst i samhandlingssituasjoner. Denne må ses i lys av den makten som ligger i de strukturelle rammene, særlig i TPH. I denne studien blir maktaspektene belyst med utgangspunkt i hvordan informantene snakker om brukervedvirkning.

4.3.1 Gouvernamentalité

Jeg vil benytte teori av Michel Foucault (1926-84) til å belyse maktaspekter i hjelperelasjonen. Foucault var en fransk filosof og idéhistoriker, og hans undersøkelser av makt og kunnskap har hatt stor innflytelse på tvers av faglige disipliner (Neumann, 2002). Mens det tidligere var fokus på makt som noe begrensende, var Foucault opptatt av hvordan makten i det moderne samfunnet ikke virker gjennom repressiv maktbruk der man hindrer mennesker i å gjøre noe, men ved å forme menneskene gjennom å stimulere, aktivisere og engasjere den som styres (Juritzen, 2012). For å benevne slik makt skapte Foucault begrepet

styringsmentalitet eller «gouvernementalité». Denne makten kan beskrives som produktiv eller skapende. Ifølge Foucault henviser makt til den måten visse handlinger modifierer andre på, i en relasjon. Å utøve makt skjer i form av å strukturere andres handlingsrom, og er derved ikke nødvendigvis en motpol til frihet. Der makt kan begrense andres handlingsrom, forutsettes det samtidig at det er et frihetsrom som kan struktureres (Skau, 2013, s.34). Jeg vil særlig benytte Foucaults begrep om produktiv makt og «gouvernementalité» en maktform som skaper innenfrastyring, altså en styring til selvstyring (Juritzen, 2012), Slik makt gjør seg gjeldende ved å dyrke frem bestemte oppfatninger og evner hos individet og derigjennom sette de i stand til å handle på bestemte måter (Askheim, 2012). Vi regulerer oss selv, fremfor å bli regulert av ytre regler. En slik maktform er mindre synlig og derfor vanskeligere å opponere mot.

4.3.2 Definisjonsmakt

Jeg vil også benytte Foucault for å belyse definisjonsmakten innen psykisk helse og hvordan brukermedvirkningsbegrepet potensielt forholder seg til denne.

Foucault hevder at galskapen først ble et eget kunnskapsområde gjennom fornuftens behov for å gjøre det tvetydige og irrasjonelle om til noe konkret. Ved å definere det tvetydige og ilegge det et kunnskapsområde fikk fornuften kontroll over det tvetydige. På den måten ble galskapen definert gjennom fornuften (Foucault, 1973). Dette er et eksempel på hvordan Foucault beskriver kunnskap som en grunnleggende kilde til definisjonsmakt.

5 Vitenskapsteori og metode

I dette kapitlet presenteres vitenskapsteoretisk forankring, metode og forskerrolle. Videre vil jeg redegjøre for den praktiske gjennomføringen; rekruttering av informanter, fokusgruppeintervju, gjennomføring av intervjuene, analysemetoden, refleksjoner rundt metode og etikk.

Studien er basert på en kvalitativt og eksplorativ metode. Det betyr at jeg med intervjuene har åpnet opp for tema informantene er opptatt av, fremfor å styre tema ut fra teori, eller tidligere forskning. Denne metoden ble valgt for å kunne oppdage nye aspekter ved et tema det er forsket lite på innenfor tvungent psykisk helsevern i Norge.

5.1 Sosialkonstruktivisme

Denne studien bygger på et sosialkonstruktivistisk kunnskapssyn. Det innebærer et fokus på at alle meningsskapende prosesser er avhengige av den sammenhengen de er en del av (Hitchings, Aslaug & Veum, 2011). Diskursanalysen har sin vitenskapsteoretiske forankring i sosialkonstruktivismen. Jeg vil redegjøre for sentrale trekk ved sosialkonstruktivismen, og hva det betyr for studien.

Innenfor sosialkonstruktivismen ser man verdensbilde og identitet som et produkt av vår måte å kategorisere på, fremfor som et speilbilde av virkeligheten (Jørgensen & Philips, 1999). Sosialkonstruktivismen undersøker derfor forholdet mellom språk og virkelighet. Det er gjennom språket vi skaper, opprettholder eller utfordrer et bilde av verden. Gjennom analyse av språket kan man derfor undersøke hvordan den sosiale virkeligheten konstrueres og forandres (Hitching & Veum, 2011). Ifølge Foucault er makten i det moderne samfunnet basert på kunnskap fra den vitenskapen som i den aktuelle kulturen er ansett som gyldig (Askheim, 2012). Engelstad (2005, s.18) formulerte dette slik:

«Når vitenskapen konstitueres, konstitueres også dens måte å snakke om sitt objekt på, hva som er interessant og relevant å studere, hvordan et problem skal løses, hva som anses som sannhet, hvem som har «rett» til å bli hørt og hvem som bare er utenforstående synsere.»

I denne studien er det undersøkt hvilke idealer informantene forholder seg til når de snakker om brukermedvirkning, og hvordan ulike sannheter blir konstruert i intervjuet. Studien vil ikke kunne si noe om informantenes erfaringer, eller frembringe kunnskap om hvordan brukermedvirkning praktiseres. Hvilke idealer og virkelighetsforståelse vi har, får allikevel sosiale konsekvenser, fordi vår oppfatning av virkeligheten gjør at noen handlinger er naturlige, mens andre er utenkelige (Jørgensen & Philips, 1999).

5.2 Forskeren

Ved bruk av kvalitative forskningsmetoder vil alltid forskerens forforståelse være en del av tolkningsgrunnlaget, som kan styre blikket på ulike måter. Min forforståelse er preget av at jeg er utdannet ergoterapeut, og har en ergoterapispesifikk forståelse av hva brukermedvirkning handler om. Min forforståelse er og preget av min arbeidserfaring gjennom syv år, på lukket psykiatrisk avdeling. Der er mine arbeidsoppgaver å utrede hvordan pasienten får til de aktivitetene han/hun ønsker i hverdagen, og de aktivitetene som kreves av omgivelsene. Videre er det å gi behandling gjennom tilrettelagt aktivitet. Jeg har et personlig engasjement for brukermedvirkning, som jeg vil hevde hovedsakelig har terapeutiske motiv. Samtidig opplever jeg dette som et komplekst felt, som berører verdier og menneskesyn.

Jeg vil hevde at min nærhet til arbeidsfeltet både har vært en fordel og en ulempe vedrørende min forskerrolle. Når man selv er del av diskursene man undersøker, kan det være vanskelig å få den avstanden som er nødvendig for å se dem som konstruerte meningssammenhenger (Jørgensen & Philips, 1999). Min erfaring kan ha påvirket hvilke innspill jeg under intervjuene valgte å følge opp, og hva jeg har tatt for gitt. Samtidig som jeg hadde en tilstedeværende forforståelse, hadde jeg og en genuin nysgjerrighet på hva informantene tenkte rundt begrepet i tilknytning til sin egen rolle. Det at jeg intervjuet miljøterapeuter som har en annen rolle enn meg i behandlingen, vil jeg hevde at gjorde det lettere å få den nødvendige avstanden.

Min hovedveileder ble en viktig diskusjonspartner, spesielt med tanke på å tydeliggjøre mine egne diskurser gjennom arbeidet med studien. Sammen med det å lese teori og forskningsartikler om brukermedvirkning innen psykisk helsefeltet, gjorde dette det mulig for meg å få et tydeligere blikk for egne diskurser om brukermedvirkning.

5.3 Fokusgruppeintervju

I studien er det benyttet et kvalitativt, eksplorerende forskningsintervju. Fokusgrupper er en god metode for å få frem spontane synspunkter og innspill. Det egner seg spesielt godt innenfor et konstruksjonistisk vitenskapssyn, der interaksjonen mellom deltakerne bidrar til å generere data (Tjora, 2010). Videre kan gruppediskusjon stimulere til meningsutveksling og sosiale forhandlinger (Haldar, Engebretsen og Album, 2016). Jeg anså dette som en egnet metode for å få et innblikk i miljøterapeutenes diskurser, med hensyn til brukermedvirkning.

Med forståelse for den kompleksiteten som ligger i det å jobbe med brukermedvirkning i TPH var det et mål å skape trygge grupper for å få belyst ulike sider ved tema. De fleste av informantene kjente hverandre fra før, hvilket kan bidra til trygghet i gruppen (Maletrud, 2012).

5.4 Utvalg og rekruttering

I studien ble det benyttet strategisk rekruttering, for å få informanter som hadde erfaring som miljøterapeuter i arbeid med pasienter innlagt i TPH. For å komme i kontakt med potensielle informanter kontaktet jeg avdelingsledere på flere sykehus innen Helse Sør-Øst. To avdelingsledere viste stor interesse for prosjektet, og sa seg villige til å tilrettelegge for at ansatte kunne delta innenfor sin arbeidstid. Jeg sendte ut informasjonsskriv til avdelingslederne, hvor jeg vektla at det var frivillig å delta (se vedlegg). Skrivet ble videresendt av avdelingsleder til de ansatte.

Jeg forsøkte å få til en balanse mellom homogenitet og variasjon blant informantene, da homogenitet skaper gode vilkår for gjenkjennelse og konkrete fortellinger og variasjon gir mer mangfold i erfaringsgrunnlaget (Malterud, 2012). Fra det ene sykehuset fikk jeg en invitasjon til å presentere prosjektet i de ansattes lunsj, og slik fikk jeg rekruttert ansatte fra tre ulike poster, til én fokusgruppe. På det andre sykehuset fant vi ikke en dato som passet, og avdelingslederen tok på seg jobben med å finne informanter. Jeg fikk da ikke innsikt i hvordan rekrutteringen foregikk, utenom at avdelingslederen formidlet informasjonsskrivet jeg hadde laget. Fra dette sykehuset møtte tre informanter til en fokusgruppe. Det var altså én gruppe med informanter fra tre ulike poster, med stor variasjon i erfaring, kjønn og alder. Den andre gruppen var mer homogen. I begge gruppene var det hovedsakelig sykepleiere med videreutdanning, med unntak av et par vernepleiere med videreutdanning i psykisk helse.

For å få frem nyanser i intervjuene var det mitt ønske å samle fokusgrupper på tvers av sykehus. Dette lot seg dessverre ikke gjøre, siden noen av informantene da hadde måttet forlate arbeidsplassen.

Med tanke på at det var frivillig deltakelse, er det relevant å spørre seg hvem som stiller til et slikt intervju og hvem som ikke stiller. Det er vanskelig for meg å si noe om, siden det ikke var noen sterke fellestrekk ved deltakerne, utover at de alle tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Disse var at man jobbet som miljøterapeut med hovedansvar for oppfølging av enkeltpasienter innlagt under TPH.

5.5 Intervjuguide

Til det første intervjuet utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide som startet med åpne spørsmål, for å få tak på de temaene informantene selv var opptatt av; deres meninger, holdninger, tanker og refleksjoner (vedlegg 1). Begrepet brukermedvirkning ble introdusert fra starten av, for å få informantene til å snakke med utgangspunkt i egne assosiasjoner til begrepet. Dette kan ha vært en ulempe fordi informantene fra starten av måtte posisjonere seg i forhold til en politisk diskurs om brukermedvirkning, fremfor ut fra de diskursene de selv forholdt seg til og skapte i sin arbeidshverdag. Vi opplevde allikevel at informantene lot seg engasjere i temaet og la frem ulike aspekter ved medvirkning.

5.6 Gjennomføring

5.6.1 Intervjurunde en

Ved tre av intervjuene var min hovedveileder med som moderator. For å sette i gang praten startet vi med småprat, og lett servering på møterommet. Informantene fikk tid til å skrive under på samtykkeskrivet. Deltakerne ble informert om tidsrammen på halvannen time, og at alt ble tatt opp på bånd. For ryddighetens skyld begynte vi intervjuet med en presentasjonsrunde av alle deltakerne med fornavn, utdanning og arbeidserfaring.

Ved det andre sykehuset hvor vi gjorde fokusgruppeintervju var flere av informantene mine tidligere arbeidskolleger. Det er min oppfatning at dette bidro til åpenhet i intervjuene. Informantene bidro rikelig med egne refleksjoner og var engasjerte i tema.

Det å ha med en moderator muliggjorde det at vi kunne innta to ulike roller for å stimulere til diskusjon i gruppen, som Tjora også foreslår (Tjora, 2012). Mens jeg fokuserte på å få informantene til å snakke om mulighetene i brukermedvirkning, tok moderator en mer kritisk rolle. Dette tror jeg bidro til å skape diskusjon innad i gruppene og dermed flere nyanser.

5.6.2 Intervjurunde to

Det gikk flere uker mellom den første og andre intervjurunden, noe som gav meg tid til å analysere de første intervjuene før planlegging av det andre. Dette kan være nyttig når man skal snakke om tema som informantene ikke nødvendigvis har snakket om på lenge (Malterud, 2012). Assosiasjoner som oppstår i det første intervjuet vil kunne fremkalle minner og refleksjoner som kan utdypes og konkretiseres i det andre intervjuet (Malterud, 2012). Den andre intervjuguiden ble spisset, basert på foreløpig analyse etter første intervju.

Andre intervju ble startet med å spørre deltakerne om de hadde gjort seg refleksjoner i etterkant av forrige intervju. Etter å ha presentert hovedfunnene fra sist intervju, fikk informantene mulighet til å komme med innspill rundt dette. Jeg opplevde denne prosessen som verdifull for å kvalitetssikre at de kjente seg igjen i det jeg presenterte, og kunne komme med innvendinger.

Ikke alle informantene som deltok i det første intervjuet var med i andre runde. I den ene fokusgruppen var det i utgangspunktet såpass mange deltakere at dette ikke gjorde så stor forskjell. I den andre gruppen derimot var det kun tre deltakere i utgangspunktet, og to i andre runde. Deltakeren som uteble bidro til å skape mindre homogenitet i gruppen med hensyn til alder og erfaring. Sammensetningen kan derfor ha vært en svakhet ved denne fokusgruppen. De to informantene som deltok var kjent med hverandre, og hovedinntrykket var at det var rom for uenigheter.

Mot slutten av hvert intervju ble deltakerne spurt om det var noen temaer vi ikke hadde vært inne på, og etter det fortsatte praten i begge gruppene. Det var tydelig at dette var et tema som opptok deltakerne. I etterkant av intervjuene skrev jeg ned refleksjoner rundt intervjusituasjonen og fikk siden diskutert dette med veileder, ved de intervjuene hun deltok som moderator. Refleksjonene gikk på opplevelse av stemningen i rommet når ulike tema ble tatt opp, hvordan informantene responderte på hverandres utsagn og på meg som intervjuer. Disse refleksjonene var fine å ha med i analysen.

Da alle intervjuene var gjennomført kom jeg frem til at det hadde vært fruktbart å ha et siste intervju med de to fokusgruppene samlet. Oppfatninger rundt brukervedvirkning var svært ulik i de to gruppene og et samlet intervju hadde kunnet generere mer sosial forhandling, og kanskje kamp om definisjonsmakten. På grunn av tidsaspektet lot ikke dette seg gjøre innenfor rammene av denne studien.

