

UiT

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse - og omsorgsfag

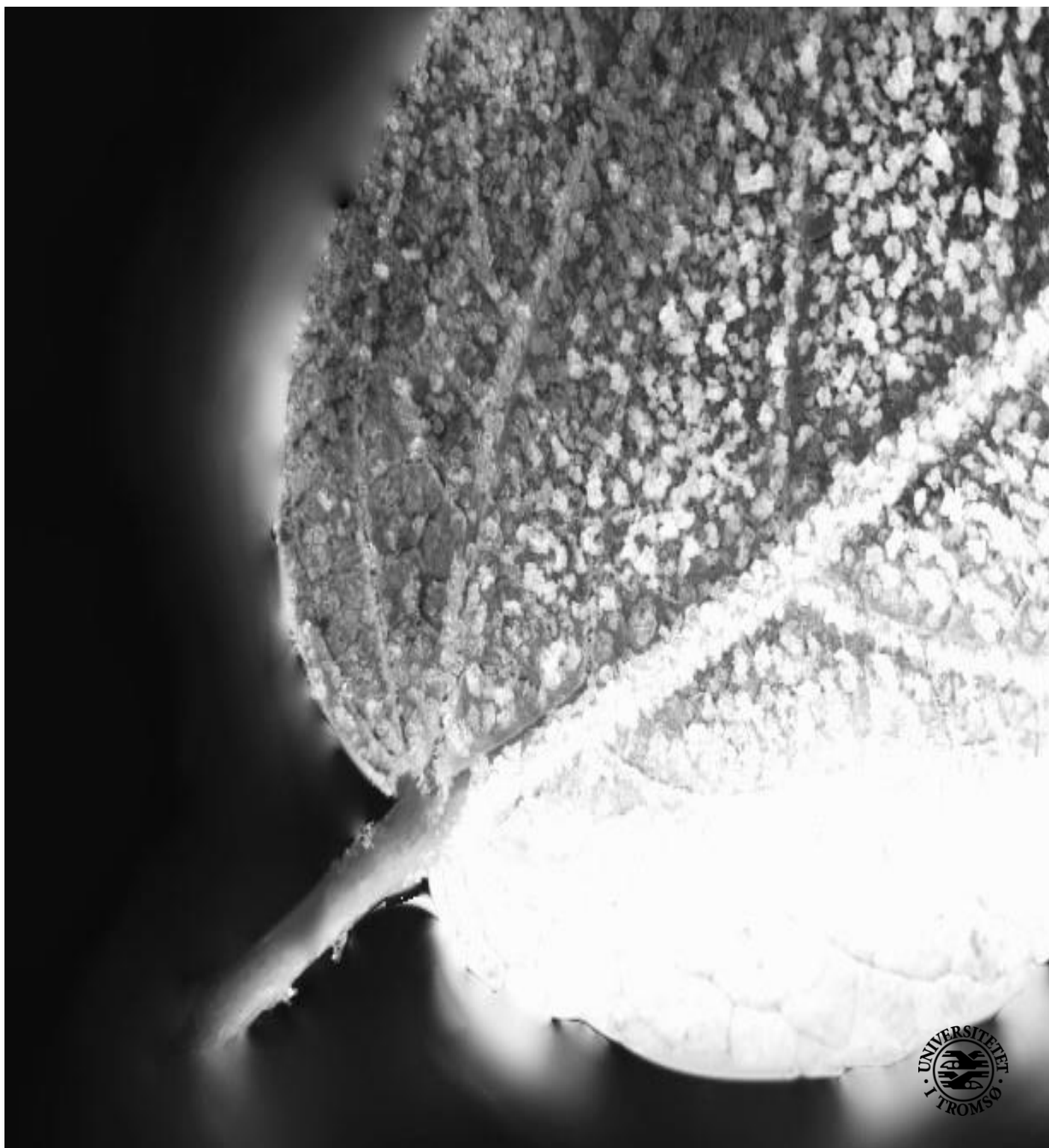
# Brukermedvirkning i distriktpsikiatriske sentre – et interaksjonistisk perspektiv

*Praktisering av «brukermedvirkning» i fellesrom og rapporter*

—

**Vår Mathisen**

*Avhandling levert for graden Philosophiae Doctor – November 2016*



Forsidebilde er tatt av Vår Mathisen, oktober 2016.

*”Når folk blir innlagt. Da har de jo søren meg prøvd.  
Og prøvd. Og prøvd. Og prøvd.  
Det er jo ikke det at folk ikke har forsøkt å finne ut hva som kan hjelpe dem.*

*Vi skal være forsiktige med å spørre: ”hva hjelper deg da?”.  
Da kan vi få i trynet: ”FUCK YOU! Tror du ikke jeg har forsøkt å finne ut av det?  
Jeg har jo ikke peiling. Hvorfor tror du egentlig at jeg er her?”  
Så vi kan jo ikke bare spørre dem om hva som fungerer for dem.  
Når de først blir innlagt, så har jo de fleste søren meg prøvd så hard at det har vært  
blod,  
svett og tårer.  
Alt liksom”*

(Sitat fra fagperson)



# Innholdsfortegnelse

Takk.....	vi
Sammendrag.....	vii
Summary .....	ix
Liste over artiklene.....	xi
1 Innledning.....	1
1.1 Kort presentasjon av døgnavdelingene i DPS .....	2
2 Studien satt i en historisk -, politisk - og forskningssammenheng .....	5
2.1 Synet på psykisk lidelse former rollene til psykisk lidende og fagpersoner.....	5
2.2 Behov for kunnskap og forskning om psykiatriens behandlingstilbud .....	8
2.3 Kollisjoner mellom ulike kunnskapssyn .....	10
2.3.1 Miljøterapi som ideologi i psykisk helsearbeid .....	11
2.4 Reformert, omorganiseringer og lovreguleringer staker ut kursen for brukervedvirkning.....	12
2.4.1 Offentlige dokumenter som retningslinjer for praksis .....	13
2.5 Nyere forskning om brukervedvirkning tilknyttet psykisk helsearbeid .....	14
3 Begrunnelse for studien .....	17
3.1 Formål med studien .....	17
3.1.1 Problemstillinger .....	18
4 Teoretisk rammeverk.....	19
4.1 Profesjonelt arbeid som drama .....	19
4.2 Tildeling av roller som pasienter og fagpersoner .....	20
4.3 Utforming og tolking av manus.....	21
4.4 Forutsetninger for utøvelse av rollene.....	22
4.4.1 Interaksjonsorden .....	22
4.4.2 Rammer, posisjonering og deltakingsstatus.....	23
4.4.3 Hva påvirker samspillet mellom de ulike rollenehaverne?.....	25
4.5 Formidling av manus.....	26
5 Metode.....	27
5.1 Valg av feltarbeid .....	27
5.2 Feltet – utvalg og rekruttering .....	28
5.3 Forskerrollen .....	29
5.4 Datainnsamling.....	31

5.5	Samtaler og intervju .....	33
5.6	Analyseprosessen .....	36
5.7	Etiske betraktninger.....	39
5.8	Metodekritikk, gyldighet og overførbarhet .....	42
6	Resultater .....	46
6.1	Artikkel 1 - Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner.....	46
6.2	Artikkel 2 - User participation in district psychiatry.....	47
6.3	Artikkel 3 - Whos decision is it anyway?.....	48
7.0	Diskusjon av resultatene i studien .....	49
7.1	Mangfoldet i posisjoner og roller .....	49
7.2	Miljøterapeutiske aktiviteters funksjon .....	52
7.3	Omgivelsenes betydning i relasjon til involverthet .....	58
8.0	Konklusjon .....	62
	Referanseliste .....	64

# Takk

Jeg vil rette en stor takk til pasientene i PhD prosjektet som gav tillatelse til at jeg kunne studere «dem og deres» fagpersoners dagligliv ved ulike døgnavdelinger i DPS. En uendelig stor takk går så til hovedpersonene i studien, nemlig fagpersonene som i en hektisk arbeidshverdag stilte sin praksis til disposisjon for meg. Uten dere hadde forskningen vært vanskelig å gjennomføre. Jeg føler meg privilegert som ble tatt så godt imot med både velvilje og praktisk hjelp til ting som følger et slikt prosjekt. Deres velvillighet til å undre og diskutere i lag med meg har vært inspirerende og motiverende, og ikke minst bidratt til studiens praksisnærhet.

Jeg vil rette en stor takk til min hovedveileder, Aud Obstfelder, som med sin enorme faglige innsikt, interesse, entusiasme og medmenneskelighet, har stått i lag med meg gjennom hele doktorgradsprosessen. Jeg vil for alltid være evig takknemlig for det. Det har vært en ære å ha fått jobbet med biveileder, «høvdingen», Per Måseide. Alle mine møter med dere to veiledere, både i Tromsø og Bodø, har vært et privilegium! Dere har vært krevende, men konstant påståelige på at jeg kunne klare denne utdanningen. Alt jeg har lært av dere tar jeg med meg videre i nye utfordringer.

Prosjektet ble initiert av Geir Lorem, som også har vært min biveileder. Jeg vil takke for at jeg ble gitt muligheten til å jobbe med dette prosjektet. Takk til UiT – Norges arktiske universitet som har finansiert arbeidet mitt. Takk til kollegaer ved Institutt for helsefag, spesielt mine gode kollegaer på bachelorprogrammet i ergoterapi. Takk for utrettelig optimisme og gode ord i alle de årene det har tatt for meg å bli ferdig med utdanningen. En stor takk til venner som har passet på å gi familien avbrekk i form av turer og gode middager. En spesiell takk rettes til min kjære skrivevenninne Margrethe Kristiansen. Takk for dager, helger, og uker vi har reist bort sammen for å bli ferdige med våre individuelle avhandlinger. Du har gitt unike påfyll, både faglig og sosialt!

Jeg hadde aldri klart doktorgradsarbeidet uten støtten jeg har fått fra hele min familie. Til mine kjære søsken, Gry og Rein, og mine foreldre (og sponsorer), Brit og Svein, og svigerfar Einar; dere har vært utrettelige på å gi meg energi, trøst og praktisk hjelp. Jeg er så glad i dere alle! Og til dere som er livet mitt: Sveinar og Thora, nå er jeg endelig ferdig med studien! Nå skal ferier og helger fylles med mange andre opplevelser enn lesing og skriving. Jeg lover! Og kjære Rino, min klippe i livet, som trofast har heiet meg i mål og holdt motet mitt oppe. Jeg elsker deg av hele mitt hjerte.

Tromsø, november 2016

Vår Mathisen

# Sammendrag

Fagpersoner har ansvar for å legge til rette for at pasienter skal involveres i beslutninger angående eget behandlingstilbud. Formålet for studien har vært å få kunnskap om hvordan fagpersoner utøver og organiserer brukermedvirkning som en del av det daglige arbeidet i døgnavdelinger i distriktpspsykiatriske sentre (DPS) i Norge. Konteksten for prosjektet har vært fellesrom i avdelingene samt rapporter og møter. Prosjektet har særdeles rettet seg mot å få kunnskap om utfordringer og dilemmaer angående praktisering av brukermedvirkning, i gjeldende kontekst.

Utøvelse og organisering av klinisk arbeid er komplekse fenomener hvor ulike former for kunnskap og avdelingsrutiner blir aktualisert i beslutninger og utførelsen. Profesjonelt arbeid, og brukermedvirkning, har interaksjon både som forutsetning og resultat. For å studere brukermedvirkning som praktisk arbeid, valgte jeg for prosjektet et interaksjonsteoretisk perspektiv.

Det empiriske materiale som lå til grunn for å svare på prosjektet problemstillinger, innebar feltarbeid ved tre ulike døgnavdelinger i ulike DPS. Datamaterialet omhandlet fagpersoners daglige arbeid på rapporter og møter, samt arbeid i fellesrom som; stue, spiserom og turer. Feltarbeidet omhandlet tilstedeværelse under samhandlinger mellom fagpersoner og brukere, samt daglige samtaler med fagpersoner. Det ble også gjennomført 12 individuelle intervju med fagpersoner for å gå i dybden på tematikker og spørsmål angående brukermedvirkning. Et fokusgruppeintervju med 8 fagpersoner ble gjennomført for å dele tanker og funn fra analysen, tilbake til fagmiljøet. Hensikten var å få innspill, motreaksjoner, refleksjoner og utdypinger for å supplere empirien for videre analyse og diskusjon av funn.

Resultatene viser at intensjonene i forhold til brukermedvirkning var for fagpersonene vanskelige å oppfylle. Det var flere grunner til det. Fagpersonene opererte i et krysspress av forventninger som var aktuelle samtidig. Eksempelvis tiden som fagpersonene (og pasientene) hadde til rådighet for behandling, forventninger om bedringsprosesser, forventninger om miljøterapi, forventninger om aktivitetsdeltakelse, forventninger om praktisering av avdelingenes rutiner, den faglige sammensettingen og økonomiske ressurser. Resultatene viser også at i møter og rapporter ble informasjon om pasientene i hovedsak omgjort til arbeidsoppgaver som fagpersonene fortrinnsvis skulle gjøre i løpet av arbeidsdagen. Et sentralt funn var at pasienter som tydelig involverte seg og som visste hva de *ikke* ville, og gav uttrykk for hva de ønsket og hadde behov for, ble definert som mest krevende.

I lys av resultatene kan rapporter forstås som grunnleggende forutsetninger for pasienters eksistens, da de distribuerer deltakingsstatuser gjennom måten fagpersonene fremstiller pasienter på. Resultatene



gjør det også tydelig at rigid praktisering av avdelingers regler og prosedyrer ser ut til å begrense pasienters autonomi, og undertrykker individuelle initiativ, behov og muligheter for deltakelse i beslutningsprosesser. PhD- prosjektet synliggjør at det er behov for å definere og utvikle forventinger for å skille mellom miljøterapi, brukermedvirkning eller etablering av en god samhandlingssituasjon. Prosjektet viser til at overstående dilemmaer og utfordringer vanskeliggjør praktisering av brukermedvirkning på rapporter og møter, samt dagliglivskontekst i døgnavdelinger i DPS.

# Summary

Professionals have a responsibility to involve patients in treatment decisions. The purpose of this study was to gain knowledge of how professionals practice and organise user participation as part of everyday work in inpatient wards in district psychiatric centres (DPCs) in Norway. The context of the project was the common rooms in the wards, in addition to reports and meetings. The project has particularly focused on gaining insight into challenges and dilemmas related to the practice of user participation in this context.

The performance and organisation of clinical work are complex phenomena, where different forms of knowledge and ward routines are relevant in decision making and practice. Interaction is both a prerequisite and a result of professional work and user participation. In order to study user participation in terms of practical work, I chose an interaction theory perspective for the project.

The empirical data that formed the basis for responding to the research questions involved fieldwork at three inpatient wards in different DPCs. The data were collected from professionals' everyday reports and meetings, as well as their work in the common room, dining room and on trips. The fieldwork involved the researcher's presence during interactions between professionals and users, as well as daily conversations with professionals. Twelve individual interviews with professionals were also conducted to gain greater insight into themes and issues around user participation. A focus group interview with eight professionals was conducted to share thoughts and findings from the analysis back to the professionals. The aim was to elicit suggestions, counter-reactions, reflections and elaborations to complement the empirical data for further analysis and discussion of the findings.

The results show that the professionals had difficulty in fulfilling the intentions for user participation. There were several reasons for this. Professionals operate under conflicting pressures of expectations; these may involve the time professionals (and patients) have at their disposal for treatment, expectations of improvement, expectations regarding milieu therapy and participation in activities and expectations regarding ward routines, staff composition and financial resources. The results also show that patient information in meetings and reports was mainly converted to work that the staff ought to do during the working day. A key finding was that patients who involved themselves strongly, with a clear idea of what they did *not* want and expressing what they wanted and needed, were defined as the most demanding patients.

In light of these results, reports and meetings may be understood as necessary conditions for patients' existence, by distributing their participation statuses based on how professionals construct patients. The results also show that rigid practice of ward rules and procedures seems to limit patient autonomy,

suppressing individual initiatives, needs and opportunities for participation in decision making. This PhD project reveals the need to define and develop expectations in order to distinguish between milieu therapy and user participation or the creation of good interaction situations. The project shows that the above dilemmas and challenges constrain the practice of user participation in reports and meetings as well as in everyday life in DPC inpatient wards.

## Liste over artiklene

1. Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G., & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av «brukermedvirkning» gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(11), 16-31.
2. Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G., & Måseide, P. (2016). User participation in district psychiatry. The social construction of ‘users’ in handovers and meetings. *Nursing Inquiry*, 23(2), 169-177.
3. Mathisen, V., Lorem, G., Obstfelder, A. & Måseide, P. (2016). Whos decision is it anyway? A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. *Mental Health Review Journal*, 20(4), 1-12.

# 1 Innledning

Faglig forståelse og allmenne oppfattelser av psykiske lidelser har gjennom tidene formet både behandling, behandlingsinstitusjoner, rollene til fagutøvere samt status og rollen til psykisk lidende (eksempelvis Måseide 1975, Løchen 1976/1996, Haugsgjerd et al. 2009, Skårderud et al. 2010). Gjennom historien kan psykisk helsevern sies å ha vært kjennetegnet av hjelpsomhet, men også makt, fordommer, skam og frykt. Psykisk lidende har gjennom tidene fått sin virkelighetsforståelse vurdert på ulike måter. Diagnostisering og behandling av sosiale fenomener har på ulike måter ført til at lidende har blitt gjort om til et objekt for undersøkelse og behandling av eksperter (Norvoll 2002). Som protest mot en slik praksis er brukermedvirkning innført i sentrale vestlige land, også Norge (NOU 2001:22).

I kort tekst betyr brukermedvirkning at mennesker har lovfestet rett til innflytelse på det som angår deres egen helse og behandling, og at fagpersoner har plikt til å legge til rette for en slik innflytelse (NOU 2004:18, Sosial – og helsedirektoratet 2006a, Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)). Intensjonene til brukermedvirkning tar utgangspunkt i en grunnleggende anerkjennelse om at det finnes ressurser i det enkelte menneske, og at disse kan gjenobres ved sykdom (Godager og Talseth 2013). Å få medvirke kan oppleves som likeverd i en marginal livssituasjon. For mennesker som lider er det viktig å få dele erfaringer med hva som kan bidra til bedringsprosesser (Borg 2007). Slik sett har brukermedvirkning også en terapeutisk verdi (Davidsson et al. 2006, Sverdrup 2007, Storm 2009). Gevinsten for både lidende og hjelpeapparatet, er at brukermedvirkning på denne måten kan bli et virkemiddel for å forbedre, kvalitetssikre og effektivisere tjenestene (Helsedirektoratet 2016).

Å møte hver enkelt lidende og pårørende med en inkluderende innstilling, er alle fagpersoners plikt og ansvar (St.meld. nr. 25 (1996-1997)). Helsemyndigheter og politikere har på sin side ansvar for å lage rammer og gode retningslinjer til helseforetakene, for realisering av en praksis etter uttalte intensjoner. Videre er det helseforetak med sine ledere som har ansvar for å tilrettelegge slik at fagpersoner skal kunne utøve en god og forsvarlig praksis (Sinding Aasen 2009). Gjeldende retningslinjer uttrykker samtidig forventninger om at de som trenger hjelpeapparatet, involverer seg i diskusjoner og beslutninger angående egen helse, ut i fra sine forutsetninger (for eksempel NOU 2004:18).

Brukermedvirkning knyttes ofte til medisinske avgjørelser og beslutninger (Rush 2004, Petersen et al. 2008, Snowden og Marland 2012). Det ligger innforstått i retningslinjer at slike avgjørelser og beslutninger tas i samhandling mellom behandler og pasient, på ulike kontorer og konsultasjonsrom. I døgkontinuerlig behandling hvor pasienter overnatter der behandlingen gis, oppholder lidende seg i all hovedsak på *andre* arenaer i løpet av hverdagen. I løpet av et døgn er det *ute i avdelingene*, som for eksempel på stua, at daglig kontakt mellom pasienter og personalet i all hovedsak oppstår (Skorpen et

al. Øye 2009, Terkelsen 2010). På den andre siden er det *inne på møter som rapporter* at fagpersoner snakker om pasientene (Hopkinson 2002, Skorpen et al. 2009a), Mayor et al. 2011). Utgangspunktet for studien har vært å få innsikt i hvordan brukervedvirkning eventuelt aktualiseres og får plass i en hverdagslivskontekst. Som en ytterligere spesifisering, har fokuset vært på *fagpersoner* og deres arbeidshverdag.

Det empiriske datamaterialet har blitt samlet gjennom feltarbeid ved tre døgnavdelinger i ulike distriktpspsykiatriske sentre (DPS) i Norge. Jeg har vært til stede under samspill og samhandling mellom fagpersoner og brukere, både i organiserte og ikke-organiserte aktiviteter. Konteksten for undersøkelsen var fellesrom som stuer, spisestuer, kjøkken og/eller kjøkkenkroker, samt turer i skog og mark. Siden dagliglivet til fagpersoner også inkluderer ulike møter som daglige rapporter på døgnavdelingene, har jeg også deltatt i disse.

Ut i fra intensjoner og retningslinjer, krever brukervedvirkning nødvendigvis relasjoner, interaksjoner og samarbeid. Jeg forstår dermed brukervedvirkning som en sosial praksis. PhD prosjektet har ikke hatt som siktemål å evaluere eller si hvor «godt eller dårlig» de ulike døgnavdelingene løste sine medisinske, helsefaglige og/eller terapeutiske oppgaver. Det må likevel sies at jeg i studien har fokusert mer på de problematiske sidene av praksis sett i lys av brukervedvirkning, enn de mer tilfredsstillende eller vellykkede. Av den grunn er det riktig å si at denne studien har hatt en kritisk tilnærming til temaet brukervedvirkning i psykisk helsevern.

## **1.1 Kort presentasjon av døgnavdelingene i DPS**

Innleggelse i døgnavdelinger i DPS i Norge er i all hovedsak frivillige. Døgnavdelinger tilbyr hovedsakelig korttidsopphold ved kriser (Sosial – og helsedirektoratet 2006b). Hovedoppgaven deres er å forebygge psyko-sekspromatikk, forebygge selvmord, og ikke minst forebygge at akutte kriser blir langvarige og i verste fall fører til omfattende svikt i hverdagsfungering, isolasjon og inaktivitet (ibid. s.32). På grunn av kort behandlingstid preges tilbudet til døgnavdelinger av vurdering, diagnostisering og tilpasning av medikamenter (Ose og Slettbak 2013). Det var flere fagpersoner i denne studien som beskrev pasienter<sup>1</sup> som dårligere nå ved innleggelse enn tidligere, og at de vurderte dette i sammenheng med at såkalt «liggetid» er blitt betydelig kortere -enn for få år tilbake i tid.

De tre døgnavdelingene i studien gir til sammen et behandlingstilbud til 20 kommuner i Norge. Kjennetegnende er at kommunene er spredt over et stort geografisk område, noe som gir lange avstander mellom bosted og behandlingstilbud. Døgnavdelingene var små enheter med behandlingsplasser fra 7 til 15 pasienter. For pasientene kunne opphold i døgnavdeling variere fra

---

<sup>1</sup> Siden avdelingene selv brukte begrepet pasient, velger jeg videre å bruke samme benevnelse fremfor begrepet (psykisk) lidende. En problematisering av dette går jeg kort inn på i diskusjonen av avhandlingen.

dager til uker. Plasseringen til de ulike DPS var i forskjellig grad tilknyttet by eller tettsted. Butikker og kafeer samt offentlige tjenestetilbud var tilgjengelig i umiddelbar gangavstand. Døgnavdelingene hadde nær tilgang til natur, og alle avdelingene brukte naturområdene til friluftslivsaktiviteter i sitt behandlingstilbud.

Alle avdelingene hadde enerom til pasientene med tilhørende bad. Felleslokaler var i hovedsak stue med TV og spiserom. Den arkitektoniske utformingen av sentrene var imidlertid forskjellig. To av avdelingene la vekt på å gi sentrene et hjemmekoselig preg. Det viste seg gjennom farger og interiør, bilder på veggene, hjemmekoselige sofaer og gardiner. Den tredje avdelingen ga tydelig uttrykk for å være en sykehusavdeling. Avdelingene hadde ulike lokale kjøkkenløsninger, og mulighetene for å lage seg et lite måltid og koke kaffe var forskjellig. Kun en avdeling lot kjøkken være tilgjengelig for pasientene hele døgnet. Selv om alle avdelinger fikk middagen laget på sentralkjøkken, fikk måltidene forskjellig form. Det hang sammen med spiserommets fysiske utforming og måten det ble dekket opp på.

Sammensetning av fagpersonell på sentrene fulgte forskjellen i arkitektur og innredning. Ved sentrene som ønsket å gi inntrykk av hjemmekoselig atmosfære hadde personalet en bred sammensatt kompetanse av leger, psykologer, fysio/ergoterapeuter, vernepleiere, pedagoger og sosionomer, syke- og hjelpepleiere. Den tredje avdelingen hadde til kontrast hovedsakelig ulike syke- og hjelpepleiere. Fagpersonene hadde rapportrom, terapirom og medisinerom tilgjengelig. En del fagpersoner hadde i tillegg egne kontorer.

Fagpersonene forklarte at avdelingene ble drevet etter miljøterapeutiske prinsipper. Miljødelen dreide seg om å legge til rette og organisere det aktivitetsrettede behandlingstilbudet. Terapidelen handlet om å utvikle og/eller reetablere rutiner samt forandre uheldige aktivitetsmønstre hos pasientene, der det var nødvendig. Dagsrytmen på avdelingene var omtrentlig lik. Det var ønskelig at pasientene sto opp til frokost rundt kl. 08.00, og det var en regel at det skulle være stille på avdelingene etter kl. 23.00. Ukeplanen fulgte samme struktur, og til dels samme rutiner på alle avdelingene. Fagpersonene hadde rapport på morgenen, etterfulgt av morgenmøte hvor fagpersonene som hadde mulighet møtte pasientene i stua eller et annet rom for å snakke sammen om den forestående dagen. På morgenmøte ble ulike aktiviteter fordelt til og mellom pasienter. Det kunne være å delta i ulike kjøkkenaktiviteter, som borddekking til lunsj og kveldsmat. Etter morgenmøte var det trim, før en eller annen aktivitet fram til og kanskje etter lunsj. Eksempelvis kunne aktiviteter være spaserturer i nærmiljøet og/eller tur til butikk og kafé, alene eller i gruppe. Alle avdelingene hadde en fast turdag i uka. De fleste pasienter som var på morgenmøte deltok i de planlagte aktivitetene, mens noen gikk tilbake til sine rom.

Forskjellige fagpersoner hadde ansvaret for å lede de ulike aktivitetene. Andre fagpersoner igjen hadde diverse møter, individuelle avtaler med pasientene, telefonmøter med samarbeidende instanser

og skriftlig rapportering, før rapporten som overlappet dag og kveldsvakt. For kveldsvaktene handlet arbeidet i stor grad om praktiske gjøremål, utdeling av medisiner og miljøarbeid for/med pasientene, før rapportmøte med nattevaktene.

Under mitt opphold på de ulike døgnavdelingene var majoriteten av pasientene innlagte fordi de var selvmordstruet. Flere av pasientene hadde forsøkt opptil flere ganger å ta sitt liv. En del av pasientene hadde allerede et etablert forhold til både fagpersoner og døgnavdelingen, mens mange av pasientene var såkalt «ny-syke». Fagpersonene sa de merket en økende tendens til nye pasientgrupper som både er yngre enn tidligere og der mange i tillegg sliter med store rusproblemer. Fagpersonene karakteriserte pasientene til ofte å ha begrenset sosialt nettverk. Få hadde jobb, og en andel var også pr. definisjon hjemløs. Pasientene ble forklart å representere både samisk, kvensk, og av og til russisk kultur, i tillegg til variasjoner innen norsk (sub)kultur. En relativt ny gruppe pasienter var flyktninger fra flyktningmottak. For å gi et innblikk i dagliglivet på avdelingene er følgende beskrivelse fra et behandlingsmøte valgt. Her presentert av terapeut «Anne»:

*Vi har en pasient med en alvorlig psykisk lidelse, fulgt av en dyp depresjon og angstanfall, kombinert med et seriøst rusmisbruk. Han har forsøkt å ta sitt eget liv mange ganger, og hans suicidale tanker er hovedgrunnen til at han er her nå. Han er villig til å forsøke å trappe ned på noe medisin, men det må skje i tett dialog mellom psykiater og han (pasienten). Som fagteam ser vi det som hensiktsmessig at han forsøker å komme i kontakt med sine følelser og tidligere erfaringer. På det andre siden, så sier pasienten at han ikke vil snakke om ting som har skjedd i fortiden, han vil ikke følge gruppeterapi. Han vil ikke ha individuelle timer hos psykolog. Han vil ikke snakke om sitt rusproblem. Så vår jobb fremover, vår hovedjobb, er å hjelpe han til å ville leve (avdeling B, vår 2011).*



## 2 Studien satt i en historisk -, politisk - og forskningssammenheng

I dette kapittelet presenteres en kort gjennomgang av psykiatriens historiske utvikling - influert av ulike samfunnsforhold, ideologier, politiske føringer samt forskning. Hensikten er å vise fremveksten av brukermedvirkning som ide og etter hvert rettighet, og hvordan brukermedvirkning er ment å skulle utøves og innvirke i praksis. Hva som legges vekt på eller blir oversett, styres av faglig forståelse, sier Skårderud et al. (2010). Hva som har styrt faglig forståelse vil derfor vektlegges i kapittelet.

### 2.1 Synet på psykisk lidelse former rollene til psykisk lidende og fagpersoner

Etter århundrer med innesperring, isolasjon og utstøting av psykisk syke (Foucault 2008) bestrebet en humanitær bevegelse på slutten av 1700-tallet å gjøre institusjonene mer behandlende (Kringlen 2001). Ved å beordre fjerning av tvangselementer, bidro lege Philippe Pinel til en humanisering av pasientrollen. Behandling ble bygget på kristen humanisme og en ikke-farmasøytisk tilnærming. Det førte til at på begynnelsen av 1800-tallet skulle alle psykiske lidende på sykehus. Sykehusene ble kalt for asyl, i betydning fristed, og pasientene skulle behandles gjennom «moral treatment»; moralsk behandling (Hermundstad 2005).

Siden psykiske lidelser ble forstått og forklart som en konsekvens av uheldig livsstil, ble adskillelse fra det som førte til slik livsstil ansett som nødvendig. Pasienter ble derfor fjernet vekk fra familie og samfunnet for øvrig (Skårderud et al. 2010). Adolf Meyer, en innflytelsesrik psykiater, var opptatt av *meningsinnholdet* for menneskene i asylene, og fokuserte på deres behov for å være i aktivitet for å ha meningsfulle liv (Alve 2006). At aktiviteter fikk en sentral plass i asylene, førte til endring av både pasient – og behandlerrollene. Fra å kun utøve kontroll, skulle behandlerne bestrebe og være gode rollemodeller og pedagogiske ledere for pasientene som medvirket i den daglige driften av asylene. Produksjonsrollen til pasientene var viktig for å få «bedriften» psykiatri til å gå rundt (Dullum 2007). I tillegg til kjøkken, - renholds, - hage – og gårdsarbeid, produserte pasientene også husflid for salg (Alve 2006, Norvoll 2007, Storm 2010).