5.6.3 Transkribering

Transkripsjon av intervjuene ble gjort fortløpende. For å muliggjøre en lingvistisk analyse ble intervjuene transkribert ordrett, som Kvale og Brinkmann foreslår (Kvale og Brinkmann, 2009). Dialekt ble oversatt til bokmål, for å unngå gjenkjennelse av enkeltpersoner. Det var i midlertidig få ord som skilte seg fra bokmål. For å sikre best mulig gjengivelse av samtalen ble pauser, intonasjon og følelsesuttrykk markert i teksten. Det at intervjuet stadig var frisk i minne opplevde jeg som en fordel under transkriberingen, som også innebærer å tolke hvor man skal sette punktum, for eksempel. Der det var mye bruk av ordlyder som «eh..» og liknende, ble noe fjernet der det kom i veien for meningen i teksten. Noe lot jeg stå for å få med mest mulig nyanser i uttrykkene og i det sosiale samspillet, men samtidig la teksten være mer leservennlig. For å kvalitetssikre transkriberingen valgte jeg å lytte gjennom alle intervjuene igjen, for å justere den transkriberte teksten. For å anonymisere transkripsjonene ble det laget en navnekode-liste, der informantene fikk pseudonymer som ble brukt i transkripsjonene.

Det å lytte til opptakene etter intervjuet bidro til bevisstgjøring av nyanser som ikke ble oppdaget under intervjuene. Slik startet analysen allerede ved transkriberingen. Alle fire intervjuene varte i 90 minutter hver, og ble på omkring 30 sider med tekst hver.

5.7 Diskursanalyse

Først redegjør jeg for noen sentrale trekk ved diskursanalyse, med utgangspunkt i Jørgensen & Philips (1999). Deretter vil jeg redegjøre for diskursteori, som er den diskursanalytiske metoden jeg har valgt å benytte.

Diskursanalyse er en sosialkonstruktivistisk metode med utgangspunkt i Foucault sitt arbeid. Gjennom empiriske undersøkelser utviklet han teorier og begreper til å avdekke regler for hvordan noen utsagn blir akseptert som meningsfulle og sanne, innenfor en bestemt tidsepoke

(Jørgensen & Philips, 1999). En diskurs utgjør en forståelsesramme vi forholder oss til når vi beskriver et sosialt fenomen.

Foucault beskrev språk og diskurser som styringsmekanismer, og mente at diskurs legger grunnlag for handling (Gjersøe, Engebretsen & Heggen, 2012). Jeg velger å bruke følgende definisjon på diskurs:

«En diskurs er et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser som, ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett sosiale relasjoner. Diskurser handler altså om forskjellige måter å forstå og uttrykke verden og sosiale fenomener på.» (Neuman 2001, s. 177)

Med utgangspunkt i denne definisjonen kan man si at en diskurs representerer en bestemt måte å forstå og snakke om den sosiale verden på. Diskurser kan også sies å legge grunnlag for ulike sosiale handlinger, fordi de påvirker vår virkelighetsforståelse som gjør at noen handlinger er utenkelige imens andre er naturlige.

Hvordan man så jobber metodisk med analyse for å avdekke diskursen i en gitt tekst, finnes det ulike tilnærminger til. Jørgensen og Philips foreslår tre ulike tilnærminger til diskursanalyse, hvilket er diskursteori, kritisk diskursanalyse og diskurspsykologi (Jørgensen og Philips, 1999).

Felles for disse er at de egner seg godt til analyse av kommunikasjonsprosesser i sosiale sammenhenger og institusjoner. Teoriene har til felles at de egner seg til å utforske maktrelasjoner og normative perspektiver i samfunnet. Jørgensen og Philips påpeker at ved diskursanalyse er teori og metode avhengig av hverandre, og at man derfor må være enig i de grunnleggende filosofiske premissene for å gjøre en diskursanalyse (ibid.). Disse premissene er som følgende:

- En kritisk innstilling til selvfølgelig viden. Man ser verden igjennom visse kategorier, og kunnskap derfor ikke er objektiv.
- Vår måte å se og forklare verden på må ses i lys av vår historie og kultur. Den sosiale verden er ikke gitt, men konstrueres sosialt og diskursivt.

- Det er sammenheng mellom kunnskap og sosiale prosesser. Gjennom sosial interaksjon vil vi både bygge opp felles sannhet, men også kjempe om hva som er sant.
- Det er sammenheng mellom kunnskap og sosial praksis. Hva som fremstår som naturlige handlinger avhenger av vårt eget verdensbilde. Sosial konstruksjon av kunnskap og sannhet får dermed sosiale konsekvenser (ibid., s.14).

5.7.1 Diskursteori

I analysen har jeg brukt diskursteorien til Ernesto Laclau og Chantal Mouffe, fra deres hovedverk, «Hegemony and Socialist Strategy» (1985). Diskursteorien hører til innenfor poststrukturalismen. Det betyr blant annet at man ser på språk og strukturer i samfunnet som foranderlige, i motsetning til innen strukturalismen hvor man ser disse som mer grunnleggende og uforanderlige (Jørgensen og Philips, 1999).

Innenfor poststrukturalismen og i Laclau og Mouffes diskursteori ser man ikke kun på språk og tekst som del av en diskurs, men også andre sosiale fenomener, som eksempelvis institusjoner (Jørgensen og Philips, 1999). Siden mening i alle sosiale fenomener er sosialt konstruert kan alle sosiale fenomener analyseres med diskursanalytiske redskaper (Ibid.). Ulike interesser og ulike diskurser konkurrerer om definisjonsmakten av sosiale fenomener, gjennom en diskursiv kamp. Språkets grunnleggende ustabilitet resulterer i at meningen aldri helt fastlåses, og at diskurser alltid endres i møte med hverandre. I en diskursiv kamp forsøker man å låse språkets betydning omkring egen mening, og å utelukke andre måter å definere de sosiale fenomenene på (Jørgensen og Philips, 1999). Det er altså gjennom selve språkbruken at diskurser skapes, reforhandles og endres. Diskursanalyse er derfor egnet til å avdekke makt i diskursive prosesser. Gjennom analysen kan man tydeliggjøre at det man tar for gitt kunne vært annerledes med andre artikulasjoner (Jørgensen og Philips, 1999).

Subjektet i diskursteorien

Et sentralt element innenfor diskursteorien bygger på Jacques Lacans «subjektteori», som tar for seg menneskets sosialiseringssprosess. Fra spedbarnsalder vil subjektet forsøke å kjenne seg selv i forhold bilder det blir presentert for. Bildene blir en del av barnets identitet, samtidig som de aldri vil kunne representere barnet fullstendig. Ved siden av å bidra til

identitetsdannelse, vil bildene derfor også bidra til fremmedgjøring. Subjektet vil alltid fortsette å forsøke «å finne seg selv i diskursene», hvilket fungerer som en drivkraft for subjektet (Jørgensen og Philips, 1999, s.55).

I diskursteorien ser man *identitet* som noe man påtar seg, forhandler om, og som derfor konstrueres gjennom sosiale prosesser. *Subjektposisjonene* er de mulighetene subjektet gis innenfor en gitt diskurs. Disse uttales enten eksplisitt eller implisitt (Jørgensen og Philips, 1999). I artikkelen (vedlegg) forklares hvordan jeg har sett på *nodalpunktet* brukermedvirkning, og hvordan *momenter* fyller dette med mening innenfor diskursene. For å benevne identitetens *nodalpunkt*, brukes begrepet “*mester- betegner*”. En mester-betegner er det begrepet som beskriver identitetens nodalpunkt.

I denne diskursanalysen er miljøterapeut en mester-betegner. Subjektposisjonene danner et nettverk av betegnere som sammen muliggjør ulike identiteter for miljøterapeuten innenfor de to diskursene.

Diskursiv kamp

Ifølge Lacan og Mouffe er en diskurs aldri helt avgrenset, og det vil alltid pågå en diskursiv kamp, der ulike diskurser forsøker å fastlåse meningen på sin måte. For å avdekke konflikter i en slik kamp, ser man etter *antagonister*. En *antagonist* er det begrepet man i diskursteorien bruker om konflikt. Antagonister oppstår når forskjellige identiteter utelukker hverandre, eller stiller motstridende krav til subjektets handlinger, innenfor det samme området. Når noen gjør en *artikulasjon*, eller formulering, som gjenoppretter entydigheten i det diskursive feltet, kan antagonismer opphøre (Jørgensen og Philips, 1999).

Avgrensning av diskursorden

Jørgensen og Philips foreslår at man setter en diskursorden som legger rammene for analysen. De gir følgende definisjon:

«Diskursorden betegner så et sosialt rum, hvor forskjellige diskurser delvist dækker det samme tærren, som de konkurrerer om at indholdsudfylde på hver sin måde.»

(Jørgensen og Philips, 1999, s.69)

En rimelig avgrensning i denne studien vil jeg hevde er miljøterapi innenfor rammen av tvungent psykisk helsevern.

Laclau og Mouffes gir ingen oppskrift på metodisk tilnærming for å gjøre diskursanalyse. Men jeg vil hevde at de begrepene jeg har valgt, og som presenteres i artikkelen, har bidratt til å styre mitt blikk i analyseprosessen. Det er min mening at disse begrepene var nyttige analyseredskap for å kunne besvare forskningsspørsmålet. Jeg vil nå redegjøre for noen hovedtrekk ved analyseprosessen.

5.8 Analyseprosessen

Etter å ha gjennomlest de transkriberte intervjuene flere ganger, opplevde jeg å få et overblikk over hovedtrekkene i teksten. Ved å markere sitater som ble oppfattet som direkte koblet til problemstillingen, begynte jeg en systematisering av sitater, som fremstod som relevante for problemstillingen. Tekststykkene ble kodet etter spørsmålene i problemstillingen, og nye koder ble opprettet underveis.

Det ble deretter påbegynt tekstanalyse av de utvalgte tekststykkene med de begrepene fra Laclau og Mouffe, som jeg presenterte tidligere. Transkripsjonene ble lest igjen, for å korrigere forståelsen fra tekstanalysen, samt for å sikre at det ikke var sitater av betydning som ikke var med i analysen.

Funnene fra det første intervjuet ble validert ved at de ble presentert for fokusgruppen ved innledningen til det andre intervjuet.

Underveis i analyseprosessen har navnet på diskursene endret seg, samtidig med at min forståelse av funnene har fått modne gjennom flere analyserunder. Det var krevende å gå så mange runder i analysen, men jeg vil hevde at det var nødvendig og bidro til en god intern validitet.

Mols teorier om omsorgslogikk og valglogikk har særlig styrket blikket på hvilke subjektforståelse som snakkes frem innenfor de to diskursene, hva slags relasjon som fremskrives mellom pasient og personal, samt hvilke implikasjoner funnene har.

5.9 Ethiske refleksjoner

Jeg har kjent på et etisk ansvar knyttet til det å skulle behandle et tema, som omhandler ivaretagelse av menneskers verdighet, når de kanskje er på sitt mest sårbare. Miljøterapeutene som jobber med pasienter som er innlagt under TPH har et arbeid som blant annet krever kontinuerlig refleksjon og ydmykhet. Jeg har stor respekt for pasientene, og for miljøterapeutene som ivaretar dette arbeidet.

Informantene jeg har intervjuet forholder seg daglig til dilemmaer og utfordringer knyttet til omsorg og autonomi. Når man blir innlagt under TPH har det ofte gått så langt at man ikke evner å ta imot hjelp på frivillig grunnlag. For noen er dette noe som skjer jevnlig, det er en del av livet deres. Dette er krevende, spesielt i en tid hvor autonomi er en forhøyet verdi i vårt samfunn. Det er viktig for meg å presisere at denne studien ikke har hatt som intensjon å undersøke hva informantene tenker om bruk av tvang, men om arbeidet de gjør som miljøterapeuter når TPH allerede er besluttet.

I arbeidet med denne oppgaven har jeg flere ganger tenkt på om det fokuset som er på å redusere bruk av tvang i psykiatrien, kan stå i fare for å gå på bekostning av de aller dårligste pasientene. Det er umulig å omtale pasientene som én ensartet gruppe, og mens de aller fleste bør ha hjelp i sitt lokalmiljø, er det stadig noen som har behov for innleggelse en gang imellom, også imot egen vilje. Og det er min erfaring at mange også opplever dette som god hjelp. Det betyr ikke at det ikke kunne vært annerledes.

Uansett går denne studien inn i en diskusjon omkring verdier som autonomi og rett til hjelp når man ikke kan ivareta egen helse. Jeg har derfor tenkt på hvordan studien kan bli oppfattet og brukt som argument, på ulike måter. Hensikten med oppgaven er altså å tydeliggjøre noen av de verdiene informantene ilegger brukermedvirkning, og hvilke premisser disse bygger på. Mitt ønske er å bidra til en diskusjon rundt bruk av tvang og ivaretagelse av autonomi, når man er på sitt mest sårbare.

5.9.1 Ivaretagelse av etiske spørsmål

Studien ble på forhånd godkjent av NSD (se vedlegg), og av personvernombud ved de to sykehusene. Studien fylte kravet om informert samtykke, da alle informantene fikk tilsendt informasjonsskriv i god tid før intervjuet, og skrev under før intervjustart. Det ble tydeliggjort at deltakelse var frivillig og at man kunne trekke seg når som helst underveis i studien, uten å oppgi grunn. På det ene sykehuset sa jeg også tydelig ifra om dette da jeg informerte om

studien i lunsjen. På det andre sykehuset var det avdelingsleder som rekrutterte informanter, og vi snakket om at det var viktig at det ble lagt vekt på frivillighetsprinsippet.

Informasjonsskrivet ble sendt til de ansatte og de skulle selv melde sin interesse.

For å minimere belastningen på informantene og avdelingene som tilrettela for at informantene skulle delta i intervjuene, ble det opp til postlederne å bestemme et tidspunkt som passet best. Intervjuene ble på det ene sykehuset holdt innenfor informantenes arbeidstid. På det andre sykehuset trakk intervjuet seg 30 minutter etter arbeidstid. Dette ble avtalt på forhånd og informantene fikk servert varm mat og drikke, siden det var slutten av arbeidsdagen og mange ellers ville reist hjem.

Jeg har ikke sett noen åpenbare ulemper ved deltagelse i studien.

5.10 Reliabilitet og validitet

Siden den diskursanalytiske metoden baserer seg på konstruksjon og kontekstavhengighet, kan man ikke generaliserer eller overføre funnene. Studien kan si noe om ulike forståelsesrammer for brukermedvirkning under rammen av tvang, slik miljøterapeuter uttrykker det i et fokusgruppeintervju.

En begrensning ved studien er at det var relativt stor enighet innad i de to gruppene, og derav lite diskursiv kamp. Intervjuer og moderator skapte noe diskusjon gjennom å innta ulike posisjoner i intervjuet selv, men det forble allikevel stor konsensus innad i gruppene. Hadde det vært mulighet for å ha et felles intervju med de to gruppene til slutt, kunne det ha bidratt til mer diskusjon mellom deltakerne. Det kan tenkes at dette kunne tydeliggjort skillet mellom idealer og praksis, som er noen av motivet for den diskursanalytiske metoden. En god validitet forutsetter at man svarer på de spørsmålene man stiller, og at det er en logisk sammenheng mellom forskningsspørsmål, metode og teori (Tjora, 2012, s. 207). For å ivareta en god validitet har jeg begrunnet valg av forskningsspørsmål, metode og teori. Det kan diskuteres om det er en svakhet ved denne studien at begrepet brukermedvirkning ble introdusert fra begynnelsen, fremfor å snakke om behandlingsprinsipper og derigjennom komme mer indirekte inn på brukermedvirkning. Ved å bruke begrepet i innledende spørsmål, kan det ha lagt føringer på hvordan informantene snakket om medvirkning. På den andre siden ble gjeldende diskurser tydelige gjennom hvordan informantene posisjonerte seg i forhold til begrepet.