Moral treatment ble innført i Norge rundt 1840-tallet (Hermundstad 2005). Til tross for gode intensjoner om å få til endring i de eksisterende behandlingstilbudene, førte få fagfolk med kompetanse til å vurdere pasienters behov for behandling til at pasientinnleggelse ble langvarige (Aaslestad 1997). Overfylte institusjoner førte igjen til gjenopptakelse av kontrollbruk og tvang overfor pasientene når Moral treatment-metoder mislyktes (Løchen 1976/1996). En som engasjerte seg i den negative utviklingen av behandlingstilbudet, var Herman Wedel Major. Han ble den norske psykiatriens grunnlegger og sentral for at det første statsasylet i Norge, Gaustad statsasyl, sto ferdig 1855 (Kringlen 2001). Han argumenterte for at sykehuset skulle ha differensierte behandlingstilbud uten tvang. Kroppslig avstraffelser skulle være forbudt, og mekaniske

tvangsmidler skulle bare brukes når det var helt nødvendig, og da protokollføres (ibid.). Tross idealet om fravær av tvang, sto ansatte i stadig uløselige dilemma mellom idealet om en mild og tvangsfri behandling på den ene siden, og behov for beskyttelse og kontroll av pasientene på den andre (Hermundstad 2005).

Selv om Major forfektet forståelse for endringer i det psykiatriske behandlingstilbudet, gjorde ikke nødvendigvis borgerskapet det. Asyl ble bygget ute på landsbygda. Kjennetegnende for slutten av 1800-tallet var at toleransen for avvik ble mindre etter hvert som den borgerlige kjernefamilien ble en emosjonell enhet (Skårderud et al. 2010 s. 65). I stadig mindre grad tok familier vare på familiemedlemmer med normativ avvikende oppførsel, og det ble argumentert som praktisk å ha mennesker med psykiske lidelser på geografisk avstand. Til kontrast fra opprinnelsestanken om at opphold i asyl skulle ha en behandlende effekt, bar oppholdene sterkt preg av forvaring. Var du først kommet på asyl, var det stor risiko å bli innrullert i en livslang rolle som psykisk syk (ibid.). De endrede forutsetningene gjorde det vanskelig å holde på de optimistiske idealene fra starten av århundret som hadde skapt håp om å behandle sinnssykdom (York 2009).

### ***Endret forståelse for psykisk sykdom endrer behandleres tilnærming til pasienter***

På begynnelsen av 1900 tallet startet en ny generasjon av psykiatere å bevege seg bort fra Moral treatment som ideal, mot en mer «moderne» behandling (Skålevåg 2000). Diagnostisering som skjedde på bakgrunn av pasienters fortellinger og atferd, ble etter hvert erstattet av fagpersoner inspirert av naturvitenskap og medisin. Som en konsekvens ble psykiske lidelser bestrebet forstått som sykdommer i medisinsk forstand, basert på karakteristiske forløp (Kringlen 2001). Med utgangspunkt i anatomisk patologi skulle psykiske lidelser klassifiseres etter lokaliseringer i hjernen, inspirert av blant andre Philippe Pinel (ibid.). Dreiningen av forståelsen for psykisk sykdom, endret behandlingstilnærmingen seg mot medisinsk arbeid. Som en ytterligere konsekvens ble behandlingstilnærmingene lik det vi i dag kjenner som sykehus og fagterminologi ble medisinskspråklig rettet (Skårderud et al. 2010). Ved å forstå psykisk lidelse som sykdom, ble lidelsen omgjort til et objekt for undersøkelse av fagpersoner, gjerne uavhengig av den syke selv (Haave 2008)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Til kontrast utfordret Sigmund Freud den medisinske forståelsen med innføring av psykoanalysen. Hans tenkning var så grunnleggende forskjellig fra den medisinske tenkningen at det representerer ulike paradigmer (Skårderud et al. 2010). Den freudianske forståelsen forklarte psykisk lidelse som resultat av indre psykiske prosesser knyttet til følelsesmessige konflikter fra barndommen og/eller det sosiale miljøet han/hun var en del av. Å bearbeide og utvikle selvforståelse gjennom å reflektere pasientens konflikter ved hjelp av en analytiker, ble derfor argumentert som viktig (ibid.). I USA fikk psykoanalysen stor innflytelse, mens det i Europa var de somatiske behandlingsformene som dominerte (Kringlen 2001).

Utover 1900-tallet, både før, ikke minst under, og etter andre verdenskrig, utførte ulike fagpersoner mange krenkende og ødeleggende eksperimenter med mennesker med psykiske lidelser (Aaslestad 1997, Kringlen 2001). Over tid skjedde det en oppblomstring av behandlings- og forskningsmiljøer som støttet seg til en naturvitenskapelig måte å tenke på. Praksis og rolleutførelsen for fagpersoner handlet om medisinsk diagnostikk og gjennomføring av omdiskutert behandling som lobotomi, badterapi, konvulsjon- og sjokkurer samt defokalisering (Ekeland 2011). Et medisinsk gjennombrudd var nye farmaka. I 1949 ble det oppdaget at litium hadde effekt på manisk-depressive lidelser. Fortløpende ble antipsykotiske medisiner og nevroleptika utviklet (Skårderud et al. 2010). Medikamenter var da, som nå, et utfordrende område innen psykisk helsevern med tanke på makt, virkning og bivirkning (Aarre 2010).

### ***Krav om likeverd og rett til å bli inkludert i eget liv – men ikke for alle***

Med over 40 millioner dødsofre og mange hardt skadet er andre verdenskrig den mest blodige krigen i verdenshistorien. Funn i konsentrasjonsleire har tidligere vist at nazister utryddet cirka 6 millioner jøder og cirka like mange andre «uønskede» personer. I følge amerikanske forskere, er tallet drepte nærmere 20 millioner mennesker (Brustad 2013). «Uønskede» var mennesker av såkalt annen rase, mennesker med synlige handikap, psykisk utviklingshemming og/eller psykiske lidelser (Kringlen 2001). De horrible resultatene av 2 verdenskrig førte til økte protester mot forskjellsbehandling av kjønn og rase, og krav om at likeverdighetsprinsipper måtte bli nedfelt i politikk og retningslinjer (Christiansen 1999). Vanføreorganisasjonene fortsatte sine krav fra før andre verdenskrig, at deres medlemmer skulle behandles som borgere på lik linje med andre mennesker. Deres utrettelige kamp førte til en historisk vending i holdninger. Innføring av FNs menneskerettigheter i 1948, styrket utviklingen av datidens demokratiserings- og humaniseringspolitikk (Vatne 1998, Barabosa da Silva 2006). Empowermentbevegelsen kjempet videre mot ekspertvelde, nettopp for menneskers rett til å bli inkluderte som hovedpersoner i sine egne liv (Read og Wallcraft 1992, Humerfelt 2005). Nytt tankegods førte til begynnende strukturendring i helsevesenet i retning av tilpassede behandlingstilbud. Likevel, til tross for stort engasjement om likhet for alle og begynnende brukermedvirkningstenkning, falt noen grupper i samfunnet utenfor denne tenkningen; mennesker med psykisk utviklingshemming og mennesker med psykiske lidelser (Christiansen 1999).

### ***Antipsykiatri og nedbygging av tilbudet***

Parallelt med innføring av nye ideologier begynte en de-institusjonaliseringsprosess av psykiatrien på begynnelsen av 1950 tallet. Først i sentrale deler av Europa, så i USA. Årsaken til nedbygging av de store institusjonene var økt oppmerksomhet og kunnskap om konsekvensene av lange sykehusopphold (Hammerstad 2006, Ekeland 2011). Andre faktorer som spilte inn i nedbyggingen av institusjonene, var økonomi. Det var tvingende nødvendig å redusere utgifter knyttet til institusjonsbehandling. De store asylene trengte oppussing og vedlikehold, og nye utgifter som lønnsvekst ble en realitet. Siden pasientene ikke lengre hadde produksjonsroller mistet institusjonene inntekter (Dullum 2007).

Ansvar for å gi et bedre behandlingstilbud ble ført over til kommuner. Psykofarmaka sto sentralt som tiltak for psykisk lidende. Samtidig fortsatte fremveksten av humanistiske ideer og humanistiske terapeutiske praksiser (Skårderud et al. 2010). 1960 årene omtales gjerne for «antipsykiatriens tid» (Skorpen et al. 2009). I en tid preget av kvinnefrigjøring, internasjonalt solidaritetsarbeid, fredsaktivisme og studentopprør, ble det også ført viktige debatter om menneskesyn, sykdomsforståelse og vitenskap (Skårderud et al. 2010). Paradokset var at parallelt med debatter om menneskeverd, likhet for alle og retten til å bli inkludert i eget liv, fikk nedbygging av institusjonene store sosiale konsekvenser. Siden mange mennesker hadde hatt institusjonene som sitt hjemsted og bolig, skjedde det en enorm økning av antall hjemløse (Osborne 2009).

I Norden begynte den store nedbyggingen av institusjoner på slutten 1970 tallet, og *Terapeutiske samfunn* ble motvekt til tradisjonell behandling i store institusjoner (Norvoll 2007, Storm 2010). De terapeutiske samfunnene var mindre institusjoner bygget opp etter en egalitær kollektivistisk modell. Både pasienter og fagpersoner skulle gis like rettigheter og muligheter, i tråd med humanistisk og demokratiske idealer. Behandlingen ble planlagt med åpenhet og konfliktløsning som idealer, og både leger og sykepleiere 'kastet uniformene' og var med i terapien, beskriver Kringlen (2001). For mange pasienter som ikke fikk behandlingsplass ble konsekvensene (både i sentrale deler av Europa og USA) at de forvitret i ensomhet, overlatt til seg selv:

*"Frihetens ironi for de psykiatriske pasientene var at den såkalte frigjøringen ble til forslumming sammen med prostituerte, gatebarn, kriminelle og rusmisbrukere"* (Skårderud et al. 2010 s. 71).

## **2.2 Behov for kunnskap og forskning om psykiatriens behandlingstilbud**

På 1960- og 70- tallet var det flere forskere som ble sentrale bidragsytere for å forstå ideologiers innvirkning på praksiser og roller, og dermed også konsekvenser for både pasienter og fagpersoner innen psykisk helsevern. Deres bidrag er både interessante som «avtrykk» av datidens psykiatri, og som dokumentasjoner på innføringer av nye idealer for praksis. Med at jeg studerer brukermidvirkning som nytt ideal, har deres forskning vært til stor hjelp for hvordan jeg kan forstå praksis.

*Erving Goffman* omtales som pioner innen empirisk forskning med utgangspunkt i sosiologiske perspektiver på psykiatri og mental sykdom. *Asylum* (1961) var en av de første store studier av den sosiale situasjonen til pasienter i datidens psykiatriske sykehus. Goffman gjorde deltagende observasjon, og fokuserte særdeles på sosiale roller og oppførsel mellom fagpersoner og pasienter. Han understreket at praksis opprettholdt markante atskilte statuser og roller mellom fagpersoner og pasienter, og at asyl som behandlingsinstitusjoner fungerte som oppholds- og arbeidssteder for

mennesker som ble holdt utenfor samfunnet i lengre perioder. Han argumenterte med at dette bidro til institusjonalisering av pasientrollen. At fagpersoner i tillegg vektla kontroll og overvåkning fremfor å inkludere pasienter i behandlingsopplegget, mente Goffman gjorde asylene til en total institusjon.

*Howard S. Becker* ble innflytelsesrik i forhold til forskning om avvik og utstøtte mennesker. I boken *Outsiders. Studies in the sociology of deviance* (1963) gjorde han synlig hvordan sosiale prosesser forsterker avvik. Han hevdet at mennesker som satt i fengsel og mistet kontakt med folk, sto i fare for å bli utsatt for stemplingsprosesser og utstøtelse fra samfunnet. Hans stempelingsteori fremhevet at det som fremstår som avvik, skyldes at gjeldende atferd defineres eller stemples av andre som avvikende. Avvik mente han derfor ikke er en del av handlingen til gjeldende mennesker, men i *reaksjonen* som andre har på handlingen. Moralsk entreprenørskap var et begrep han brukte på praksis hvor fagpersoner var opptatt av å opprettholde reaksjonen eller kontroll av at for eksempel regler ble etterlevd. I overføring av Beckers forståelse, kan fagpersoner i dag forstås som premissleverandører for hvilke muligheter pasienter med psykiske lidelser har til å utforme rollen sin, jamfør hva de er opptatte av å kontrollere.

*Anselm L. Strauss* med flere (1963) studerte også psykiatriske sykehus. I boken *Psychiatric ideologies and institutions* viste de hvordan organisatoriske strukturer ble til gjennom handlinger, samt strukturer som statuser og roller. De var ikke bare interesserte i institusjoners re-organisering i nye lokaliteter, størrelse og regler, men hvordan psykiatri ble praktisert. De var opptatte av hva som var mulig å forhandle om, hvordan ansatte og pasienter posisjonerte seg overfor hverandre, og hva som påvirket forhandlingene, jamfør deres begrep «the negotiated order» (forhandlingsorden) (Norvoll 2007). Deres konklusjon var at psykiatriske sykehus var områder hvor praksisen var preget av forhold som antall og typer fagfolk som jobbet der; behandlingssideologier og profesjonelle identiteter; og de profesjonelles relasjoner både inne i institusjonen og til fagfolk i eksterne miljøer. En tydelig konsekvens var at pasienter var lite synlige i forhandlinger, men kom i skyggen av det som fagpersonene var opptatte av. Det deres forskning viser er at forholdet mellom endringer i ideologi og endringer av roller følger hverandre tett. Forhandlinger er en vesentlig egenskap med organisatoriske strukturer. Forhandlingsorden blir tydeligere, eller mer sårbar under endringsprosesser (ibid.). Deres forskning er særdeles interessant sett i forbindelse av å undersøke av praktisering av brukermedvirkning.

*Yngvar Løchen* (1965/1996) var også opptatt av endringene i psykiatrien i Norge. Han skrev *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus* i 1965, med utgangspunkt i en etnografisk studie ved Dikemark sykehus, avdeling II. Han fremhevet at innføring av terapeutisk samfunn var idealet for behandling, men realiteten (praksisen) noe annet. Etter faglige idealer skulle fagpersoner behandle pasienter som en person i nære, statusmessige like og dessuten sterkt individualiserte forhold (ibid. s. 243). Altså i likhet med brukermedvirkning, min tilføyelse. Forskningen hans løftet frem at psykiatrisk praksis ofte resulterte i ivaretagelse av pasienten, og at tvang ble omskrevet til noe annet. Det ble utført

rimelighetsbetraktninger om hva som begrenset det man kunne gjøre med andre mennesker mot deres vilje. Dette resulterte i det som Løchen omtalte som «den diagnostiske kultur». Når pasienter klaget over for eksempel tvangstiltak, ble dette avist med at klagen var et symptom på sykdommen. Hans klassiske eksempel er den antatte paranoide som klager på diagnosen. Jo sterkere pasienten klaget, jo sterkere ble diagnosen underbygget. Den medisinske tenkningen mente han bidro til et spenningsforhold mellom avdelingenes idealer, hva rollene til fagpersonene var tenkt å skulle være og hvordan de ble praktisert i realiteten.

*Per Måseide* gjennomførte en etnografisk studie med utgangspunktet i en avdeling på Åsgård sykehus, og skrev sin magisteravhandling *Paradoksal kommunikasjon i et terapeutisk miljø* (1975). Gjennom å undersøke ulike aktørers erfaringer kunne han sette fokus på organisering og avdelingenes indre liv. Han fremhevet at både personalet og pasientene befant seg i det han omtalte som paradoksale terapeutiske behandlingssituasjoner. Gjennom sin forskning viste han at det var vanskelig forenelig at pasientene skulle forstås gjennom et rasjonelt vitenskapelig perspektiv, samtidig som de etter prinsipper fra terapeutiske miljøtenkning skulle forstås og møtes ut fra en type medmenneskelighet (Skorpen, Øye og Bjelland 2008 s. 20).

## **2.3 Kollisjoner mellom ulike kunnskapssyn**

I 1970- og 80- årene befant psykiatrien seg midt i det som Måseide og Løchen omtalte som paradokser. At terapeutiske samfunn ble nedlagte, omtales også som en konsekvens av profesjonsstrid (Andersen (1997). I psykiatrien, da som nå, jobbet mange disipliner med både ulike faglig bakgrunn og vitenskapelige ståsted. Den sterke demokratiske funksjonen som preget de terapeutiske samfunnene, førte til at alle profesjonene ble likestilt med hverandre (Andersen 1997, her i Kristiansen 2010). Ikke alle anerkjente denne måten å organisere psykiatrien på, og psykologer og psykiatere flyttet etter hvert sin behandling vekk fra fellesmiljøet og inn på kontorene sine (ibid.).

Mange ulike forklaringsmodeller var i virksomhet, med biologiske forklaringer som rådende. Praksisfeltet var sterkt styrt av medikamentell overbevisning i en samtid hvor også psykodynamisk tenkning, relasjon og nettverkstenkning, sosiologisk kunnskap og humanisme ville ha plass (Norvoll 2013). Innenfor disse rammene ble det da (som nå) utført diagnostiske klassifikasjoner ut i fra tanken om at sykdommer er universelle i sin form, sitt innhold og sin utvikling på tvers av ulike sosiale og kulturelle forhold (ibid.). Ulike kunnskapssyn mellom faggrupper førte til kollisjoner mellom miljøterapi, biologi, vitenskapelig metodikk, amerikanske diagnosesystem, høyteknologi (CT, MRI, PET), psykofarmakologi og genforskning, forklarer Kringlen (2001). Det medisinske fokuset knyttet seg til medikamenter, og miljøterapi til mennesket. I tillegg skulle sosialt nettverk, selvbestemmelse og selvrealisering inkluderes (Kringlen 2001, Cullberg 2005, Kogstad et al. 2011).

### **2.3.1 Miljøterapi som ideologi i psykisk helsearbeid**

Som ide og begrep er miljøterapi et resultat av etterkrigstidenes humanisering av institusjoner innen psykisk helsevern (Lillevik og Øien 2015). Miljøterapi kan sies å minne om Moral treatment og en videreføring, eller arvtaker av terapeutiske samfunn (Skorpen og Øye 2009). Bakgrunnen for miljøterapi var intensjonen om å gi pasienter praktiske og sosiale ferdigheter med begrunnelse i utvikling av bedre helse (Thomas et al. 2002, Vatne 2006, Thorgaard og Haga 2007). Miljøterapi regnes i dag som sykepleieres og miljøpersonalets vanligste terapiform knyttet til tilrettelegging og organisering av dagliglivet i institusjoner (Oeye et al. 2009a). Hensikten er å oppfylle en pedagogisk intensjon og tilføre en terapeutisk funksjon (Lillevik og Øien 2015).

#### ***Miljøterapi som regulering av atferd, via aktiviteter***

Grunntanken er at det som skjer i avdelinger/terapeutiske miljø skal kunne brukes for å skape læring, utvikle mestrings- og problemløsningsmetoder (Haugsgjerd et al. 2009) under støtte og utfordring, hvor pasienter blir speilet og speiler andre (Hummervoll 2012). Miljøterapi handler om å utnytte de mulighetene som ligger i daglig samvær, rutiner og aktiviteter på avdelingen hvor pasienter er innlagte, sier Delaney (1997) og Fredheim (2009). Hensikten er at pasienter skal utvikle og erverve nye egenskaper, få et bedre sosialt liv og praktisk funksjonsnivå. For å få til dette, beskriver Kværna og Lund (2004) ulike nivåer for hvordan miljøterapi kan aktualiseres i hverdagen i institusjoner: 1) ved å for eksempel fokusere på å mestre å snakke høflig, 2) ved å ta opp alminnelige problemstillinger de fleste kan forstå og ha interesse av (diskusjoner og meningsutvekslinger i grupper), 3) ved å lytte til dype betroelser om vanskelige følelser, noe som fordrer trygghet og kjennskap til hverandre (ibid.). Vatne (2006) vektlegger at for å oppnå best mulig kvalitet på miljøarbeidet, er det viktig for fagpersoner å ha kunnskaper om hva som er den beste behandlingen og hvorfor noen handlinger er bedre enn andre, (ibid.). I lys av brukermedvirkning forstår jeg «det å vite hva som er den beste behandlingen» som en reell utfordring for miljøterapi.

#### ***Sentrale momenter i miljøterapi som ideologi og rettesnor for praksis***

Miljøterapeuten er sentral i utførelsen av miljøterapi. Det finnes ingen egen miljøterapeututdanning, men miljøterapeuten er som regel en offentlig godkjent sykepleier, vernepleier, sosionom, ergoterapeut, barnevernspedagog, barnehagelærer eller spesialpedagog (utdanning.no, 2016). I forhold til miljøterapi, understrekes viktigheten av at miljøterapeuten skal få pasienten til å føle seg ønsket og respektert (Vatne og Hoem 2007, Haugsgjerd et al. 2009). Å få pasienten til å føle seg ønsket og respektert fordrer engasjement hos miljøterapeuten sier Hummervoll (2012). Miljøpersonalets tilgjengelighet er av stor betydning og nødvendig for at bedring skal finne sted hos pasienten (Thomas et al. 2002, Norton og Bloom 2004). At personalet evner å stå i trykket av de emosjonelle påkjenninger de blir utsatt for, er også veldig viktig (Hummervoll 2012). Miljøterapeutisk arbeid forklares av flere som et relasjonelt arbeid som skjer i en sosial praksis, hvor hensikten ofte er å styrke et «skrøpelig jeg» hos pasienten (Everett og Gallop 2001). Å jobbe sammen i dagliglivet i avdelinger

med mennesker som preges av alvorlige lidelser, utfordrer terapeutene til å måtte veksle mellom to posisjoner: vise empati og utfordre (Beck 2004). *Ignorering* er likevel en strategi som miljøpersonalet ofte bruker i ulike sammenhenger for å overse uønsket atferd (Rorvik 2011).

Slik jeg leser miljøterapi som ideologi i psykisk helsevern, er en forenklet begrunnelse at miljøterapi fører med seg noe positivt på kort, men også lang sikt. Det stilles i mindre grad kritiske spørsmål til tilnærmingen som kan leses som den ”riktige” tilnærmingen til mennesker med psykiske lidelser. Hva som for øvrig er terapi, og hva som er miljøterapi, eventuelt likheter og forskjeller, er vanskelig å få tak på. At hvem som skal bestemme hvilke aktiviteter som er relevante og viktige, og for hvem, kommer utydelig frem, og det mener jeg er av relevans i forhold til brukervedvirkning.

## **2.4 Reformen, omorganiseringer og lovreguleringer staker ut kursen for brukervedvirkning**

Endringer og omstruktureringer av psykisk helsetjeneste i Norge på 1980-tallet kan sies å gjenspeile alle de ulike kunnskapssynene som skulle ivaretas; spesialiserte desentraliserte helsetilbud, nettverkstilbud, ambulerende team, omsorgsboliger med nødvendig bistand, samt økning i tiltak knyttet til arbeid og aktivisering (Kringlen 2001, Cullberg 2005). Likevel opplevde helsepersonell at de ikke fikk gjort en god nok jobb.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) gav en oversikt over status for de psykiske helsetjenestene. Konklusjonen var at det var svikt i alle ledd i behandlingkjeden. Pasientene fikk ikke den hjelpen de trengte, fagpersonene fikk ikke gjort en god nok jobb, og myndighetene maktet ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud (ibid.). Regjeringen igangsatte derfor i 1998 en åtteårig opptrappingsplan for psykisk helse (St. prp. nr. 63 (1997-1998)). Dette var da den største helsereformen i Norge noensinne. Planen ga løfter om ekstraordinære bevilgninger for nettopp å styrke alle ledd i det psykiske helsetilbudet. Den argumenterte måten å gjøre dette på, var ved å bygge ned de store etablerte sykehusene til mindre spesialistenheter. Av-institusjonalisering førte til praktisk og faglig interesse for desentralisering og distriktpspsykiatri (Skårderud et al. 2010). Kommuner og bydeler skulle nå stå for en stor del av det psykiatriske behandlingstilbudet. For å styrke sammenhengen i tjenestetilbudet ble det opprettet DPS som skulle fungere som bindeledd mellom kommuner og sykehus (ibid.). Ideen med å legge tilbud lokalt, var at pasientene skulle kunne medvirke i sin egen behandling i eget nærmiljø (Aarre 2010).

### ***Fagkompetanse og brukerkompetanse skal utfylle hverandre***

Det syntes å være alminnelig enighet om at offentlig virksomhet i større grad skulle sette brukerens behov i sentrum for sine aktiviteter, og særlig berørte av offentlige beslutninger skulle nå ha mulighet til å påvirke disse (St.meld. nr. 21 (1999-2000), Sosial- og helsedirektoratet 2005). I sentrale dokumenter ble brukervedvirkerbegrepet introdusert, med presisering at brukere skulle ha innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet på individnivå, systemnivå og politisk nivå



(NOU 2001: 22). En bruker i denne sammenhengen ble da som nå forstått som mottaker av profesjonelle tjenester i eller utenfor institusjon, og som selv definerer behov for å motta profesjonelle tjenester, også under tvang (Sosial – og helsedirektoratet 2006a).

### ***Lovgivning og andre virkemiddel i kampen om brukermedvirkning***

Innenfor helsesektoren ble brukermedvirkning regulert i kommunehelsetjenesteloven, forvaltningsloven og pasientrettighetsloven (Rappana Olsen 2009). I Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 1. januar 2001 nr. 63, § 3-1, (som også gjelder i dag) ble det understreket at pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp. Det ble videre presisert at pasienter har krav på å få tildelt en aktiv rolle i valg av undersøkelse- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes, dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det (§ 3-2). Pasientrettighetsloven har også bestemmelser om at pasientene skal samtykke til den helsehjelp som gjennomføres (§ 4-1 og 4-2). I Psykisk helsevernloven står det også at pasienten skal få uttale seg ved etablering av et tvunget helsevern, og at pasientens stemme skal vektlegges (§ 3-9).

I tillegg til lovregulering, ble det samme år innført flere virkemidler for å sikre brukeres rett til medvirkning (NOU 2009: 22). Individuell plan (IP) ble presentert som et hjelpemiddel for at pasientene skulle få et individuelt tilpasset, helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Ansvarsgrupper ble innført for å koordinere hjelpetilbudet (Sosial – og helsedirektoratet 2005). I 2001 ble det også innført pasientombud på sykehusene. Ikke som en pasientrettighet i snever forstand, men som virkemiddel for å bedre kvaliteten i helsetjenesten (NOU 2009: 22).

### **2.4.1 Offentlige dokumenter som retningslinjer for praksis**

For å bistå psykiatireformen og konkretisere hva brukermedvirkning var ment å være, kom rapporten «*Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*» (Sosial– og helsedirektoratet 2006a). Rapporten ble utarbeidet etter innspill fra brukerorganisasjonene, og var tydelig på at fagpersoner og helsetilbud til enhver tid *skulle* ta utgangspunkt i brukeres egne erfaringer, kunnskaper og innsikter for å få behandlingstilbud til å fungere optimalt. En egen veileder for DPS ble utarbeidet; «*Distriktpsikiatriske sentre - med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*» (Sosial – og helsedirektoratet 2006b). Denne veilederen skulle styrke den overordnede rapporten i argumentasjonen om at brukermedvirkning ikke kun var en anmodning, men noe som DPS måtte forholde seg til (ibid.).

### ***Nødvendige kvaliteter hos fagpersoner og pasienter for å få til brukermedvirkning***

I opptrappingsplanen for psykisk helse St. prp. nr. 63 (1997-1998) ble det presisert hva offentlige styringsmakter mener at fagpersoner skal gjøre:

*( )... skape et godt og personlig møte mellom bruker og tjenesteyter, hvor bruker opplever trygghet, forståelse og likeverd på tross av de plager personer med psykiske lidelser ofte sliter med ( ). Det er viktig at tjenesteutøver er imøtekommende og personlig, at de bruker tid, lytter til det brukeren har å si, samtidig som det brukes vanlig språk (s. 17).*

Å være involvert skulle også innbefatte og være med i egenkartlegging, skrive i egen journal, få kopi av egen journal, få med epikrise fra sykehus- i tillegg til informasjon om sykdom, hjelpetilbud og rettigheter (ibid). For å få til en slik praksis, utviklet Sosial – og helsedirektoratet (2005) planen:»... og bedre skal det bli», i nært samarbeid med sentrale aktører, ledere, brukere og utøvere i praksis. Her presiseres at fagpersoner og pasienter skal være likestilte, og involverte, samt at fagpersoner må ta et selvstendig ansvar for å utvikle sin profesjonelle rolle til å evne til å møte brukeren på en empatisk og respektfull måte (ibid.). Det som også ble presisert, er at brukermedvirkning ikke skal frata tjenesteutøverne det faglige ansvaret for tjenestene (St.meld. nr. 16 (2010-2011)).

I offentlige dokumenter fremheves det også at om ikke fagpersoner utvikler personlige kvaliteter, vil bedring av systemkvalitet alene ikke føre til at brukeren opplever gode tjenester. Fagpersoner må ha høy profesjonalitet, fagkompetanse (holdninger, kunnskap og ferdigheter) evne til kritisk refleksjon og relasjonsbygging. Det står også at rammer og systemer for god fagutøvelse må være på plass (Sosial – og helsedirektoratet 2005), uten at det spesifiseres hva dette egentlig betyr. Hvordan få til at alvorlig psykisk lidende mennesker skal klare å la seg bli involvert, forklares eller spesifiseres heller ikke.

## **2.5 Nyere forskning om brukermedvirkning tilknyttet psykisk helsearbeid**

Tidligere i kapitlet har jeg skrevet frem sentrale forskere innen samfunnsvitenskapelig forskning angående psykiatri og psykisk helsevern som praksis (Goffman 1961, Becker 1963, Strauss med flere 1963, Måseide 1975 og Løchen 1976/1996). For å sette avhandlingen i en oppdatert forskningskontekst, er det i tillegg relevant å presentere nyere forskning gjeldende psykisk helsearbeid og brukermedvirkning.

Internasjonal forskning fremhever dialog og felles forståelse mellom pasienter og behandlere som sentralt for å få til brukermedvirkning (eksempelvis Szmukler og Holloway 2000, Johansen og Eklund 2003, Rush 2004, Shatell et al. 2006, Cowden og Singh 2007, Petersen et al. 2008, Kartolova-O'Doherty og Doherty 2010, Kidd, Kenny og Mc Kinstry 2014). At dialog og felles forståelse er vanskelig å få til, fremhever flere forskere henger sammen med paternalisme; at fagpersoner ofte praktiserer ut i fra forståelsen om at de vet hva som er best for pasienten, grunnet pasienters (ofte reduserte) helsetilstand (eksempelvis Holloway og Szmukler 2003, Rush 2004, Rutter et al. 2004, Tait og Lester 2005). Konsekvensene av en paternalistisk praksis, er at den «tradisjonelle psykiatrien» opprettholdes. Rollene til både pasient og behandler fremdeles er tydelig atskilte, fremfor

samarbeidende om brukermedvirkning, hevder flere (eksempelvis Hayne 2003, Lilleth 2005, Novakovic 2011).