Det å ha med en moderator i intervjuene, som jeg også diskuterte funnene med gjennom forskningsprosessen, vil jeg hevde at økte tolkningsmangfoldet i studien. Det at jeg har jobbet med å tydeliggjøre min egen forforståelse, har styrket studiens reliabilitet. Innen kvalitativ forskning forutsetter ikke god reliabilitet at man som forsker er nøytral, men at man gjør rede for egen posisjon og reflekterer rundt hvordan denne kan komme til å prege studien (Tjora, 2012, s. 203). Dette mener jeg er ivaretatt, ved å redegjøre for egen forforståelse.

6 Funn

Analysen viser at informantene veksler mellom å snakke om brukermedvirkning ut fra det jeg kaller en borgerrettighetsdiskurs og/eller en terapidiskurs. Brukermedvirkning tilskrives ulik betydning i de to diskursene, men også delvis overlappende. I dette kapittelet oppsummerer jeg hovedtrekkene av funnene fra analysen som er presentert i artikkelen, før jeg presenterer noen funn jeg ikke tok med i artikkelen.

6.1 Borgerrettighetsdiskurs

Innenfor borgerrettighetsdiskursen bygger medvirkningen på et premiss om at pasienten er en rasjonell aktør, som kjenner egne behov og ønsker. Medvirkningen knyttes til et ideal om autonomi. Når informantene snakker om brukermedvirkning ut fra denne diskursen, ilegger de samtidig begrepet liten relevans i tvunget psykisk helsevern.

6.1.1 Miljøterapeuten som fasilitator

Miljøterapeuten fremstår som en fasilitator, som skal tilrettelegge for at pasienten får den behandlingen han eller hun ønsker. Som jeg viser i artikkelen består miljøterapeutenes subjektposisjoner innenfor borgerrettighetsdiskursen, blant annet i: å etterspørre pasientens og pårørendes tidligere erfaringer, etterspørre pasientens ønsker og å gi pasienten ansvar for selv å foreslå behandlingstiltak.

I intervjuene fortalte informantene om andre hensyn de har som miljøterapeut, som påvirker i hvilken grad de kan tilrettelegge for at den enkelte pasienten får ta valg.

«Jeg tror det er bra med en praktisk tilnærming, mer enn den teoretiske utopien som man lærer i alle mulige settinger (...) man skal ivareta personalet sin arbeidssituasjon, man skal ivareta andre pasienter og så er det hva skal trumfe hva i hvilken gitt situasjon.»

Det vises her at det er et gap mellom idealet om brukermedvirkning på den ene siden, som tar utgangspunkt kun i behovene til den enkelte pasienten, og praksis på den andre siden, der miljøterapeuter har mange ulike hensyn de skal ivareta.

Å ivareta andre pasienter og å ivareta personalets arbeidssituasjon, står potensielt i i konflikt med det å tilrettelegge for valg hos den éne pasienten. Subjektposisjonen «å ivareta andre pasienter» blir potensielt en antagonist for brukermedvirkning innenfor borgerrettighetsdiskursen.

6.1.2 Pasienten

Som jeg viser i artikkelen forutsetter medvirkning innenfor borgerrettighetsdiskursen, at pasienten er en autonom aktør som tar rasjonelle valg. En alminnelig oppfatning av hva det vil si å være en rasjonell aktør kan beskrives som en person som handler ut fra egne vurderinger av sannsynlighet, basert på egne oppfatninger og holdninger (Sagdahl, 2011). En av de mest kjente teoriene om autonomi finnes hos filosofen Immanuel Kant. Hos Kant er autonomi brukt om viljen når den er styrt av vår fornuft, og har derfor tett sammenheng med rasjonalitet. Det er også vanlig å tenke at det er en tett sammenheng mellom autonomi og det å være moralsk ansvarlig, samt mellom autonomi og viljesfrihet (Sagdahl, 2014).

Disse premisene blir tydelige i materialet når informantene snakker om hvorfor de opplever at medvirkning nettopp *ikke* er et nyttig begrep innenfor rammen av tvungent psykisk helsevern. Informantene skisserer pasienter som ofte har andre og mer presserende behov, enn behovet for å ta egne valg.

«De kommer rett fra akuttavdelingen og har en aktiv psykose, er kjempedårlike. (..) De har hodet fullt av stemmer og befalinger og hører ikke hva man sier og da trenger de ro.»

Det å gi pasienten ro og å ta valg på vegne av pasienten, fremkommer her som mulige subjektposisjoner, men er også antagonister til å tilrettelegge for brukermedvirkning. Det fremstår også som et paradoks å snakke om medvirkning i de tilfellene pasienten ikke ønsker å være innlagt.

«Vi har faktisk pasienter som ikke ønsker å være her og det gjelder veldig mange av våre pasienter (...) Det blir litt vanskelig å få til et samarbeid i den første perioden da.»

Vi ser her hvordan brukermedvirkning innenfor borgerrettighetsdiskursen forutsetter at pasienten ønsker å inngå i et samarbeide.

6.1.3 Relasjon mellom pasient og miljøterapeut

Jeg vil nå trekke frem et sitat jeg brukte i artikkelen, for å se nærmere på hvordan informantene snakker om relasjonen mellom miljøterapeut og pasient, med hensyn til brukermedvirkning, utfra borgerrettighetsdiskursen.

«Jeg er mer opptatt av å anerkjenne folk enn å drive med brukermedvirkning. Det har en mer naturlig plass uansett hvor mye tvang vi driver med. For det tenker jeg har mer med det mellommenneskelige konseptet i seg, enn sånn lovgrunnlaget sier at du skal tilrettelegge for brukermedvirkning, så – «her har du IP, en din og kos deg.»

Her fremstilles brukermedvirkning som en rett til individuell plan, og som en motsetning til noe som foregår i en relasjon. Dette illustrerer det som kan oppfattes som en instrumentell form for brukermedvirkning, der pasienten formidler mål og tiltak i en plan som skal bidra til å samordne helsehjelpen etter utskrivelse. Når pasienten forutsettes å være rasjonell og autonom ser det ut som det relasjonelle aspektet kommer mer i bakgrunnen og samarbeidet tar mer form av nøytral utveksling av informasjon.

6.1.4 Brukermedvirkning eller «bedre tilrettelagt tvang»

Selv om informantene vektlegger betydningen av å kunne påvirke egen situasjon, er det flere som synes det er problematisk å bruke begrepet brukermedvirkning, så lenge det foregår innenfor rammen av tvang.

«Det er kanskje heller bedre tilrettelagt tvang enn brukermedvirkning, tenker jeg da.»

Informantene er ikke desto mindre opptatt av betydningen av å ha påvirkning på egen situasjon.

«Ut fra en gitt kontekst og ikke minst ut fra en anerkjennelse av den situasjonen pasientene er i, så tenker jeg det ligger kanskje mer enn det vi tror i å la pasienten få velge om du skal ha medisinen den ene eller den andre veien. Så ligger det et element av verdighet i det å ta en avgjørelse knyttet til sin egen situasjon (...).»

Sitatet over viser hvordan informanten knytter muligheten for å ha noe innflytelse på egen situasjon til verdighet. Når informanten kaller dette «bedre tilrettelagt tvang» gjør han/hun en

artikulasjon, som avgrenser slik medvirkning fra reell brukermedvirkning innenfor borgerrettighetsdiskursen.

Som jeg viser i artikkelen snakker informantene ofte om at pasienten kan ha andre mer akutte behov, enn behovet for å ta egne valg. På den måten fremstår subjektposisjonen «å ivareta pasientens behov», som en antagonist til å tilrettelegge for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning fremstilles derfor som et begrep med begrenset nytteverdi innenfor borgerrettighetsdiskursen.

6.2 Terapidiskurs

Når informantene snakker innenfor terapidiskursen handler brukermedvirkning om ulike tilnærminger for å involvere pasienten, knyttet til et ideal om god behandling. Informantene begrunner behovet for brukermedvirkning blant annet med en tro på pasientens mulighet for utvikling og bedring, gjennom egen deltakelse i behandlingen. De beskriver hvordan medvirkningen skjer i et samspill mellom miljøterapeuten og pasienten, og der medvirkningen justeres etter pasientens sykdom og bedringsprosess.

6.2.1 Miljøterapeut

Informantene formidler en tro på at pasienten har behov for at de kan styre behandlingen, og ta ansvar for å tilrettelegge for en terapeutisk relasjon. Subjektposisjonene som viser seg i materialet er for miljøterapeutene: å skape en allianse, å skape en dialog med pasienten og å la pasienten vite hva man tenker om behandlingen. Informantene forteller videre at det handler om å anerkjenne og respektere pasientens opplevelser av situasjonen, bruke pasientens erfaringer som del av kunnskapsgrunnet, og å gi pasienten stadig mer ansvar i takt med egen bedring.

Miljøterapeutens rolle innebærer å gjøre fortløpende vurderinger av hvordan pasienten kan medvirke i de ulike situasjonene, og å tilrettelegge for dette.

«(..) man ser muligheten til det i situasjon for situasjon. Og også i forhold til tid og sted og alt det. I går kanskje man kunne gi brukermedvirkning til den personen på det tidspunktet, men i dag er det annerledes. Alt må tilpasses (..).»

Sitatet illustrerer hvordan pasientens mulighet for medvirkning i stor grad avhenger av miljøterapeutens måte å tilnærme seg brukermedvirkning på, og hvordan den enkelte miljøterapeut gjør vurderinger og justeringer. Miljøterapeutens subjektposisjoner i forhold til dette blir: å vurdere og justere muligheter for medvirkning fra situasjon til situasjon.

«(...) Sånn at vi går fra at pasientene er beskytta, til at det blir mer engasjement, og gyldiggjøring, hvor de kan ta mer og mere ansvar for seg og sitt, og å skulle kunne klare seg på egenhånd. Så vi går på en måte den trappa. Og da er ikke tre måneder lang tid. Så vi må jo forsøke å skape tillitt, og det er jo vanskelig nok når de er her imot sin egen vilje (...).»

I sitatet beskriver informantene subjektposisjonene: å skape tillitt, å beskytte pasienten, å gyldiggjøre, og å gi fra seg ansvar. Informantene snakket også om hvordan de jobbet med å tematisere hverdagen og å knytte behandlingen opp mot denne.

«Det som vi har til virkemiddel det er jo samtalen (...) som «Du når du kommer hjem, hvordan har du lyst til å ha det da? Hvis du kunne tenkt deg en hjemmesituasjon. Når vil du stå opp om morgenen, hva vil du gjøre om dagen?», og prøve å pensle seg inn på det livet som skal leves utenfor institusjonen, i en hjemmesituasjon. Og prøve å ha de refleksjonene sammen med pasienten. Det er veldig fruktbart, for det er å indusere håp da. Og å bli delaktig å vise hvilken retning det skal gå i dette oppholdet her.»

Sitatet illustrerer miljøterapeutens subjektposisjoner som å snakke sammen, tematisere hverdagen etter utskrivelse og å finne en retning for behandlingen sammen med pasienten.

6.2.2 Pasienten

Når informantene snakker innenfor terapidiskursen, er pasientens medvirkning i behandlingen knyttet til mange ulike aktiviteter. Materialet viser at informantene snakker om pasientens mulige subjektposisjoner innenfor brukermedvirkning som å bruke egne ressurser, inngå i en dialog og å gi uttrykk for eget perspektiv. Materialet viser også at det kan innebære å snakke om det man er opptatt av, å trene på å ta ansvar, men også å motta veiledning fra personalet.

6.2.3 Relasjonen mellom pasient og miljøterapeut

Mens informantene ut fra en borgerrettighetsdiskurs snakker om dialog som informasjonsutveksling og det å tilrettelegge for at pasienten kan ta valg, legger informantene emosjonelle og relasjonelle aspekter til dialogen innenfor terapidiskursen.

«(..) nettverksmøter hvor vi bruker den åpne dialogen som verktøy for å finne ut av hvordan vi skal hjelpe, og også for å få folk til å føle seg verdifulle da, tenker jeg (..) for det er jo mye som har gått i stykker når man har vært syk en stund.»

Sitatet viser hvordan informanten både tenker at de kan bruke pasientens innspill som et verktøy for å finne ut hvordan de kan hjelpe, men også som en verdi i seg selv, for at pasienten skal kunne føle seg verdifull.

“(..) Det er mye helbredelse i det å få anerkjennelse og respekt (..) at man blir regna med. Da gror kanskje pårørende litt i hop også (..) som kan være utslitte og lei (..). “

Sitatet illustrerer at momentet “å snakke sammen” også knyttes til pårørende, som innebefattes i brukermedvirkning når informantene snakker innenfor terapidiskursen.

6.2.4 Omsorg som samlende begrep

I begge fokusgruppene var begge diskurser tilstede i varierende grad. I den ene gruppen var diskursen om borgerrettigheter rådende. I den andre gruppen var begge diskurser sterkt representert, noe som skapte mer spenning mellom antagonistene.

Når informanten formidler egne subjektposisjoner som miljøterapeut som både å beskytte og å gi pasienten mer ansvar, fremstår dette som antagonistene. I følgende sitat kan man se hvordan informanten gjennom bruk av omsorgsbegrepet gjør en artikulering som opphever antagonistene.

«For vi er jo stor tilhenger av det med omsorgstenkning og særlig Kari Martinsens omsorgsteori (...). Så det her er en utvikling da, fra den her beskyttelsesgreia (..) hvor vi billedlig talt tar pasienten på fanget og beskytter og holder rundt. Og så løsnes det opp etter hvert (..) vi går mere over i den fasen hvor vi ansvarliggjør (...) utfordrer, motiverer og lar de få lov til å kjenne på mestring».

Ved å definere omsorg som både å beskytte og å ansvarliggjøre oppheves antagonismen, og terapidiskursen blir stående igjen som en overordnet diskurs for brukermedvirkning. Det å ta egne valg som spesielt fremheves innenfor borgerrettighetsdiskursen, har og en plass innenfor terapidiskursen, men kun når personalet vurderer at dette er et gode for pasienten.

7 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg bruke Mols begreper om valglogikk til utdype og utvikle trekk ved funnene, utover det som gjøres i forskningsartikkelen. Utover å bruke Mols begreper, vil jeg benytte Foucault teori om makt til å belyse hvordan den mer usynlige makten kan virke i hjelperelasjonen, når man jobber med brukermedvirkning i TPH.

7.1 Brukermedvirkning i lys av Mols valglogikk

Som jeg skriver i artikkelen er det slik at når informantene snakker innenfor borgerrettighetsdiskursen, sammenfaller det på mange måter med Mols valglogikk. På lignende måte som Mol beskriver valgfrihet som et ideal i seg selv innenfor valglogikken, fremstår det å ta egne valg som et ideal innenfor borgerrettighetsdiskursen, slik informantene snakker om det.

Når Mol illustrerer hvordan valglogikken har utspring i borgeren og forbrukeren, gir en slik logikk mening. Informantene beskriver dog pasienter som har andre behov og egenskaper enn forbrukeren og borgeren. Den ideelle samfunnsborgeren skal både kontrollere kroppen, styre drifter og følelser, og være nærmest frigjort fra kroppen (Mol, 2008). Informantene relaterer seg til pasienter som i en eller annen grad har mistet kontrollen over kropp og sinn ved å ha gått inn i en psykose. Idet det fokuseres på medvirkning gjennom det rasjonelle valg, ekskluderes de pasientene som ikke lever opp til dette idealet.