I Norge har det vært gjennomført flere studier som tar for seg involvering av brukere i psykisk helsearbeid. Mange av studiene retter fokus mot hvordan involveringen oppleves av både tjenesteutøverne og brukere (Borg 2007, Norvoll 2007, Hem 2008, Jenssen 2009, Skorpen og Øye 2009, Storm 2009, Sundet 2009, Terkelsen 2010, Rise 2012). Dersom involvering skal skje er respekt særdeles viktig (Rise 2012), og at den klassiske medisinske ekspertrollen blir tonet ned, ifølge Sundet (2009). Borg (2007) går et skritt lenger i kritikken av medisinske begrensninger for involvering og ansvarliggjøring i egen bedringsprosess. Hun understreker at dersom de syke skal kunne ta del i forebygging, behandling og rehabilitering av egen sykdom, må tiltak for deltakelse ta utgangspunkt i utfordringene som sykdommen medfører for den enkelte i deres dagligliv.

Forskningen til Norvoll (2007) viser i kontrast til samarbeidende korrelasjoner at fagpersoner forsøker å løse orden og tillitsproblemer i ulike akuttposter gjennom bruk av isolasjon, avstand, regler, grensesetting, korrigerende og ansvarliggjøring. I skjæringspunktet mellom å ha et stort ansvar overfor pasienter, ansatte og borgere i samfunnet og samtidig gi hjelp, legitimeres tiltak som overvåking og fotfølging. Dette mener hun kommuniserer mistillit til at pasienter kan gjøre sine egne selvstendige vurderinger og valg, og hindrer brukermedvirkning.

Skorpen og Øye (2009) problematiserer i sin forskning et spenningsfelt mellom miljøterapi og brukermedvirkning, og at begge deler blir tilsidesatt i det daglig. Pasienter ble kun i noen grad invitert til å bestemme hvilke aktiviteter og gjøremål han/hun måtte ønske, jamfør brukermedvirkning. De viser også at framsatte ønsker fra pasienter ble tilsidesatt dersom de kom i konflikt med hvordan personalet oppfattet pasientens tilstand ut i fra medisinsk-psykiatriske diagnoser (ibid.). Parallelt forsket Terkelsen (2010) i en annen norsk psykiatrisk avdeling. I sin forskning erfarte hun at pasientens tilstand samspilte med relasjonene som pasientene hadde seg i mellom – og med personalet. Hun så at atferden til pasientene endret seg ettersom allianser ble bygd, noe som kan forstås som at psykiske lidelser er et sosialt fenomen. Hun opplevde at flere pasienter over tid lærte seg å tilpasse egen atferd etter avdelingens forventninger ved å ikke snakke om sine opplevelser slik at omverden på denne måten oppfattet han/hun som mindre syk.

Sett i forhold til brukermedvirkning er funnene til Terkelsen (2010) utfordrende på flere måter, og de har bidratt til flere spørsmål som jeg har tatt med meg inn i eget prosjekt, og da spesielt analysen og diskusjon av egen empiri. Eksempler på spørsmål er om pasienter må vise seg «friske» for at fagpersoner skal ta dem på alvor for videre samarbeid? Kan dette tyde på at pasienter må kunne «spillet om» brukermedvirkning for å få brukermedvirke? Og hva skjer da med dem som ikke har funnet ut av spillereglene?

Arbeidet med kapitlet har generelt vært formende for å forstå fremveksten av brukervedvirkning, og spesielt for å plassere studien i en større sammenheng. Begrunnelse for studien, studiens formål og problemstillinger, gjøres rede for i neste kapittel.

### 3 Begrunnelse for studien

I gjennomgangen av psykiatriens historie med fokus på fremvekst av brukermedvirkning, har jeg pekt på mange elementer som har formet praksis. Ideologier og kunnskapssyn, politikk og organisering av psykisk helsevern har vist seg å følge, og influert hverandre i forsøket på å utforme mer humane og brukerrettede behandlingstilbud. Menneskelige verdier og individrettet behandling og pleie har vært tema og ideal i hele den moderne psykiatriens historie uten at idealene kan sies å ha blitt realisert. Politiske krav og forventninger om brukermedvirkning kan sies å være det siste forsøket i å nå en slik realisering. Likevel viser forskning og nye rapporter at til tross for innføring av ulike reformer, lovreguleringer, innføring av pasientsentrert praksis og brukermedvirkning, innmeldes det kontinuerlig saker om at pasienter og pårørende opplever at deres rettigheter ikke blir fulgt og hørt, og at deres individuelle rettigheter og sikkerhet ikke blir godt nok ivaretatt (Statens helsetilsyn 2011, 2012, 2013). Resultatene i de gjeldende rapportene gjør følgende spørsmål relevant; hva er det som gjør arbeid i psykisk helsevern så vanskelig? Hvorfor får man ikke til brukermedvirkning?

At retningslinjer for praktisering av brukermedvirkning er for generelle og utydelige, påpeker flere skaper dilemmaer for praksis (eksempelvis Cowden og Singh 2007, Valenta og Berg 2010). Andre hevder også at selve begrepet brukermedvirkning representerer mer et norm- og verdisystem, enn regler for handling. De samme etterspør derfor mer kunnskap og forskning om hvordan slik praksis eventuelt gjennomføres og/eller eventuelt kan muliggjøres (Hansen et al. 2004, Borg og Topor 2003, Jenssen 2009, Rise 2012). Gjennomgang av forskning mener jeg tydeliggjør at det er behov for mer forskning på *utøvelse og organisering* av brukermedvirkning i psykisk helsevern, sett ut i fra fagpersoner og deres premisser for daglig arbeid. Spesielt siden fagpersoner i stor grad fremheves som ansvarlige for å få til brukermedvirkning.

Jeg mener at offentlige retningslinjer fremhever at for å få til brukermedvirkning kreves det kommunikasjon og samhandling. På hvilken måte må nødvendigvis variere avhengig av konteksten som kommunikasjonen og samhandlingen skal foregå i, og hvem som skal samhandle. Om brukermedvirkning skal foregå under eksplisitt medisinske behandling, i individuelle samtaler mellom behandler og bruker, i ulike rapporter og møter mellom fagpersoner, på stua i fellesrom under innleggelse eller på tur, vil brukermedvirkningens praktiske uttrykk måtte variere med konteksten og hva som styrer og innvirker på konteksten. Hva som eventuelt styrer og innvirker, muliggjør eller hindrer brukermedvirkning, og eventuelt på hvilken måte, er intensjonen for studien å få tak på.

#### 3.1 Formål med studien

Innledningsvis skrev jeg at pasienter gjennom hverdagen i døgkontinuerlig behandling i hovedsak oppholder seg på *andre* arenaer enn i for eksempel et konsultasjonsrom. I løpet av et døgn er det *ute i avdelingene*, som for eksempel på stua, at daglig kontakt og samhandling mellom pasienter og personalet i all hovedsak oppstår. Det er *inne på møter og rapporter* at fagpersoner snakker med

hverandre om pasienter. Formålet med studien har nettopp vært å studere hvordan fagpersoner utøver og organiserer brukermedvirkning i denne konteksten, i døgnavdelinger ved DPS i Norge.

### **3.1.1 Problemstillinger**

Gjennom forskningsprosessen utkrystalliserte det seg flere problemstillinger med tilhørende underproblemstillinger, som på ulike vis relaterer seg til formålet med studien. De ulike problemstillingene har vært som følgende:

- På hvilke måter blir pasienter involverte i forhandlinger om deltakelse i daglige aktiviteter i døgnavdelinger? (Artikkel 1)
- Hvilken plass har brukermedvirkning i rapporter og møter hvor det snakkes om pasientene og hvor pasientene selv ikke er tilstede? Hvilken betydning har det som snakkes om for brukermedvirkning? (Artikkel 2)
- Hvordan forholder fagpersoner seg til pasientperspektivet? Er det faktorer i den organisatoriske konteksten som setter grenser for deltakelse? Eventuelt på hvilken måte? (Artikkel 3).

## 4 Teoretisk rammeverk

For å studere brukermedvirkning som praktisk arbeid (her utført av profesjonelle fagpersoner), har jeg valgt et interaksjonsteoretisk perspektiv. Profesjonelt arbeid, og brukermedvirkning, har interaksjon både som forutsetning og resultat. Et interaksjonsteoretisk perspektiv er derfor alltid relevant i studier av profesjonelt arbeid (Måseide 2008). En grunnleggende premisse for perspektivet er at mennesker utvikles og handler i samspill med omgivelsene (Atkinson og Housley 2003).

Perspektivet retter seg mot interaksjon og samhandling mellom personer og de konkrete aktivitetene som de gjør sammen. Begrepet samhandling viser til noe som personer gjør i lag eller i forhold til hverandre, enten det å «handle sammen» har en positiv eller negativ mening (ibid.). I studier av profesjonell samhandling vil fagpersoners og pasienters handlinger, hva de sier og gjør, derfor måtte ses i sammenheng med hva det er i omgivelsene som innvirker på samhandlingene (jamfør Blumer 1969, Goffman 1983, Måseide 2003). Omgivelsene og praksisene forstås således å virke på hverandre gjensidig. Profesjonelle praksiser formes av omgivelsene, men omgivelsene blir også formet av praksisene. Hva klinikere og pasientene kan gjøre «bestemmes» av omgivelsene, samtidig som omgivelsene er ‘føyelig’ for endringer i praksis (ibid.).

### 4.1 Profesjonelt arbeid som drama

Ulike offentlige dokumenter er som forklart i forrige kapittel styrende for profesjonelt arbeid. For å undersøke dokumentenes eventuelle virkning etter intensjonen må vi studere dette lokalt, i hverdagslivet de er ment å gjelde i, sier Rappana Olsen (2009). I studier med et slikt fokus får vi ikke bare kunnskap om mikroforhold i samfunnet, men også tilgang til styringsrelasjoner, altså samfunnets makroforhold, slik de trer frem i det daglige (ibid.). Siden retningslinjer må gjøres av folk faktisk og konkret, følger min studie den interaksjonsteoretiske antagelse om at praksisen retningslinjene skal gjøres i også må studeres faktisk og konkret.

I dagligtale omtales ofte psykisk helsearbeid som noe som foregår i sykehus, i ulike enheter og avdelinger. Psykisk helsevern som en *organisert funksjon* inkluderer også politiske departementer, direktorater, lovverk, ulike fagpersoner, ulike profesjonelle forståelsesrammer/kunnskapssyn, geografi og lokalsamfunn, kulturer, og ikke minst ulike pasienter med ulike behov med sine pårørende og ulike behandlingsrelasjoner og hjelpere. Utforming av- og virksomheten til psykisk helsevern kan derfor forstås som en sosial konstruksjon, konstruert å løse visse oppgaver og problemer (jamfør Gergen 1985).

I sykehus og på avdelinger som døgnavdelinger i DPS, utføres medisinsk og psykisk helsearbeid som oftest i et kollegium. Kollegiet kan være ulikt sammensatt, men med felles mål om å være til hjelp for brukere og pårørende (Sosial – og helsedirektoratet 2006b). Profesjonelt arbeid utføres gjennom interaksjon mellom mennesker, og utgjør således en *sosial praksis* (Måseide 2008). Det sosiale består

av konkrete aktiviteter i hverdagslivet som fagpersoner snakker og/eller gjør seg imellom og/eller i lag med pasienter. Sosiale praksiser er selve utførelsen, gjennomføringen og oppførselen av bestemte aktiviteter i avdelingen. Praksiser organiseres ved at mange forskjellige og gjensidige avhengige elementer inngår sammen. Dette kan være ulike aktiviteter som fysiske og/eller mentale aktiviteter, bruk av gjenstander, kunnskaper om aktivitetene, prosedyrer, følelsesmessige tilstander og engasjement (Reckwitz 2002 s. 249, her i Halkier 2010 s. 27).

Hver yrkesutøver i et kollegium må forholde seg til krav fra egen yrkesetikk og kunnskapsgrunnlag, og kombinere dette med kunnskapsgrunnlaget og rådende ideologier for sykehuset og/eller avdelingen hvor yrkesutøvelsen foregår innenfor. I tillegg må hver yrkesutøver forholde seg til *interpersonlige relasjoner* som etableres i praktisk oppgaveløsning (Måseide 2008), og som former sosiale aktiviteter og prosesser. Den interpersonlige relasjonen omfatter det moralske aspektet ved samhandling som viser til den ”plikten” vi alle har *innenfor* vår kultur til å vise respekt for andre og oss selv i samhandlingsprosesser. At vi viser hverandre respekt i samhandling, har sammenheng med at selvpplevelsen, som er en vesentlig dimensjon i vår indre, subjektive verden, påvirker våre holdninger og personlige valg (Bjørkvik og Nielsen 2006). Samtidig er det noe *utenfor* den lokale handlingen som påvirker og setter rammer for hva som bør og skal skje i den daglige praksisen.

Profesjonelle aktører med profesjonsetikk og yrkeskunnskap må forholde seg til andre yrkesgrupper med andre etikker og kunnskapsgrunnlag. I tillegg må de forholde seg til administrative og byråkratiske aktører. Profesjonell praksis kan derfor sies å være skapt av sosiale samhandlings- og interaksjonsmessige sammenhenger, som videre kan ses i et historisk, kulturelt, politisk og økonomisk perspektiv og med institusjonelle føringer (Atkinson og Housley 2003). I kapittel 2 synliggjøres dette blant annet gjennom forskningen til Måseide (1975) og Løchen (1976/1996). De viste gjennom sin forskning at når fagfolk på 1970-tallet var opptatte av normaliseringsstrategier for å modifisere pasienters atferd mot «normale livsformer» i en lukket medisinsk forankret praksis dominert av psykofarmaka, så hadde det sammenheng med rådende ideologier og kunnskapssyn.

## **4.2 Tildeling av roller som pasienter og fagpersoner**

Innleggelse styres også av ‘interaksjonsteoretiske’ ritualer. Som oftest er det primærlegen som tar initiativ til innleggelse på bakgrunn av samtale med hovedpersonen selv og/eller pårørende, og lege/psykiater på DPS som tar den endelige avgjørelsen (Sosial – og helsedirektoratet 2006). En planlagt innleggelse i lag med fagpersoner på DPS som en pasient kjenner fra før, vil være annerledes enn en akutt innleggelse hvor verken pasient eller fagpersoner kjenner hverandre. Det som kjennetegner «opptaksprøven», eller *seremonien* som ligger til grunn for om en person blir lagt inn på døgnavdeling i DPS, er at en eller flere fagpersoner samler inn informasjon gjennom å observere og snakke både formelt og uformelt med gjeldende person og kanskje pårørende, eller andre faginstanser (St.meld. nr. 25 (1996-1997), Skårderud et al. 2010).



I psykisk helsevern er det vanlig praksis å forvente at mennesker deler sine livserfaringer og innerste tanker med fagpersoner i ansikt-til-ansikt-situasjoner for så å bli vurdert i forhold til en mulig pasientstatus. Etter dagens 'strukturer' er roller fordelte på den måten at den som skal vurderes for en pasientrolle forteller, og fagperson(er) skal tolke, vurdere og støtte (Måseide 2003). Å ha en psykisk lidelse handler mye om å ha en funksjonshemming hvor man «avsløres» av det man sier og gjør. Lidelsens karakter regulerer ofte relasjoner og interaksjoner, og påvirker situasjoner, status og identitet til pasienten (Grytten og Måseide 2006). I møter med pasienter sjonglerer og handler fagpersoner' her og nå' i konkrete situasjoner, med spesifikke personer og problemer, for å identifisere og eventuelt opprettholde en mulig pasientrolle gjennom faglige slutninger og resonnementer. Både under innleggelse, men også underveis under behandling (Måseide 2003). I interaksjoner med pasienter må fagpersoner i tillegg ta hensyn til omgivelsenes krav, her betydende å blant annet følge styresmaktens lover, regler og forskrifter som forteller hva slags væremåter som kan stå for en alvorlig sinnssykdom, og hvordan de skal forholde seg til disse (Skårderud et al. 2010).

### **4.3 Utforming og tolking av manus**

En diagnose er ikke en sykdom, men en form for kunnskap, sier Måseide (2006). En diagnose regulerer ikke bare forholdet mellom for eksempel en psykiater og pasient, men det avgjør også hvem som skal bli (eller eventuelt fortsatt være) pasient, og hvem som antyder behandlingen. En avgjørelse om innleggelse baserer seg på om plagene til pasienten er relevante for psykiatrien (basert på ulike styringsdokumenter), og i så fall hvor problemene hører hjemme, som for denne studien var døgnavdelinger ved DPS. Psykisk helsearbeid og medisinsk problemløsning kan derfor forstås som en virksomhet der det kontekstuelle og situasjonelle mangfoldet «påfører» fagpersoner og pasienter forventinger om væremåter etter hvilke institusjonelle forventninger som gjelder i situasjonen. Både i forkant og under innleggelse forventes en viss type atferd fra begge parter, da hver rolle kan sies å ha utdelte *manuskripter* (jamfør Goffman 1959) og ulike *deltakingsstatuser* (jamfør Goffman 1981). Det blir forklart litt senere.

Nå skal brukermedvirkning ideelt sett være en del av daglig praksis i psykisk helsevern. Fagpersonene må forholde seg til redusert behandlingstid fra det de er vant med fra få år tilbake (Mathisen et al. 2015). På websider og i intervju/samtaler med fagpersonalet ved DPS framkommer det at behandlingstilbudene inkluderer hvile, utredning og medisinerer i et miljøterapeutisk klima hvor ulike yrkesgruppers faglige kompetanse og kunnskapssyn også skal få plass. I tillegg, sier Sosial – og helsedirektoratet (2006b) skal det ved døgnavdelingene utformes individuelle behandlingsplaner som angir mål for behandlingen og som bør omfatte konkrete miljøterapeutiske tiltak. Samlet kan derfor konteksten forstås som en kompleks praksis med mange faktorer som fagpersonene må håndtere.

For å håndtere komplekse praksiser, er fagpersoner avhengige av å følge rutiner (Måseide 2008). En rutinisert praksis trykker, og lager et mønster som igjen kan repeteres uten spesielle anstrengelser. Å

ha manuskripter eller prosedyrer som beskriver rutiner, er viktige for at fagpersoner skal slippe å konstituere og skape en (ny) praksis hver dag (ibid.). Hvordan aktører handler med andre aktører i sosiale situasjoner uten å måtte 'finne opp kruttet' hver dag, opptok også Goffman (1963). I et smidig hverdagsliv og/eller klinisk praksis skal vi ikke bare tilpasse oss mennesker rundt oss, men menneskene rundt oss må også kunne «lese» oss. På denne måten er det mulig å opprettholde forventet orden, hevdet han.

Hva den andre «leser», er avhengig av hvordan vi forholder eller oppfører oss i de ulike situasjoner vi befinner oss i. Bevisst eller ubevisst bruker vi mennesker forskjellige fremtoninger for å vise hvordan vi forholder oss til oss selv og andre, samtidig som vi viser hvordan vi ønsker at andre skal forholde seg til oss, for eksempel på et legekontor eller nærbutikken. Denne typen *regler* blir ofte *tatt for gitt* når vi mennesker omgår hverandre, og kan sies å være nedskrevet i usynlige manuskript. Slike regler for interaksjon kaller Goffman (1963) *interaksjonsorden*.

## 4.4 Forutsetninger for utøvelse av rollene

### 4.4.1 Interaksjonsorden

Regler kan i et interaksjonsteoretisk perspektiv forstås som noe mer enn nedskrevne regler gjennom jus, lovverk og standardiserte prosedyrer. Interaksjonsorden viser til regler for hvordan man skal oppføre seg (utføre rollen sin) i sosiale settinger, og hvilke reaksjoner som er passende i gjeldende samhandling (Måseide 2008). Rolleutførelse til fagpersoner vil også bli styrt av forventninger om hvordan fagpersoner skal forholde seg i ansikt-til-ansikt interaksjon, og at det er noe som regulerer og styrer samhandlingen. Noe i samhandlingen er rett og slett lov, noe annet ikke (Goffman 2011). Dette er rituell samhandling som tilpasser seg blant annet kultur og ideologier. En gjennomgang av historien viser at hva som er 'tillatt' å gjøre med pasienter innen psykisk helsevern endres over tid. For eksempel er det i vår tid en selvfølge å ta avstand fra behandlingsformer som insulinsjokk og lobotomi.

Til tross for regler vil utfordrende situasjoner være marginaliserte situasjoner slik som avhør hos politiet og vurdering av tvangstiltak innen psykisk helsevern. I marginale situasjoner blir noe «normalt» satt til side, men innehar likevel interaksjonsorden sier Måseide (2008). I slike situasjoner er det handlinger som selvsagt er ulovlig å gjøre for politiet og helsepersonellet, og som styres av lovverk og pasientrettigheter. I tillegg må fagpersoner forholde seg til pasienter/brukeres opptreden. I situasjoner hvor interaksjon utfordres, trer *moral* inn og gir retning for hvordan man skal forholde seg til atferd og rettigheter. Moral i denne sammenhengen er «slik det skal gjøres» eller «bruker å være» (Goffman 1963, Måseide 2008). Interaksjonsorden vil fremdeles være gjeldende, samtidig som fagpersonen ideelt må finne retning og løsning på hvordan situasjonen kan løses på en mest mulig verdig måte for pasienten (jmfør Goffman 1963, Måseide 2008).

Interaksjonsorden i psykisk helsevern er i tillegg til jus, også preget av fagtradisjoner og profesjonsetikk i tillegg til dagliglivets moral i konkrete situasjoner (Måseide 2008). Selv om Goffman (1963) viser til at aktører har en viss fleksibilitet i forhold til fenomenet interaksjonsorden, aksepteres også avvik fra den. Goffman omtaler en stor gruppe av dem som «side involvements» (ibid.). Så selve innholdet i ordet interaksjon er ikke rigid, men likner det som Goffman (1959) omtaler som en dans, preget av uforutsigbare «twist and turns». En utfordring i døgnavdelinger i DPS, er likevel at pasientens helsetilstand av og til i stor grad 'forstyrrer' interaksjonsorden. For eksempel kan en pasient ha en annen virkelighetsforståelse enn fagpersoner, være sterkt abstinent etter alvorlig rusmiddelbruk, eller opptatt av å snakke om seg selv i situasjoner hvor institusjonelle regler har definert dette som upassende (eksempelvis Mathisen et al. 2016b). Som vist i presentasjonen av miljøterapi, er det da vanlig praksis å 'løse' dette med å korrigere, overse eller ignorere pasienters atferd og/eller initiativ til å snakke.

#### **4.4.2 Rammer, posisjonering og deltakingsstatus**

Interaksjonsorden påvirkes også av rammer, som påvirker utformingen av manuskripter som igjen påvirker interaksjoner. *Ramme* [frame], er et begrep Goffman tok fra antropologen Gregory Bateson (Goffman 1974). All menneskelig kommunikasjon er avhengig av rammer. Rammer er forventningsstrukturer som hjelper oss til å forstå både egne og andres aktiviteter. Å definere situasjonen innebærer å få en ramme på plass, altså en synliggjøring av hva den handler om, noe som igjen styrer vår forståelse for egne og andres aktiviteter og atferd.

Det er kulturen i vid betydning som forsyner forståelsen og fortolkningsrammer. For de fleste situasjoner og samhandlingssekvenser er det ofte mer enn en ramme som gjør seg gjeldende, og rammer vil også kunne skifte i løpet av en aktivitet (Måseide 2008 s. 370). Rammer kan være skjøre og gå over i noe annet; som fra lek til slåsskamp, frivillighet til tvang. For å få til en profesjonell praksis og samhandling må rammer, både institusjonelle som igjen innvirker på profesjonelle, være etablerte på en slik måte at deltakere har mulighet til å være oppmerksomme på dem. Å få alle til å akseptere rammene kan likevel være utfordrende for alle involverte (Måseide 2008). Pasienten, eller brukeren, er på sin side med på å skape de profesjonelle rammene ved å tilpasse seg reguleringer som er innebygd i for eksempel døgnavdelinger (ibid).

Begrepet *posisjonering* [footing] knyttes ofte til fysisk og kroppslig posisjonering men handler også ifølge Goffman (1981) om sosial og moralsk posisjonering.

*"Footing" viser meir presist til dei interaksjonsmessige handlingane som skaper eller vernar om den einskilde deltakanes identitetsmessige og sosiale fotfeste eller posisjon i samhandlingssituasjonar" (Måseide 2008 s. 371).*

Posisjonering i denne sammenhengen er noe vi driver med når vi tilskriver oss selv og andre sosiale eller moralske statuser og identiteter i samhandlingssituasjoner. Ofte skjer dette implisitt og indirekte, men i mange situasjoner gjøres det også bevisst. Hvordan en person snakker, hvilken taleform og ord som tas i bruk, vil kunne gi informasjon om *hvem* som snakker, *hvem* som snakkes *til* eller *om* (ibid.). Forholdet mellom våre mer eller ubevisste selvfremvisninger og hvilke manuskripter vi tar i bruk, kan sies å være påvirket av hvordan vi posisjonerer oss, avhengig av hvilke situasjoner vi mennesker befinner oss i. Bestemmende for hvordan vi posisjonerer oss, er også kontekst som situasjonen foregår i (Atkinson og Housley 2003). For å omskrive dette til denne studiens kontekst, vil institusjonelle rammer som fagpersoner agerer i, påvirke interaksjonsorden og videre virke inn på hvilket manuskript han/hun handler etter, som igjen påvirker hans/hennes oppfatning av hvorfor og hvordan det er viktig og riktig og å posisjonere seg i den særskilte situasjonen. Således kan det påstås at profesjonelle fagpersoner har større ansvar for å være bevisst sin selvfremvisning i en gitt faglig situasjon, enn lekfolk. Profesjonell praksis er også underlagt yrkesetikk som tilsier at fagpersoner i utøvelse av sitt arbeid er pliktige til å posisjonere seg ut i fra det som ansees som både faglig og moralsk riktig i for eksempel sårbare situasjoner (jamfør Måseide 2008).

Gergen (1985) var opptatt av at mening som oppstår mellom mennesker er intersubjektiv og relasjonell, og ikke noe som nødvendigvis tilhører enkeltindivider. Mening er noe som skjer *mellom* mennesker. Det er samtidig viktig å få frem at mennesker også har med seg meninger inn i situasjoner (jamfør Berger og Luckman 1966). Dette mener jeg er relevant om brukermedvirkning forstås som en relasjonell aktivitet. Aktiviteten brukermedvirkning krever nødvendigvis at inkluderte parter posisjonerer seg mot noe felles for å skape mening. Fagpersoner må også være villige til å benytte seg av brukeres erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp og for at brukeren skal få økt innflytelse på egen livskvalitet (jamfør Helse - og omsorgsdepartementet 2009). Nettopp det å bli involvert i samhandling gjennom snakk og aktiviteter som er meningsfulle for den det gjelder, kan sette i gang en prosess av forandring og ytterligere engasjement, sier Bejerholm (2010). Involvering og (aktivitets)engasjement for å klare å (brukermed)virke har også vokst frem som et sentralt poeng i løpet av avhandlingen og vil bli tydeliggjort senere i diskusjonen.

Pasienters *deltakingsstatus* vil kunne ha sammenheng med en slik faglig 'innstilling'. Vi mennesker har mange deltakingsstatuser, men det er bare en avgrenset del av dette potensialet som til enhver tid blir aktivert (Goffman 1981 her i Måseide 2008). Faktisk kan vi mennesker tildele eller hindre ulike deltakingsstatuser til de vi har rundt oss. Det kan gjøres med måten vi snakker på, hva vi snakker om, eller ikke. Det er menneskelig å markere seg selv som en bestemt type person, med bestemte egenskaper. I et empirisk eksempel i studiens artikkel 3, (Mathisen et al. 2016b), tar en kvinne mange ganger initiativ til å framsnakke seg selv som kunststrikker, men blir 'holdt igjen' i deltakingsstatus som veldig syk pasient. Hva vi 'gjør' den andre 'til' (jamfør Goffman 1981) vil kunne ha stor

betydning på hvilken deltakingsstatus og dermed posisjon pasienter får i forhold til brukermedvirkning hvor deres liv og kunnskap om seg selv ideelt skal hjelpes frem av de profesjonelle rundt. Et annet sentralt spørsmål er hva slags deltakingsstatus en pasient har eller får som bruker, og hva slags deltakingsstatus pasienten kan spille ut eller bli tildelt i sammenheng med pålagt brukermedvirkning.

#### **4.4.3 Hva påvirker samspillet mellom de ulike rolleinnehaverne?**

En av flere utfordringer for psykisk helsevern kan sies å være knyttet til den doble funksjonen som helsetilbudet skal ha. Psykisk helsevern skal både hjelpe pasienter og støtte samfunnsorden gjennom kontroll og tilpasning (Helsedirektoratet 2012). Makt har således vært, og kan fremdeles forstås som en «evig» problematikk i psykisk helsevern. Paternalisme problematiseres som en av flere faktorer (eksempelvis Høyer et al. 2002). *Paternalisme* er en persons makt over en annen person som ikke kan forvalte seg selv, eller rettferdiggjørelse av en slik praksis, her definert av Måseide (1991). Innen medisin og helsefag betyr uttrykket at fagpersoner avgjør hva som er best for pasienten. At fagpersoner bruker makt i betydning av å ta i bruk sin kompetanse og kunnskap, er mange ganger nødvendig og viktig (ibid.). Det vil være urimelig at fagpersoner 'hemmeligholder' kunnskapen sin om de vet den er viktig for pasienter. Det vil også oppfattes som faglig relevant at fagpersoner tar beslutninger på vegne av andre når pasienten og pårørende ikke har kompetanse til for eksempel avgjøre best mulig kreftbehandling. I slike situasjoner er det vanlig å stole på at fagpersonene forvalter sin kunnskap på aller beste måte (Måseide 2011).

I offentlige dokumenter understrekes det at i forhold til brukermedvirkning skal fagpersoner ikke fratas sitt faglige ansvar, men innebære at fagpersoner *i tillegg* skal benytte brukeres egne kunnskaper og erfaringer med helsetjenesten, for å kunne yte best mulig hjelp (St.meld. nr. 47 (2008-2009)).

Undersøkelse, opphold og behandling i det psykiske helsevernet er situasjoner der pasienters autonomi, frihet og verdighet ofte er truet (Sinding Aasen 2009). Dette gjelder ikke minst ved etablering av tvungent psykisk helsevern, der det gjøres eksplisitt unntak fra hovedregelen om samtykke (Lov om pasientrettigheter av 1. januar nr. 63, §3.2, 3.3). Men også ved frivillig behandling der forutsetningen er at pasienten skal avgi et gyldig samtykke, er pasientens autonomi, frihet og verdighet under press (Sinding Aasen 2009).