Informantene snakker også lite om hvordan omgivelsene påvirker pasientens valg, og medvirkningen fremstår som en nøytral utveksling av informasjon, gjennom at pasienten formidler ønsker eller skriver en individuell plan. Dette antyder at medvirkning utfra borgerrettighetsdiskursen innebærer at man samtidig som man definerer en pasient som hjelpetrengende, også pålegger vedkommende å skulle være selvstendig i sine vurderinger og i å formidle egne behov.

Som vi har sett bidrar borgerrettighetsdiskursen innenfor TPH til at informantene ilegger begrepet begrenset relevans. Det kan se ut som borgerrettighetsdiskursen ikke rommer alt det pasienten gjør for å medvirke i egen bedringsprosess, som ikke handler om eksplisitt rasjonelt velbegrunnede valg.

7.2 Brukermedvirkning i lys av Mols omsorgslogikk

Når informantene snakker innenfor terapidiskursen, har det mange likhetstrekk med Mols omsorgslogikk. Innenfor terapidiskursen fremstår ikke brukermedvirkning som et mål i seg selv, men som ulike tilnærminger der idealet er å kunne gi god behandling.

Informantene er opptatt av å inngå i en allianse med pasienten, der de jobber sammen for å skape en bedringsprosess, og å gjøre pasienten i stand til å bedre klare hverdagen etter utskrivelse. Begrunnelsene for pasientens medvirkning knyttes til dette formålet. Det å ta valg er kun én av flere aktiviteter pasienten gjør for å medvirke i egen behandling. Innenfor terapidiskursen knyttes pasientens medvirkning også til det å inngå i en dialog med miljøterapeut og pårørende omkring sin forståelse av hva som er viktig, sette egne ord på situasjonen, gradvis ta mer ansvar, bruke egne ressurser og å delta i behandlingen.

Mols omsorgslogikk bidrar til å belyse hvordan det å ta egne valg kan stå i veien for god behandling. Når informanten forteller om en pasient som dag etter dag ikke ønsker å stå opp, gir det lite mening ut fra et omsorgsperspektiv å gi pasienten valget mellom å stå opp eller ikke. Når informanten forteller at hun må ville noe på pasientens vegne, og forsøker å finne noe som motiverer ham eller henne til å stå opp, knyttes dette til et ideal om god behandling, fremfor et ideal om å bestemme selv. Eksempelet kan bidra til å illustrere hvordan borgerrettighetsdiskursen kan komme til kort med hensyn til god behandling.

Medvirkning, slik informantene snakker om det innenfor terapidiskursen, er en kontinuerlig prosess, der personalet tilpasser krav og forventninger til pasienten. De får ikke tilgang til pasientens erfaringer gjennom en enkel transaksjon, men gjennom å skape en allianse som legger grunnlaget for hvordan medvirkningen tar form. Informantene er opptatt av å få tak i pasientens og pårørendes perspektiv, for å kunne gi best mulig behandling. Og de snakker om det å formidle eget perspektiv og egne opplevelser som del av en meningsskapende prosess hos pasienten og pårørende.

Julia Kristeva (1977) er en fransk-bulgarsk språkfilosof, som i mye av sin karriere har jobbet med tema annerledeshet, og sårbarhet i språket. Hun hevder at like viktig som det symbolske språket vi bruker til å kategorisere og systematisere, er det semiotiske språket. Dette betegner kroppsspråk, intonasjon, rytme og i de hele tatt der vi bruker språket til å kommunisere det som ikke kan kategoriseres eller systematiseres. Som når barnet prater for å oppnå nærhet,

uten å knytte dette til saklig informasjonsutveksling. Kristeva hevde at dette språket er like grunnleggende for oss som det symbolske språket som ordner, og kategoriserer verden. Kristeva hevder at det nettopp er i vekselvirkningen mellom det symbolske og semiotiske språket individet utvikler seg og skaper mening (Kristeva, 1998). Kristevas teori om vekselvirkning mellom det semiotiske og symbolske språket kan således åpne for andre perspektiver på medvirkning, slik informantene snakker om det, innenfor terapidiskursen. Informantene snakker her om at medvirkning skjer gjennom dialog, der ingen sitter med alle svarene, men der meningsskapning er en kontinuerlig prosess som skapes gjennom dialog og samhandling.

7.3 Brukermedvirkning som forskyvning av makt?

Slik det beskrives i lovgivning og politiske styringsdokumenter (Lovdata, 2016; Helsedirektoratet, 2006; Helsedirektoratet, 2013), innebærer brukermedvirkning at man som pasient skal ha mulighet til å være delaktig i avgjørelser knyttet til egen behandling. Brukermedvirkning innebærer derfor en maktforskyvning der helsepersonell gir fra seg noe av makten til pasienten eller brukeren (Ørstavik, 2008). Samtidig stiller flere forskere spørsmålsteget ved om begrepet med sine positive konnotasjoner kan komme til å virke tilslørende på den reelle makten (Ørstavik, 2008; Engebretsen & Haldar, 2010; Kristeva, 2010; Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012; Juritzen, 2013; Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide, 2015).

Foucault viser med sin teori hvordan makt innenfor det moderne samfunn tar andre former, som kan være mindre synlige, og desto viktigere å forsøke å avdekke. Samtidig viser han hvordan makten kan virke produktiv, ved å sette mennesker i stand til å handle på bestemte måter. Med et slikt maktperspektiv ønsker jeg å belyse hvordan personalets makt kan gi handlingsrom for å hjelpe pasienten til å oppnå mindre avmakt.

7.3.1 Makt og terapidiskursen

Innenfor terapidiskursen innebærer medvirkningen ulike tilnærminger som handler om «å gjøre pasienten i stand til å ta gode valg». Informantene forteller at de gjennom undervisning, motivasjonssamtaler, ved å invitere til dialog og lytte og lirke, jobber for å få pasienten delaktig i behandlingen. Men da også delaktig på en måte miljøterapeuten vurderer som bra

for pasienten. Når pasienten vil ligge i sengen, ønsker personalet å motivere pasienten til å gjøre noe aktivt, for å bli bedre. Det kan se ut som brukermedvirkning her kan forstås i retning av «å medvirke i behandlingen», mer enn som et demokratisk prinsipp. Dette stemmer overens med studien til Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide (2015), som problematiserer hvordan deltakelse i egen behandling tvert om blir motstridende med brukermedvirkning, i de tilfellene pasienten ikke ønsker å delta.

Informantene beskriver også hvordan medvirkningen av og til forutsetter at de må ville noe på pasientens vegne. Dette sammentreffer med Foucaults begrep om *gouvernementalité*, der personalets medvirkende blir en form for «styring av selvstyring». Personalet jobber for å gjøre pasienten medvirkende på en måte der pasienten på sikt skal bli i stand til å ta «gode valg» for seg selv. Det er gjennom å skape en allianse, involvere pasienten i miljøterapeutens tanker rundt behandlingen, ha fokus på ressurser og ansvarliggjøre pasienten i takt med egen bedring. Dette viser seg også når informantene snakker om bruk av motiverende intervju (MI), som skal bygge opp pasientens tro på egne handlingsmuligheter, og derav selvforståelse som aktør.

Det er vanskelig å tenke seg at man som helsepersonell vil bruke en metode for å støtte pasienten i en atferdsendring som ikke er ønskelig fra et helsefaglig perspektiv. En tilnærming der man jobber med motivering og oppmuntring eller også «avklaring» av pasientens ønsker, må derfor kunne ses i lys av en form for «*gouvernementalité*» (Askheim, 2012). På denne måten kan man se hvordan miljøterapeutene bruker en makt som ikke er restriktiv, men som gjennom oppmuntring virker gjennom å styre pasientens adferd i en ønsket retning. På den ene siden kan en slik tilnærming tenkes å sette pasienten i stand til å handle på en måte for å komme ut av en avmaktssituasjon.

På den andre siden ilegges pasienten et ansvar som kan lede til større opplevelse av nederlag om man ikke lykkes. Et nærliggende spørsmål blir da hvordan en slik form for brukermedvirkning passer overens med det demokratiske idealet, der brukermedvirkning handler om å påvirke innholdet i behandlingen ut fra egne definerte behov. Dette leder inn på spørsmål om autonomi.

Entwistle, Carter, Cribb and McCaffery (2010) problematiserer en forståelse av autonomi som for ensidig fokuserer på uavhengige valg. Forfatterne påpeker at en relasjonell forståelse av autonomi kan bidra til å belyse hvordan ulike former for sosial påvirkning enten kan fremme,

eller underminere vår mulighet for å leve på vår egen måte. Forfatterne poengterer at en relasjonell forståelse av autonomi vektlegger hvordan ens evne til å generere ideer, reflektere over erfaringer og å tolke egne følelser er egenskaper som formes sosialt. Forfatterne peker også på hvordan både sosiale relasjoner og sosiale strukturer influerer hvilke valg vi reelt sett har. Slikt sett kan man argumentere for at man med borgerrettighetsdiskursen bidrar til å usynliggjøre kontekstens betydning for pasientens valg.

Ved innleggelse under TPH vil valgene blant annet være sterkt influert av de mulighetene som gis av fagpersoner, forståelser av egen og andres rolle, relasjonen til personalet og egen helsetilstand. En relasjonell forståelse av autonomi kan bidra til å belyse på hvilken måte omgivelsene støtter opp om pasientens autonomi, både i valg og behandlingen forøvrig.

Anthony og Crawford (2000) etterspør mer forskning på de dilemmaene miljøterapeuter erfarer i det å skulle tilrettelegge for brukermedvirkning i det ene øyeblikket, for å i det neste utøve tvang ovenfor pasienten. Denne studien viser hvordan miljøterapeuter ut fra en terapidiskurs kan forklare brukermedvirkning innenfor rammen av TPH, der brukermedvirkning tilpasses pasientens bedringsprosess.

Når man som pasient er rasjonell nok til å ta egne valg, blir uansett stående igjen som et stort spørsmål. Jeg vil her trekke inn den nye pasientrettighetsloven som stiller krav til vurdering av pasientens samtykkekompetanse i tilknytning til enkeltstående spørsmål (LOVDATA, 2017). Den grundige vurderingen i relasjon til enkeltsaker som lovverket legger opp til, bør kunne styrke helsevesenets kompetanse til å vurdere når man er i stand til å foreta egne valg. Således kan en grundig vurdering av pasientens samtykkekompetanse styrke brukermedvirkning som et demokratisk prinsipp, innenfor TPH.

7.3.2 Makt og borgerrettighetsdiskursen

Når informantene snakker om brukermedvirkning innenfor borgerrettighetsdiskursen, oppstår det et paradoks i de tilfellene pasienten er vurdert ikke å være i stand til å foreta rasjonelle valg. Informantene forteller om hvordan medvirkningen må tilpasses hver enkelt situasjon, der de som miljøterapeuter må vurdere hvor og hvordan det er mulig for pasienten å være med å medvirke. Innledningsvis i oppgaven refererer jeg til forskning som viser at pasienter etterspør at personalet i større grad anerkjenner deres evne til å foreta rasjonelle valg i gode perioder (Norvoll, Hatling og Hem, 2008). Flere forskere har påpekt at brukermedvirkningen

ofte blir valgt bort der behandler og pasient er uenige om målene. Drake og Deegan poengterer at det ser ut til at samvalg er løftet frem som en god metode når pasienten er compliant, men at pasienten ofte vurderes som irrasjonell når man er uenige om målene (Drake og Deegan, 2009). Helsedirektoratets evalueringsrapport etter opptrappingsplanen viser det samme, og i rapporten legges det vekt på betydningen av det å ha en minste felles målsetning, da en behandling i strid med brukerens mål sjelden vil gi ønsket effekt på lengere sikt (Westerlund, 2012). Flere studier av metoden Shared decision-making, eller samvalg, der behandler og pasient tar valgene sammen, viser at denne metoden gir gode resultater innenfor psykisk helsevern, med hensyn til kvaliteten på valgene. Med kvalitet menes her samsvar mellom verdier og beslutninger, og det totale kunnskapsgrunnlaget valgene baseres på (Drake, Cimpean, Torrey, 2009).

7.4 Definisjonsmakt

Foucault skriver om hvordan diskurser styrer hvordan vi ser på verden og påvirker hvilken kunnskap som til enhver tid anses som relevant (Askheim, 2012). Som helsearbeidere forholder vi oss til gjeldende diskurser om helse og sykdom, og internaliserer tankesettet innenfor eget fag. Gjennom utøvelse av eget fag overfører vi videre dette tankesettet til pasientene. Pasientene gis et nytt språk til å snakke om seg selv og egne erfaringer. Per Måseide påpeker hvordan man i en kultur med fokus på å diagnostisere vil kunne underkjenne pasienten, og tolke alminnelige følelser og reaksjoner som sykdom. Det er derfor av stor betydning å se disse i sammenheng med pasientens livsløp, hjemmesituasjon og hendelser opp imot innleggelsen (Norvoll 2002, s. 137). Dette understøtter behovet for brukermedvirkning som vektlegger mulighet for selv å kunne være med å sette meningsskapende ord rundt de erfaringene som leder frem til innleggelsen, som jeg forstår har en plass innenfor både terapidiskursen og borgerrettighetsdiskursen.

Diagnosenes måte å kategorisere livserfaringer på gir helsefagarbeidere en stor definisjonsmakt. Norvoll etterspør en psykiatri der man i større grad gir rom for pasientens egen livsverden og hverdagsliv for å muliggjøre det å understøtte en positiv identitetsutvikling (Norvoll, 2002). Som jeg forstår det handler dette om syn på terapi som å støtte opp om pasientens meningsskapende prosess. Denne studien viser at miljøterapeuter innenfor tvungent psykisk helsevern er opptatt av pasientperspektivet. Mens man innenfor borgerrettighetsdiskursen har fokus på behov og ønsker pasienten selv definerer, er det

innenfor terapidiskursen også fokus på definisjonsmakt som del av en meningsskapende prosess, som har en terapeutisk verdi.

7.5 Avslutning og konklusjon

Rise et.al. (2011) påpeker hvordan man på tross av lik definisjon av brukermedvirkning, baserer det på ulike motiv. Min studie viser at man innenfor TPH baserer brukermedvirkning på ulike idealer. Studien gir således en tydelig indikasjon på at det er behov for å spesifisere hva man henviser til, når man snakker om brukermedvirkning innenfor rammen av TPH.

Når pasienten ikke vurderes å være i stand til å ta egne valg redefinerer personalet begrepet (Solbjør, Rise, Westerlund, & Steinsbekk, 2013). Denne studien viser at det samme skjer innen TPH, der de terapeutiske motivene for medvirkning veier større enn demokratiske begrunnelser. Både innenfor terapidiskursen og borgerrettighetsdiskursen vektlegges pasientperspektivet som vesentlig for å gi god behandling innenfor TPH. Andre studier har imidlertid vist at mangel på konkrete metoder legger mye ansvar på den enkelte miljøterapeut (Storm og Davidson, 2010; Jansen & Hansen, 2016).

7.5.1 Konklusjon

Brukermedvirkning kan ilegges ulikt innhold om det knyttes til et ideal om god behandling eller til et ideal om å ta selvstendige valg.

Innenfor diskursen om borgerrettigheter kan valget stå mellom å la pasienten velge og å risikere likegyldighet, eller å overstyre pasienten med risiko for å være paternalistisk. Mols valglogikk bidrar til å belyse hvordan et ensidig fokus på det å ta selvstendige valg, kan bidra til at man overser hvordan konteksten og relasjonen påvirker pasientens medvirkning innenfor tvungent psykisk helsevern.

Innenfor terapidiskursen beskrives ulike tilnærminger for å støtte opp under pasientens medvirkning på andre måter enn utelukkende de som baserer seg på pasienten som en rasjonell aktør. Mols omsorgslogikk bidrar til en forståelse av brukermedvirkning, der pasienten som subjekt kan medvirke i egen behandling gjennom ulike aktiviteter, som handler om en meningsskapende prosess som ikke utelukkende er basert på et premiss om rasjonalitet.

Denne studien avdekker behovet for å avklare og presisere hvilke idealer som bør knyttes til brukermedvirkning innen TPH og hvilke metoder som skal benyttes for å etterleve disse.

Litteraturliste

- Aakerholt, A. (2006). Rus og psykisk lidelse – faglige og organisatoriske utfordringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 3(3), 222-231.
- Anthony, P. & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 425-434. DOI: 10.1046/j.1365-2850.2000.00332.x
- Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse-og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bakken, R., Brinchmann, A., Haukelien, H., Kroken, R. & Vike, H. (2002). *Maktens Samvittighet. Om politikk styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Baklien, B. & Bongaardt, B. (2014). The quest for choice and the need for relational care in mental health work. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 625–632. DOI: 10.1007/s11019-014-9563-z
- Beauchamp, T. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. New York: OxfordUniversity Press.
- Bjørgen, D. (2013). Fremveksten av brukermedvirkning i Norge – strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 4(10), 372-378. Hentet fra:https://www.idunn.no/file/pdf/63641196/fremveksten_av_brukermedvirkning_i_norge_-_strategier_og_tiltak.pdf
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46, 452-459. Hentet fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2009/452-459.pdf>

- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling*. Drammen: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Bye Rise, M. (2012). *Lifting the veil from user participation in clinical work – What is it and does it work?* (Doktoravhandling). NTNU, Trondheim.
- Bøe, T. D. (2013). Stemmen og ansiktet: Bakhtin, Levinas og noen etiske refleksjoner omkring psykisk helse. I T. Mesel & P. Leer-Salvesen (Red.), *Makt og avmakt. Etiske perspektiver på feltet psykisk helse* (s. 93–109). Kristiansand: Portal forlag.
- Clarke, J., Newman, J., Smith, N., Vidler, E. & Westmarland, L. (2007). *Creating citizen-consumers: changing publics & changing public services*, London: Sage.
- Drake, R. E., Cimpean, D., & Torrey, W. C. (2009). Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455–463.
- Entwistle, V. A., Carter, S. M, Cribb, A. & McCaffery, K. (2010). Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7).741–745. DOI: 10.1007/s11606-010-1292-2
- Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engebretsen, E. & Haldar, M. (2010). Annerledeshet og medvirkning. Er det plass til en sårbar klient? I E. Engebretsen & J. Kristeva (Red.), *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk* (s. 195-211). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engelstad, F. (1999). *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nurs Ethics*. 13(5), 503-14.
- Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change*. Polity Press: Cambridge.
- Foucault, M. (1973). *Galskapens historie. I Opplysningens Tidsalder*. Oslo: Gyldendal.

- Foucault, M (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oversettelse av Neumann, I., Oslo: Cappelens Forlag.
- Hamann, J., Mendel, R. T., Fink, B., Pfeiffer, H., Cohen, R. & Kissing, W. (2008). Patients' and psychiatrists' perception of clinical decisions during schizophrenia treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 196(4), 329–332. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18414128>
- Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektor*. Telemarksforskning. Rapport nr. 284. Hentet fra: <https://dspace01.hit.no/bitstream/handle/2282/1117/1911.pdf?sequence=1>
- Helsebiblioteket. (2009). *Brukermedvirkning på tre ulike nivå*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>
- Helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. IS-1370. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Rapport IS-1948. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Veileder IS – 2076. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Rundskriv. IS-8/2015. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/945/IS-%208%202015%20Rundskrivpasientogbrukerrettighetsloven.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*. Rapport IS-2452. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2016b). Etablering av tvungent psykisk helsevern. Hentet fra:
<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/etablering-av-tvungent-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2017). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016. IS- 2608. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetilsynet. (2006). Bruk av tvang i psykisk helsevern. ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave). 4/2006. Hentet fra:
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2006/helsetilsynetrapport4_2006.pdf
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2009). *Brukermedvirkning*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Helse – og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012–2015)*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet.
- Hitching, T. R, Nilsen, A.B. & Veum, A. (2011). *Diskursanalyse i praksis. Metode og analyse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I: Willumsen, E. (red.) *Brukernes Medvirkning!* (s.15-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jansen, T., & Hansen, I. (2016) Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (2.), 388-394. DOI: 10.1111/scs.12358
- Jensen, J. U. (2012). Patientperspektivet i en sundhedspraksis under forandring. I Martinsen, B.(red.), Norlyk, A. & Dreyer, P. *Patientperspektivet. En kilde til viden* (s.17-28). København: Munksgaard.
- Jensen, A. G., & Tronvoll, I.-M. (Red) (2012). Del 1. Innledning. *I Brukermedvirkning-likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Jensen, A. G. (2012). Brukermedvirkning – hva er så det? I A.G. Jensen & I.M. Tronvoll, (red.) *Brukermedvirkning- likeverd og anerkjennelse*. (s.42-51). Oslo: Universitetsforlaget.
- Joosten, E.A.G., DeFuentes-Merillas, L., de Weert, G.H., Sensky, T., van der Staak, C.P. F. & de Jong, C.A. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychotherapy Psychosomatic*. 77.219–226. Hentet fra: <http://www.karger.com/Article/FullText/126073>
- Juritzen, T., I., Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Myndiggjøringens forførende makt (Kapittel 12), I: E. Engebretsen & K. Heggen (Red.). *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Juritzen, T. (2013). *Omsorgsmakt: Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Jørgensen, M.W. & Philips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Universitetsforlag.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kielhofner, G. (2001). *Ergoterapi - det begrepsmessige grundlag*. København: FADL's Forlag.
- Kristeva, J. (1984). *Revolution in Poetic Language*. (L.S. Roudiez, Trans.) New York: Colombia University Press.
- Kvale, S. & Brinkmann S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kveim Lie, A. (2013). Blodprøver og piller er også omsorg. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 9, 988-9. DOI: 10.4045/tidsskr.12.1389

- Landmark, A. M. D. (2016). *Negotiating patient involvement in treatment decision making. A conversation analytic study of Norwegian hospital encounters*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Lorem, G., Steffensen, M., Frafjord, J. & Wang, C. (2014). Omsorg under tvang. En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2(11.).115-124.
- LOVDATA. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- LOVDATA. (2017). *Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mol, A.M. (2008). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. New York: Routledge.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2017). *Recovery*. Hentet fra: <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Neumann, I. B. (2002). Forord i Foucault, M. (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Norvoll, R. (2002). Makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern. I Norvoll, R. (Red.). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. (s.121-144). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Norvoll, R., Hatling, T. & Hem, K.G. (2008). *Det er nå det begynner! –Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)"*. SINTEF Helse. Rapport nr. A8450. Hentet fra:

https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a8450_hovedrapp_bat.pdf

- Norvoll, R. (2008). *Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. SINTEF Helse. Rapport nr. A4572. Hentet fra: http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_a4572_brukerorienterte_alternativer_til_tvang_i_sykehus-delrapp_1.pdf
- Norges forskningsråd. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009)*. Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Hentet fra: www.forskningsradet.no/publikasjoner
- NOU 2011: 9(2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Nylenna, M. (2014). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Nasjonale resultater*. Rapport fra Kunnskapssenteret Nr. 10 – 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Nytingnes, O. (2004). Nytt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 66 (1.), 66-70.
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G., & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av ”brukermedvirkning” gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 16-31.
- Playle, J. F., & Keeley, P. (1998). Non-compliance and professional power. *Journal of advanced nursing*, 27(2), 304-311.
- Psykologforeningen. (2012). Høringssvar fra Norsk Psykologforening på NOU 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet – Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Hentet fra: <https://www.psykologforeningen.no/politikk/hoeringsuttalelser/hoeringsuttalelser-2012>

- Rise, M., Solbjør, M., Lara, M.C., Westerlund, H., Grimstad, H. & Steinsbekk, A. (2011). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations*, 16(3.), 266-276. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x
- Rise, B. M. (2012). *Lifting the veil from user participation in clinical work – What is it and does it work?* (Doktoravhandling). NTNU, Trondheim. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/264484>
- Rosenvinge, J. H. (2004). Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41(9.). 706-712.
- Sandmo, E. (1999). Michel Foucault som maktteoretiker. I E. Engelstad (red). *Om makt. Teori og kritikk*. (s. 79-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Solbjør, M. & Steinsbekk, A. (2011). Brukermedvirkning i norske sykehusavdelinger? *Tidsskriftet for den norske legeforening*, 17(2008), 1944-1945
- Sosial- og Helsedepartementet. (1998). *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene (Folkehelseutredningen)*. NOU 1998:18. Oslo: Departementets servisesenter.
- Storm, M., & Davidson, L. (2010). Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatric quarterly*, 81(2.), 111-125.
- Storm, M., Hausken, K. & Mikkelsen, A. (2010) User involvement in in-patient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 1897-1907. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.03036.x
- Storm M. & Edwards A., (2013). Models of User Involvement in the Mental Health Context: Intentions and Implementation Challenges. *Psychiatric Quarterly*. 84(3) 3, 313–327
- St.prp. nr. 63 (1997-1998). *Om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet.

- Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W., Van Der Bijl, J. (2008). User involvement in Mental Health Care: the Role of Nurses. *A literature review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15(8), 678–683. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2008.01285.x
- Scott, A. & Doughty, C. (2012). Care, empowerment and self-determination in the practice of peer support. *Disability & Society*. 27(7), 1011-1024. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2012.695578>
- Sosial-og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet, Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. St.meld. nr. 25. (1996-1997). Oslo: Departementets servisesenter.
- Sosial og Helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Rapport nr. IS1315. Oslo: Sosial-og helsedirektoratet.
- Solbjør M., Rise, M.B., Westerlund, H., Steinsbekk, A. (2013). Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *The International journal of social Psychiatry*, 59(2), 107-13
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn - kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Steinsbekk, A., & Solbjør, M. (2008). Brukermedvirkning i sykehusavdelinger? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 128.1944 – 1945
- TvangsForsk (2017). *Omfang av tvang i det psykiske helsevernet*. Hentet fra: http://www.tvangsforskning.no/noekkeltall_tvang
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. 22/07. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Westerlund, H. (2012). *Ord og begreper i psykisk helsearbeid*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse & Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra: <https://napha.no/multimedia/3094/80006-Hefte-Ord-og-begreper.pdf>

Westerlund, H. (2012). *Brukermedvirkning under Opptrappingsplanen: formelle krav, fallgruver og virkemidler*. Oslo: NAPHA.

Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse I: R. Norvoll (red) *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon* (s.145-9). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kutur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 111-119

Vedlegg

Forskningsartikkel “Idealer om brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern”

Informasjonsbrev

Samtykkeskjema

Intervjuguide første intervju

Intervjuguide andre intervju

Godkjennelse fra NSD

Forfatterveiledning «Tidsskrift for psykisk helsearbeid»

Idealer om brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern

Vitenskapelig artikkel

Godkjent ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, prosjektnr.: 43111

Antall ord: 5200

Maya Aslaksen, Spesialergoterapeut

født 20.05.81

Utdannet spesialergoterapeut og ansatt på Lovisenberg Diakonale Sykehus

Adresse: Sverdrups gate 1 C, 0559 Oslo

maya.aslaksen@gmail.com

Sammendrag

Artikkelen undersøker hvordan miljøterapeuter som jobber i tvungent psykisk helsevern snakker om brukermedvirkning. Det er gjort en diskursanalyse, og Annemarie Mols begreper valglogikk og omsorgslogikk er brukt til å belyse funnene. Studien viser at miljøterapeutene snakker ut fra en borgerrettighetsdiskurs og en terapidiskurs. Innenfor borgerrettighetsdiskursen knyttes brukermedvirkning til et ideal om autonomi, med et premiss om rasjonalitet. Informantene ilegger brukermedvirkning liten nytteverdi innenfor rammen av tvang. Der informantenes ytringer er preget av terapidiskursen er det basert på et ideal om god behandling og det legges vekt på den terapeutiske betydningen av å medvirke.

Nøkkelord: individuell brukermedvirkning, miljøterapi, tvunget psykisk helsevern, diskursanalyse

Abstract

The article examines how milieu therapists who are working with involuntary mental health in a psychiatric ward, talk about user participation. We did a discourse analysis, and used Annemarie Mol's concepts of Logic of Care and Logic of Choice to illuminate the findings. The study reveals what we will call a "Discourse on Citizen Rights" and a "Discourse on Therapy". Within the first user involvement relates to an ideal of autonomy, with a premise of rationality. The informants impose user participation of small utility within involuntary mental health care. Within the second discourse user participation is based on an ideal of good treatment, and the therapeutic importance of participation is emphasized.

Keywords: individual user participation, milieu therapy, involuntary mental health care, discourse analysis

Bakgrunn

Brukermedvirkning har siden 90-tallet og Opptappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) vært et sentralt begrep i helsepolitiske dokumenter i Norge. Samtidig er det flere som har påpekt at brukermedvirkning er et mangetydig begrep som bygger på idéer med ulikt ideologisk innhold (Anthony & Crawford, 2000; Ørstavik, 2002; Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012; Jensen & Tronvoll, 2012; Rise et al, 2011).

Brukermedvirkning er tett knyttet til Empowerment-tenkningen som er inspirert av blant annet den amerikanske borgerrettighetsbevegelsen på 1960-tallet (Malterud & Thesen, 2001; Askheim, 2012). I Norge var det funksjonshemmedes organisasjoner som på 60- og 70-tallet var pådrivere for demokratiske rettigheter gjennom økt brukermedvirkning (Jensen & Tronvoll, 2012). Slik sett kan brukermedvirkning forstås som et demokratisk prinsipp, som går ut på at pasienter eller brukere av helsetjenester skal kunne ha innflytelse på avgjørelser som angår en selv (Sosial -og helsedepartementet, 1997; Andreassen, 2004).

Fra 1990-tallet har brukermedvirkning også blitt brukt i argumentasjon knyttet til økt kostnadseffektivitet, frie brukervalg og konkurranse, og markedsorientert fornying av offentlig sektor (Askheim, 2012; Ørstavik, 2002; Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010). Flere forskere har påpekt at brukermedvirkning har en positiv ordlyd som kan komme til å tilsløre reelle maktforhold. Begrepet kan føre til at makt tar andre former, og dermed gjør pasienten mer avmektig (Ørstavik, 2008; Engebretsen & Haldar, 2010; Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012; Juritzen, 2013; Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide, 2015).

En studie av argumentasjon for brukermedvirkning i statlige policydokumenter, viser at argumentasjonen er preget av en samproduksjonsdiskurs, som er knyttet til en sterk sosialdemokratisk samarbeidsideologi. Brukermedvirkning forstås her som individets rett til innflytelse over eget liv i kraft av å være en fullverdig samfunnsborger og individets ansvar for seg selv, så vel som for fellesskapet (Askheim, 2017).