Sosial kontroll er et sentralt omdreiningspunkt som fungerer i alle organiserte samfunn (Parsons 1951, Goffman 1974), og handler om makt. Makt vedrører autoritet og retten til å definere hva som utløser positive eller negative reaksjoner og kan ha form som tvang (Goffman 1974). Tvang spenner fra spesifikk bruk av fysisk makt som er lett å observere i interaksjoner, til skjulte varianter som gjøres både ubevisst og bevisst sier Wertheimer (1993). Han argumenterer samtidig ut i fra en rasjonalitet om at tvang kan være nødvendig og akseptabelt om det fører til at pasienter får en bedre helsetilstand. Samtidig kan tvang inkludere trusler, press, overtalelse og råd, noe som bidrar til problemet med å definere tvang. Utfordringer med tvang er også det faktum at det er knyttet til *opplevelsen* av tvang.

Nettopp det å ikke ha valgfrihet, ses på som begrensning av frihet, kontroll og fratakelse av innflytelse (ibid.). Tilliten til at pasienter kan klare, og mulighetene for at pasienter skal kunne brukermedvirke vil nødvendigvis også innebære vurderinger om innsikt. Slik sett henger brukermedvirkning og paternalisme sammen. At fagpersoner hevder å vite hva som er best kan i et interaksjonsteoretisk perspektiv forstås å handle om makt. Maktutøvelse har derfor kontinuerlig ligget i grenselandet til tvang i avhandlingens artikler. Det vil bli videre problematisert i diskusjonen av avhandlingen.

## 4.5 Formidling av manus

Mye av det pasientrettede arbeidet, organisert eller spontant, skjer gjennom tale. Mye av psykiatriens arbeid blir utført som snakk eller ved hjelp av snakk, enten det gjelder diagnostisering eller behandling (Måseide 2011). Utover snakking i avdelinger, så handler arbeidshverdagen til fagpersonene om å være på ulike møter og rapporter hvor de snakket om pasienter og egne arbeidsoppgaver (Mathisen et al. 2016a).

Møtene kan beskrives som talesituasjoner (Hymes 1997) om faglig arbeid og pasienter, og involverer «*taleaktiviteter*» [speech acts], altså det performative aspektet av hva som snakkes om (Levinson 2002). Begrepene tydeliggjør at samtaler er mer enn utveksling av informasjon og konstatering av fakta. De innebærer også etablering av bestemte relasjoner og dermed former for samhandling (Goffman 1981, Måseide 2008). På møter og rapporter handler det ikke om tilfeldig snakk, men fagpersoner bruker *snakk som rutine om noe*, som å organisere egne arbeidsoppgaver, miljøterapeutiske aktiviteter og videre møter (Mathisen et al. 2016a). Inkludert i dette artikuleringarbeidet er også «the performance of the clinic» involvert; at kropper/pasienter blir snakket frem og 'kommer til livet'. Men også omvendt, at performiteten til avdelinger blir synlig i lag med politikk og kunnskap (Måseide 2003), noe som vil kunne bety at avdelinger snakker frem den pasienten som 'passer' avdelingene og det de kan tilby. Pasientens liv og plager blir gjort tilgjengelige gjennom snakk, og snakk definerer situasjonen, kreerer øyeblikk og genererer fakta (Måseide 2003). Men, siden fagpersoner på møter ikke har direkte tilgang til for eksempel pasienters depresjon og angst, er de nødt til å bruke kategorier og systematisere snakket i deres daglige arbeid slik at de kan bruke informasjonen om pasienten til noe 'brukelig' i deres profesjonelle kunnskaps – og praksisformer. "*Desse kategoriane er ikkje den einskilde profesjonelle aktørens eigedom. Dei er kollektive og høyrer til profesjonen og institusjonen*", sier Måseide (2008 s. 375). Kategoriene forklarer han videre som nødvendige redskaper for det profesjonelle arbeidet.

Om ikke på samme måte, har studiens interaksjonsteoretiske perspektiv vært et viktig «redskap» for meg blant annet under datainnsamling og analyse av studiens empiri. Det presenteres i neste kapittel.

## 5 Metode

For å utforske studiens problemstillinger har jeg brukt et utforskende design med en etnografisk tilnærming. Metoden jeg har brukt er kvalitativ, og datainnsamling i denne studien har foregått ved hjelp av feltarbeid. Deltagende observasjon inkludert samtaler og intervjuer (individuelle og fokusgruppeintervju) med fagpersoner har vært gjort i tre døgnavdelinger i tre ulike DPS. I dette kapittelet gjør jeg rede for valg og gjennomføring av metoden, problematiseringer av forskerrollen, analyse av datamaterialet, etiske problemstillinger, kritikk av metoden og overførbarhet.

### 5.1 Valg av feltarbeid

Feltarbeid innebærer å delta i folks dagligliv over en viss tidsperiode for å observere det som skjer, høre på det som bli sagt, snakke med folk og stille spørsmål (Hammersley og Atkinson 2012).

Hensikten er å frembringe kunnskap om sosiale praksiser gjennom nærhet og delaktighet i feltet (Måseide 1997). Feltarbeid åpner opp for førstehåndserfaringer ved at man kommer nærmere inn på (fag)folks virkelighet og deres daglige praksis (jamfør Måseide 1997, Atkinson og Housley 2003, Fangen 2010, Hammersley og Atkinson 2012). En annen grunn er at feltarbeid muliggjør innsyn i det som deltagere i en studie gjør, og ikke bare det de sier de gjør (Nielsen 1996). Feltarbeid begrunnes å være særdeles relevant for å omfavne sosiale praksiser som inkluderer kompleks organisering og samhandling med mange involverte, siden feltarbeid gir tilgang til aspekter og områder ved arbeid til fagpersoner som de vanligvis ikke tematiserer i en travel hverdag (Fangen 2010). I tillegg knytter feltarbeid som metodisk tilnærming seg naturlig an til interaksjonsteoretiske perspektiver som nettopp har som mål å forstå menneskers handling og samhandling med hverandre (Atkinson og Housley 2003, Måseide 2008).

#### *Tidsaspektet i feltarbeid*

Etnografisk feltarbeid er en metode hentet fra sosialantropologisk tradisjon, hvor forskeren over tid deltar i den sammenhengen som skal studeres med sikte på å beskrive problemstillingen fra et innenfra perspektiv (Hammersley og Atkinson 2012, Fangen 2010). Begrunnelsen for langvarige feltarbeid knyttes opp mot begrunnelsen om at forskeren skal bli godt kjent med menneskene og kulturen som studeres (Album 1996). Forskere som Fangen (2010) og Tjora (2012) begrunner samtidig at også avgrensede perioder med observasjon kan gi nyttige data i forskningsøyemed. Fangen (2010) argumenterer for at det viktigste med feltarbeid er at varigheten er tilstrekkelig for forskers formål med studien, ikke varigheten i seg selv. Varigheten mener hun må ses i sammenheng med prosjektets mål og forskningsspørsmål, og forskers ressurser (ibid.).

Selv valgte jeg å gjøre feltarbeid i tre intensive perioder på tre ulike avdelinger (se mer under datainnsamling). Måten jeg gjennomførte feltarbeidet på var påvirket av fokusert etnografi, eller «a compressed time mode ethnographic approach» (jamfør Jeffrey og Troman 2004, s. 538).

Kjennetegnende med fokusert feltarbeid er at det gjøres over kort tid; ofte deltid over korte intervaller,

eller ved permanent tilstedeværelse over kort tid (ibid.). Begrepet *fokusert* hentyder til at hensikten er å fokusere på avgrensede områder og fenomen i samfunnet. Istedenfor å studere sosiale grupper og/eller kulturer over tid, er forsker fokusert på handlinger, interaksjoner og sosiale situasjoner. Å gjøre etnografi på denne måten hevder Jeffrey og Troman ikke er et nytt fenomen, men også gjort av anerkjente forskere som Erving Goffman (ibid.).

Feltarbeidet i min studie kan også karakteriseres å være utført i det som Fangen (2011) beskriver som *flyktige sosiale settinger*, altså der folk kun oppholder seg kortere tid av gangen. Dette sammenfaller med det faktum at pasienter i DPS er innlagte i korte perioder, og fagfolk og pasienter er derfor sammen i kun få dager til uker. Å gjøre feltarbeid i flyktige, eller ustabile miljøer omtaler Fangen (2011) som krevende. En forsker som utfører feltarbeid har alltid avgrenset kapasitet til å samle og bearbeide informasjon, sier Måseide (1997 s. 106). Det fikk jeg selv erfare, at min kognitive, emosjonelle og fysiske kapasitet ble satt på prøve under lange og intense arbeidsdager.

I tråd med studiens teoretiske perspektiv var jeg under feltarbeid opptatt av kommunikative aktiviteter som *samhandling*. Jeg har fokusert på samhandling eller mangel på samhandling, mellom fagpersoner, mellom fagpersoner og pasienter, samhandling med omgivelsene og omgivelsenes betydning for samhandling. I studien har jeg også bestrebet å «fange inn» det performative aspektet ved *snakk* (jamfør Levinson 2002), altså hva fagpersoner snakker om på rapporter og møter av betydning for brukermedvirkning.

## 5.2 Feltet – utvalg og rekruttering

Formålet med PhD prosjektet har vært å undersøke praktisering av brukermedvirkning som sosial praksis i psykisk helsevern. Jeg fant det relevant å velge døgnavdelinger i DPS som felt for undersøkelse. En sentral begrunnelse for denne avgjørelsen var at DPS i hovedsak har frivillige innleggelse i åpne enheter (Sosial – og helsedirektoratet 2006b). Dette mente jeg var relevant ut i fra flere hensyn; 1) pasientene ville ha samtykkekompetanse i forhold til å delta i studien, og 2) grunnet frivillig innleggelse ville samarbeid mellom fagpersoner og pasienter (muligens) i større grad bære preg av samarbeid (enn tvangstiltak). Siden jeg skulle være ute i fellesområder anså jeg dette som relevant.

Videre laget jeg en oversikt over alle 14 DPS i Helse Nord. Jeg ønsket bredde og variasjon i datamaterialet, og var bevisst døgnavdelingens forskjeller i antall behandlingsplasser, geografisk plassering og kulturelt opptaksområde. Døgnavdelingene i studien varierte fra 7 til 15 behandlingsplasser, plassert både i by og tettstrøk, samt multikulturelle områder. Hensikten med bevissthet rundt variasjon var ikke knyttet opp til at jeg skulle gjøre demografiske, kulturelle eller populasjonssammenligninger som sådan. Hensikten med å gjøre feltarbeid ved tre ulike DPS var mer



ut i fra interessen om å få et rikt datamateriale og om mulig se om ulike DPS likevel kunne ha felles problemstillinger eller ikke, tross ulike rammefaktorer og omgivelser.

Lederne av de valgte døgnavdelingene ble ringt opp våren 2011 for en uformell samtale hvor vektlegging av studiens tema og forskningsfokus sto sentralt. Alle lederne var tilgjengelige for samtale ved første gangs oppringning, og svarte uforpliktende *ja* til forskningsdeltakelse under denne telefonsamtalen. Etter avtale sendte jeg skriftlig informasjon<sup>3</sup> om studien, før gjennomføring av et grundig informasjonsmøte med ledere og ansatte ved hver av de ulike døgnavdelingene. To informasjonsmøter ble gjennomført over lyd/bilde telematikk. Et møte fant sted ved fysisk oppmøte ved døgnavdelingen. Den faglige sammensetningen av hvem som var til stede på møtene var ulik og valgt av avdelingene selv<sup>4</sup>. På møtene bekreftet alle avdelingene at de ville være med i studien. Velvilligheten ble begrunnet i generelle krav om at de selv er pålagt å drive forsknings – og utviklingsarbeid ved enhetene. Velvilligheten knyttet seg også til at studien var praksisnær med et tema som de selv anså som interessant og viktig å få belyst.

Lederne utpekte kontaktpersoner på avdelingene som ble bindeleddet mellom meg og avdelingene i det videre samarbeidet. Kontaktpersonene fikk ansvaret for å koordinere informasjon og spørsmål mellom fagpersoner på avdelingene og meg. De hadde også ansvaret for å informere innlagte pasienter om studien.

### 5.3 Forskerrollen

For å gjøre feltarbeid må man som forsker finne sin plass eller posisjon innenfor den sosiale konteksten som skal studeres, påpeker Paulgaard (1997). Jeg hadde en åpen rolle som forsker overfor døgnavdelingene, noe som innebar at både personal og pasienter var klar over hvem og hva jeg var, og hensikten med min tilstedeværelse i avdelingene.

#### *Nærhet og avstand til feltet*

Å gjøre et fokusert etnografisk feltarbeid er vanskelig uten forutgående kjennskap til konteksten som skal studeres, fremhever (Jeffrey og Troman 2004). Slik jeg leser Måseide (1997), Jeffrey og Troman (2004) og Paulgaard (1997) er det å ha kunnskap om «ditt» forskningsfelt en ressurs. De problematiserer også ulemper med å ikke ha kjennskap til terminologi eller kunnskap om feltets fokus

---

<sup>3</sup> En mappe med informasjon om hovedprosjektet, og presentasjon av dette delprosjektet samt kontaktinformasjon til meg, veiledere og forskningsansvarlig ved UiT - Norges Arktiske universitet, ble sendt etter avtale til alle døgnavdelingene slik at de kunne lese om studien før vårt neste møte.

<sup>4</sup> Det hadde vært ønskelig å kunne spesifisere hvem som var tilstede på møtene, men jeg har valgt å ikke gjøre dette av hensyn til anonymisering. For likevel gi et innblikk, kan jeg uten å bli mer detaljert si at på det første møtet deltok to avdelingsledere. På det andre møte var 8 fagpersoner med ulik faglig bakgrunn til stede, samt avdelingsleder. For det tredje møtet var leder, avdelingsleder samt lege og psykolog med for å få informasjon, og vurdere om studien ville være belastende for pasienter med tanke på å ha en forsker til stede i avdelingen, og dermed etisk riktig å være med på.

og hva dens intensjon er, og at det rett og slett blir vanskelig å skjønne handlinger og ytringer i feltet om man har begrenset kontekstforståelse. Jeffrey og Troman (2004) hevder at kjennskap til feltet er en forutsetning for å gjøre fokusert etnografi. Selv har jeg mange års klinisk erfaring som ergoterapeut fra ulike arbeidsfelt og institusjoner. Det er likevel min erfaring fra 10 år i rusomsorgen som spesielt har vært min ballast i denne studien. Min kunnskap om rusavhengighet, psykiske problemer og lidelser, klinisk arbeid over kort tid med innlagte pasienter, medikamenters plass, symptomtrykk, tverrfaglig arbeid, daglige rutiner og praktiske arbeidsoppgaver var viktig for å forstå og gjenkjenne sammenhengen som praksisen i døgnavdelingene bygget på. Mine erfaringer muliggjorde at jeg lettere klarte å identifisere konteksten, og dermed kunne fokusere på hva som ligger bak rutiner og praktiske arbeidsoppgaver (jamfør Fangen 2011). Gjennom å lese andre forskeres avhandlinger (eksempelvis Norvoll 2007, Skorpen og Øye 2009, Terkelsen 2010), har jeg også fått supplert egne erfaringer med deres beskrivelse av deres forskningskontekst. Selv om deres kan sies å være forskjellig fra min, har lesing av deres avhandlinger vært viktige forberedelser til min forskerrolle.

Måseide (1997) og Fangen (2010) fremhever viktigheten av å etablere nær kontakt med noen bestemte personer i feltet fremfor å pleie nøytrale relasjoner med alle. De tildelte kontaktpersonene var naturlige personer å samhandle med i løpet av tiden som jeg var til stede i avdelingene, og de var særdeles viktige «nøkler» under feltarbeidsperiodene både på forhånd og underveis. De informerte kollegaer og pasienter både muntlig og skriftlig om studien, de tok imot meg når jeg kom, viste meg rundt, og introduserte meg for fagpersoner og pasienter. Samarbeidet med kontaktpersonene mener jeg selv hadde stor betydning for min forskningsrolle. De muliggjorde at jeg fikk tildelt en rolle som en som «bare» skulle være i avdelingen. Fagpersonene uttrykte at grunnen til at min tilstedeværelse ble naturlig hadde sammenheng med at de er vant med å ha studenter og vikarer i avdelingene. Det var også en fordel for meg at fagpersonene var motiverte for å delta i studien og tilgjengelige for spørsmål og samtaler.

I løpet av feltarbeidsperiodene deltok jeg i spesifikk snakk og samtaler rundt flere temaer, hovedsakelig med fagpersoner. Til stede på både rapporter og ute i avdelingene overhørte jeg snakk og ytringer mellom andre, samtaler som ikke var rettet mot meg. Kjennetegnende for forskerrollen min var at jeg gjorde mye av det som Måseide (1997) omtaler som snakk på «metaplan». Siden mye av det som foregår i døgnavdelinger er snakk, opplevde jeg derfor at jeg fikk det Måseide (1997) videre forklarer som deltakerrolle i ulike (snakke) interaksjoner som gikk for seg i avdelingene.

Mellom feltarbeidsperiodene var det naturlig at rollen som forsker ble gjenstand for veiledning og diskusjon. Å utvikle et interaksjonsteoretisk forskningsblikk, har vært hjulpet frem av tydelige og «krevende» veiledere. De har vært særdeles viktige for min forskerutvikling.

## 5.4 Datainnsamling

På alle døgnavdelingene ble jeg tatt veldig godt imot, og innlosjert etter avtale på ulike vis. På den første avdelingen bodde jeg i en treningsleilighet inne på området til DPS. Den andre plassen bodde jeg på et hotell rett ved. På det siste DPS bodde jeg i en familieleilighet inne på avdelingen. Å bo så tett på feltet gav god tilgang til informasjonsdata.

### *Feltarbeidets omfang og varighet*

Til sammen var jeg en uke på hver av de ulike døgnavdelingene. Jeg startet arbeidsdagen på morgenen ca. 07.30, og var ferdig etter kvelds og nattrapport ca. 23.00. Det tilsvarer 15 – 16 timer feltarbeid hver dag. Samlet tilsier dette ca. 250 timer aktivt ute i felten. I artiklene har jeg skrevet 170 og 200 timer observasjon da jeg ikke var bevisst på å medberegne timene jeg trakk meg til side for å skrive notater, samt turer for å bli kjent med nærmiljøene, lunsjer og kaffestunder i kantina i lag med personal, og kveldsmåltider på stua med TV-titting når ingen var der sent på kveldene. Derfor har jeg i etterkant følt det riktig å oppjustere timeantallet.

### *Deltagende observasjon*

En forsker er deltakende i kraft av tilstedeværelse (Måseide 1997). Det deltagende aspektet ved feltarbeidet handlet for meg om å være tilstede, delta og snakke med folk i dagliglivet på avdelingene uten å være direkte forstyrrende for fagpersonenes arbeid. Utvalgte kontekster var som følgende:

- Daglige rutinemessige rapporter (natt/morgen, dag, kveld/natt) og møter.
- Morgensamlinger med personalet og pasienter.
- Morgentrim.
- Turdager.
- Gruppeaktiviteter som fysisk aktivitet og formingsaktiviteter.
- Måltider.
- Uformelle og ofte spontane aktiviteter som brettspill og matlaging/baking.
- Uformelle stunder på stua på ettermiddag og kveld med TV- titting.

Jeg hadde utarbeidet en observasjonsguide på bakgrunn av studiens teoretiske perspektiv, basert på Måseide (2008). Fokus for observasjoner var eksempelvis som følgende:

*Hvem handler (av fagpersoner), hvilke aktiviteter blir gjort, hvem er til stede, hvem tar seg til rette, hvem har hvilke plikter og posisjoner, hva samhandler de om (eller ikke), hva snakker de om, hvilke ord blir brukt, hvem avbryter, hvem bestemmer talemåten, hvem har autoritet og "holder orden" og blir respektert, hvordan er stemningen, når i løpet av døgnet skjer dette, hvor lenge varer det, er det noe som bidrar til at relasjoner endres, hvordan er omgivelsene utformet, blir omgivelsene tatt i bruk.*

Når du utfører deltagende observasjon gjør du flere ting samtidig, sier Fangen (2010). Du både involverer deg i ulike aktiviteter, samtidig som du iakttar hva folk sier og gjør. Hun forklarer at står du

som forsker på sidelinjen kan du betraktes som en observatør eller kikker. Er du helt inne i aktiviteten blir du en primær deltager (Fangen 2011). Jeg vekslet på å ha ulike posisjoner, men ble aldri en fullverdig deltaker i dagliglivet i DPS. For eksempel på rapporter oppfattet jeg meg selv som en direkte observatør. Jeg avbrøt ikke underveis, men samlet heller opp spørsmål som jeg stilte til folk som hadde tid til samtale i etterkant når det var roligere på avdelingene. Ute i avdelingene var mange av rutinene kjente og dermed naturlige for meg å delta i. Fra klinisk arbeid har jeg erfaring med å være med på ordning av måltider, koke kaffe, være på tur, samtidig som jeg snakker med folk og observerer. Slike erfaringer opplevde jeg var til hjelp når jeg som forsker bestrebet å ikke være for mye i veien, kanskje heller en ekstra hånd i hverdagslige rutiner, men også observant nok til å være initiativtaker til refleksjoner og diskusjoner om ting jeg lurte på.

### ***Feltnotater***

Feltnotater anses innen feltforskning som en sentral del av datagenereringen (Fangen 2010, Tjora 2012). Studiens problemstillinger, teoretiske perspektiv og observasjonsguide var styrende under datagenereringen. Jeg bestrebet å skrive detaljerte feltnotater fra første dag. Feltnotatene ble ulikt utformet avhengig av hvilken kontekst jeg var i. For eksempel var det kun på rapporter og behandlingsmøter at jeg skrev notater åpenlyst. Tiden var kort, og jeg skrev mye og hurtig for å få med meg mest mulig detaljer (uten identifiserbare pasientopplysninger). Notatene preges derfor av mange forkortelser av ord og setninger, samt symboler for eksempel mann og kvinne. Notatene fra rapportene inneholder også det som Tjora (2012 s. 148) forklarer som løpende beskrivelser. Jeg beskrev også hvordan rommet var utformet, hvem som var til stede, hvordan de satt, hvem som snakket, hva de snakket om, hvordan de forholdt seg til det som ble snakket om, hvordan (eventuelt) beslutninger ble tatt, om de leste opp pasientinformasjon fra pc, brukte storskjerm, om det ble laget resymé eller lest opp ordrett med mer. For meg var det hensiktsmessig å tegne skisser fra møtene med piler som indikerte samhandlingene mellom fagpersonene for å få med meg hvordan flyten i snakket gikk, hvem som stilte spørsmål, hvem som ble stilt spørsmål og lignende. Utgangspunktet for observasjoner på rapportene var også observasjonsguiden. For meg har skissene vært et viktig virkemiddel for å få et visuelt avtrykk av samhandlingene på møtene. Skissene har også fungert som viktige hjelpemiddel for å gjenkalle møtene ved å sammenstille skisser og feltnotater fra samme møte. Notatene fra alle rapporter og møter ble spesielt viktige for artikkel 2.

I mine nedskrivninger hadde jeg ikke fokus på enkeltpersoner i seg selv, men de sosiale situasjonene som personene inngikk i. Som jeg har gjort rede for i presentasjonen av studiens teoretiske rammeverk, snakker fagpersoner med hverandre på rapporter og møter og ute i avdelingene. De snakker også med pasientene i ulike aktiviteter, og uformelle settinger som i stua og på turer. I forhold til feltforskning påpeker Nielsens (1996) at en forsker skal beskriver det folk gjør, og ikke bare det de sier. Selv opplevde jeg til tider at jeg måtte skrive det som ble sagt, men *på hvilken måte, til hvem og i*

*hvilken kontekst.* Omgivelsene med tilhørende regler og rutiner hadde nemlig betydning for hva det ble snakket om, eller hva som ikke var lov til å snakke om (artikkel 3).

Ofte trakk jeg meg til rommet mitt rett etter samhandlingssituasjoner jeg anså gav viktig informasjon, for å skrive notater. Disse notatene inneholder også «observatørkommentarer» (Tjora 2012). På stua hadde jeg noen ganger skisseblokk i fanget bak en avis, og av samme grunn som på rapportene, utformet jeg skisser av det som foregikk. Jeg registrerte hvem som var til stede og eventuelle samhandlinger mellom fagpersoner, fagpersoner og pasienter, og mellom pasienter. Notater fra observasjoner i stua tok utgangspunkt i omgivelsene; det som skjedde i stua mens noen så på TV, andre leste aviser, noen spilte spill, og andre kanskje strikket og småpratet i lag. At jeg hadde gjort fyldige notater fra slike stunder ble i etterkant veldig viktig siden det ofte var i slike settinger at pasienter tok initiativ til å snakke med fagpersoner og medpasienter om ting som var viktige for deres behandlingsopphold, helse og liv både i og utenfor avdelingen. Skissene fra stuer har også vært viktige siden de tydelig viser hvem som tok initiativ til samhandling, og hvem som i mange tilfeller ikke «svarte på» invitasjonen om å samhandle (se artikkel 1 og 3).

#### ***Auditive notater***

Turene var komplekse aktiviteter med mange involverte, og dermed mange samhandlingssituasjoner og interaksjoner. Å ha med feltbok på tur for å gjøre notater føltes unaturlig. Etter turene hadde jeg mange inntrykk og måtte derfor først snakke av meg «observatørkommentarer» (Tjora 2012) på diktafon siden jeg ikke klarte å skrive like fort som jeg snakket. Notatene inkluderer forberedelser til tur (se artikkel 1), selve turen og etterarbeidet med å pakke ut og påfølgende rapporter. Jeg supplerte med skriftlige notater når jeg opplevde meg ferdigsnakket. I etterkant opplevde jeg det som spesielt nyttig at jeg hadde snakket frem det jeg har kalt overgangssituasjoner; at jeg først hadde vært delaktig i selve turen og sett hva pasientene og fagpersonene gjorde og hørt hva de snakket om, og senere ble tilhører til hva som ble videreformidlet (eller egentlig ikke) på rapportene (se artikkel 2). De auditive opptakene ble skrevet ut etter feltarbeid.

## **5.5 Samtaler og intervju**

Å jobbe parallelt med ulike metoder i løpet av et feltarbeid sier Fangen (2010) er veldig vanlig. Selv har jeg samtalt med mange, og intervjuet 12 fagpersoner enkeltvis. I tillegg har jeg gjennomført et fokusgruppeintervju med 8 fagpersoner.

#### ***Samtaler***

Jeg har opplevd alle samtalene som betydningsfulle for datamaterialet. Gjennom daglige samtaler med ulike fagpersoner fikk jeg mye kunnskap om psykisk helsevern generelt og døgnavdelinger i DPS spesielt. Etter dagrapport tok noen en kaffekopp med meg på rapportrommet og fortalte om deres daglig arbeid. Ikke sjeldent tilsluttet flere fagpersoner seg i praten. I slike stunder fikk jeg opplevelsen av å være den som Måseide (1997) beskriver utløste fortellinger og ytringer der jeg ikke var en

adressat, men tilhører. I situasjoner hvor jeg initierte til samtaler, var det viktig for meg å få fagpersoners tanker og refleksjoner på episoder jeg hadde vært tilstede i, ting jeg ikke forsto eller som var uklart. Slike samtaler fant sted i stille stunder på stua, på rapportrom, på tur og over lunsj.

### **Intervju**

Under feltarbeid ble følgende fagpersoner intervjuet (se nedenfor, tabell 1)<sup>5</sup>.

<b>NUMMER</b>	<b>INDIVIDUELLE INTERVJU</b>	<b>FOKUSGRUPPEINTERVJU</b>
<b>1</b>	Avdelingsleder (sykepleier)	Psykolog
<b>2</b>	Avdelingsleder (sykepleier)	Ergoterapeut
<b>3</b>	Avdelingsleder (Sykepleier)	Fysioterapeut
<b>4</b>	Enhetsleder (sykepleier)	Sykepleier
<b>5</b>	Psykiatrisk sykepleier	Psykiatrisk sykepleier
<b>6</b>	Hjelpepleier	Psykiatrisk sykepleier
<b>7</b>	Ergoterapeut	Avdelingsleder
<b>8</b>	Fysioterapeut	Spesialsykepleier
<b>9</b>	Vernepleier	
<b>10</b>	Fagrepresentant i brukerutvalg	
<b>11</b>	Kunstterapeut	
<b>12</b>	Psykolog	

Tabell 1.

Noen fagpersoner bemerket seg som veldig engasjerte i jobben sin gjennom måten 'de tok plass' i rommet på. Andre fagpersoner la jeg merke til på grunn av deres kritiske kommentarer til psykisk helsevern som praksis. To ledere oppsøkte meg for å bli intervjuet, og en leder oppsøkte jeg for intervju. Ved to tilfeller anbefalte kontaktpersonene meg å snakke med konkrete fagpersoner fra miljøarbeidet på avdelingene. Der enkelte yrkesgrupper skilte seg ut i som "sjeldne" eller undertallig i en stab med mange sykepleiere, spurte jeg om å få intervju dem for å få bredde i stemmene<sup>6</sup>. Alle

<sup>5</sup> På grunn av anonymisering utdypet jeg ikke hvilke fagpersoner som var på hvilke avdelinger, eller om samme person som ble intervjuet individuelt også var med i fokusgruppeintervju.

<sup>6</sup> Det hadde vært ønskelig å intervju lege(r)/psykiater(e). En avdeling hadde kun tilgang til lege/psykiater i perioder, og vedkommende var ikke tilstede når jeg gjennomførte feltarbeid. På de andre avdelingene var

henvendelsene ble tatt positivt imot, og intervjuene ble gjennomført på ulike kontorer og diverse grupperom.

### ***Gjennomføring av intervju***

Et forskningsintervju bygger på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale. Det er et intervju der det konstrueres kunnskap gjennom utveksling av synspunkter i samspeilet mellom to personer som snakker om et tema som opptar dem begge (Kvale og Brinkmann 2009 s. 22). Et forskningsintervju går dypere enn spontane meningsutvekslinger i samtaler, og har struktur og hensikt som forskeren definerer og kontrollerer. Tema gis av intervjueren som også kritisk følger opp intervjupersonens svar på spørsmålene, på en varsom og lyttende måte (ibid.).

Intervjuene med fagpersonene varte fra 20 til 120 minutter. Før intervjuene gikk jeg igjennom intervjuguiden (se appendiks) for å aktualisere studiens problematiseringer. Egne observasjoner ble også gjenstand for utdyping og granskning sett i sammenheng med det vi snakket om. Viktigst for meg var likevel at de som ble intervjuet fikk snakke om det som opptok dem. Med at ulike fagpersoner var opptatte av forskjellige ting, bidro det til variasjon og dybde i datamaterialet.

### ***Fokusgruppeintervju***

Etter mer systematisk analysering av datamaterialet, hadde jeg behov for å gjennomføre et fokusgruppeintervju med fagpersoner i studien for å få kommentarer, assosiasjoner og diskusjoner i forhold til studiens empiri (jamfør Halkier 2010). Jeg hadde også ønske om å gå dypere inn i tema: praktisering av brukermedvirkning med svært syke pasienter, i kombinasjon med aktiviteter og miljøterapi (intervjuguide, se appendiks). Formålet med fokusgruppeintervjuet var ikke å komme til enighet eller presentere løsninger på spørsmålene som jeg ønsket diskutert, men å få frem forskjellige synspunkter (jamfør Kitzinger og Barbour 1999, Halkier 2010). En gevinst med denne måten å gjennomføre intervju på, er at det å være mange sammen bringer frem flere spontane og ekspressive og emosjonelle synspunkter enn når man bruker individuelle og ofte mer kognitive intervjuer, understreker Kvale og Brinkmann (2009).

I utgangspunktet så jeg for meg at jeg skulle gjennomføre fokusgruppeintervju i alle døgnavdelingene. Ut i fra mengden på datamaterialet og tid til disposisjon, valgte jeg å dra tilbake til kun en avdeling. Argumentasjonen for hvilken døgnavdeling som ble valgt, følger pragmatiske hensyn som tilgjengelighet og kostnad for reise. På bakgrunn av min forespørsel, henviste kontaktpersonen meg til avdelingslederen som på min anmodning satte sammen en tverrfaglig gruppe som var interessert i å

---

lege/psykiater periodevis til stede og/eller veldig opptatte, og dermed vanskelig tilgjengelig for intervju under tiden jeg var til stede.

diskutere i lag med kollegaer og meg. Fokusgruppeintervjuet varte i ca. tre timer (eksklusiv arbeidslunsj). 8 personer deltok i intervjuet (se tabell 1).

## 5.6 Analyseprosessen

Analyse av data starter allerede i fasen fra feltarbeid tar til, og varer fra formuleringer og definering av problemstillinger til artikler er ferdige skrevet, fremhever Hammersley og Atkinson (2012). Analyse av datamaterialet kan absolutt sies å ha vært en kontinuerlig prosess preget av kreativitet og struktur gjennom hele min PhD-studie. Jeg har (grov)sortert data på flere måter og i flere faser, før veien har ført til artikulerte funn og skriving av artikler.

### *Første fase i organisering av datamateriale*

Umiddelbart etter hver feltarbeidsperiode møtte jeg hovedveilederen min for å ' snakke av meg ' opphopninger av inntrykk etter feltarbeid. Møtene var også viktige for framsnakk av temaer for videre analyse. Veiledningene ble tatt opp digitalt og skrevet ut slik at jeg hele tiden har hatt mulighet til å gå tilbake for å se hva jeg/vi snakket frem under møtene. Temaer som spontant ble snakket frem og sett i lys av brukermedvirkning var som følgende:

- Veldig syke pasienter; redusert engasjement, trenger hjelp til å la seg involvere.
- Rapportens organisering; Rapportens betydning for informasjon og formidling av kunnskap om pasienten.
- Miljøterapi, og miljøterapeuter som kulissenes regissører.
- Omgivelsenes betydning for engasjement: tradisjonell sykehusavdeling vs hjemmekoselig.

Videre ble alle intervju transkribert etter hvert feltarbeid. Det samme ble auditive notater, og satt sammen med feltnotater og skisser. Tekst utgjør dermed det samlede datamaterialet. Alt materiale ble sikkerhetskopierte i doble eksemplarer. Originaler og en sikkerhetskopi har hele tiden ligget nedlåst i brannsikker safe. En kopi har jeg brukt til notater.

### *Andre fase av organisering av datamaterialet*

Alt datamateriale har blitt grundig lest for å bli kjent med helheten. I fortsettelsen av analysen konsentrerte jeg meg eksplisitt om studiens problemstillinger og studiens interaksjonsteoretiske fokus. Under sortering av datamaterialet opplevde jeg å etter hvert se mønstre for det typiske og mest slående. Mønstrene hang sammen med temaene jeg snakket frem med hovedveileder. Å grovsortere materialet etter hvor handlinger fant sted, tydeliggjorde at arbeidet til fagpersonene grovt sett skjedde på separerte steder; ute i avdelingen og inne på rapporter og møter. Sagt på en annen måte: front-stage og back-stage (jamfør Goffman 1959). Front-stage hentyder her til døgnavdelingenes fellesrom (inkludert turer) som var den synlige sosiale praksisen i døgnavdelingene. Back-stage hentyder her til det som skjedde på rapporter og behandlingsmøter. Datamaterialet ble således sortert slik at notater og deler av intervjuer som i hovedsak omhandlet rapporter ble sortert for seg, og det samme for det som skjedde ute i avdelingene og turer.



### ***Tekstnær analyse***

Den sorterte rådataen ble så gjenstand for tekstnær koding og videre inndeling i kategorier og temaer relevant for studiens problemstillinger, teoretiske rammeverk og dermed videre artikkelskriving. Jeg kodet med merketusjer og penn, og førte over tekst i tabeller i word-dokumenter for å få hierarkisk oversikt over temaer og valgte eksemplifiserende sitater. For å jobbe frem kategorier til temaer, utforsket jeg data på store ark og post it lapper for å synliggjøre funn og mønstre. Å utforske data på mange ulike kreative måter ligger nok til min «stil» som forsker. Samtidig er denne måten å jobbe på ikke unik, men en viktig fremgangsmåte for mange forskere (King 2004).

*Det som var slående front stage* var den reduserte helsetilstanden til innlagte pasienter, og at fagpersonene derfor kontinuerlig måtte forsøke å engasjere, motivere og *presse* pasienter til delta i avdelingenes daglige aktiviteter. Data viste at på ulike og gjentakende forespørsler til pasienter om å uttrykke ønsker og behov for aktiviteter, så svarte pasienter sjeldent. På den andre siden tydeliggjorde det seg i datamaterialet at avdelingsrutiner og fagpersonene krevde at pasienter skulle delta i behandlingen som ble gitt. Flere relevante spørsmål skred frem etter hvert som analysen tok form: hvordan posisjonerte fagpersonene seg til alle forventninger som gjennomføring av «aktivitetsprogram» og øvrige rutiner, de ulike pasienttilstandene, og motstanden mot deltakelse i aktiviteter sett i lys av brukermedvirkning?

*Det som var slående back-stage* var at selv om alle fagpersonene på avdelingene jobbet med mennesker som uttrykte med ord og handlinger at de ikke ville leve eller gjøre noen ting, snakket fagpersonene lite om dette på rapporter og møter. Jeg ble opptatt av å få tak på hva fagpersonene 'egentlig' pratet om på møtene og hvilken pasient de snakket (konstruerte) frem. Begrepene fra Levinsson (2002) ble viktige for å analysere frem taleaktivitetene; altså de ulike temaene som fagpersonene snakket om, og hvordan fagpersonene posisjonerte seg til det som de selv snakket om, og om de ulike posisjoneringene eventuelt hadde betydning for pasienter og eventuelt på hvilken måte.

*Det som også var slående* var miljøterapi og aktiviteters plass i behandlingen, og fagpersoners innstilling til at pasienter måtte delta i alle slags aktiviteter, selv om pasientene gav uttrykk for at de ikke ville. Å få tak på hvordan aktiviteter ble forstått og begrunnet av fagpersonene fikk derfor et eksplisitt fokus i siste feltarbeid og fokusgruppeintervju. I dette arbeidet ble begrepsbruk finjustert. For hvilken deltakingsstatus får pasienter i DPS? Hvordan forvalter fagpersoner pasienters initiativ og uttrykte behov? Og hvem bestemmer (egentlig) hva som er mest sentralt for behandlingen, sett i lys av brukermedvirkning?

Tabell 2 har til hensikt å gi oversikt over studiens opprinnelige problemstillinger, hvordan de artikulerte seg i forskningsspørsmål for artiklene, hvilke analytiske begreper som ble brukt i analysen av empiri, og hvilke funn som ble analysert frem og diskutert.

<b>Rekkefølge artikler</b>	<b>Studiens problemstillinger</b>	<b>Forskningsspørsmål for artiklene</b>	<b>Analytiske begreper</b>	<b>Funn/temaer</b>
<b>1</b>	<i>På hvilke måter blir pasienter involverte i forhandlinger om deltakelse i daglige aktiviteter i døgnavdelinger?</i>	<i>På hvilke måter blir pasientene involverte i utforming og gjennomføring av miljøterapeutiske aktiviteter i døgnavdelingene?</i>	<i>Rammer (forventninger)</i>  <i>[frames]</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mangel på engasjement</i></li> <li>• <i>Balansering mellom individuelle og kollektive hensyn.</i></li> <li>• <i>Konstant pågående press.</i></li> </ul>
<b>2</b>	<i>Hvilken plass har brukermedvirkning i rapporter og møter hvor det snakkes om pasientene og hvor pasientene selv ikke er tilstede?</i>  <i>Hvilken betydning har det som snakkes om for brukermedvirkning?</i>	<i>What is discussed in the handovers, which participation statuses are attributed to patients through the talk and what consequences may this have for user participation?</i>	<i>Snakk</i>  <i>[talk/speech activities]</i>  <i>Deltakings-status</i>  <i>[participation status]</i>  <i>Posisjonering</i>  <i>[footing]</i>	<p><b>Speech activities</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Case constructions</i></li> <li>• <i>The life of the patient outside the institution</i></li> <li>• <i>Miljø therapeutic activities.</i></li> <li>• <i>Organisation of the clinicians' work.</i></li> </ul> <p><b>Ways of approaching the topic</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A standardised approach.</i></li> <li>• <i>A patient-centred approach.</i></li> <li>• <i>Indecision.</i></li> </ul>
<b>3</b>	<i>Hvordan forholder fagpersoner seg til pasienters initiativ?</i>  <i>Er det faktorer i den organisatoriske konteksten som eventuelt muliggjør eller begrenser pasientens deltakelse?</i>  <i>Eventuelt på hvilken måte?</i>	<i>Common rooms are arenas where patients spend much of their everyday life while hospitalised, and are therefore very important in patients-staff interaction.</i>  <i>We are particularly interested in exploring whether there are aspects of the organisational context that enable or constrain patient participation.</i>	<i>Deltakings-status</i>  <i>[participation status]</i>  <i>Makt</i>  <i>[power]</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Participation as adherence to treatment.</i></li> <li>• <i>Rules and routines restrict patient initiative.</i></li> <li>• <i>The patient perspective when the patients are absent.</i></li> </ul>

Tabell 2

### *Veiledning underveis*

Det er jeg selv som har hatt hovedansvaret for analyseprosessen, men prosessen har blitt hjulpet frem. Spesielt i første halvdel av PhD- perioden hadde jeg ofte veiledningsmøter, hvor jeg presenterte nye fortolkninger av empirien sett i lys av interaksjonsteori og aktuelle begreper, etterfulgt av veiledende spørsmål fra veilederne, før refleksjon og diskusjon mellom oss tre. Alle veiledningssekvensene ble tatt opp på diktafon og skrevet ut. Denne systematikken opplevdes veldig virkningsfullt for å ta ut potensialet i empirien. Denne måten å jobbe på har også vært veldig virkningsfull for min læringsprosess som PhD- student. Jeg kan ikke legge skjul på at analyseprosessen har tatt tid. En grunn har vært min opplevelse av kompleksitet i datamaterialet, men mest mitt strev med å tilegne meg og integrere samt anvende det teoretiske perspektivet på en grundig nok måte.

### *Skrijving av artikler*

Å skrive har vært en viktig del av analysen, og en viktig måte å jobbe med kopling av data og interaksjonsteori. Reviewer fra fagfeller underveis i publiseringsprosessen har også vært til stor nytte for å fortsette dybdedykk i empirien. Omskrivninger ut i fra oppdagelser i empirien har ført til at jeg har vært nødt til å forsøke å bruke teoretiske begreper på en mer sensitiverende måte (jamfør Fangen 2010). De definerte funnene til hver artikkel har underveis i skriveprosessen blitt sett i relasjon til rådataene. I forhold til det siste, har det utelukkende vært mitt ansvar.

## **5.7 Etske betraktninger**

### *Formelle godkjenninger og retningslinjer*

Studien ble lagt frem for Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK), helseregion V, men ble vurdert til å falle utenfor deres mandat. Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) med tilhørende saksnummer: 27813. Alt datamateriale er utformet i tråd med gjeldende retningslinjer til NSD. For eksempel inneholder ikke feltnotater personidentifiserbare opplysninger, og personidentifiserbare opplysninger fra intervjuene ble justert allerede i transkripsjonsprosessen. Under hele PhD-perioden har all data blitt forskriftsmessig oppbevart i samsvar med gjeldende lovverk. Koblingsnøkler for samtykkeskjema og intervju har ligget nedlåst i separert arkivskap fra øvrig datamateriale. Alle relevant kommunikasjon med REK og NSD ligger som vedlegg i avhandlingens appendix.

### *Informasjonsskriv og samtykkeerklæring*

Til stor nytte, involverte NSD seg i utformingen av informasjonsskriv til fagpersoner og pasienter, og skriftlig samtykkeerklæring til fagpersoner og pasienter. NSD kom også med innspill til intervjuguide til enkeltpersoner og fokusgruppeintervju.

Det var kontaktpersonene som delte diverse skriftlig materiale til alle de 94 personene som har vært involverte i studien; 69 fagpersoner og 25 pasienter. Alle fagpersoner gav skriftlig samtykke til å delta i studien. Et eget informasjonsskriv og samtykkeerklæringskjema ble utformet til pasientene og delt ut

av kontaktpersonen på stedet eller pasientenes dagskontakt, alt etter hva som ble vurdert som mest hensiktsmessig. Alle pasienter gav skriftlig samtykke til å delta i studien. To pasienter førte inn i samtykkeerklæringen egne klausul på at jeg ikke skulle være tilstede på rapporten når det ble snakket om dem, noe som jeg skrev under på. Dette ble løst med at jeg gikk ut av rapporten når disse ble snakket om. En pasient ønsket ikke at jeg skulle være til stede på stua når han var i avdelingen. Siden han ble utskrevet samme dag som jeg kom til avdelingen, løste det seg av seg selv. Han er ikke medberegnet i studien.

Etter anbefaling fra NSD utformet jeg et oppslag om studien som kontaktpersonene hengte opp på oppslagstavler på avdelingene. Informasjon om studien var dermed også tilgjengelig for besøkende på avdelingen. Alle informasjonsskriv, samtykkeerklæringsskjemaer og informasjonsoppslag ligger som vedlegg i avhandlingens appendix.

### ***Etisk reflektert tilstedeværelse***

Under feltarbeid utfordres en forsker på å være åpen, fleksibel og maksimal nysgjerrig på det feltet som skal utforskes, sier Aadland (2011). Med å være tilstede, får forsker muligheter til å registrere ved selvsyn det som skjer og hvordan folk håndterer hendelser og situasjoner (ibid.). Å være forsker på en døgnavdeling innebærer tilgang på mye informasjon og inntrykk, i enkeltepisoder. I feltet bestrebet jeg å være refleksiv og sensitiv gjennom å utøve “ethical mindfulness” (Guillemin og Gillam 2004, Guillemin og Heggen 2008). I praksis betyr dette for eksempel å kunne *lese* vanskelige situasjoner mellom fagpersoner (som personalkonflikter) eller fortellinger av veldig privat karakter. Når det var særdeles strevsomme situasjoner som fagpersoner og pasienter var i, trakk jeg meg unna. Ikke for at jeg ikke var interessert i det som foregikk, men for å unngå å være en ytterligere belastning for fagpersoner og pasienter. Samtidig var det også situasjoner hvor jeg vurderte at det å trekke meg vekk fra sterke emosjonelle uttrykk og historier som pasienter fortalte meg om, ville kunne oppleves som avvisning. I stedet for bestrebet jeg å være et medmenneske som interesserte seg for det som ble fortalt om. Private betrouelser og livshistorier fra pasienter er ikke skrevet ned i feltnotater.<sup>7</sup>

### ***Forsker versus medmenneskelighet***

Feltarbeid er en metode hvor man ikke nødvendigvis «bare» deltar som forsker, men også som medmenneske. Å håndtere dette krever samtidig nok distanse til å innta et analytisk blikk på hva som foregår, påpekte Skjervheim (2001). Jeg opplevde episoder hvor jeg fikk større plass enn forventet og planlagt. I en avdeling var det flere pasienter som ikke snakket norsk, og det var synlig at det for flere fagpersoner var utfordrende å snakke engelsk (og at de derfor aller helst ville slippe). Av og til henvendte derfor ikke-norskspråklige pasienter seg til meg for å få hjelp til oversetting og forklaringer. Både ut i fra min rolle som forsker, men også av medmenneskelige hensyn, gjorde jeg meg

---

<sup>7</sup> Dette i tråd med formål og problemstillinger for studien, NSD og samtykkeerklæringer.

tilgjengelig for å snakkes med, også på engelsk. I tilfeller hvor jeg opplevde situasjonene å grense til tolking og informasjonsutveksling om Utlendingsdirektoratet (UDI) og pasientrettigheter, repeterte jeg til pasientene at jeg var der i kraft av forskning, men at jeg skulle forsøke å hente personal som kunne hjelpe dem med det de trengte. Å få til dette tok av og til en del tid. At mange pasienter var i så tydelig behov for informasjon, uten å få det, var utfordrende å bevitne. Hadde det vært fare for liv og helse hadde jeg selvsagt handlet profesjonelt og bistått situasjonen på en mer aktiv måte.

Også i andre situasjoner fant jeg det utfordrende å være tilstede. Det kunne være når jeg tydelig så at pasienter ønsket noen å prate med, og fagpersoner hastet forbi mens de i en hektisk kommentar sa at de dessverre var opptatte. I andre situasjoner hadde for eksempel fagpersoner jobbet lenge med å motivere en pasient til å spille biljard. Når de skulle begynne å spille, måtte fagpersoner forlate spillet for å være i lag med andre pasienter som tilsynelatende trengte mer hjelp. I slike situasjoner tenkte jeg at fagpersoner burde hatt 'min' rolle og vært tilgjengelige for både lytting, snakking og gjøring. Jeg fant det også utfordrende å se på hvordan sterkt deprimerede mennesker leitet rundt etter personal for å få hjelp til å låse ut mat, når jeg satt med nøkkel i lommen.

Det var ikke «bare» terapeuten i meg som ble utløst i slike tilfeller, og det at pasientene måtte vente 10 – 20 minutter på å få seg mat. Jeg opplevde det mer fra et humanistisk ståsted at livssituasjonen til mange pasienter var *så* marginalisert, at det å 'sitte passivt' følte for meg uetisk. Fra sidelinjen opplevde jeg det på vegne av pasientene ydmykende at de måtte spørre personal om de kunne være så snille å gi dem mat. Ikke fordi jeg ikke skjønner at rutiner og regler er viktige, men fordi omgivelsene kontinuerlig understrekte at dører og skap var låst fordi psykisk helsevern anser at «deres» (frivillig innlagte) pasienter trenger ytre kontroll i kraft av at de er psykisk lidende.

Som forsker vet jeg selvsagt at det nettopp er slike bevitnede situasjoner som har blitt mitt datamateriale, og dermed synliggjøring av dilemmaer rundt brukermedvirkning. Jeg har samtidig konstant måtte utforske mine egne reaksjoner i forhold til slike opplevde dilemmaer. Faktum er at jeg tenkte flere ganger at det var unødvendig at lett mat og drikke var innelåst og ikke sto tilgjengelig som i andre (somatiske) sykehusavdelinger. Jeg må også vedkjenne at det var ganger jeg tok initiativ til «small-talk» med pasienter som hadde det veldig vanskelig mens de ventet på hjelp, for å 'holde dem oppe' til fagpersoner overtok. Ofte tenkte jeg at døgnavdelinger *må* få flere personalressurser og/eller organisere seg slik at flere kan være i lag med pasientene ute i miljøet. En annen tanke som ofte slo meg var at personalet burde ha kontorer ute i avdelingene med åpne dører slik at de både får gjort kontorarbeid samtidig som de er tilgjengelige for pasientene.

### ***Etikk i et kontinuum***

Jeg vil hevde at etikk som tema har vært tilstede under hele PhD-prosessen, fra begynnelse til slutt, inkludert skriving av artikler. I veiledning har vi tematisert hvem jeg har skrevet om – og på hvilken måte, ikke minst med tanke på anonymisering. Øye og Skorpen (2009) skriver i sin PhD- avhandling

at selv om avdelingspersonalet til daglig overhører og håndterer pasienthistorier og arbeidsoppgaver, er de selv ikke vant med å bli oversatt og forstått innenfor en samfunnsvitenskapelig fortolkningsramme og språk (ibid. s. 68). Fra å ha hatt en forsker på avdelingen til å se en tekstliggjøring av egen praksis kan være kontrastfylt (ibid.). Mitt mandat har vært å fokusere på fagpersoner i psykisk helsevern og deres daglige arbeid sett i lys av kontekstuell sammenheng, brukermedvirkning og interaksjonsteori. Likevel vil sosiale aktører, her fagpersoner, kunne føle seg objektivert og stille seg uforstående til forskers forståelse og beskrivelser av deres praksis (Fangen 2010).

## 5.8 Metodekritikk, gyldighet og overførbarhet

### *Metodekritikk*

For å bli en god forsker med feltarbeid som metodisk tilnærming, trengs det erfaring sier Fangen (2010). Under året som jeg gjorde feltarbeid merket jeg selv at jeg stadig utviklet mine evner til å observere og snakke med folk. Ettersom tiden gikk ble jeg tryggere på å by meg frem og utnytte spontane samtaler. Det jeg syntes var utfordrende, var å gjøre *fokuserte* observasjoner ut i fra studiens hensikt og problemstillinger, og fokuserte nedskrivninger. I etterkant mener jeg selv at mine feltnotater i større grad kunne vært mer systematisk utformet, og at det ville lettet analysearbeidet.

Fordi jeg hadde opphold mellom feltarbeidsperiodene, jobbet jeg kontinuerlig med analysering av datamaterialet og evaluering av materialets styrke og svakheter for nettopp å bli mer fokusert og systematisk ved neste feltarbeid. Tre år etter feltarbeid, skriving av artikler og kappen, ser jeg tydelig at for å fullt ut utnytte potensialet i det interaksjonsteoretiske perspektivet, trenger – og ønsker jeg meg mer erfaring med koplingen av rollen som forsker i feltarbeid, feltnotater og interaksjonsteori.

Når jeg eksplisitt skal kritisere metoden sett i lys av denne studien, må jeg trekke frem varigheten på feltarbeidet. Som nevnt begrunner både Tjora (2012) og Fangen (2010) at selv begrensede mengder med data kan bidra til nyttig forskning. Selv om jeg underveis ikke nødvendigvis ønsket meg et større datamateriale, har det selvsagt vært relevant med data fra et lengre tidsrom for om mulig kunne si mer om mønstre og sammenhenger over tid. For eksempel ble det av fagpersoner understreket at det «tunge trykket» som var ved avdelingene under mine feltarbeid, er vanlig. Samtidig kan andre perioder i løpet av et år ha et annet energinivå enn når jeg var der, forklarte fagpersonene. Hvordan brukermedvirkning får uttrykk i døgnavdelinger preget av høyt energinivå (eksempelvis ved å ha flere pasienter innlagte med mani), vil derfor kunne stå i sterk kontrast til det jeg observerte og det jeg har formidlet i artiklene. Andre temaer ville kunne være: det å være flyktning og ikke snakke norsk, sett i lys av brukermedvirkning. Eller om faglig sammensetting av personalet har betydning for brukermedvirkning.

Datamateriale fra de tre ulike avdelingene har likevel gjort det mulig å utforske flere variasjoner og mulige sammenhenger angående praksis og brukermedvirkning. Nettopp det at jeg gjennomførte

feltarbeid på tre forskjellige avdelinger, muliggjorde at jeg både kunne stille lokale spørsmål på den døgnavdelingen jeg var på, men også trekke frem praksis fra andre døgnavdelinger for gjenkjennelse, eller ikke. Likheter og særtrekk for - og mellom avdelingene ble tydelige gjennom analysen og gjenstand for datakildetriangulering (jamfør Hammersley og Atkinson 2012), og da spesielt for artikkel 2 hvor rapporter sto i fokus.

Fagpersonene i studien har vært sentrale i refleksjon og diskusjon over innsamlet data på tvers av avdelingene. I samtaler har de lyttet til mine spørsmål, og de har bedt meg forklare og utdype spørsmål om de opplevde dem uklare. Praksisnærheten mener jeg både har gitt et rikere datamateriale og hatt betydning for dataanalysen. I studering av profesjonell samhandling vil fagpersoners og pasienters handlinger, hva de sier og gjør, måtte ses i sammenheng med hva det er i omgivelsene som innvirker på samhandlingene (jamfør Blumer 1969, Goffman 1983. Måseide 2003). Fagpersonenes mer eksplisitte forståelse for hva de selv anså i omgivelsene (i vid betydning) som innvirker på samhandling, ser jeg i ettertid kunne vært utforsket grundigere.

### ***Gyldighet og overførbarhet***

Det er fagfolkene ved døgnavdelingene som er pålagte å få til brukermedvirkning. Når det handler om å gjøre psykisk helsearbeid i lag med mennesker som trenger hjelp, i en praksis i stadig endring og omorganiseringer, er det fagfolkene som er ekspertene, og ikke forskeren. Men det betyr ikke nødvendigvis at fagpersonene selv ser sammenhenger, muligheter og dilemmaer med brukermedvirkning og praksis. Det er forsker (her meg) som må gjøre sosial praksis og sosiale relasjoner tilgjengelige for fagpersonene og andre, for eksempel gjennom skriving av artikler. Med et slik perspektiv sees ikke folks erfaring som *hverken* objektive eller subjektive sannheter, men som situerte, sier Haraway (her i Wideberg 1994 s. 162). For å unngå at enhver form for kunnskap blir relativ, tar Haraway til ordet for å sikre objektivitet gjennom det hun betegner for situert kunnskap, der den enkelte forsker er ansvarlig for å gjengi sine virkelighetsbilder fra sitt ståsted (Engelstad og Gerrard 2005). Poenget til Haraway er videre, at det er ikke mulig å påberope seg en universell objektiv fremstilling. Det er ikke mulig å ha *a view from no where* (her i Moser 1998). Hva min «view» er, sier jeg om litt.

I et interaksjonsteoretisk perspektiv er derfor forskeren ikke deltakende observatør om han/hun står utenfor den samhandlingen som skal observeres. Deltakende observatør er forskeren bare når han /hun selv er en av de aktørene som skal observeres. Forskeren er både deltaker og tilskuer. Den dobbeltposisjonen ligger i selve betegnelsen – deltakende observatør (Fossåskaret 1997 s. 26). Siden den sosiale virkeligheten er under konstant konstruksjon og rekonstruksjon, har jeg som forsker vært med i denne studiens konstruksjon av virkeligheter, jamfør Atkinson og Housley (2003). Det er mange måter å både samle inn og analysere og presentere data på, avhengig av posisjonen, bakgrunnen og erfaringen til forskeren. En annen forsker med en annen utdanning og arbeidserfaring og ikke minst

annet teoretiske rammeverk som styrer fokus, ville mest sannsynlig vektlagt andre elementer, enn de jeg har funnet sentrale i denne PhD avhandlingen. Av den grunn er det nettopp viktig å opparbeide seg evnen til *refleksiv objektivitet* (Kvale og Brinkmann 2009), altså evnen til å reflektere over sitt bidrag som forsker til produksjonen av forskningen.

Paulgaard (1997) problematiserer at det ofte har vært og fortsatt er holdninger til at en forskers subjektive forforståelse representerer en feilkilde som sperrer for økt meningsforståelse, og at forsker derfor må overvinne sin egen subjektivitet. Jeg er enig med Paulgaard og Haraway som sier at det er viktig å være bevisst sin egen forforståelse. Siden den sosiale virkeligheten er under konstant konstruksjon og rekonstruksjon, må min forståelse av konteksten også tas med inn i analysen da min kontekst ikke kan løsrives fra fortolkningen (ibid.).

Aktivitetens plass og betydning ble et sentralt tema, spesielt for studiens siste artikkel. At mennesker trenger å være i aktivitet, er grunnlagstenkningen i aktivitetsperspektivet for ergoterapeuter, og dermed min «view». For meg ble likevel miljøterapi med sine tilhørende rutiner og aktiviteter, et overraskende sentralt tema som det for studien ble nødvendig å i dybden på, sett i lys av brukermedvirkning. Det er ikke sikkert at nettopp miljøterapi med tilhørende aktiviteter og aktiviteters betydning i døgnavdelingene hadde fått så stort fokus av en annen forsker med en annen yrkesbakgrunn. Det kan derfor være at mitt faglige ståsted og forforståelse nødvendigvis ikke har vært en feilkilde som sperrer for innsikt, men en mulig forutsetning for innsikt. Hva min forforståelse kan ha betydd for mine funn, har også vært tema i veiledning. Oppsummert kan jeg derfor si at det vil ikke være mulig for andre i etterkant å gjennomføre *akkurat denne* studien, da miljøer og organisasjoner forandrer seg over tid, og de som deltar i studien vil mest sannsynlig oppføre seg annerledes med andre forskere (jmfør Fangen 2010).

Jeg mener likevel at denne studiens tematiseringer og diskusjoner har overførbar relevans til andre kontekster hvor brukermedvirkning er ment å skulle være fremtredende. Studiens synliggjøring av dilemmaer og utfordringer i praksis vil være av direkte relevans der hvor brukermedvirkning som profesjonelt arbeid ideelt skal praktiseres, omkranset av kompleks organisering og rutiner. Kanskje vil studien spesielt kunne overføres til kontekster hvor pasienter/brukere/beboere er avhengige av bistand fra fagpersoner for å komme i posisjon til å få status som en aktiv brukermedvirker. Rus og psykiatritjenester, demensomsorg og hjelpetilbud for mennesker med psykisk utviklingshemming vil kunne ha tilsvarende problemstillinger og dermed nytte av forskningen.

Studien mener jeg også kan koples an til- og supplere annen forskning innen psykisk helsearbeid og samhandling, både av eldre og nyere dato (presentert i kapittel 2). Ses min forskning i forlengelse av de tidlige 'pionerene' som Goffman (1961) og Strauss (1963), representerer samlet forskning til sammen femti år internasjonal psykiatri og psykisk helsearbeid. I lag med forskningen til for eksempel



Måseide (1975), Løchen (1976/1996), Norvoll (2007), Skorpen og Øye (2009) og Terkelsen (2010), representerer samlet forskning over førti år av norsk psykisk helsevern. Et moment er at forskningen supplerer hverandre rent metodisk. Det mest sentrale slik jeg ser det, er at forskningen belyser konsekvenser av innføring av nye ideologier, krav og retningslinjer for praksis i psykisk helsevern i Norge, både for pasienter og personal. Dette hevder jeg må være viktige kilder for innsikt for både politikere og utformere av retningslinjer for praktisk, helseforetak, klinikere og forskere.

Mer eksplisitt vil mitt forskningsbidrag bli presentert i diskusjonen av avhandlingen.