Et eksempel på dette kan være Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Denne sier at som bakgrunn for retten til medvirkning, er respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett (Helsedirektoratet, 2013). Videre at «behandlingen bør baseres på deres egne valg og prioriteringer og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet» (Helsedirektoratet, 2013, s.22). Andre dokumenter vektlegger terapeutiske begrunnelser for medvirkning, med bakgrunn i rehabiliteringslitteraturen. Disse omhandler hvordan et mer aktivt forhold til egen sykdom og behandling kan styrke brukerens selvrespekt og mestringsevne (Sosial – og Helsedirektoratet, 2006, s.9).

I denne artikkelen er det fokus på den delen av psykisk helsevern som omfatter tvungent psykisk helsevern på døgnavdeling, forkortet med TPH. For 2014 gjaldt dette i underkant av 1/3 av oppholdsdøgnene i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2016). Pasienten har da har rett til informasjon og innflytelse over behandlingssituasjonen så langt det lar seg gjøre,

samtidig som medvirkningen begrenses av psykisk helsevernloven (Sosial og Helsedirektoratet, 2006). På tross av at brukermedvirkning har blitt løftet løftes frem fra politisk og faglig hold, viser en landsdekkende kartlegging av pasienttilfredshet innenfor psykisk helsefeltet for voksne, at pasienter ikke opplever å ha tilstrekkelig innflytelse på behandlingsopplegg under innleggelse på psykiatrisk sykehus (Kjøllesdal & Iversen, 2014).

På døgnavdelinger bidrar miljøterapeuter i utarbeidelse av behandlingsplaner, og de har også en sentral rolle i å tilrettelegge for brukermedvirkning i det daglige miljøterapeutiske arbeidet. Forskning har vist at det ikke foreligger noen entydige definisjoner av hva brukermedvirkning betyr i ulike sammenhenger.

En norsk studie viser til en felles forståelse av begrepet blant miljøterapeuter og pasienter, der medvirkning handler om respekt, dialog og samvalg (Rise et al., 2011). Flere forskere problematiserer at faktorer som nedsatt innsikt i egen sykdom, kommunikasjon og samarbeid kan være med på å komplisere brukermedvirkning, både for pasient og personale (Rise et al., 2011; Solbjør, Rise, Westerlund & Steinsbekk, 2013). Jansen og Hansen (2016) konkluderer i sin studie at selv om miljøterapeuter er enige i verdiene brukermedvirkning bygger på, oppleves det som et vagt begrep hvilket fører til at de konkrete tiltakene i stor grad blir opp til den enkelte miljøterapeut å definere. På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke følgende spørsmål.

Hva legger miljøterapeuter i begrepet brukermedvirkning i tvunget psykisk helsevern?
Hvilke diskurser kommer til syne når miljøterapeuter snakker om brukermedvirkning i tvunget psykisk helsevern?

Metode

Studiens design

Studien er basert på en kvalitativ design med fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju kan bidra til å skape en dynamisk dialog med rom for motstridende synspunkter og sosiale forhandlinger mellom deltakerne (Haldar, Engebretsen & Album, 2016). Metoden er egnet til studier med et konstruksjonistisk vitenskapssyn (Tjora, 2013). Det ble samlet to fokusgrupper, som hver ble intervjuet to ganger, slik at refleksjoner i etterkant av det første intervjuet kunne bli fanget opp. For begge intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2012). Sentrale temaer som ble tatt opp var brukermedvirkning i utarbeidelse av behandlingsplan og målsetninger, forutsetninger for å medvirke, og om og eventuelt hvorfor medvirkning har noe for seg. Inklusjonskriteriet var å jobbe som

miljøterapeut med ansvar for oppfølging av enkeltpasienter i TPH. De to fokusgruppene var relativt homogene med hensyn til faglig tilhørighet og at alle deltakerne i én gruppe jobbet på samme sykehus. Av praktiske årsaker ble det ikke holdt intervju med gruppene samlet.

I tre av de fire intervjuene var vi to moderatorer som tok ulike roller og bidrog på den måten til å skape diskusjon og meningsutveksling.

Analyse

Intervjuene ble transkribert ordrett, og pauser samt vektlagte ord ble markert. Det ble foretatt en diskursanalyse av de transkriberte intervjuene som tekst. Som analysestrategi valgte vi diskursteori utformet av Ernesto Laclau og Chantal Mouffe, slik den er gjengitt av Jørgensen & Phillips (1999). Den overordnede tankegangen i diskursteorien er at sosiale fenomener aldri har en fastlåst betydning, men at det til enhver tid pågår en sosial kamp omkring definisjoner og fastlåsning av mening. Med diskursanalyse ønsker man å avdekke hvordan ulike diskurser konkurrerer om definisjonsmakten av sosiale fenomener, gjennom det som kalles en diskursiv kamp (Jørgensen & Phillips, 1999).

Diskursteorien bidrar med begreper som er egnet til å avdekke hvordan diskurser i betydningen “en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på.” (Jørgensen & Phillip, 1999, s.9) konstrueres gjennom språket, og hvilke idealer som virker inn på de meningsskapende prosessene.

De analytiske begrepene som ble brukt i diskursanalysen var «nodalpunkt», «momenter», «elementer», «subjektposisjon», «antagonisme» og «ekvivalenskjede». Et nodalpunkt er et tegn (ord) som navngir et tyngdepunkt i diskursen. I denne analysen er nodalpunktet brukervedvirkning. Dette kan oppfattes som et tomt men betydningsfullt tegn, som får sin mening ved at andre tegn knyttes til nodalpunktet og bidrar til å definere det. De tegnene som gir nodalpunktet mening kalles «momenter». For eksempel kan momentet «rettighet» bidra til å fylle nodalpunktet «brukervedvirkning» med mening.

De tegnene som ikke passer inn i den gjeldende diskursen, blir kalt «elementer». Innenfor en «diskurs om medvirkning», kan for eksempel tegnet «paternalisme» bli et element.

For å avdekke hvilke muligheter som er tilgjengelige for personalet i sitt arbeid med brukervedvirkning, har vi analysert tekstens «subjektposisjoner». Begrepet refererer til de alternativene som enten eksplisitt eller implisitt er tilgjengelige for deltakerne i diskursen, her miljøterapeutene og pasientene.

Når to momenter blir koblet sammen i en setning, omtaler Laclau og Mouffe dette for «ekvivalenskjeder». I ekvivalenskjeder vil de ordene vi kaller momenter gjensidig påvirke hverandre ved at det ene ordet setter det andre i et visst lys, gjennom hvilke assosiasjoner det vekker (Jørgensen & Phillips, 1999).

Forskningsetikk

Rekruttering av informanter ble gjort ved å kontakte avdelingsledere, som videresendte informasjonsskriv om prosjektet til målgruppen. Det ble påpekt at deltakelse i studien var frivillig, og at det var muligheten for å trekke seg når som helst. Intervjuene ble gjennomført innenfor deltakernes arbeidstid. For å sikre at prosjektet fylte kravene til forsvarlig databehandling, ble det søkt til og godkjent ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Teori

Annemarie Mol er en nederlandsk filosof og medisinere. Med utgangspunkt i antropologiske studier innen helsevesenet, skisserer hun to ulike former for logikk i tilknytning til god behandling. De to logikkene kaller hun «Logic of Choice» og «Logic of Care» (Mol, 2008).

Innenfor «valglogikken» er autonomi og likhet idealer, og det er gjennom valget man realiseres som subjekt. Pasientene fremstilles som borgere eller som kunder av helsetjenester, som er autonome og vet hva de vil ha. Innenfor helsevesenet vil målet med en slik logikk være å unngå paternalisme. Som kunde skal man kunne velge egen behandling.

Innenfor «omsorgslogikken» er det å kunne leve et godt liv, også med sykdom, idealet. Pasienten realiseres som subjekt gjennom mange ulike aktiviteter, der det å ta valg er en av disse. Innenfor en logikk der målet er at pasienten skal kunne leve et godt liv, arbeider helsepersonell samarbeidsorientert og bruker pasientens og pårørendes erfaringer som en del av kunnskapsgrunnlaget (Mol, 2008).

Sentrale funn

Det var to svært ulike forståelser av brukermedvirkning som kom til syne under intervjuene. Vi analyserte frem to ulike, overordnede diskurser, som de ulike forståelsene kunne forklares ut ifra. I det følgende vil vi vise hvordan de to diskursene fyller begrepet brukermedvirkning med mening på ulike, men samtidig overlappende, måter.

Diskurs om borgerrettigheter

Når informantene snakket innenfor en borgerrettighetsdiskurs, snakket de om medvirkning som en rettighet, primært knyttet til å ta valg.

Pasientens valg

Brukermedvirkning handlet for informantene om at pasientene skal kunne ta valg knyttet til egen behandling.

«(..) det ligger vel i brukermedvirkningens natur, tenker jeg. At det å få lov til å være med å bestemme, (..) da griper man den muligheten, ut fra hva man har krefter til der og da.»

«Å få være med å bestemme» blir her et sentralt moment for brukermedvirkning, ved at det omtales som brukermedvirkningens «natur». Samtidig er ikke medbestemmelse noe som tas for gitt, men avhenger av hva pasienten har krefter til der og da.

Premiss om rasjonalitet

Informantene formidlet på ulike måter at det å kunne være med på å ta beslutninger knyttet til behandlingen forutsetter at pasienten kan ta valg som personalet finner rasjonelle.

«(..) Brukermedvirkninga må stoppe der den aktuelle pasienten helt opplagt ikke er i stand til å vurdere sitt eget beste. Så det går en grense for at det her, men inntil du kommer til det her, så har du jo autonomien som står veldig sterkt, egentlig. Jeg bestemmer når jeg skal stå opp, hva jeg skal spise (..) Altså dette her som handler om det små i hverdagen.»

I sitatet impliseres at forståelsen av brukermedvirkning som autonomi, retten til å ta valg knyttet til eget liv, forutsetter evne til å vurdere sitt eget beste.

Personalet får her en subjektposisjon der de har ansvar for å vurdere om pasienten er i stand til dette. Hvis miljøterapeuten ikke vurderer pasienten slik, reduseres det området pasientens ønsker skal tillegges betydning, til små hverdagslige ting på avdelingen.

«(..) det blir jo sånn her og. At man skal få til brukermedvirkning, at man skal få fram pasientens stemme. Og ofte så er jo pasientene vi har virkelig dårlig (...) og kan absolutt ikke ta noen rasjonelle valg og de valgene som eventuelt tas er jo ikke noe som ganger pasienten på noe vis.»

Momentet «rasjonalitet» settes sammen med «å ta valg som gagnar en selv», i en ekvivalenskjede. Å være en rasjonell aktør og å ta gode valg, fremstår som de eneste mulige subjektposisjonene for pasienten. Sitatet under viser at informantene ikke nødvendigvis opplever at dette er et ideal som kommer pasientene til gode i TPH.

«(..) jeg tenker at det å bare klaske brukervedvirkning på bordet som en uomtvistelig god ting og en konstruktiv ting, det er jo ikke tilfelle. Det er viktig å erkjenne at det å ta roret litt er godt for pasienten (..)»

«Å ta roret» kan forstås som å styre behandlingen» og blir her et element som markerer grensen for brukervedvirkning i «diskurs om borgerrettigheter».

Ansvar for eget liv

Flere av informantene setter lys på dilemmaer knyttet til det å gi pasienten ansvar under rammen av tvang.

«Det jeg tror og det jeg har hørt mange pasienter si, det er det at «Samarbeide - det betyr jo bare at jeg finner meg i det dere finner på. Da samarbeider jeg. Hvis jeg ikke syntes det er ok, da samarbeider jeg ikke.» - Så i det skjæringspunktet er det jo vi må prøve å finne en nøkkel (..) at vi gir ansvar til pasienten. Og det syntes jeg mange behandlere og pleiepersonalet her blir mer bevisste på etter hvert. At pasienten eier seg selv, og sitt og livet sitt og vi kan mene alt vi orker vi.»

Informanten bruker i sitatet uttrykket «å eie seg selv og sitt liv», som kan gi assosiasjoner til autonomi og selvbestemmelse. Det informanten kaller «skjæringspunktet», kan forstås som å gi pasienten ansvar i behandlingen, på tross av at innleggelsen er under TPH. Gjennom eksempelet problematiserer informanten hvordan tvunget psykisk helsevern, setter en ramme for samarbeidet på en slik måte, at pasienten kan oppleve avmakt. Informanten beskriver videre hvordan miljøterapeuten forsøker å gi pasienten mer makt, gjennom mer ansvar.

Pasientens subjektposisjon blir «å komme med forslag til hva som kan hjelpe» og «å formidle dette til personalet».

Medvirkning er en rettighet

Når informantene snakket innenfor borgerrettighetsdiskursen, ble det flere ganger referert til lovgivning. Sitatet under er hentet fra en kontekst der informantene snakket om brukervedvirkning i samarbeidsmøter, der behandler og hjelpeapparatet utenfor sykehuset skal planlegge oppfølgingen.

«Og da må det være en agenda, det må være en saksliste og man må komme frem til et resultat. Men det er klart, dialogen er åpen på den måten at pasienten kan si ja eller nei takk. Det er en så grunnleggende pasientrettighet som vi ikke kommer unna rett og slett. Så sånn er det.»

Medvirkningen knyttes i sitatet til momentet «rettighet», som her handler om å kunne ta egne valg. Subjektposisjonene for personalet blir å ta ansvar og å legge til rette, mens pasientens rolle blir å takke ja eller nei til det som blir lagt frem.

«Jeg er mer opptatt av å anerkjenne folk enn å drive med brukervedvirkning. Det har en mer naturlig plass uansett hvor mye tvang vi driver med. For det tenker jeg har mer med det mellommenneskelige konseptet i seg, enn sånn lovgrunnlaget sier at du skal tilrettelegge for brukervedvirkning, så – «her har du IP, en din og kos deg.»

Informanten knytter i sitatet brukervedvirkning til rett en individuell plan. Subjektposisjonen «å drive med brukervedvirkning» settes av informanten i motsetning til subjektposisjonen «å anerkjenne pasienten». «Å tilrettelegge for brukervedvirkning» knyttes til et lovgrunnlag og «å anerkjenne pasienten» knyttes til det mellommenneskelige, som informanten her ilegger en mer naturlig plass innenfor rammen av tvang.

Når informantene snakker om brukervedvirkning ut i fra borgerrettighetsdiskursen, fremstår det som et ideal som kommer utenfra, og som informantene tillegger liten nytteverdi innenfor TPH.

Pasientens og pårørendes perspektiv

Ut ifra begge diskursene snakket informantene om å høre pasientens og pårørendes erfaringer og opplevelser av situasjonen, som et grunnlag for å kunne tilrettelegge for god behandling. I følgende sitat snakker informantene om bruk av en metode for å skape en åpen dialog i nettverksmøter som et tiltak for å få frem pasientens og pårørendes perspektiv.

«(..) Det er jo en måte å jobbe på og få inn brukerperspektivet og pårørendeperspektivet (..) man tar opp situasjonen her og nå, det de er opptatt av. Da har vi som avdeling ikke noen agenda for møtet i det hele tatt, annet enn at vi samler de, så vi får snakket sammen. (..) Hvis det er noen eksperter, så er det pasienten og familien som kan vite mest om hva som skjer, hvorfor det skjer, hvordan det skjer og hva som er bra for dem. Så det er en sånn holdningsgreie da, som vi utdanner eller danner oss i, gjennom et års utdanningsløp.»