## 6 Resultater

Relatert til studiens formål utkrystalliserte det seg flere problemstillinger som videre gjennom forskningsspørsmål er utforsket i studiens tre artikler. De tre ulike artiklene viser hver for seg ulike aspekter ved brukermedvirkning, som bidrar til ny kunnskap.

De valgte tidsskriftene for publisering hadde klare retningslinjer for lengden på artiklene som følgelig la føringer for hvor mange poenger og perspektiver som kunne bringes inn. Jeg vil nå gi en kort oppsummering av artiklene som samlet kan sies å utgjøre resultatet av min PhD avhandling. Siden vi er flere forfattere av artiklene, er det i dette kapittelet mest riktig at jeg skriver vi og ikke jeg.

### 6.1 Artikkel 1 - Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner

*Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter.*

For artikkel 1 var hensikten å undersøke brukermedvirkning som praksis for å kunne trekke frem situasjoner og dilemmaer for å øke kunnskapen om brukermedvirkning i psykisk helsevern. Siden miljøterapi var det organiserende prinsippet for behandlingens aktiviteter og rutiner ute i avdelingene, anså vi det som interessant å sette søkelys på pasienters rett til å medbestemme i eget miljøterapeutiske behandlingsopplegg. Utgangspunktet for artikkelen var at på samme måte som fagpersoner skal inkludere og involvere pasienter i forbindelse med beslutninger om medisinsk behandling, skal fagpersoner også (ideelt) inkludere og involvere pasienter i utviklingen av miljøterapeutiske aktiviteter. Utgangspunktet for artikkelen er forståelse for brukermedvirkning som noe som skal skje mellom likeverdige og involverte parter.

Det vi tydeliggjør i artikkelen er at pasientene på grunn av reduserte helse *trengte hjelp til å bli involverte*. Fagpersonalet bestrebet å utvikle individuelle behandlings- og aktivitetsopplegg for den enkelte, inkludert miljøterapeutiske tiltak. De forsøkte å få pasienter til å delta i både egenomsorgsaktiviteter og avdelingenes aktiviteter, gjennom å motivere og/eller overtale og/eller presse pasientene til deltakelse. Likevel, det å involvere pasienter i utforming og gjennomføring av individuelt tilpassede aktivitetsopplegg var ikke alltid mulig å realisere. Det var særlig tre årsaker til dette. For det første kunne ikke personalet bare ta seg av pasientene som nylig var blitt lagt inn. De hadde også ansvar for pasienter som hadde vært innlagte en stund. Personalet måtte således forholde seg til et kontinuum av individuelle pasienttilstander. Vi argumenterer for at fagpersonene opererte i et *krysspress av forventninger* som var aktuelle samtidig: eksempelvis tiden som fagpersonene (og pasientene) hadde til rådighet for behandling, forventninger om bedringsprosesser, forventninger om miljøterapi, forventninger om aktivitetsdeltakelse, forventninger om praktisering av avdelingenes rutiner, den faglige sammensettingen og økonomiske ressurser.

Artikkelen avslutter med vår konklusjon om at det kan se ut som at avdelingene ikke hadde definert og utviklet forventninger for å skille mellom situasjoner og hva som skal gjelde i situasjonene – miljøterapi, brukermedvirkning eller etablering av en god samhandlingssituasjon. Strategier for å kunne bestemme hva situasjonen skal handle om, manglet.

## 6.2 Artikkel 2 - User participation in district psychiatry.

*The social construction of 'users' in handovers and meetings.*

I artikkel 2 fokuserte vi på fagpersoners daglige pasientrettede arbeid på møter og rapporter, og det faktum at pasienter ikke er til stede på møter som omhandler dem. Vi fant det derfor interessant å undersøke hva det snakkes om på rapporter og møter, hvilken deltakingsstatus som blir aktivert gjennom snakk, og hvilken konsekvens dette eventuelt har for brukermedvirkning.

Fagpersonene på de tre ulike avdelingene snakket om fire hovedtemaer på rapporter og behandlingsmøter, i samme rekkefølge. For hver pasient ble det laget en 'case construction' som omhandlet pasientens romnummer, alder, diagnose/helsetilstand med tilhørende medisiner, sivilstatus, samt notis om "alt var som vanlig". Videre gikk fagpersonene over til å snakke om livet til pasienten utenfor avdelingen, og hva han/hun eventuelt trengte bistand til her. Så snakket og planla de dagens miljøterapeutiske aktiviteter, før de organiserte og fordelte arbeidsoppgavene knyttet til pasientene, aktivitetene og videre møter de skulle delta i.

Et viktig moment som artikkelen får frem, er at *hva* fagpersonene snakket hadde sammenheng med hva som ble diskutert, *hvordan* det ble diskutert, og *hvordan* fagpersonene relaterte seg til det som de snakket om.

Hovedsakelig utviste fagpersonene en *standardisert* måte å forholde seg til snakkets innhold, noe som innebar at informasjonen om pasientene ble gjort om til arbeidsoppgaver som de fortrinnsvis skulle gjøre i løpet av arbeidsdagen. Når fagpersonene hadde en mer *pasientsentrert* måte å forholde seg til pasientene på, varierte bakgrunnen for det. Enten var det for at personalet ble emosjonelt berørt av for eksempel pasienters livssituasjon. En annen grunn var at fagpersoner både av «humane» og faglige grunner initierte endringer og justeringer i pasienters behandlingsopplegg for å optimalisere behandlingen. Også det å være et tverrfaglig sammensatt team hadde betydning for en pasientsentrert tilnærming, da pasienters problemstillinger ble belyst ut i fra flere ulike faglige perspektiver og videre delegert som arbeidsoppgaver. Spesielt var dette mulig for en tverrfaglig sammensatt avdeling som konsekvent skrev ned pasienters ønsker og behov, og viste dem på storskjerm på rapporter og møter, for videre diskusjon.

I artikkelen diskuterer vi potensielle deltakingsstatuser for pasienter. I hovedsak får pasienter en *passiv deltakingsstatus* til det aller meste. En *aktiv deltakingsstatus* er avhengig av personlig engasjement fra

personalets side. *Uklar deltakingsstatus* baserer seg på at fagpersonene selv mente at det ikke var noe spesielt å nevne angående enkeltpasienter. Pasienter benevnt av fagpersoner som «hotellgjester» var også i denne kategorien. Hotellgjest var et begrep som gikk igjen på alle avdelingene, brukt om de pasientene som ikke gjorde som avdelingene ønsket, til tydelig irritasjon og frustrasjon for fagpersonene. En sentral innsikt er at pasienter som tydelig involverer seg og vet hva de ikke vil, men hva de ønsker og er i behov for, blir definert som mest krevende. I konklusjonen hevder vi at studien viser at rapporter og møter kan forstås som grunnleggende forutsetninger for eksistens, da de distribuerer deltakingsstatuser gjennom måten de konstruerer pasienter på.

### **6.3 Artikkel 3 - Whos decision is it anyway?**

*A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental health care*

Formålet med artikkel 3 var å fokusere på pasienters forsøk på å få kontakt og respons hos personalet. Spørsmålet vi spurte oss var om det er faktorer i den organisatoriske konteksten som eventuelt muliggjør eller begrenser pasientens deltakelse, og eventuelt på hvilken måte? Som en videreføring av artikkel 1, fokuserte vi i artikkel 3 på fagpersoners *forståelse* for aktivitetens betydning, siden pasienter er forventet å delta i disse.

Miljøterapi med tilhørende aktiviteter ble av fagpersonene argumentert som betydningsfulle for at pasientene skal gjenvinne helsen sin. Med dette som begrunnelse ble pasienter presset og overtalt til å delta i aktiviteter som fagpersoner anså som viktige. I artikkelen viser vi at pasienter forsøkte å komme i kontakt med personalet på stuen for å snakke om egen helsetilstand, men at initiativet ble ignorert på grunn av avdelingsregel som hemmer slik snakk. Også når pasienter forsøkte å snakke om betydningsfulle aktiviteter, ble dette snakket bort. Vi diskuterer at når personalet er mer opptatte av å overholde regler enn å lytte til pasientens behov, blir pasienter tildelt en passiv pasientrolle i forhold til å delta i aktivitetsvalg. Vi diskuterer også at avdelingens praktisering av det som fagpersonene omtaler som miljøterapeutiske aktiviteter, i stor grad forstås og praktiseres som en daglig rutine. Det hemmer det sosiale og dermed terapeutiske aspektet i miljøterapi, hvor pasienters behov og perspektiv skal få mulighet til å komme frem. Vi hevder at en slik praksis i stor grad kan forstås som maktutøvelse over pasienter – istedenfor styrking av deres posisjon og rolleutprøving. En slik praksis kolliderer både med hensikten til miljøterapi og brukervedvirkning.

## 7.0 Diskusjon av resultatene i studien

En av hovedintensjonene til brukermedvirkning er at den som mottar helse- og/eller sosialtjenester skal involveres, delta aktivt, og å ha innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd (Sosial – og helsedirektoratet 2006a). Jeg har vist at intensjoner kan være fryktelig vanskelige å oppfylle. Involveringsprosesser er utfordrende å få til, og fagpersonene i denne studien kom ofte i situasjoner hvor de eksempelvis presset og overtalte pasienter til å delta i behandlingstilbudenes miljøterapeutiske aktiviteter (Mathisen et al. 2015), tok beslutninger på vegne av pasientene (Mathisen et al. 2016a) men også ignorerte pasienters initiativ til å samhandle (Mathisen et al. 2016b).

Studiens interaksjonsteoretiske perspektiv tydeliggjør at *involvering* er en rød tråd for prosjektet som helhet. Involvering som premiss for interaksjon og samarbeid angående brukermedvirkning har jeg tematisert i ulik grad i alle artiklene. Videre i diskusjonen vil jeg se resultatene i sammenheng med hverandre, og relatere dem til eksisterende kunnskap der det er naturlig, samt tydeliggjøre det jeg selv anser som særdeles sentrale forskningsbidrag. Jeg kommer også til å gå i dybden på noen temaer og problematikker som overskrider artiklenes bidrag.

### 7.1 Mangfoldet i posisjoner og roller

Under skriving av artiklene og denne sammenskrivningen, har jeg funnet det vanskelig å vite hvilke begrep(er) som er «politiske korrekt(e)» i forhold til dem som var/er innlagte i DPS. Siden jeg skriver om brukermedvirkning, var det i begynnelsen nærliggende å bruke begrepet *bruker*. Under- og etter feltarbeid ble det naturlig å bruke begrepet pasient, siden det var benevnelsen som ble brukt av fagpersonene i døgnavdelingene. For fagpersonene knyttet begrepet seg både til rutinemessig terminologi, og realiteten at de som var innlagte var veldig syke, jamfør pasientbegrepets latinske opprinnelsesbetydning *en som lider* (Hem 2013). En realitet i sterk kontrast til ‘ekspertpasienten’; fylt av artikulert kunnskap og krav (Smith 2002).

I forhold til brukermedvirkning, mener jeg det er relevant å være opptatt av begrepsbruk siden intensjonen til brukermedvirkning er å «dra inn» den lidendes private og personlige erfaringer inn i diskusjoner og avgjørelser angående individuelle helseerfaringer og behov for (be)handling. Jeg mener også det er relevant sett i sammenheng med at begrepet *privatperson* ikke problematiseres som for eksempel begrepene klient, kunde, bruker og borger (eksempelvis av Rappana Olsen 2009, Hem 2013). Et menneske som lider er ikke en pasient i

medisinsk forstand og i krav av pasientrettigheter, før han/hun er innrullert i helsevesenet på en eller annen måte (jmfør lov om pasient og brukerrettigheter av 1. januar 2001). Som privatperson under innskriving på en døgnavdeling i DPS, overgir han/hun råderetten over problemene sine til psykisk helsevern, det settes en diagnose som gir rett til behandling etter godkjente kriterier, og han/hun får tilbake rollen som pasient med tilhørende manuskript (se 4.2). En utfordring er at de fleste mennesker som har fått tildelt en rolle, sjeldent går fullstendig opp i kun denne rollen sier Goffman (1961). En innlagt person i døgnavdeling i DPS, vil derfor ikke være «bare» en pasient, eller «bare» en bruker. Det viser studiens resultater. Når pasienter fremstilte seg selv i samtaler på stua, var det hovedsakelig som *privatperson* i kraft av å være forelder, ektefelle, venn, omsorgsgiver til en katt eller kunststrikker, men også som medmenneske på avdelingen og bruker av hjelpeapparatet siden han/hun trengte hjelp (Mathisen et al. 2015, 2016a, 2016b).

### ***Biomedisin som manus***

Medisinske og helsefaglige diskurser er performative, sier Måseide (2011). Performativitet dreier seg i denne sammenhengen om at «noe» settes i scene, og hva dette «noe» er, styres av institusjonelle rammer (ibid.). Det som for eksempel ble satt i scene på rapporter, var snakk om pasienters lidelse og liv som hadde praktisk betydning for fordeling av arbeidsoppgaver for fagpersonene ved døgnavdelinger ved DPS (Mathisen et al. 2016a). Den «objektive kroppen» til privatpersonene ble snakket frem med tilhørende diagnoser og symptomer. Videre organiserte og fordelte fagpersonene medisiner, dosetter, rene sengeklær, milliliter med væske og miljøterapeutiske aktiviteter til den «objektive kroppen» (ibid.). Resultatene i studien synliggjør således at biomedisin er en tydelig forventningsstruktur som fagpersoner posisjonerte seg etter (Mathisen et al. 2016a). At fagpersoner innen psykisk helsevern tenderer til å tolke symptomer innenfor en medisinsk (reduert) forståelse, hevder flere (Norvoll 2002, Hayne 2003, Lillith 2003, Tait og Lester 2005, Walker 2006). I studiens resultater er det synlig at i omdannelsen til pasientrollen, ble privatpersoners sosiale problemer redusert og omgjort til noe som kroppslig ikke fungerte, og som måtte behandles av fagpersoner ved døgnavdelingene (Mathisen et al. 2016a). Som i forskningen til Strauss et al. (1963), viser også min forskning til en praksis hvor pasienter hadde få muligheter til å forhandle og delta i beslutninger angående egen helse og behandlingstilbud. En sentral grunn til det var at beslutninger angående pasienter ble ofte tatt på behandlingsmøter og rapporter, hvor pasientene ikke hadde adgang (Mathisen et al. 2016a).

Jeg har vist at det følger mange normative forventninger til utførelsen av pasientrollen (eksempelvis Mathisen et al. 2016b). Studiens resultater sammenfaller således med forskningen til Terkelsen (2009); at pasientene ble forstått og tolket i forhold til om han/hun oppførte seg og fylte pasientrollen etter avdelingenes og fagpersonenes forventninger, og sykdommens karakter. Slik tenkning redefinerer en persons identitet på en fundamental måte; at sykdom ikke er noe man har, men «er». Å bruke egenskapsforklaringer har vi vist fremmer dilemmaer som kan sies å ha vedvart gjennom psykiatriens moderne historie (Mathisen et al. 2016b), tross innføringer av ulike politiske krav og forventninger som nå brukermedvirkning (se kapittel 2). Et dilemma som ble synlig i datamaterialet, var at privatpersonen ble utydelig i pasientrollen. Pasienter og deres hverdags liv («the life-world» jamfør Misheler 1984), ble omgjort til et praktisk problem som skulle løses, løsrevet fra pasient selv.

Egenskapsforklaringer kan derfor sies å bidra til opprettholdelse av pasientrollen, som igjen fører til passivitet. Altså det motsatte av det som kreves for å medvirke i eksempelvis utredning og behandlingstilpasning (lov om pasient og brukerrettigheter av 1. januar 2001). Ved hjelp av et interaksjonsteoretisk perspektiv synliggjøres et annet dilemma, at det kan være utfordrende for pasienter å nekte rollen som pasient, samt forhandle eller bli tildelt andre roller. Vi viser i artiklene at de pasientene som helsemessig hadde «kommet seg» og var klare for å la seg involvere i rollen som bruker(medvirker), ble paradoksalt ansett som utskrivningsklare (Mathisen et al. 2015, 2016a). Av den grunn har vi problematisert om definisjonen: evner å brukermedvirke er en «diagnose», basert på fagpersoners vurderinger om pasienten er utskrivningsklar (Mathisen et al. 2015). Dette gjør det relevant å spørre hvem som eier problemene som brukermedvirkning skal løse; helsevesenet eller pasientene? (ibid.).

Institusjonelle rammer gir føringer, og døgnavdelingene som en sosial konstruksjon hadde rigide rammer som ukeplaner og fastlagt struktur for dagene. Dette var rammer som fagpersonene (og pasientene) posisjonerte seg lojalt etter (Mathisen et al. 2015, 2016b). Fagperson - og pasientforholdet kan således forstås som et sosialt system som regulerte og reproduserte seg gjennom sosiale normer. Da normene regulerte både fagpersonene og pasientene i møtet mellom dem, var begge partene utsatt for *sosial kontroll* (Goffman 1974). Men, med en viktig forskjell mellom partene. Den ene parten, pasienten, var hjelpetrequende og «ukyndig», mens den andre parten var profesjonell og kyndig. På den ene siden hadde fagpersonene plikt til å hjelpe pasientene ut i fra sin kompetanse og til å følge det normverket som gjaldt for å regulere forholdet til pasienten. På den andre siden hadde pasienten plikt til å gå inn i sykerollen og underkaste seg den profesjonelle kompetansen til fagpersonene. Slik

sett har samfunnet gitt fagpersoner makt i forhold til pasienten<sup>8</sup> (jamfør Parsons 1951), noe som utfordrer intensjonen til brukervedvirkning.

Et av mine forskningsbidrag til økt innsikt angående praktisering av brukervedvirkning, er synliggjøringen av at så lenge brukervedvirkning foregår innenfor det offentlige helsevesenets institusjonelle rammer, vil personalet måtte forholde seg til brukeren som *pasient* og ikke *privatperson*. Jeg hevder at slik psykisk helsevern med tilhørende døgnavdelinger er organisert per i dag, er det umulig for en privatperson å være der som sivil medborger. En konsekvens er dermed at brukervedvirkning ikke muliggjør medborgerskap, som NOU 2001: 22 «Fra bruker til borger» forfekter. Av den grunn er det ikke symmetriske rollepar mellom fagpersoner og pasienter, jamfør idealet om likestilthet og brukervedvirkning (eksempelvis St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Dermed ligger det i dag et innebygget dilemma i enhver praktisk utøvelse av brukervedvirkning; brukervedvirkning må nødvendigvis alltid skje på institusjonens premisser.

Det jeg samtidig viser gjennom analysene av studiens empiri, er det faktum at personalet faktisk bruker mye tid og krefter på å transformere en pasient til en bruker som kan brukervedvirke (Mathisen et al. 2015). Men også at brukeren som brukervedvirker fullt og helt er et produkt av psykisk helsevern selv, og ikke et produkt av den private lidendes egne ønsker og behov. Det er det motsatte av intensjonen til brukervedvirkning.

## **7.2 Miljøterapeutiske aktivitetes funksjon**

Det var under feltarbeid at det slo meg hvor viktig miljøterapi var i tillegg til medisiner, og samtaler med lege/psykiater og/eller psykolog (på de avdelingene som hadde dette tilgjengelig). Derfor ble det sentralt å fokusere på hvordan pasientene ble inkluderte i beslutninger angående miljøterapeutiske aktiviteter sett i forhold til individuelle behandlingsbehov.

Som vist i kapittel 2 har miljøterapi lang tradisjon innen psykisk helsevern (eksempelvis Thomas et al. 2002, Thorsgaard og Haga 2007, Øye og Skorpen 2010). I våre artikler viser vi som i forskningen til Skorpen og Øye (2009) og Terkelsen (2010), at fagpersonene i

---

<sup>8</sup> Denne plikten har ikke pasienten bare overfor fagpersonene, men pasienten har denne plikten overfor samfunnet. For pasienten har plikt til å prøve å bli frisk for å kunne gå inn i samfunnet igjen og utføre sine plikter der. Det er bare legen som er autorisert av samfunnet til å ta pasienten midlertidig ut av samfunnet (og inn i sykerollen) (jamfør Parsons 1951).



døgnavdelingene hadde forventninger om pasientdeltakelse i det miljøterapeutiske opplegget, både i organiserte og ikke-organiserte aktiviteter, alene og i grupper. Vi viser for eksempel til at det på morgenmøter ble kommunisert ønsker om at pasientene skulle ta på seg oppgaver som dekking av og på bord, samt forsøke å delta i uformelle aktiviteter på ettermiddagen som kaffe, brettspill, og kanskje en tur ut på kafé, butikk eller lignende (Mathisen et al. 2015). Å delta i aktiviteter i et kollektivt fellesskap ble argumentert ut i fra miljøterapiens hensikter om daglig samvær, rutiner og utvikling/gjenopptakelse av praktiske ferdigheter (jmfør Thomas et al. 2001, Thorsgaard og Haga 2007, Fredheim 2009). Argumenter for hvorfor pasientene skulle delta i aktivitetene, ble eksplisitt forklart av fagpersoner å ha en helsegevinst (Mathisen et al. 2016b). Tross ulike hensikter, hevder vi i avhandlingens artikler at miljøterapi ble praktisert mer som rutine enn som pasientbestemte tilpassede aktiviteter under støtte og veiledning av fagpersonell, tilknyttet individuell behandlingsplan (Mathisen et al. 2015, Mathisen et al. 2016b). Å få pasienter til å delta i aktivitetstilbudet har vi vist kunne kreve overtalelse og pressing i grenseoppgang til tvang (Mathisen et al. 2015). Hvorfor det ble slik, har jeg gjort synlig med studiens interaksjonsteoretiske perspektiv og begreper.

Også andre studier viser til at pasienters deltakelse i miljøterapeutiske aktiviteter blir brukt som grunnlag for observasjoner av pasienters symptomatferd (eksempelvis Skorpen og Øye 2009, Terkelsen 2010). Kliniske observasjoner baserer seg på vurderinger om pasienter blir oppfattet som bedre eller verre, mer eller mindre umoden, mer eller mindre kaotisk, mer eller mindre urolig, mer eller mindre aggressiv, mer eller mindre selvstendig, mer eller mindre aktiv (Øye et al. 2009a s. 154). Sagt på en annen måte, viser jeg i min studie at hvilke aktiviteter som ble gjort, hvordan de ble utført, og hvordan aktivitetsatferden til pasienten var når han/hun gjorde aktiviteten, ble fortløpende vurdert og omgjort til arbeidsoppgaver som fagpersonene forholdt seg til (Mathisen 2016a, b). Det jeg samtidig viser, er fraværet av pasienters egenoppfattelse av miljøterapeutiske aktiviteters eventuelle innvirkning på helse og hverdagsliv (Mathisen et al. 2016a), jmfør pasienters rett til å bli inkludert i undersøkelses- og behandlingsmetoder, samt evaluering av behandling (Lov om pasientrettigheter av 1. januar 2001, nr.63, § 3-1).

### ***Strategier for håndtering av dilemmaer***

Fagpersonene i studien var tydelige på at det oppstår dilemmaer når pasienter ikke vil delta i den foreslåtte behandlingen. Analyse av studiens empiriske materiale viste at det å få pasienter til å delta i det miljøterapeutiske aktivitetstilbudet kunne kreve overtalelse og

pressing på en måte som fagpersoner selv beskrev som grenseoppgang til tvang (Mathisen et al. 2015). Fagpersonene var selvkritiske og forklarte at press, tvinging og overtalelse kunne være en stor belastning for pasientene, men også for dem selv (ibid.). Fagpersoner beskrev det å konstant måtte overtale pasienter som en etisk utfordring, og at de følte fysisk ubehag når de måtte presse mot pasientenes egen vilje. Flere fagpersoner sa i individuelle intervju og fokusgruppeintervju at:

*”men hva skal vi gjøre da? De (pasientene) vil jo ingen ting. Vi kan jo ikke la være å gjøre noe, selv om pasientene nekter. Det blir de jo ikke friske av”.*

Et sentralt forskningsbidrag til økt innsikt angående praktisering av brukermedvirkning, er at pasienter stilltiende måtte akseptere den foreslåtte behandlingen for å være sikret hjelp og unngå utskrivning (Mathisen et al. 2016a). Ved hjelp av et interaksjonsteoretiske perspektiv, synliggjør jeg at sosial kontroll også var et omdreiningspunkt mellom omsorg og makt (jamfør Parsons 1951, Goffman 1974). Omsorg i denne sammenhengen kan forstås som fagpersoners kontinuerlige streben etter å legge til rette for at pasientene skulle ’komme seg’, få mat og hvile (Mathisen et al. 2015). Makt i denne sammenhengen handlet om autoritet, og retten til å definere hvilke aktiviteter som skulle gjøres eller ikke (ibid.). At den ene parten har rett til å hevde hva som er «rett og galt» for den andre, kan oppleves som tvang for den det gjelder, forklarer Goffman (1974). For å takle dilemmaer, viste analysen at fagpersoner tok i bruk «retten» til å anvende et ferdigskrevet manuskript (jamfør Goffman 1957) som markerer at (det skal praktiseres) et markant skille mellom pasienter og fagpersoner (jamfør Goffman 1968), og at fagpersoner er de som vet best. Jeg vil understreke at tvang ikke var tema for undersøkelse i studien, men ble synlig i analysen ved hjelp av studiens teoretiske perspektiv og begreper.

Som nevnt i kapittel 2, forklares *ignorerings* som en strategi som brukes i praktisering av psykisk helsearbeid, ofte i ulike sammenhenger for å overse uønsket atferd i avdelingene (Rorvik 2011). Ignorering som strategi er synlig i mine resultater. I artikkel 2 problematiserer vi nettopp ignorering som maktutøvelse, spesielt i sammenheng med avdelingsregelen som forbød pasientene å snakke om seg selv på stua (Mathisen et al. 2016b). Under feltarbeid bivånet jeg situasjoner hvor det sett utenfra virket hensiktsmessig å ignorere et utbrudd, for å la pasienter selv få muligheten til å ‘hente seg inn’. Et dilemma er at pasienter kan oppleve seg avvist på et tidspunkt da behovet for hjelp og omsorg er størst. Et annet dilemma er at pasienter lett kan få opplevelsen av være alene uten å ha noen å dele sin indre verden med, sier Øverland (2006). Et tredje dilemma som vi har løftet frem, er at fagpersoner lett kommer

i en vokterrolle overfor pasienten, i tillegg til en moralsk entreprenørrolle. Moralsk entreprenørskap er et begrep av Becker (1963) som vi har brukt i artiklene, i betydning av at fagpersoner kan forstås som moralske entreprenører i arbeidet sitt med å opprettholde regler (og dermed rollen som vokter), fremfor å handle på invitasjoner fra pasientene om å snakke sammen (Mathisen et al. 2016b). Konsekvensen har vi vist kan føre til at pasienter blir innrullet i en moralsk karriere som innebærer en fullstendig tilpasning av tjenestetilbudet, i stedet for å (tørre) stille spørsmål og sette betingelser (ibid.).

Også Holen (2011) viser til at pasienter innen psykisk helsevern tilpasser seg tjenestetilbudet, og ikke omvendt. Hun synliggjør at en konsekvens av raske innleggelsesforløp er at flesteparten av pasienter innretter seg tilpasningskulturen for ikke bli oppfattet som en problempasient. Hun eksemplifiserer dette med at pasienter ikke fremmer egne meninger eller ikke blir synlig uenige med fagpersoner (ibid.) noe som sammenfaller også med forskningen til Tveiten (2007). Reily et al. (2014) fremhever i sin forskning at pasienter ofte godtar og deltar i behandlingsopplegg av redsel for sanksjoner, eller redsel for at de skal bli tildelt andre behandlingsalternativ som kan oppleves som verre. Borg og Topor (2003) understreker i sin forskning at det å bli ignorert og korrigert for å «passe» rammene til behandlingstilbudet, kan forstås som krenkende maktutøvelse. Dette har jeg også problematisert i min studie. Jeg viser også konsekvensene av regelen som bestemte at det ikke bare var ulovlig å snakke om egen sykdom og lidelser i fellesrom (Mathisen et al. 2016b), der voksne mennesker også ble avspist når fagpersonene mente det ikke passet at de snakket om interesser og verdier (ibid.) Et annet funn jeg har gjort synlig er at de pasientene som ikke gjorde som avdelingene ønsket og forslo (til irritasjon og frustrasjon for fagpersonene), fikk benevnelsen «hotellgjest». Det vil si at de pasientene som gav tydelige tilbakemeldinger på hva de *ikke* ville, eller ikke trengte, ble sett på som mest krevende fremfor aktivt brukermedvirkende (ibid.). Det er et stort paradoks.

I henhold til brukermedvirkning, understrekes det at fagpersoner ikke skal undergrave sin egen ekspertise og egne erfaringer (Aarre 2010). Intensjonen er som uttrykt flere ganger tidligere, at brukers og fagpersonens kunnskaper skal supplere hverandre. En grunnutfordring i psykisk helsearbeid er å få til felles forståelse, løftes frem av. Det ligger i ulike sykdommers natur, i symptomers konsekvenser for enkeltindivider, at virkelighetsforståelsen tidvis kan være forstyrret. Det forklarer erfarne behandlere som Skårderud, Haugsgjerd og Stånicke (2010). Det er flere grunner til paternalistisk bruk av tvang ut av hensikten om å beskytte

psykisk lidende pasienter og omgivelsene rundt, påpeker Wertheimer (1993). Når mennesker er nedtyngt av lidelse, er det omsorg å anvende «mild» paternalisme for å få folk opp av senga, mener Martinsen (1990). Hun sier slik paternalisme legitimer makt i den godes tjeneste når sykepleiere vet hva som er best for pasientene (ibid.).

At pasienters symptomer blir objektivt vurdert av fagpersoner ut i fra hvordan *fagpersoner opplever at symptomer* viser seg under aktiviteter som måltider, trimgrupper, og turer i skog og mark, viser min forskning skaper utfordringer. Et viktig moment er at miljøterapeutiske aktiviteters betydning blir utydelige. Skal for eksempel pasienter som tidligere i psykiatriens historie (se kapittel 2) delta i aktiviteter i diagnostisk øyemed? Skal gjennomføringsevnen i forhold til utførelse av miljøterapeutiske aktiviteter være en mal på om pasienter er utskrivningsklare? Eller skal aktiviteter utføres på grunn av rutiner eller tilfriskningseffekt for pasientene? Uansett, et interaksjonsteoretisk 'blikk' på datamaterialet tydeliggjør at såkalt «mild» paternalisme kan forstås som tvang når pasienter har liten mulighet til å stille spørsmål med rammene de er innlagte i, og tilsynelatende må gjøre «alt» som fagpersoner forslår av redsel for å bli skrevet ut (Mathisen et al. 2016a, b). Da blir pasienters autonomi, frihet og verdighet satt under press (jamfør Sinding Aasen 2009). *Det er ytterst problematisk når behandlere vet bedre enn deg, og kjenner deg bedre enn deg selv*, sa Skjervheim (1996). Da blir man en tilskuer i sitt eget liv (ibid.). Altså det motsatte av intensjonen til brukermedvirkning; nemlig at pasienter skal spille hovedrollen i eget liv. Det min forskning viser, brutalt sagt, er at pasienter knapt får utdelt rollen som statist.