«Pasientens perspektiv» og «pårørendes perspektiv» blir her momenter for brukermedvirkning. De subjektposisjonene som her er tilgjengelige for personalet er «å lytte til pasientens og pårørendes kunnskap» og «anerkjenne kunnskapen som gyldig og relevant».

«(..) Det sier (..) overlegen vår (..) Han sier at det er så mye vi ikke vet om hjernen at vi er helt nødt til å høre på hva pasientene sier om virkning og bivirkning av psykofarmaka.»

I sitatet over blir pasientens subjektposisjon «å formidle egne erfaringer knyttet til medisinsk behandling», og for personalet «å etterspørre pasientens erfaringer». Gjennom å knytte momentet «pasientens erfaringer» til brukermedvirkning, settes fokuset på det kunnskapsgrunnlaget behandlingen tar utgangspunkt i, hvor erfaringskunnskapen her får en plass.

Oppsummering

Innenfor borgerrettighetsdiskursen vektlegges brukermedvirkning som først og fremst en rettighet til å ta egne valg knyttet til behandlingen. Når informantene snakker ut ifra denne diskursen, bygger medvirkning på et premiss om at pasienten er en rasjonell aktør som kjenner og formidler egne behov og ønsker. Funnene viser at når brukermedvirkning blir forstått som en rett til å ta selvstendige valg i behandlingen, ilegges det av miljøterapeutene liten nytteverdi innenfor TPH.

Diskurs om terapi

Vi vil nå vise hvordan informantene fyller nodalpunktet brukermedvirkning med mening innenfor en terapidiskurs.

Skape en allianse i behandlingen

Informantene var opptatt av hvordan de kunne skape en allianse med en pasient som er innlagt imot egen vilje. De trakk fram at det å finne noen minste felles mål var noe de opplevde som betydningsfullt for behandlingen. Dette kunne ofte være «hvordan bli skrevet ut» eller det kunne være mål knyttet til hverdagen ute.

«(..) Så vi inviterer ganske fort til arbeid om en god allianse hvor vi har et felles mål. Så det tenker jeg er en bærebjelke i enhver allianse, at vi har et mål der framme og hvordan skal vi komme dit.»

Ved å knytte momentet «felles målsetning» til momentet «å skape en allianse» i en felles ekvivalenskjede, blir brukermedvirkningens motiv det «å skape en terapeutisk relasjon». Personalets subjektposisjoner fremstår som det å involvere pasienten i et samarbeid mot felles målsetninger.

Involvere pasienten i egen tenkning

Det å gi pasienten innsikt i hvordan de som miljøterapeuter tenker rundt behandlingen, ble trukket frem som en måte å få til brukermedvirkning på. I sitatet under er tema medvirkning i utforming av behandlingsplan.

«(...) Vi har sånne miniteam med behandler og pasient (..) For at de skal høres, og at de skal vite hva vi tenker rundt det. Noen ganger snakker vi høyt om, til, og med pasienten. Hvis ikke pasienten kommer med innspill, så kommer vi med noen innspill.»

Sitatet illustrerer hvordan det å involvere pasienten i egen tenkning, blir et moment for brukermedvirkning. Personalets subjektposisjoner forstås her som å tenke høyt rundt behandlingen.

Å snakke sammen

Personalet kom flere ganger inn på at det å snakke sammen om tema som opptar pasienten eller pårørende, er en måte å få til medvirkning på, ved at pasienten inngår i en dialog. I sitatet under snakker informantene om bruk av nettverksmøte med pasient og pårørende.

«Ja, det er bare å la de få lov til å komme med det de har på hjertet. Det er jo et hovedpoeng. Det er ingenting som er tabu. Hvis pasienten syntes at det skal tas opp så skal det det da.»

«Jeg tror noe av det sterkeste vi erfarer det er jo når det åpner opp for ekte følelser av alle slag (..) så vi går jo i en sånn vanlig sirkel ikke sant der alt fra polarisering til uenighet og sterke følelser, til mer optimisme og håp.»

Dialog settes her i sammenheng med å åpne opp for følelser og knyttes til det å skape et håp. Dette illustrer fokuset på det terapeutiske aspektet ved samtalen, og en tro på endring. Der informantene innenfor diskursen om demokrati knytter pasientens medvirkning til det å ta valg, knyttes pasientens medvirkning her til det å snakke sammen. Personalets subjektposisjoner er her å tilrettelegge for en dialog.

Ansvarliggjøring

Informantene snakket også om at det å gi pasienten stadig mer ansvar i takt med egen bedring, er en viktig del av brukermedvirkning.

«For jeg tenker at i min grunnforståelse av hva en psykose er, så er det en tilstand en pasient er litt inn og ut av, og at vi prøver å finne de små åpningene inn til det friske. Og det er der vi skal jobbe, for at det skal bli større og større og fortrenge det syke, ikke sant. Og det er der jeg tenker at ansvarliggjøring i passe porsjoner ifølge Gundersons tilnærming så vi tar det trinnvis, i forhold til hva slags symptomtrykk og funksjonsnivå pasienten har (...).»

Gjennom uttrykkene «å finne de små åpningene inn til det friske» og «å ansvarliggjøre tilpassa grad av symptomtrykk», knytter informantene en terapeutisk betydning til momentet ansvarliggjøring.

Ansvarliggjøring innebærer subjektposisjonene å overføre ansvar til pasienten, som innebærer å ha en tro på pasientens egne ressurser til å mestre eget liv. Det innebærer også subjektposisjonene; å gjøre fortløpende vurderinger av pasientens fungering, og å tilrettelegge for mestring. For pasienten blir subjektposisjonene her å samarbeide med personalet om å ta ansvar, som kan innebære et håp om å bli bedre.

Styring av selvstyring

Informantene portretterer en pasientgruppe som til tider har lite eget initiativ i behandlingen og som i liten grad formidler egne ønsker. Sitatet under portretterer en tilnærming til en pasient som opplever avmakt overfor egen situasjon.

«(..) Men noen ganger så gjør vi noen sånne grep at vi lager avtaler om at derfra til dit, og så kan det være en gulrot i enden. Hvis du får til dette den perioden (..) men dette er jo ikke brukermedvirkning, men det er det og. Ikke sant, det er på en måte litt styring, men allikevel, for hvis, vi kan ikke slippe det løs og tenke at dette vil ikke pasienten så derfor så kan vi ikke gjøre det. For det er ikke sann det funker. Vi må ville noe på pasientens vegne.»

Uttrykkene «å ville noe på pasientens vegne» og «litt styring», kan forstås som at det handler om en intensjon fra personalets side, om en endring hos pasienten. Informanten forteller i sitatet om hvordan hun prøver å motivere pasienten til å endre adferd, gjennom å tilrettelegge

med en ytre motivasjon. En av informantene illustrerer dette momentet når hun snakker om bruk av motiverende intervju (MI).

«(..) en samtaleteknikk, hvor pasienten kjenner at ja, det er kanskje jeg som kan ta styringa på dette allikevel.»

På denne måten blir brukermedvirkningen et instrument for å skape en endring hos pasienten, gjennom å fokusere på pasientens egen motivasjon. De subjektposisjonene som her blir tilgjengelig for personalet blir å motivere pasienten til å ta styringa. Når dette er personalets initiativ for å få til en atferdsendring hos pasienten, blir det det vi vil kalle «en styring av selvstyring».

Oppsummering

Analysen viser at brukermedvirkning innenfor terapidiskursen hovedsakelig forstås som et terapeutisk prinsipp, der idealet er god behandling. Det innebærer en tro på at deltakelse i egen behandling er av betydning for pasientens bedringsprosess. Når informantene snakker ut fra terapidiskursen, skjer medvirkningen i et dynamisk samspill, der medvirkningen justeres etter hva personalet vurderer at pasienten kan mestre.

Diskusjon

Brukermedvirkning i lys av Mols «valglogikk»

Borgerrettighetsdiskursen slik den kommer til uttrykk i studien, har flere likhetstrekk med det Mol omtaler som en valglogikk. Miljøterapeutene i studien knytter medvirkning til et ideal om autonomi, som handler om å ta egne valg. Mol knytter valglogikken til et ideal om autonomi og likhet. Siden en slik logikk tar utgangspunkt i pasienten som en borger eller kunde av helsetjenester, forutsetter den at pasienten ønsker å medvirke, er rasjonell og vet hva han eller hun trenger. Informantene beskriver behandling av pasienter som behov for omsorg, og for at andre «holder roret» for en stund, for at man på sikt kanskje skal kunne gjenvinne egen autonomi. Hverken autonomi eller likhet fremstår som et reelt utgangspunkt for behandling i TPH. Valglogikken bidrar på den måten til å belyse hvorfor informantene innenfor en borgerrettighetsdiskurs, snakker om brukermedvirkning som et begrep med begrenset nytteverdi i TPH.

Mol hevder at valglogikken marginaliserer sykdom fordi den forutsetter at det normale skal forbli standarden. Hvis pasienten på legekantoret skal være likestilt med legen som en borger fremfor pasient, unngår man paternalismen. Innenfor TPH kan idealet om å ta egne valg

komme til kort ovenfor god behandling. Det er flere faktorer som vil kunne påvirke pasientens valg, herunder omstendigheter, tillit, reelle valgmuligheter og tidligere erfaringer. Om man som pasient skal kunne ta autonome valg forutsetter det reelle valgmuligheter. Pasienter kommer ikke på sykehus fordi de kan velge, men nettopp fordi de ikke kan velge, som følge av sykdom. Kanskje kan derfor valglogikken stå i fare for å gjøre pasienten mer avmechtig, ved å tilsløre omsorgssvikt som pasientens valg.

Brukermedvirkning i lys av Mols «omsorgslogikk»

Terapidiskursen har flere likhetstrekk med Mols begrep om omsorgslogikk. Informantene skisserer innenfor terapidiskursen ulike tilnærminger for å inngå i et samarbeide med pasienten. Målet er å gi god behandling, uavhengig av pasientens fungering. Innenfor terapidiskursen snakker informantene om å tilrettelegge for en medvirkning hvor pasienten og personale inngår i en samhandling som skal sette pasienten i bedre stand til å leve et godt liv etter utskrivelse. Medvirkningen omhandler også her å ta valg og dele egne perspektiver, men tar også form gjennom andre aktiviteter, som å trene på å gjenoppta eget ansvar.

Medvirkningens form og grad tilpasses av personalet, men også av pasienten. Pasienten styrer medvirkningen i form av å formidle egne perspektiver og være med å bestemme hva som er relevante tema.

Når kartlegging av pasienttilfredshet viser at pasienter ikke opplever å bli tilstrekkelig involvert i utforming av egen behandling (Kjøllesdal & Iversen, 2014), er det nærliggende å tenke seg at dette har sammenheng med oppfatninger av hva brukermedvirkning innebærer, og hva det forutsetter.

Så lenge det eksisterer delvis motstridende forståelsesrammer for brukermedvirkning, så forblir begrepets implikasjoner for praksisfeltet uklart. Ved hjelp av språket skaper vi representasjoner av virkeligheten som aldri kun er speilinger av en eksisterende virkeligheten; med de er med på å forme hvordan vi ser verden (Jørgensen & Philips, 1999, s.17).

Konsekvensene av brukermedvirkning forstått som en rettighet kan fremtvinge endret praksis, som følge av lovendringen om samtykkekompetanse. Forstått som et terapeutisk prinsipp kan brukermedvirkning derimot kunne medføre at pasienten pålegges en plikt til å medvirke, og derigjennom innskrenke pasientens frihet til å la være å medvirke.

Konklusjon

Artikkelen viser at det innenfor rammen av tvungent psykisk helsevern eksisterer svært ulike forståelsesrammer for et begrep som både i helsepolitiske dokumenter, og faglige retningslinjer, fremholdes som en grunnpilar i behandling av psykiske helseproblemer.

Om man skal kunne sikre at pasienter som er innlagt under TPH får ivaretatt sin rett til å medvirke i egen behandling, er det behov for en videre avklaring av hva dette skal innebære.

Litteraturliste

- Andreassen, T. A. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Anthony, P., & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 425-434. DOI: <http://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2000.00332.x>
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse –og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Beauchamp, T., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Engebretsen, E. & Haldar, M. (2010). Annerledeshet og medvirkning. Er det plass til en sårbar klient? I E. Engebretsen & J. Kristeva (Red.), *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk* (s. 195-211). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Haldar, M., Engebretsen, E. & Album, D. (2016). Legitimizing the illegitimate: How doctors manage their knowledge of the prestige of diseases. *Health*. 20(6), 559- 577. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363459315596798>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014. Hentet fra:* <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. nr. 63 (1997-1998)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>
- Jansen, T. L., & Hanssen, I. (2016). Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31(2), 388-394. DOI: <http://doi.org/10.1111/scs.12358>
- Jensen, A. G. & Tronvoll, I. M. (red.) (2012). *Brukermedvirkning. Likeverd og anerkjennelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Juritzen, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Myndiggjøringens forførende kraft. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter* (s.122-137). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, M. W. & Philips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag.
- Kjøllesdal, J. G. & Iversen, H. H. (2014). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern. Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 9–2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-resultater-etter-en-landsdekkende-undersokelse-i-2014>
- Kvale, S. & Brinkmann S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Malterud, K. & Thesen, J. (2001). Empowerment» og pasientstyrking-et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*. 13(121), 1624-8. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2001/05/kronikk/empowerment-og-pasientstyrking-et-undervisningsopplegg>
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av brukermedvirkning gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 16-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3710>

- Mol, A.M. (2008). *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- Rise, M. B., Solbjør, M., Lara, M. C., Westerlund, H., Grimstad, H. & Steinsbekk, A. (2011). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations*, 16(3), 266-276. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x/epdf>
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn - kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sosial-og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet* (St.meld. nr. 25,1996-1997). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>
- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H. & Steinsbekk, A. (2013). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 107-113. Hentet fra: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764011423464>
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (2. utgave.) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ørstavik, S. (2002). Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse. I R. Norvoll (Red.) *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*.(s. 145-159). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 05(02), 111-119.

Invitasjon til deltakelse i fokusgruppeintervju

Oslo, 12.06.2015

Hei!

Dette er en invitasjon til deg om å delta i en forskningsstudie omhandlende brukermedvirkning.

Formålet med studien er å få mer kunnskap om primærkontaktens refleksjoner rundt brukermedvirkning i arbeid med behandlingsplan/sykepleieplan, for personer med en psykoselidelse, på en psykiatrisk døgnavdeling.

Du er valgt ut til å forespørres siden din stilling innebærer ansvar som primærkontakt på en døgnavdeling, for personer med en psykoselidelse.

Studien utføres av masterstudent Maya Aslaksen og veiledes av stipendiat Gina Fraas Henrichsen og professor Eivind Engebretsen, ved Avdeling for helsefag, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at man deltar i to fokusgruppeintervju, som vil vare i omkring 90 minutter hver. Det andre intervjuet blir på sensommeren. Det vil være omkring seks – ti deltakere i hvert av intervjuene, i tillegg til to intervjuere. Spørsmålene og samtalen vil dreie seg om deltakernes tanker rundt brukermedvirkning knyttet til behandlingsplan, for pasienter med en psykoselidelse. Det vil bli tatt lydopptak av diskusjonene i gruppen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og deretter omskrevet til tekst. Data som lagres består av det omskrevne intervjuet og lydfilen. Du vil innledningsvis i intervjuet bli bedt om å presentere deg, men dette vil senere bli slette fra lydfilen. All data vil bli

behandlet uten navn eller andre gjenkjennerende opplysninger. Data skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene av studien publiseres. Prosjektet er godkjent ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og meldt til personvernombudet ved ...

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å trekke deg, kan du kontakte prosjektleder, Maya Aslaksen på tlf; ...

Tid og sted

Intervjuene vil vare omtrent 90 min. hver og de vil finne sted på

Nærmere informasjon kommer. Det vil bli servert frukt og drikke. Det første intervjuet vil finne sted **tirsdag 23.6 kl. 13-14.30.**

Om du kunne tenke deg å delta vennligst send en sms til Maya Aslaksen på telefonnr. **98 66 78 61** snarest.

Gleder meg til å høre fra deg!

Med vennlig hilsen

Maya Aslaksen

Masterstudent i Helsefagvitenskap, Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo

Samtykkebrev

«Brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern»

Bakgrunn

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie omhandlende brukermedvirkning. Formålet med studien er å få mer kunnskap om primærkontaktens refleksjoner rundt brukermedvirkning i forhold til personer med en psykoselidelse, på en lukket psykiatrisk sengepost. Du er valgt ut til å forespørres siden din stilling innebærer ansvar som primærkontakt på en lukket sengepost, for personer med en psykoselidelse.

Studien utføres av masterstudent Maya Aslaksen og veiledes av stipendiat Gina Fraas Henrichsen og professor Eivind Engebretsen, ved Avdeling for helsefag, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at man deltar i to fokusgruppeintervju, som vil vare i omkring 90 minutter hver. Intervjuene vil bli lagt til ettermiddagen og det vil bli servert enkel mat. Det vil være omkring seks – ti deltakere i hvert av intervjuene, fra tre ulike sykehus. Det vil være to intervjuere. Tema for diskusjonen vil være primærkontaktens tanker omkring det å arbeide med brukermedvirkning knyttet til behandlingsplan, for pasienter med en psykoselidelse. Det vil bli tatt lydopptak av diskusjonene i gruppen.

Mulige fordeler og ulemper

Du vil ikke ha noen spesielle fordeler av studien, men erfaringer fra studien vil senere kunne komme både ansatte og pasienter innen psykisk helsevern til gode.

Taushetsplikten gjelder fortsatt

Deltakelse i studien fritar deg ikke fra taushetsplikten. Du må ikke gi opplysninger som er egnet til å identifisere pasienter. Dersom du ved et uhell avgir slik informasjon må du gjøre intervjuer oppmerksom på dette og kreve at de taushetsbelagte opplysningene slettes. Vi har plikt til å etterkomme et slikt krav umiddelbart. Forskerne har selv taushetsplikt.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og deretter omskrevet til tekst. Data som lagres består av det omskrevne intervjuet og lydfilen. Du vil innledningsvis i intervjuet bli bedt om å presentere

deg, men dette vil senere bli slette fra lydfilen. All data vil bli behandlet uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Maya Aslaksen og veiledere som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Samtykkeerklæring og navneliste med tilknyttet kode vil låses inn i en safe på Institutt for helse og samfunn. Data skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Samtykkeerklæring, navneliste, transkripsjoner av intervjuet og lydfilet vil destrueres etter endt prosjekt, senest innen 2017. Prosjektet er godkjent ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste og Universitetet i Oslo er dataansvarlig. Det vil ikke være mulig å identifisere deg når resultatene av studien publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å trekke deg, kan du kontakte Maya Aslaksen på tlf; ...

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Før intervjuet starter:

- Mulighet for å forsyne seg med mat, småprat
- Samler inn signerte samtykkeskriv
- Båndopptaker skrus på
- Ønsker velkommen, begrunner interessen for tema
- Tydeliggjør rammene for intervjuet (tidsrammer, roller)
- Presentasjonsrunde

Introduksjon av tema

Bakgrunn for at jeg ønsker å intervjuere dere om brukermedvirkning i tvungen psykisk helsevern er at både lovverket og faglige retningslinjer for behandling legger sterke føringer for brukermedvirkning. Samtidig vet vi at det kan være utfordringer knyttet til dette i arbeid med pasienter med psykoselidelser.

Nye evalueringsrapporter basert på kartlegging av pasienttilfredshet at mange pasienter opplever å ha for lite innflytelse på utforming av eget behandlingsopplegg.

Det er lite forskning på hva miljøterapeuter tenker rundt brukermedvirkning på lukket psykiatrisk avdeling. Så derfor syntes jeg det er interessant å prate med dere om dette.

Jeg vil stille noen spørsmål, men det er bare å ta ordet og kaste seg på. Jeg vil presisere at alle tanker og erfaringer her er like viktige og at det ikke er noe som er «riktig eller ikke riktig». Dette er et komplekst tema, og vi vil gjerne ha litt diskusjon.

Det er min jobb å sørge for at vi disponerer tiden godt og avslutter til halv fire.

1. Hva er brukermedvirkning?
 - Endringer underveis i forløpet?
 - Hva forutsetter det hos pasienten?
 - Hva skal til for å kalle det medvirkning?

2. Hva betyr det i kliniske praksis?
 - Hva tilfører det behandlingen?
 - Hva betyr pasientens medvirkning for behandlingen?
 - Hva betyr det for dere og deres arbeidshverdag?

3. Hva tenker dere rundt deltakelse i å utforme egen
behandlingsplan?
 - Endringer underveis i forløpet?
 - Hva kan pasienten bidra med her?

4. Hvordan kan man forstå det at mange pasienter ikke opplever å
være med å utforme behandlingen?

1. Hva har dere vært opptatt av siden sist intervju? Var det noe vi snakket om eller ikke snakket om, som dere har tenkt på?
2. Fortelle hva jeg har gjort med materialet, presentere hovedfunnene, slik jeg har tolket det.
3. Er det former for brukermedvirkning som ikke har som premiss at pasienten må være rasjonell?
4. Hva kjennetegner kommunikasjon som fremmer brukermedvirkning?
5. Hva skal til for at pasienten skal kunne ta egne valg?
6. Hva gjør at dere er opptatt av brukermedvirkning?

Gina Fraas Henrichsen
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 23.04.2015

Vår ref: 43111 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 12.04.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43111	<i>Brukermedvirkning på lukket psykiatrisk sengepost</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gina Fraas Henrichsen</i>
<i>Student</i>	<i>Maya Aslaksen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

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

Kopi: Maya Aslaksen maya.aslaksen@studmed.uio.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 43111

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Forfatterveiledning for Tidsskrift for psykisk helsearbeid

E-post: redaksjonen.tph@gmail.com

Manuskriptstandard

Alle manuskripter må være skrevet i tråd med kravene som er beskrevet her. Manus som **ikke** er i tråd med de følgende retningslinjer, vil dessverre bli avvist. Våre retningslinjer ligger også på www.idunn.no/tph.

Språk

Redaksjonen ønsker å unngå tingliggjørende og sykeliggjørende språk og begrepsbruk og oppfordrer alle forfattere til en kritisk gjennomgang av språk og begrepsbruk i egne tekster før de sendes til redaksjonen. Generelt ønsker vi å understreke at manuskripter til tidsskriftet skal fokusere på psykisk helsearbeid. Redaksjonen ønsker at forfattere bruker dette begrepet som fellesbetegnelse for det arbeidet som gjøres i psykisk helsefeltet. Ellers ber vi om at forfatterne bruker de offisielle betegnelse på tjenestene – for eksempel "psykisk helsevern".

Alle manuskripter skal inneholde en tittelside med:

- Forfatternavn og yrkestittel
- Fødselsår
- Nåværende utdanning og arbeidssted
- Adresse
- E-postadresse
- Tittel på teksten
- Hvilken sjanger

Alle tekster leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 1,5.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter: Artikkelens tittel/undertittel, avsnittstittel og undertittel. Forfattere skal levere manuskripter med ren tekst, som betyr ingen bruk av innrykk, tabulator, fet skrift, understrekning, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskrifter.

Antall tegn brukt i manus og antall tabeller og figurer skal også angis på tittelsiden.

Fag- og vitenskapelige artikler

Fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde inntil **5000 ord**. Litteraturliste og noter regnes som en del av artikkelen, mens norsk og engelsk sammendrag **ikke** inngår.

Alle fagartikler og vitenskapelige artikler skal inneholde:

- Kort norsk sammendrag på max. 100 ord.
- 4–6 nøkkelord på norsk og engelsk.

- Litteraturreferanser, alfabetisk ordnet etter APA 6. versjon – se eget punkt.
- Engelsk versjon av det norske sammendraget inkludert engelsk tittel – dette skal plasseres etter det norske sammendraget – max. 100 ord.
- Alle artikler, både fag- og vitenskapelige, skal oppgi referansenummer fra behandlingen i REK eller NSD. Dette skal oppgis på tittelsiden, ikke i teksten.
- Dersom innsendt artikkel har blitt publisert tidligere i et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift, skal dette opplyses om ved førstegangskontakt med TPH. Kilden skal også oppgis i tekstens innledning med referanse i litteraturlisten.

Vitenskapelige manuskripter kan utformes i ulike genre. De som er basert på egne undersøkelser, kan organiseres etter overskriftene Bakgrunn, Metode (studiens design, utvalg, datainnsamling, dataanalyse og forskningsetikk), Funn, Diskusjon og Konklusjon.

Vitenskapelige manuskripter vil først bli vurdert av redaktør og vitenskapelig redaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom manuskriptet vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, vil det bli vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Tidsskrift for psykisk helsearbeid praktiserer «lukket» fagfellevurdering, det vil si at verken forfatters eller fagfellers identitet gjøres kjent for partene.

Fagartikler vurderes av redaksjonen med tanke på relevans, innhold og form.

På tittelsiden skal forfatterne angi om artikkelen skal fagfellevurderes som en vitenskapelig artikkel eller om den skal vurderes som en fagartikkel.

Det er redaktøren som til slutt avgjør om en fagartikkel eller vitenskapelig artikkel kan publiseres.

Gode eksempler/Essay/Fortellinger skal inneholde inntil 3000 ord.

Kritisk blikk//Bokanmeldelser skal inneholde inntil 1500 ord.

Tabeller og illustrasjoner

Tabeller og figurer markeres i teksten med fortløpende siffer. Disse vedlegges manus som separate dokumenter.

Tidsskriftet ønsker **ikke** bruk av fot- eller sluttnoter i manus.

Litteraturhenvisninger i teksten

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og årstall for publisering i parentes, eksempel: (Sundelin, 1987 – **det skal være komma mellom forfatter og årstall**). Hvis det er seks eller flere forfattere skal du kun bruke førsteforfatter, etterfulgt av «et al.,». Ved direkte sitat føres forfatter, årstall og sidetall rett etter sitatet, eksempel: (Andersen, 2007, s. 12). Henvisninger til flere verk føres på **følgende måte**: (Andersen, 2007; Waaktar, 2000). Se ellers:

<http://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/apa-6th/>.

Referanseliste

Referanselisten skrives til slutt etter hovedteksten. Tidsskriftet bruker 6. utgave av referansesystemet til Publication Manual of the American Psychological Association (APA). Se nettstedet over som gir en god innføring i hvordan referanser føres i dette systemet.

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres til sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du gjøre et raskt søk etter tittel, forfatternavn osv. på <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.

Eksempel på plassering av DOI-kode med APA-referansestilen:

Müller, J. (2011). The Sound of Silence. *Historische Zeitschrift*, (292), 1–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.1524/hzhz.2011.0001>.

Eksempler på referanser til **artikler**: (NB: innrykk andre linje på alle referanser)

Ervik, R., Sælør, K.T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302–313.

Eksempel på referanser til **bøker**:

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elektronisk bok med forfatter:

Franzen, J. (2010). *Freedom* [Kindle reader versjon]. Hentet fra <http://www.amazon.com>

Bøker med redaktør:

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Merk: For redigerte bøker skal du vanligvis vise til kapittelet du har brukt!

Kapittel i bok med redaktør:

Ranhoff, A. H. (2008). Søvn og søvnproblemer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 311–318). Oslo: Gyldendal akademisk.

Merk: Redaktørens fornavn skrives med initialen før etternavnet.

Kapittel i elektronisk bok med redaktør:

Kohn, S. (2009). The future of innovation is in our hands. I B. v. Stamm, & A. Trifilova (Red.), *The future of innovation* [Ebrary versjon]. Hentet fra <http://site.ebrary.com/>

Doktoravhandlinger og masteroppgaver:

Fevang, K. L. (2010). *Grammatikkens språk: Hvilke språklige trekk karakteriserer fransk grammatikk for norske elever? En kvalitativ studie* (Masteroppgave). Høgskolen i Vestfold, Tønsberg.

Askeland, N. (2008). *Lærebøker og forståing av kommunikasjon: Om forståing av begrepet kommunikasjon gjennom metaforar og metaforsignal i seks læreverker i norsk for ungdomstrinnet 1997-99* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-20888>.

Merk: Når stedsnavnet er del av institusjonsnavnet, trenger du ikke gjenta stedsnavnet.

Artikler i tidsskrift

Ervik, R., Sælør, K.T., & Biong, S. (2012). «Å gripe øyeblikket» Om hvordan miljøansatte ved et lavterskelhybelhus erfarer samarbeidet mellom seg og beboerne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 302–313.

Elektronisk artikkel med URL:

Helleve, I. (2013). Social networking sites in education - governmental recommendations and actual use. *Nordic journal of digital literacy*, 7(4), 91–207. Hentet fra <http://http://www.idunn.no/>

Offentlige dokumenter

Kunnskapsdepartementet. (2013). *Lange linjer - kunnskap gir muligheter* (Meld. St. 18 (2012-2013)). Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Eller:

Meld. St. 18 (2012–2013). (2013). *Lange linjer - kunnskap gir muligheter*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

NOU:

Voldtektsutvalget (2008). *Fra ord til handling: Bekjempelse av voldtekt krever handling: Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 1. september 2006: Avgitt til Justis- og politidepartementet 24. januar 2008* (NOU 2008:4). Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no>

Publikasjoner, fra direktorater el.lign:

Trykt utgave:

Helsedirektoratet (2013). Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer: nasjonal oppfølging av WHO's mål. Oslo: Helsedirektoratet.

Elektronisk utgave:

Utdanningsdirektoratet (2011). *Skolemiljøutvalg: veileder til medlemmene*. Hentet fra <http://www.udir.no>

Lover:

Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Hentet fra <http://www.lovdatabank.no>

Forskrifter:

Forskrift til opplæringslova (2006). Forskrift til opplæringslova. Hentet fra <http://www.lovdatabank.no/>.

Rundskriv:

Utdanningsdirektoratet (2012). *Udir-8-2012 Endringer i faget kroppsøving*. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Internettkilder

Carlsen, K. H. (2008). *Kosthold for fotballspillere*. Hentet fra <http://www.trenerforeningen.no>.

Utdanningsdirektoratet (u.å.). *Veiledninger til Kunnskapsløftet*. Hentet fra <http://www.udir.no/>.

Blogg:

Olsen, H. K. (2011, 19.06). Lære. Verk - videre [Bloggpost]. Hentet fra <http://heidiko.wordpress.com>.

Se også:

<http://kildekompaset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>.