### ***Mobilisering til brukermedvirkning***

Å innhente kunnskap om konsekvenser av psykiske lidelser fordrer et utgangspunkt i enkeltmenneskers dagligliv og hverdags erfaringer. Det er avgjørende for å forstå hva folk strever med, og for å kunne hjelpe den enkelte, understreker Borg (2007). Denne tenkningen kan også sies å være fundamentet i forståelsen av brukermedvirkning (eksempelvis Sosial – og helsedirektoratet 2006a). For å få kunnskap om enkeltpersoner, må vi snakke sammen, men ikke på hvilken som helst måte, sier Haraway. Siden mennesker blir til, får form og betydning gjennom fortellinger av hva vi tenker og gjør, må fagpersoner nødvendigvis «snu og vende» på pasienters historier med hverdags erfaringer i fokus, *i lag* med pasienter (jamfør Haraway, her i Moser 1998). Det kan forstås som en forutsetning for hjelpe pasienter i posisjon til å finne ut hva han/hun ønsker og trenger, og en forutsetning for å starte en brukermedvirkningsprosess.

I studiens artikler viser vi at *utforskning* av pasienters hverdagsliv kan sies å være fraværende, både i samtaler mellom fagpersoner og pasienter på stua, og i snakket til fagpersonene på rapporter og møter (Mathisen et al. 2016a, b). I den grad hverdagslivet til en pasient ble synlig, var det gjennom omgjøring av pasienters personlige og praktiske utfordringer til et medisinsk og/eller helsefaglig arbeidsoppgave. Damen i det empiriske eksempelet i artikkel 3 (se Mathisen et al. 2016b) ønsket for eksempel hjelp med kontantkort til sin mobil. Det ble registrert av fagpersoner, og fordelt som en arbeidsoppgave på rapporten. Hennes identitet som kunststrikker ble ikke snakket om eller tatt tak i som viktig for hennes opprettholdelse av rollen som kunststrikker, eller som viktig aktivitet i hennes hverdagsliv (ibid.). Hvem hun ville glede med jakken hun strikket på, sett i sammenheng med relasjoner og roller, ble ikke tematisert. Heller ikke hvilke andre aktiviteter som var vanskelige å gjøre på grunn av bivirkninger av medisinene ble problematisert, sett i lys av at det å montere jakken opplevdes for henne som umulig.

Å etterlyse slik snakk kan forstås som normativ vurdering fra min side. Konsekvensene ved fravær av undringer over pasientenes hverdagsliv, sett i lys av brukermedvirkning, er at pasienter som sosiale aktører i egne liv i liten grad blir uttalt og eksplisittgjort i døgnavdelingene (se Mathisen et al. 2016a). I artiklene har vi synliggjort at pasienter tok initiativ til å fortelle om for dem betydningsfulle aktiviteter, med tilhørende roller og verdier knyttet til disse (Mathisen et al. 2015, Mathisen et al. 2016b). For å tydeliggjøre poenget: pasienter snakket om barna sine og/eller omsorgsaktiviteter som for tiden var vanskelige å få til. Flere snakket om jobben sin, matlaging, hobbyer som håndarbeid, fiske og jakt, data, Facebook og omsorg for katten sin, for å nevne noe. Pasienter var opptatte av boligen sin, eller mangel på bolig. Snakkets innhold mener jeg tydeliggjør at pasientene gav uttrykk for å være opptatte av aktiviteter som for dem var betydningsfulle. Ved å anvende et interaksjonsteoretisk blikk på datamaterialet, synliggjør jeg noe jeg anser som et viktig forskningsbidrag. Tidsspennet fra innleggelse til utskrivning kan forstås som et «mellomrom» hvor det skjer antydninger til *mobilisering* til brukermedvirkning, uten at mobiliseringens potensial utløses (Mathisen et al. 2015). Det diskuteres videre i neste kapittel.

Essensen i et aktivitetsperspektiv er at aktiviteter er noe mer enn å fylle tiden og det å være virksom. Aktiviteter må ha et meningsinnhold, sier Townsend et al. (2011) som knytter seg an til subjektive erfaringer (Borg 2007). En grunnleggende forskjell mellom verdi og mening i

forhold til aktiviteter, er at mens aktivitetens verdi er noe som oppleves i sammenheng med spesielle aktiviteter, er følelsen av mening lenket til et individs livshistorie (Persson et al. 2001, her i Eklund 2010 s. 26). At mennesker viser hverandre interesse for det som for hver enkelt oppleves som betydningsfullt, er individuelt identitetsskapende og motiverende, påpeker Bejerholm (2010). At fagpersonene på en avdeling på dypeste alvor lyttet og hjalp en utskrivningsklar pasient med å få katten sin hjem for å opprettholde rollen som matfar og redusere ensomhet og sug etter rus (Mathisen et al. 2016a), mener jeg kan forstås som et eksempel på inderlig (ubevisst) tilpasset brukermedvirkning.

### 7.3 Omgivelsenes betydning i relasjon til involverthet

Under, mellom og etter feltarbeid har jeg vært opptatt av omgivelsenes betydning for involvering og evne til engasjere. Jeg har analysert tradisjonell sykehusavdeling vs hjemmekoselig (presentert som funn under 4.6, første fase av analyse), da i tilknytning til brukermedvirkning. I innledningen presenterte jeg de ulike avdelingene, men velger å gi litt fyldigere karakteristikker av avdelingenes ulike arkitektonisk utforming:

*En avdeling gav tydelig uttrykk for å være en sykehusavdeling med lange hvite korridorer, låst kjøkken og hvor kaffe til pasientene sto på en ståltralle i lag med noen kopper og et stålfat med noen frukter på. En annen avdeling hadde varme farger i interiøret med vitrineskap i stua med krystallglass, åpen kjøkkenkrok hvor frukt ble skjært opp under samhandling, og en kaffetrakter sto jevnlig på og lagde kaffeduft i stua. Den tredje avdelingen kan beskrives å være en mix av disse to.*

Ut i fra en interaksjonsteoretisk forståelse av at mennesker utvikles og handler i samspill med omgivelsene (Atkinson og Housley 2003), må hvordan fagpersoner og pasienter samhandler, hva de sier og gjør, nødvendigvis ses i sammenheng med hva det er i omgivelsene som innvirker på samhandlingene (jamfør Blumer 1969, Goffman 1983, Måseide 2003). Siden miljøterapeutiske prinsipper handler om aktiviteter og emosjonell støtte, i et fellesskap i fysiske lokaler (eksempelvis Beck 2004, Hummervoll 2012, Vatne 2006, Vatne og Hoem 2007, Fredheim 2009, Haugsgjerd et al. 2009), mener jeg det er relevant å utforske nettopp hvordan de fysiske omgivelsene innvirker på samhandling.

Goffman (1959) sine teatermetaforer - og begreper har vært nyttige i analyser av avdelingens fysiske omgivelser. Sett i lys av avdelingene som *scener*, er det tydelig i empirien at personal med tilgjengelige *rekvisita* som brettspill, tidsskrifter, hobbyartikler, kjøkkenkrok, kaffemaskin, strikkesøy, gitar og pc i stua, hadde mer å «spille på». Utprøving og/eller bruk av rekvisita hevder jeg gav flere muligheter til rolleutprøvinger for pasientene. Mine empiriske data viser at pasienter takket nei til å være med i brettspill, ut i fra begrunnelsen om

at «det å spille spill var noe de ikke gjorde». Etter å ha betraktet andre spille og (i alle fall tilsynelatende) hygge seg, kunne de samme pasientene etter hvert bli med i spillet etter anmodning fra medpasienter og fagpersoner. Brettspill skapte engasjement og interaksjoner, snakk om spillet som sådan, diskusjoner om smått og stort, også private betroelser om livet. I omgivelsesfattige lokaler var det betraktelig mer stillesitting og mindre grad av interaksjoner.

Ved hjelp av studiens perspektiv og Goffmans begreper (1959), analyserte jeg frem av datamaterialet at fysisk utforming av avdelinger kan ha betydning for hvilken pasient og/eller brukermedvirker avdelingene 'konstruerer', som igjen kan påvirke identitets(re)skapelsen hos pasienter. Ved å fjerne kniver og glass og skru bilder hardt fast, signaliserer en avdelingen på en veldig tydelig måte at «deres» pasienter kan være farlige for seg selv og andre, og at faren er stor for at de kan komme til å fysisk utagere og ta i bruk det som er rundt dem i utageringen. Omgivelsesfattige lokaler signaliserer i stor grad forventninger om at pasienter og fagpersoner (helst) skal sitte stille i hver sine stoler. Til kontrast signaliserer en avdeling med farger og vitrineskap med krystallglass at her er pasienter innom, og at estetiske omgivelser med tilhørende rekvisitter skal bistå og brukes for å finne menneskeverdet tilbake på veien mot tilfriskning. Oppskjæring av duftende frukt i fellesrom kan forstås som «pirring» og «vekking» av sansene, en aktivitet som interagerer med omgivelsene og som fremmer relasjoner. På en avdeling med låst kjøkken, symboliserer enslige frukter i et stålfat noe som demper sult.

I avhandlingens første artikkel viser vi til en situasjon hvor fagpersoner i lag med pasienter planla en tur (Mathisen et al. 2015). Den startet ut som en rutinisert arbeidsoppgave, hvor personalet i avdelingens fysiske omgivelser pakket sekker og bager med utstyr og mat. Flere pasienter satt passivt og så på og ville ikke på tur. Personalet så seg rundt og «fristet» med det de hadde tilgjengelig: kaffe, te og kanskje kakao? Etter hvert bar situasjonen preg av forhandlinger hvor pasienter tok til ordet og involverte seg i premissene for aktiviteten (ibid.). Med at omgivelsene, her ved fagpersonene, ble lydhøre for «finalekravet» for turen, skiftet holdningen blant pasientene. Det skjedde en aktivering, eller engasjementsprosess (jamfør Bejerholm 2004), som muliggjorde at pasientene i større grad fikk roller som bruker(medvirkere) og dermed premissleverandører for aktiviteten, samt turgåere. Fagpersonene justerte seg (kanskje ubevisst) i forhold til interaksjonsorden og hva som syntes både faglig og profesjonsetisk riktig å gjøre i akkurat den situasjonen (jamfør Måseide 2008). Med bruk av Goffman's (1959) metaforer taklet de «twist and turns», pasientenes

motforestillinger, og gjorde seg 'fleksible til dans'. Personalet tok i bruk omgivelsene og skapte situasjoner som krevde at de som satt rundt og skulle på tur, ble naturlig å involvere. Pasientene ble etter hvert engasjerte og satte noen premisser for turen, som kan hende gjorde tanken på å dra på tur til noe mer enn en plikt (Mathisen et al. 2015).

På den ene siden mener jeg eksempelet synliggjør konsekvenser av forhandlinger og endring av forventninger, jamfør interaksjonsorden (ibid.). På den andre siden kan eksempelet forstås å vise at aktivitetsdeltakelse kan bidra til at livet oppleves som mer engasjerende og verdt å leve, i kontrast (i alle fall en stund) til det å være innsunket i psykisk lidelse og opplevd maktesløshet (jamfør Carmel 2001, Law 2002, Hammel 2004, Townsend og Wilcok 2004). På den tredje siden synliggjøres det hvor 'ad hoc' brukervedvirkning kan sies å aktualisere seg. Fagpersoner kan derfor forstås å måtte være på alerten. De må justere seg, se etter muligheter og gripe initiativ, og 'handle på' muligheter for mobilisering til brukervedvirkning. Det er stor kontrast til organisering og planlegging av «brukervedvirkning» til et fastsatt klokkeslett i en ukeplan. Slike problematiseringer har jeg ikke funnet og lest i styrende retningslinjer.

Eksempelet viser også at når fagpersonene endret rammene, ble pasientene hjulpet til å konstituere og posisjonere seg i for eksempel beslutninger. Eksempelet viser at *involving*, *engasjement*, det å få hjelp til å få til *interaksjon*, og *brukervedvirkning*, kan forstås som prosesser som henger sammen. Siden det interaksjonsteoretiske perspektivet fokuserer på interaksjoner mellom person og miljø (eksempelvis Atkinson og Housley 2003), lar det seg naturlig kombinere med et perspektiv på aktiviteter og deltakelse (Davis og Polatajko 2011). Forskning med fokus på recovery og empowerment er forskningsfelt der aktivitet nettopp begrunnes som betydningsfullt for helse (eksempelvis Davidson et al. 2006, Borg et al. 2009), og at det å gjøre ulike aktiviteter både utvikler og styrker en personlig og sosial identitet (Krupa et al. 2003, her i Eklund 2010 s. 19). Når du er aktiv, er du involvert, når du er involvert, deltar du. Når du er i posisjon til å delta, kan du i større grad klare å (brukermed)virke i eget liv. Det er stor kontrast til bare ville dø; en problemstilling som var skremmende reell i alle avdelingene.

Flere forskere fokuserer på at meningsfullheten som personer med lidelser opplever i forbindelse med sine daglige aktiviteter har betydning for helse og engasjement (Bejerholm 2010, Leufstadius og Argentzell 2010). Noen aktiviteter er preget av selvbelønnende verdi, som å bake en deilig kake og få ros fra dem som nyter å spise den. Deltakingsstatus (jamfør



Goffman 1981) som kakemester er vanskelig å oppnå uten tilgang til kjøkken. Det er vanskelig å gjenoppta eller praktisere rollen som quizkonge uten tilgang på quizbøker og brettspill. Det var synlig at pasientene brukte bøker og magasiner (her om fluebinding, håndarbeid med mer) i samtaler med hverandre. Eksempelvis delte pasientene i studien glede over fjellture de hadde vært på, gode kaker de hadde bakt og fisker de hadde klart å lure opp av vannet (Mathisen et al. 2015). Også det å snakke og tenke på aktiviteter, kan skape engasjement, sier Townsend et al. (2011). Den som mottar helse- og/eller sosialtjenester skal involveres, delta aktivt og ha innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd (NOU 2004: 18). Jeg mener resultatene viser at omgivelsene har betydning i forhold til involvering, og mobilisering til brukermedvirkning. Jeg mener ikke å redusere det eksistensielle som «står på spill» til å handle om «lov» til å forhandle om et turopplegg eller andre aktiviteter. For mange pasienter innebærer det å bli involvert, at fagpersoner aktivt bistår og hjelper dem til å bli sett og hørt (Mathisen et al. 2015). Å bli sett og hørt er eksistensielle spørsmål med å være menneske, og handler om å bli tatt på alvor. Å få (brukermed)virke der man har mulighet, likeså.

I en oppsummering mener jeg det er betimelig å stille kritiske spørsmål til hvilken rolle og posisjon miljøterapi har i dagens psykisk helsevern (se Mathisen et al. 2015, 2016b). Det er ingen utdanning eller særlig profesjon som har dette som sitt felt, og siden få stiller spørsmål, kan miljøterapi synes å være den eneste «riktige» tilnærmingen i tillegg til medikamenter og samtaler med lege/psykolog. Men, om aktivitetene skal ha en helsegevinst, hvordan vites det at aktivitetene «treffer»? (Mathisen et al. 2016b). Hvem skal ta beslutningen over hvilke aktiviteter som er best for hvem (ibid). Hvilke forventninger skal gjelde: brukermedvirkning eller avdelingenes miljøterapi? Jeg sier som Oeye et al. (2009b): brukermedvirkning og miljøterapi kan forstås å være en «mission impossible». Spesielt siden det i begge ideologiene er like relevant å hjelpe pasientene til å delta i aktiviteter på egne premisser (Mathisen et al. 2015).

## 8.0 Konklusjon

Den som mottar helse – og/eller sosialtjenester skal involveres, delta aktivt og ha innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd. I min studie har dette inkludert miljøterapeutiske aktiviteter, og studiens kontekst har vært døgnavdelinger i DPS, nærmere bestemt fellesrom samt møter og rapporter.

Resultatene synliggjør at fagpersoner skal samarbeide med personer som forsøker å leve, tross eksistensanstrengelse. Fagpersoner skal bistå pasienter som uttrykker at de aller helst vil dø, til å ville brukarmedvirke om og i sitt eget behandlingsopphold. Med utgangspunkt i studiens empiri har jeg ved hjelp av et interaksjonsteoretisk perspektiv gjort det synlig at fagpersoner i døgnavdelinger i DPS bruker mye tid og krefter på å involvere pasientene i ulike miljøterapeutiske aktiviteter. Også ved bruk av overtalelse og pressing. Daglig overtalelse og pressing av pasienter har jeg problematisert kan forstås som maktutøvelse og grenseoppgang til tvang. Jeg har løftet frem flere paradoksale situasjoner som viser at samtidig som fagpersonene bestrebet å skape engasjement og relasjoner, posisjonerte de seg på en slik måte at de opprettholdt institusjonelle rammer og rutiner, fremfor pasienters uttalte ønsker og behov. Slike situasjoner strider både mot miljøterapi og brukarmedvirkning som ide og praksis.

Jeg har også vist og drøftet dilemmaer og paradokser ved rollene til innlagte lidende. De kommer inn på døgnavdelingene som privatpersoner og gjøres om til pasienter. I studien gjør jeg det tydelig at vi ikke kan forveksle brukarmedvirkning med oppløsning av skillene mellom pasienter og privatpersoner. Mennesker brukarmedvirker som pasienter og ikke som privatpersoner. Tilliten som eventuelt viser at pasientene kan brukarmedvirke, har jeg vist har sammenheng med vurdering av pasienters innsikt, og dermed paternalisme. Slik sett går brukarmedvirkning og innsikt hånd i hånd. I min studie har jeg hatt fokus på brukarmedvirkningssiden, selv om innsikt og tvang har vært med i grenselandet av diskusjonene.

Jeg hevder at studiens resultater viser at tross innføring av brukarmedvirkning, kan det forstås å være en tendens til at psykisk helsevern ikke aksepterer at folk tar ansvar. At begrepet «hotellgjest» anvendes, er et eksempel på det. Det kan tyde på at psykisk helsevern og pasienter har forskjellige agendaer for innleggelsen som ikke alltid tilsvarer hverandre, og som til og med motvirker samarbeid. Dette kan igjen tyde på at pasienter utfordrer etablerte

institusjonelle forventninger og grenser. For eksempel viser det seg i eksemplene hvor pasientene sier de har behov å hvile seg, fremfor å delta i fellesskapsaktiviteter, eller når pasienter uttrykker behov for å snakke, men blir bedt om å la være. Det er gjennom synliggjøring av slike daglige hendelser at rutiner og grenser kommer til syne. Grenser viser seg også å bli tatt for gitt, helt til de utfordres og kommer til synes som irritasjon hos personalet og ubehag hos pasientene. Irritasjoner og ubehag er bevis på at konkrete og bestemte institusjonelle grenser eksisterer.

Resultatene kan tolkes å opponere mot selve definisjonen av begrepet brukermedvirkning. I begrepet ligger forventninger om at pasienter skal virke og medvirke. Altså, være aktive og involverte, det motsatte av eksistensanstrengelse som jeg problematiserer. En kritikk til begrepet er dermed at det gir antydninger til en avskrivningsdebatt. Jeg spør derfor: siden forventningene er knyttet til høy grad av deltakelse, er det en måte å skille ut ønskelige og ikke ønskelige pasientene på? De verdige, og de ikke-verdige? Det som jeg også gjør tydelig i studien, er at det kan tolkes dit het at pasienter som passer forventningene til døgnavdelingene er «stille og lydige brukere». Spørsmålet blir da hvem som egentlig har rett til helsehjelp i døgnavdelinger i DPS, og om pasienten selv har en forpliktelse til å gjøre seg frisk om han/hun ikke klarer å følge behandlingstilbudet.

Et konklusjon i forhold til studiens formål og problemstillinger angående brukermedvirkning, er at psykisk lidende aldri kan bli noe annet enn hva psykiatrien ønsker, siden det er det offentlige som har ansvar for pasienter med psykiske lidelser. En sentral problemstilling i forhold til brukermedvirkning er derfor aktuell å utforske videre: hvor langt kan psykisk helsevern strekke seg i å imøtekomme pasienters behov og krav? Studien reiser behov for avklaring av et mer nyansert syn på hva som teller som brukermedvirkning og hva slags effekter innføring av prinsipper om brukermedvirkning har eller kan ha. Spørsmålet er om brukermedvirkning blir et tomt ritual, eller en tvang for personalet som påfører pasienter enda mer tvang. Om brukermedvirkning blir en slags scenesetting eller forstilling med manuskript på at pasienter skal få en diskusjon med personalet før personalet tar sin avgjørelse, blir brukermedvirkning et (skue)spill, og ikke en reell effekt og erfaring for pasienter, sett i lys av recovery og empowerment.

## Referanseliste

- Album, D. (1996). *Nære fremmede: pasientkulturen i sykehus*. Oslo: Tano.
- Alve, G. (2006). *Terapeutrollen i samhandling: en studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter* (doktoravhandling). Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Andersen, A.J.W. (1997). *Uten fasit: perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Atkinson, P. & Housley, W. (2003). *Interactionism*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Barbosa da Silva, A. (2006). Humanistiske og ikke-humanistiske menneskesyn. I A, Barbosa da Silva (Red.), *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*, (s.59-79). Oslo: Gyldendal akademisk
- Beck, A.T. (2004). A cognitive model of schizophrenia, *Journal of Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly*, 18(3), 281-288.
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of Deviance*. New-York: A Free Press Paperback. Macmillan Publishing CO., INC.
- Bejerholm, U. (2010). Aktivitetsengasjement. i M., Eklund, B., Gunnarsson & C., Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykososial rehabilitering* (s. 131-150). Lund: Studentlitteratur.
- Bejerholm, U. & Eklund, M. (2004). Time use and occupational performance among persons with schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 20(1), 27-47.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality. A treatise in the sociology of knowledge*. New-York: Anchor Books. A Division of Random House, INC.
- Bjørkvik, J. & Nielsen G.H. (2006). Psykologisk arbeid med selvaktelse i lys av interpersonlig teori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(9), 932-939.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: perspective and method*. Prentice Hall. Englewood Cliffs, N.J.
- Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

- Borg, M. (2007). *Hverdagslivet gjennom bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse* (doktoravhandling). Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine. Department of Public Health and General Practice.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services—principles and practices. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(3), 285-292.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Gyldendal akademisk.
- Brustad, L. (2013). Amerikanske forskere har funnet 42 400 dødsleire. *Dagbladet*, 6 mars, kl. 08.28. Hentet 05.10.2016, fra [http://www.dagbladet.no/2013/03/06/nyheter/utenriks/historie/andre\\_verdenskrig/nazisme/26077981/](http://www.dagbladet.no/2013/03/06/nyheter/utenriks/historie/andre_verdenskrig/nazisme/26077981/)
- Christiansen, C.H. (1999). Defining Lives: Occupation as identity: An essay on competence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 547-558.
- Cowden, S. & Singh, G. (2007). The 'user': friend, foe or fetish?: a critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical social policy*, 27(1), 5-23.
- Cullberg, J. (2005). *Psykosere: et integrert perspektiv*. Universitetsforlaget.
- Davidson, L., Borg, M, Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. & Sells, D. (2006). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177-201.
- Davis, J.A & Polatajko, H.J (2011). Occupational Development. I *Introduction to Occupation. The art and science of living* (second edition) (s. 135-174). New Jersey: Parson.
- Delaney, K. R. (1997). Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric Care*, 33(2), 19-28.
- Dullum, J. (2007). *Fra oppbevaring til risikohåndtering? Om nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene* (doktoravhandling). Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo.
- Ekeland, T. J. (2011). Ny kunnskap—ny praksis. Et nytt psykisk helsevern. Skien: *nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*, 31.
- Eklund, M. (2010). Aktivitet, hälsa och välbefinnande. I M, Eklund, B, Gunnarsson og C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation. Mål och medel inom psykososial rehabilitering* (s. 19-40). Lund: Studentlitteratur, Lund.

Engelstad, E. & Gerrard, S. (2005). Vitenskap – kunnskap – kultur – kjønn. *Nordlys*, 18. november. Hentet 05.10.2016, fra <http://www.nordlys.no/kronikk/vitenskap-kunnskap-kultur-kjonn/s/1-79-1831758>

Everett, B. & Gallop, R. (2001). *The research story. The link between childhood trauma and mental illness: Effective interventions for mental health professionals*. USA: SAGE Publication.

Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Fangen, K. (2011). Deltagende observasjon. I K. Fangen & A-M. Sellerberg (Red.), *Mange ulike metoder* (s. 37-56). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Foucault, M. (2008). *Overvåkning og straff: det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal.

Fossåskaret, E. (1997). Har kunnskap sin egen rett? Etske utfordringer ved å distansere seg fra det nære. I E. Fossåskaret, O.L.Fuglestad & T.H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 257-273). Oslo: Universitetsforlaget.

Fredheim, K.N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. [Implementing cognitive milieu therapy in acute post in mental health services], *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 161-167.

Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.

Godager, E.V. & Talseth, S. (2013). *SELVHJELP. Om å ta tak i eget liv sammen med andre*. Oslo: Z-forlag AS

Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Garden City, N.Y: Penguin Books.

Goffman, E. (1961). *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguins Books.

Goffman, E. (1963). *Behaviour in Public Places. Notes on the Social Organization of Gatherings*. New York: The Free Press.

Goffman, E. (1974). *Frame analyses. An essay on the organization of Experience*. Boston: Northeastern University Press.

Goffman, E. (1981). *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Goffman, E. (1983). The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address. *American Sociological Review*, 48(1), 1-17.

Grytten, N., & Måseide, P. (2006). "When I am together with them I feel more ill". The stigma of multiple sclerosis experienced in social relationships. *Chronic Illness*, 2(3), 195-208.

Guillermin, M. & Gillam, L. (2004). Ethics, reflexivity and "ethical important moments" in research. *Qualitative Inquiry*, 10, 261-280.

Guillermin, M. & Heggen, K. (2008). Rapport and respect: negotiation ethical relations between research and participant. *Medical Care and Philosophy* (2009). 12, 291-299. Published online 14 October 2008@Springer Science+Business Media B.V. 2008.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hammersley, M. & Atkinson, P. (2012). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hammerstad, P.E. (2006). Psykisk helsearbeid i ny tid – Opptrapping av psykisk helse faller samtidig med moderniseringen av offentlig sektor. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(3), 320 – 327.

Hansen, T., Hatling, T., Lidal, E., & Ruud, T. (2004). The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 11(3), 292-297.

Haraway, D. (1988). Situated Knowledge: The Science Question in Feminisms and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.

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

Hayne, Y. M. (2003). Experiencing psychiatric diagnosis: client perspectives on being named mentally ill. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10(6), 722-729.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP – lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. IS – 1948.

Helsedirektoratet (2016). *Brukermedvirkning*. Hentet 05.10.2016, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Hem, E. (2013). Pasient, klient eller bruker? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 8(23), 821-821.

- Hem, M.H. (2008). *Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses* (doktoravhandling). Section for Health Sciences, Institute of Nursing and Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway.
- Hermundstad, G. (2005). Ny forskning på psykiatriens historie i Norge. *Tidsskrift for psykologforening*, 42(1), 1-2.
- Holen, M. (2011). *Medindragelse og lighed – en god ide? : En analyse av patientstilblivelser I det modern hospital* (doktoravhandling). Forskerskolen Livslang Læring, Center for Sundhedsfremmeforskning, Institutt for psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.
- Holloway, D. & Szmukler, G. (2003). Involuntary psychiatric treatment: capacity should be central to decision making. *Journal of Mental Health*, 12(5), 443-447.
- Hopkinson JB. (2002). The hidden benefit: The supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 11, 168–75.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv: Honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 15-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummervoll, J.E (2012). *Helt, ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hymes D. (1997). *Language in society*. I C.B. Paulston & G.R. Tucker (Red.), *The early days of sociolinguistics: Memories and reflections*, (s. 243–5). Dallas: SIL International.
- Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurdjonsdottir, M. & Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: A presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health system, *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(2), 93-108.
- Haave, P. (2008). *Ambisjon og handling. Sanderud sykehus og norsk psykiatri i et historisk perspektiv*. Oslo: Unipub AS.
- Jeffrey, B. & Troman, G. (2004). Time for ethnography. *British Educational Research Journal*, 30(4), 535-548.
- Jenssen, A. G. (2009). *Brukermedvirkning i sosialtjenesten: en studie av sosialarbeidernes perspektiv* (doktoravhandling). Trondheim, NTNU, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.



- Johansson, H., & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 17(4), 339-346.
- Kartalova-O'Doherty, Y. & Doherty, D.T. (2010). Recovering from recurrent mental health problems: Giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 3-15.
- Kidd, S., Kenny, A. & McKinstry, C. (2014). The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), 181-192.
- King N. (2004). Using templates in the thematic analysis of text. I C. Gassel & G. Symon (Red.), *Essential guide to qualitative methods in organizational research* (s. 256–69). London: SAGE publication.
- Kitzinger, J. & Barbour, R. (1999). *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. London: SAGE Publication.
- Kogstad, R., Ekeland, T.J., & Hummervoll, J.K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients – narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(6), 479-386.
- Kringlen, E. (2001). *Psykiatriens samtidshistorie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristiansen, P.J. L. (2010). *Moderne miljøterapi* (masteroppgave). Institutt for helse – og omsorgsfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk* (2 utg.). København: Hans Reitzel Forlag.
- Kværna, E. & Lund, B. (2004). *Biter av liv. Miljøterapeutiske fortellinger og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leufstadius, C. & Argentzell, E. (2010). Meningsfull aktivitet och psykiskt funktionshinder. I M. Eklund, B. Gunnarsson & C. Leufstadius (Red.), *Aktivitet & relation: mål och medel inom psykosocial rehabilitering* (s. 175 -200), Lund: Studentlitteratur.
- Levinson SC. (2002). Activity types and language. I D. Weinberg (Red.), *Qualitative research methods* (s. 193–220). Oxford: Blackwell.
- Lilleht, E. (2005). Paradox in practice? The rhetoric of psychiatric rehabilitation, *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(1), 89-103.

Lillevik, O.G. & Øien L. (2015). Hva er miljøterapi? Hentet 13.09.2016, fra <https://psykologisk.no/2015/02/hva-er-miljoterapi/>

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Hentet 13.09.2016, fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven\\*#KAPITTEL\\_3](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven*#KAPITTEL_3)

Løchen, Y. (1965/1996). *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget, Pensumtjenesten.

Mayor E., A. Bangerter & M. Aribot. (2011). Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9), 1956–1966.

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning—forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122, 2468 – 72.

Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien—en moralsk utfordring. I K, Jensen (Red.), *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.

Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av «brukermedvirkning» gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2(11), 16-31.

Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2016a). User participation in district psychiatry. The social construction of ‘users’ in handovers and meetings. *Nursing Inquiry*, 23(2), 169-177.

Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2016b). Whos decision is it anyway? A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. *Mental Health Review Journal*. (In press)

Mishler EG. (1984). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.

Moser, I. (1998). Kyborgens rehabilitering. I K. Asdal, A-J. Berg, B. Brenna, I. Moser og L.M. Rustad (Red.), *Betatt av viten. Bruksanvisninger til Donna Haraway* (s.39-74). Oslo: Sparctacus Forlag.

Måseide, P. (1975). *Paradoksal kommunikasjon i eit Terapeutisk miljø*. Magisteravhandling i sosiologi, Universitetet i Tromsø.

Måseide, P. (1991). Possible abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of Health and Illness*, 13(4), 545-560.

- Måseide, P. (1997). Feltarbeid i ekspertorganisasjoner. Sjukehuset som arena for sosiologisk forskning. I E. Fossåskaret, O.L.Fuglestad & T.H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 94-116). Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. (2003). Medical talk and moral order: Social interaction and collaborative clinical work. *Text* 23(3), 369-403.
- Måseide, P. (2006). The deep play of medicine: Discursive and collaborative processing of evidence in medical problem solving. *Communication & medicine*, 3(1), 43-54.
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i eit interaksjonistisk perspektiv. I A. Molander & L.I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 367-385). Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. (2011). 'Whereof one cannot speak thereof one must be silent': Medical discourse and medical practice. *Communication & Medicine*, 8(2), 181-191.
- Nielsen, F.S. (1996). *Nærmere kommer du ikke ...* Håndbok i antropologisk feltarbeid. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norton, K. & Bloom, S. (2004). The art and challenges of long-term and short-term democratic therapeutic communities. *Psychiatric Quarterly*, 75(3), 249-261.
- Norvoll, R. (Red). (2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver–en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske* (doktoravhandling). Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.38-72).Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- NOU 2001: 22 *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- NOU 2004: 18 *Helhet og plan i sosial – og helsetjenesten. Samordning og samhandling i kommunale sosial og helsetjenester*.
- NOU 2009: 22. *Det du gjør, gjør det helt – Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

- Novakovic, A. (2011). Community meetings on acute psychiatric wards: Rationale for group specialist input for staff teams in the acute care services. *Group Analysis*, 44(1), 51-67.
- Osborne, L.A. (2009). From Beauty to Despair: The Rise and Fall of the American State Mental Hospital. *Psychiatric Quarterly*, 80, 219-231.
- Ose, S. O. & Slettbak, R. (2013). Unødvendige innleggelses, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. *SINTEF, rapport A, 25247*.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. London: Routledge.
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I E. Fossåskaret, O.L.Fuglestad & T.H. Aase (Red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s. 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Petersen, K., Hounsgaard, L. og Vinther Nielsen, C. (2008). User participation and involvement in mental health rehabilitation: A literature review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15(7), 306–14.
- Rappana Olsen, B.C. (2009). Om å vite best... sammen – brukervedvirkning i helse og sosialsektoren. I M.A., Stamsø (Red.), *Velferdsstaten i endring. Norsk sosialpolitikk ved starten av et nytt århundre* (s. 144-176). (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Read, J. & Wallcraft, J. (1992). Guidelines for empowering users of mental health services. Confederation of Health Service Employees.
- Riley, H., Høyer, G. & Lorem, G. F. (2014). 'When coercion moves into your home'—a qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in Norway. *Health & social care in the community*, 22(5), 506-514.
- Rise, M. B. (2012). *Lifting the veil from user participation in clinical work- What is it and does it work?* (doktoravhandling). Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine. Department of Public Health and General Practice.
- Rovik, A.M. (2005). Selvskading og miljøterapi. Miljøterapeutiske utfordringer ved selvskadende adferd. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 7(2), 15-27.
- Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Crawford, M.J. & Fulop, N. (2004). Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science & Medicine*, 58(10), 1973-1984.

- Rush B. (2004). Mental health service user involvement in England: Lessons from history. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), 313–8.
- Shatell, M.M., McAllister, S., Hogan, B. & Thomas, S.P. (2006), ‘She took the time to make sure she understood’: Mental health patients’ experiences of being understood. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(5), 234-241.
- Sinding Aasen, H. (2009). *Dignity and human rights in the modern welfare state. Human rights, dignity and autonomy in health care services. Nordic perspectives*, Red. H. Sinding Aasen, R. Halvorsen, & A. Barbosa da Silva, 5368.
- Skjermheim, H. (2001). *Deltakar og tilskodar og andre essays. Ide & tanke*. Oslo: Aschehoug.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C., & Bjelland, A.K. (2008). Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i nord*, 28(4), 19-23.
- Skorpen, A., Anderssen, N., Øye, C. & Bjelland, A.K. (2009a). Treatment regimes in a psychiatric hospital and apparent contradictions: Report from field work in a lock-up ward illustrated with a constructed case. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(6), 409-416.
- Skorpen, A & Øye, C (2009b). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser* (doktoravhandling). Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.
- Skålevåg, S.A. (2000). En sykdom tar form: Om psykiatri og konstruksjonen av sinnssykdom i asyls æra. *Historisk tidsskrift*, 3, 352-375.
- Skårderud, F., Hauggjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Snowden, A. & Marland, G. (2012). No decision about me without me: concordance operationalised. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1353-1360.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Individuell plan. Veileder til forskrift for individuell plan*, Veileder. IS-1253. Oslo: Direktoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). “... og bedre skal det bli”. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial – og helsetjenesten*, Veileder IS-1162/2005, Oslo: Direktoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006a). Plan for brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. (Rapport IS-1315/2006). Oslo: Direktoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2006b). *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. (Veileder IS-1388/2006). Oslo: Direktoratet.

Sosial – og helsedirektoratet (2007). *Individuell plan. Veileder til forskrift om individuell plan*. IS – 1253.

Statens helsetilsyn (2011). Helsetilsynet. Tilsyn med barnevern, sosial og helsetjenester. Tilsynsmelding 2011.

Statens helsetilsyn (2012). Helsetilsynet. Tilsyn med barnevern, sosial og helsetjenester. Tilsynsmelding 2012.

Statens helsetilsyn (2013). Helsetilsynet. Tilsyn med barnevern, sosial og helsetjenester. Tilsynsmelding 2013.

St. meld. nr. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse – og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. Norge.

St. meld. nr. 21 (1999-2000). *Menneskeverd i sentrum*. Det kongelige utenriksdepartement. Norge.

St.meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Norge.

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

St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjett for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet.

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

Storm, M. (2010). *Service user involvement in in-patient health service* (doktoravhandling). Faculty of Social Sciences University of Stavanger.

Strauss, L. A. (1963/1981). *Psychiatric ideologies and institutions*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.

Sundet, R. (2009). *Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit: A study of the use of research generated knowledge in clinical practice*. Psychological of Social Science. University of Oslo/Buskerud University Collage.

- Sverdrup, S., Myrvold, T.M. & Kristofersen, L.B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. Norsk institutt for by – og regionsforskning.
- Szmukler, G & Holloway, F. (2000). *Mental Health Law: Discrimination or Protection*, King's College, London.
- Tait, L. & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(3), 168-175.
- Terkelsen, T. B. (2009). Transforming subjectivities in psychiatric care. *Subjectivity*, 27(1), 195-216.
- Terkelsen, T. B (2010) *Håndtering av UFOer og engler i en psykiatrisk avdeling. En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres* (doktoravhandling). Medisinsk odontologisk fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Seksjon for sykepleie vitenskap, Universitet i Bergen
- Thomas, S.P., Shatell, M. & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, XVI(3), 99-107.
- Thorsgaard L. & Haga E. (2007). *Gode relasjonsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertevig forlag.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., Craik, J. M., & von Zweck, C. M. (2011). Introducing the leadership in enabling occupation (LEO) model. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(4), 255-259.
- Utdanning.no (2016). Hentet 10.10.2016, fra <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/miljoterapeut>
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Bergen – Sandviken: Fagbokforlaget.
- Vatne, S. (2006). *Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal.
- Vatne, S. & Hoem, E. (2007). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 690-698.

- Valenta, M. & Berg, B. (2010). User involvement and empowerment among asylum seekers in Norwegian reception centres: Brukermedvirkning blant beboere i norske asylmottak. *European Journal of Social Work*, 13(4), 483-501.
- Walker, M.T. (2006). The Social Construction of Mental Illness and its Implication for the Recovery Model. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(1), 71-87.
- Wertheimer, A. (1993). A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral Sciences and the law*, 11, 239-258.
- Widerberg, K. (1994). *Kunnskapens kjønn. Minner, refleksjoner og teori*. Oslo: Pax Forlag.
- WHO (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. An International Conference on Health Promotion. Ottawa 17.-21. november 1986.
- York, S.H. (2009). *Suicide, lunacy and the asylum in nineteenth-century England* (doktoravhandling). Hentet 25.10.2016, fra: <http://etheses.bham.ac.uk/801/>
- Øverland, S. (2006). *Selvskading. En praktisk tilnærming*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Oeye, C., Bjelland, A.K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2009a). Raising Adults as Children? A Report on Milieu Therapy in a Psychiatric Ward in Norway. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 151-158.
- Oeye, C., Bjelland, A.K., Skorpen, A. & Anderssen, N. (2009b). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway – a mission impossible? *Nursing Inquiry*, 16(4), 287–96.
- Aadland, E. (2011). «Og eg ser på deg...». Oslo: Universitetsforlaget.
- Aaslestad, P. (1997). *Pasienten som tekst: fortellerrollen i psykiatriske journaler: Gaustad 1890 – 1990*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.



## **Appendiks 1**

Intervjuguide

# INTERVJUGUIDE – INDIVIDUELLE INTERVJU

## ***Innledning***

*Studiens problemstillingene er styrende for valg av fokus.*

*Intervjuet vil kunne ta tak i:*

*Hovedsakelig er jeg opptatt av å høre dine tanker, erfaringer, gjerne med eksempler – om brukermedvirkning. Intervjuet må gjerne belyse utfordringer – men det hadde også vært spennende å fokusere på muligheter som knytter seg an til temaet brukermedvirkning.*

*Det er ønskelig at du tar utgangspunkt i din egen praksishverdag. Da det er viktig å ivareta hensynet til tredjepersoner, er det ønskelig at du formulerer eksempler fra praksis i generelle vendinger. Vi kan løse det ved å fokusere på situasjoner du opplever som typiske slik at vi unngår å diskutere enkeltpersoner. Dersom vi tar utgangspunkt i konkrete episoder, gjelder samme grad av anonymisering.*

## **Samtykkeerklæring.**

### **MULIGE TEMAER FOR INTERVJUET1.**

#### **Brukermedvirkning (eksplisitt).**

*Hva oppfattes som brukermedvirkning, og hvordan tenkes det om begrensninger og muligheter? Både fra fagpersoners ståsted, men tenkt fra brukerens ståsted.*

#### **Mulige spørsmål:**

- Hva tenker du om brukermedvirkning (BM)?
- Hva ønsker brukere å brukermedvirke om?
- Hva muliggjør BM?
- Hva vanskeliggjør BM?
- I hvilke typer situasjoner kan det reise seg dilemmaer når det gjelder BM?
- Hvilken tanker har du om holdningens/kulturens betydning på avdelingen, i fht BM?

#### **Kunnskap: brukerkunnskap, praktisk kunnskap, evidensbasert kunnskap.**

*Hvilken type kunnskap har status/tas i bruk på avdelingen? Og når?*

#### **Mulige spørsmål:**

- Hva tenker du om relasjoners betydning i ditt daglige arbeid? (Både til brukere og kollegaer).
- Hva tenker du at brukere tenker om hva som gjør en relasjon virksom/hjelpsom under innleggelse?

- Etter din oppfatning, er det slik at dere på avdelingen vurderer viktigheten av brukernes ønsker og behov forskjellig?
- Dersom det er slik, hvilke tanker har du om dets betydning?
- Har fagbakgrunn/erfaring/ansvar noen innvirkning på relasjoner? Fortell...
- Har brukerens sykdom/symptomer noen innvirkning på relasjonsbygging/opprettholdelse av relasjoner? Fortell...

### **Stedets betydning for praksis.**

*Hvordan regulerer stedet inn på brukermedvirkning?*

#### **Mulige spørsmål:**

- Hvilke forutsetninger må være tilstede for å fremme BM?
- Hvilken betydning har omgivelsene? (lokaliteter, fasiliteter, uteområde, transport og lignende)
- Hvordan vil du beskrive handlingsrommet ditt for å jobbe med BM?
- Det sies at ut fra regler og rutiner vokser det frem ulike roller for fagpersoner og brukere. Hva tenker du om det?
- Hva vil du si er de viktigste reglene som muliggjør/vanskeliggjør BM?
- Hva vil du si er de viktigste rutinene som muliggjør/vanskeliggjør BM?
- Pårørendes betydning?
- Stedets geografiske plassering?

### **Hva skulle du ønske var annerledes?**

*”Dersom du fikk gjøre som du ville, hva ville du gjort da?”*

#### **Mulige spørsmål:**

- Dersom du fikk anledning til å bestemme for en dag, er det noe du skulle ønsket kunne bli gjort annerledes? Fortell...
- Hva begrunner du det i? Fortell...
- Hva tror du må til for å få til endringene?
- Er det noe du skulle ønske å formidle til regjering og helseforetak? Eventuelt hva?
- Er det noe du kunne tenke deg å føye til, evt noe som ikke har kommet frem under intervjuet?

*Tusen takk for at du ville delta i intervjuet!*

Si kort om veien videre, evt svare på spørsmål.

# INTERVJUGUIDE – FOKUSGRUPPEINTERVJU

## ***Innledning***

*Innlede med mine dager på døgnavdelingen. Mine tanker omkring mottagelsen: jeg ble umiddelbart tatt i mot av alle (presentasjon og håndtrykk, presentert på møter, presentert for pasienter). Fikk nøkkel og kontor. Vist rundt. Måltider, aktiviteter. Det gjorde mye for min rolle som forsker. Rask tilgang til feltet.*

Fokusgruppeintervjuet skal ta utgangspunkt i feltarbeidet som ble gjennomført ved deres avdeling. I arbeidet med analysen ser jeg fenomener, temaer og episoder som jeg ønsker å dele med dere, og videre ha som utgangspunkt for diskusjon/refleksjon.

Det er ønskelig at dere knytter spørsmålene til egen praksis. Samtidig er det viktig å ivareta hensyn til tredje person. Dette kan løses ved at eksempler fra praksis formuleres i generelle vendinger. I motsetning til individuelle intervju hvor deltakelse og anonymisering holdes skilt av forsker - vil dere være klar over hverandres deltakelse. Av den grunn minner vi om at alle har taushetsplikt for det som snakkes om i dette rommet jfr. skriftlig samtykke.

Fokusgruppens styrke i denne sammenhengen er at vi får mulighet til å høre deres oppfatninger, følelser, holdninger og ideer om brukervedvirkning. En annen styrke ved fokusgrupper generelt er at den sosiale samhandlingen, selve samspillet i gruppen, er kilden til data. Derfor blir forskers (min) rolle i denne sammenhengen å fungere som en *moderator* for gruppen, og er den som har ansvar for å initiere temaer som ønskes diskutert, ser til at diskusjonen flyter, og hjelper folk på banen dersom det blir naturlig. Men ideelt er fokusgruppeintervju, et intervju som er selvgående, på den måten at gruppen diskuterer og snakker selv om det valgte tema.

## **Samtykkeerklæring.**

## **TEMAER FOR INTERVJUET**

*Slik jeg ser det, så forsøkes det drives BM hele tiden. Og som jeg la merke til, ofte er også pasientgruppen i krise/deprimert. Jeg husker situasjonen hvor vi skulle på tur, og to stk ville ikke. Her blir det mye overtaling, småsnakk, motivering, lokking, luring, sjokolade, sitte bakerst i bilen... Hvor skal man dra? Hvor lenge skal man være der? Dele seg opp, to og to. noen går tur alene med kontakten sin.*

- Hva tenker dere om det som jeg mener å ha sett?

## **Brukermedvirkning og miljøterapi**

*Utfordring med miljøterapi, er at samtidig som den er demokratisk styrt (alle skal bidra), så skal man få en individuell gevinst/ha individuell nytteverdi. Jeg husker situasjonen med fellesrom, TV, nyheter og konflikt.*

- Hvordan gjøre det mulig? Fortell...

## **Brukermedvirkning og tvang.**

*Når jeg var der var det 10 av 10 som var innlagt pga suicidalfare. Mange veldig deprimerte. Tunge. Lavt aktivitetsnivå. Mange andre ønsker, enn å dø. Og det får de ikke. Og som sagt på rapportmøte; “vi strekker oss langt for å unngå tvang”.*

- Hvordan jobber dere med denne tematikken?
- Hvordan få til BM når folk er så langt nede? Fortell....

## **Brukermedvirkning og utforming av avdelingen**

*For meg ser det ut som om dere har jobbet mye med utformingen av avdelingen. Her er farger, kunst, glasskap med kopper og fat, PC, keyboard, kjøkken og spiseplasser i felles område. Det kan virke som måltider har en sentral plass. Mange som på ulike måter og settinger nevnt at etableringen av avdelingen var nøye planlagt. “Vi hadde lyst til å være noe annet. Jeg ser en avdeling som ser ut til å ville gjøre noe nytt (scene, roller, opptreden, rekvisitter, manus...) til kontrast til en “total-institusjon” med innelåst kjøkken og spiserom, inkludert kjøleskap osv. Det har jeg sett andre steder.*

- Hva tenker dere om det jeg sier?
- Kan dere fortelle om hvordan dere jobbet under planleggingen, og utformingen av omgivelsene?

*For når jeg ser omgivelsenes utforming, så ser jeg at pasientene interagerer med det som er rundt. Alt fra strikketøy og samsnakk om oppskrifter og farger, til interaksjon med/på kjøkkenet, appelsiner som er skjært opp, og dufter...*

Hva tenker dere om det jeg sier?

## **Hva er brukermedvirkning?**

- Om vi forsøker å gjøre en oppsummering ut i fra det som dere/vi har diskutert nå, hva vil dere si at BM er?
- Når gjør BM seg gjeldende?
- Når skjer det?
- Planlegges det?
- Når er det vanskelig?
- Brukes ordet?

*Tusen takk for at dere ville delta i intervjuet!*

Si kort om veien videre, evt svare på spørsmål.

## **Appendiks 2**

Vurdering fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD).

---

<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK nord	May Britt Rossvoll	77620757	18.08.2011	2011/1043/REK nord
			<b>Deres dato:</b>	<b>Deres referanse:</b>
			05.07.2011	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Geir Fagerjord Lorem  
Institutt for helse og omsorgsfag, Universitetet i Tromsø, Breivika

## **2011/1043 BRUKERMEDVIRKNING I PRAKSIS AV FAGPERSONER I PSYKISK HELSEVERN**

Det vises til prosjektleders tilbakemelding av 05.07.11, som også er forelagt komiteens leder.

I komiteens tilbakemelding av 24.06.11 ble det gitt uttrykk for at komiteen var usikker på om studien falt inn under helseforskningsloven, da forskningsprotokollen ikke var beskrivende nok i forhold til dette spørsmålet. Komiteen ba derfor om en utdypning av forskningsprotokollen.

Prosjektleder skriver i sin tilbakemelding at prosjektet ikke er kvalitetssikring. Datainnsamling inngår ikke i de normale rutine ved avdelingen. I tilbakemeldingen heter det også at formålet er heller ikke å evaluere praksis opp mot etablerte standarder. Formålet er derimot å fremskaffe ny kunnskap om psykisk helsevern som har en anvendelse ut over den lokale kontekst. Prosjektleder påpeker også at sammenliknbare prosjekt, etter det han er kjent med, blitt behandlet av REK tidligere. Som prosjektleder selv nevner var hovedfokus i det prosjektet på pasienten, mens man i det aktuelle prosjektet fokuserer på fagpersoner.

De prosjektene som skal fremlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som fremleggelsespliktig for REK eller ikke. Dersom formålet er å forske på fagutøvelse så vil prosjektet ikke falle inn under helseforskningsloven. Komiteen vurderer prosjektet som et forskningsprosjekt, men at prosjektets formål ikke faller inn under helseforskningslovens virkeområde.

Etter fullmakt er det fattet slikt

### **vedtak:**

*Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. forskningsetikkloven § 4, 2. ledd.*

Vi gjør oppmerksom på at evt. innhenting av opplysninger til prosjektet kan være avhengig av at det innhentes samtykke eller gis dispensasjon fra taushetsplikt, og at det for behandling av personopplysninger i prosjektet likevel kan være nødvendig med tillatelse fra personvernombud for forskning.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

May Britt Rossvoll  
sekretariatsleder

Monika Rydland Gaare  
førstekonsulent

**Kopi til:** gyrd.thrane@uit.no





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

Geir Lorem  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 04.10.2011

Vår ref: 27813 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.08.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27813	<i>Brukermedvirkning i praksis av fagpersoner i psykisk helsevern</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Geir Lorem</i>
<i>Student</i>	<i>Vår Mathisen</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, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-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/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Vår Mathisen, Straumsveien 154, 9100 KVALØYSLETTA



Utvalget består av fagpersoner ved døgnavdelinger innen psykisk helsevern. Data samles inn via lyd/videopptak av gruppeintervju/individuelle intervju. Videre vil forsker observere daglig arbeid ved avdelingene, i sammenhenger der pasienter er tilstede, samt ved møter der pasienter omtales.

Det registreres ikke pasientopplysninger i prosjektet. Pasientene får informasjon om studien og det innhentes samtykke til forskers tilstedeværelse på avdelingen, samt til det at forsker kan komme til å overhøre pasientopplysninger i forbindelse med personalmøter.

Prosjektleder opplyser at hun kun vil være til stede i sammenhenger der det omtales/inngår samtykkekompetente pasienter, som har samtykket til hennes tilstedeværelse, jf. telefonsamtale med prosjektleder av 28.09.2011.

Førstegangskontakt foretas via ledelsen ved de aktuelle døgnavdelinger. Dersom DPSene ønsker et videre samarbeid, utpekes en kontaktperson som formidler informasjon til aktuelle fagpersoner og pasienter. Informasjonsskrivene av 03.10.2011 finnes tilfredsstillende.

Prosjektet skal avsluttes 01.07.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lyd/videopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres.

### **Appendiks 3**

Informasjonsskriv og samtykkeerklærings skjema til fagpersoner

Informasjonsskriv og samtykkeerklærings skjema til pasienter

Informasjonsoppslag

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *Brukermedvirkning i praksis av fagpersoner i psykisk helsevern.*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en forespørsel om du kan tenke deg å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å få økt forståelse om hvordan *fagpersoner* utøver og organiserer brukermedvirkning som en del av det daglige arbeidet på døgnavdeling i DPS. Hovedhensikten med studien er å få mer og dypere kunnskap om forhold som enten underbygger eller problematiserer brukermedvirkning med særlig vekt på innsikt og sykdomsforståelse.

#### **Hva innebærer studien?**

Vi ønsker å gjennomføre et feltarbeid ved døgnavdelingen som du er tilknyttet. Det vil si at en forsker over en tidsavgrenset periode vil være til stede som deltakende observatør i det daglige arbeidet og livet på avdelingen. Dette for å få med hvordan interaksjon mellom fagpersoner skjer, og hvordan interaksjonen mellom fagpersoner og brukere skjer - når det gjelder brukermedvirkning.

Hovedsakelig ønsker forsker å være tilstede på de arena hvor brukermedvirkning vanligvis blir snakket om at fagpersoner slik som for eksempel rapportrom, personalrom, møterom etc. I tillegg ønskes det å være tilstede på andre arenaer som stue, matsal og lignende da det tenkes at temaet også der diskuteres og aktualiseres mellom fagpersoner og brukere. Med at det planlegges deltakende observasjon, muliggjør det også for forsker å være deltaker i samtaler og diskusjoner i avdelingen.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Styrken med deltakende observasjon er at metoden gir kunnskap om aspekter ved samhandlingen som fagpersoner eller brukere vanligvis tar for gitt og ikke vanligvis tematiserer i samhandling blant fagpersoner og brukere. En ulempe med studien, kan være opplevelsen av at det er noen tilstede i avdelingen som følger med en i det praktiske arbeidet/ behandlingshverdagen. Likevel håper vi at studiens hensikt kan måle opp ubehaget som eventuelt medfører. Utover dette vet vi ikke om studien medfører ubehag.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Det understrekes at det er fagpersonene som er i hovedfokus for studien. Samtidig består arbeidshverdagen til fagpersoner i å samhandle med brukere. Det er samhandlingen mellom fagpersoner og mellom fagpersoner og brukere som er fokus for studien. Det som observeres og høres i løpet av feltarbeidet vil bli skrevet ned som datamateriale. Som hjelpemidler til dette arbeidet ønsker forsker å ha mulighet til kunne bruke digital lydopptaker under samtaler, møter og lignende. I all hovedsak med fagpersoner. Det å kunne ta bilde anses også som en mulighet for å "fange" konteksten. I publisering av datamaterialet skal det ikke brukes bilder som kan identifisere fagpersoner, pasienter eller avdelingen. Lydopptak, feltnotater og bilder er hjelpemidler for å fremme gyldighet og troverdighet i forskningen. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte

gjenkjennende opplysninger. Alt materiale vil bli behandlet konfidensielt. Det skal bestrebes og publisere resultatene slik at identiteten til inkluderte ikke kommer frem.

Dataene ønskes lagret med tanke på eventuelt oppfølgingsstudie.

### **Frivillig deltakelse**

Kun samtykkekompetente skal inkluderes i studien. Vi vil presiserer at det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg eller forskningen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte:

Geir Lorem. Førsteamanuensis, Universitetet i Tromsø, Helse- og omsorgsfag. Tlf: 776 46533.

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.**

**Ytterligere informasjon om personvern, økonomi og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, økonomi og forsikring.**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.**

# **Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer**

## **Bakgrunnsinformasjon om studien**

Brukermedvirkning er nå innført som en rettighet for brukere, og en plikt for fagpersoner å legge til rette for. Innholdsmessig vil det si at brukere har rett til å delta i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som gjelder dem selv. Ideelt sett skal fagkompetansen til fagpersoner og brukerens egen kunnskap om hva som er nyttig, utfylle hverandre.

Norske forskningsprosjekt viser at brukere ofte opplever at de har liten innflytelse på tiltak som gjelder dem selv og at det generelt er en kritisk holdning til brukermedvirkning blant brukere. Brukere ønsker å medvirke, men blir lite inkludert. De som får medvirke mener at dette styrker deres selvrespekt og mestringsstrategi. Når det gjelder forskning om fagutøvere og brukermedvirkning viser denne at fagpersoner kan synes det er vanskelig å slippe det faglige ansvaret. Andre dilemmaer knytter seg an til paradokser som at samtidig som fagpersoner skal utvikle en god relasjon og etablere kontakt, skal de være en kontrollerende instans. Det medisinske språket løftes også frem som en faktor som utfordrer brukermedvirkning, samt lover og rutiner i avdelingene.

Det er lett å være enig i at brukermedvirkning er viktig. I mindre grad er det beskrevet gjennom planer og lover hvordan dette skal gjøres i praksis. Og nettopp hvordan det gjøres, er denne studiens hensikt å løfte frem. Vi har ikke funnet andre nærstudier med samme fokus som til nå beskrevet.

For å kunne si noe om hvordan brukermedvirkning gjøres i praksis, ser vi deltakende observasjon som en styrke for studien. Forsker kommer til å være tilstede for å forsøke fange opp tematikker for videre analyse og presentasjon. I tillegg ønsker vi å gjennomføre fokusgruppeintervju med 6-8 fagpersoner i etterkant av feltarbeidet. Vi ønsker også å kunne ha muligheten til å gjennomføre individuelle intervju, dersom vi ser det hensiktsmessig for studien.

## **Målsettingen for denne studien er derfor å:**

- Å få kunnskap om hva brukere er opptatte av å brukermedvirke om.
- Få økt kunnskap om hvordan brukermedvirkning gjøres og begrunnes av begge parter, i samspillet mellom brukere og fagpersoner i psykisk helsevern.
- Belyse forhold som enten underbygger eller problematiserer brukermedvirkning med særlig vekt på innsikt.

## **Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?**

Det planlegges feltarbeid ved to forskjellige døgnavdelinger på to forskjellige distriktspsykiatriske avdelinger (DPS) i Nord-Norge. Feltarbeidet vil finne sted i løpet av høsten 2011. Videre ønskes det å gjennomføre fokusgruppeintervju og eventuelt individuelle intervju høsten 2011 og/eller våren 2012.

### **Kriterier for deltakelse**

For å delta i studien må du jobbe som fagperson på valgte avdeling, på valgte DPS. Dette gjelder også deg som går som ekstravakt og/eller er ufaglært, da du representerer det faglige arbeidet som gis ved avdelingen.

### **Mulige ulemper**

En opplevd ulempe med studien, kan være opplevelsen av at det er noen tilstede i avdelingen som følger med en i det praktiske arbeidet/behandlingshverdagen. Likevel håper vi at studiens hensikt kan måle opp ubehaget som eventuelt medfører. Utover dette vet vi ikke om studien medfører ubehag.

### **Mulige fordeler**

Fordelen med å delta er at dine praksiskunnskaper og erfaringer vil bli sett og hørt - og dokumentert som en del av et forskningsprosjekt. Dette kan bidra til økt kunnskap om muligheter, utfordringer og dilemmaer knyttet til temaet brukermedvirkning. Dette kan bidra til økt kunnskap om temaet, noe som vil ha en generell samfunnsmessig verdi. Og være viktig for brukere, pårørende, fagpersoner, myndigheter og helseforetak.

## **Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring**

### **Personvern**

Som hjelpemidler under feltarbeidet, ønsker forsker å ha mulighet til kunne bruke diktafon under samtaler, møter og lignende. Det å kunne ta bilde anses også som en mulighet for å ”fange” konteksten. Til dette understrekes det at det ikke i publisering skal brukes bilder som er identifiserbare. Hverken av fagpersoner, pasienter eller omgivelser. Under fokusgruppeintervju ønskes det å kunne filme intervjuet, da det letter prosessen i ettertid når dette skal gjøres om til tekst – og kvalitetssikrer arbeidet. Samlet sett vil opplysninger som registreres om deg i hovedsak være basert på notater fra feltarbeidet. De eneste som vil ha tilgang til disse dataene er forsker (stipendiat) og hennes veiledere. Dersom du er med i fokusgruppeintervju/intervju, vil opplysninger i tillegg basere seg på de svarene du gir på spørsmålene under intervjuet. Notatene tenkes å inneholde beskrivelser av situasjoner, samtaler, og diskuterer hvor brukermedvirkning blir ønsket, diskutert, forhandlet osv. i samspill mellom deg og kollegaer, deg og bruker. Med at det planlegges deltakende observasjon, muliggjør det også for forsker å være deltaker i samtaler og diskusjoner i avdelingen.

Alle opplysninger vil være aidentifiserte og ikke registrert med navn. Notater, og eventuelle film- lydfiler og bilder, vil være nedlåst etter gjeldende lover og regler. Institutt for helse – og omsorgsfag, universitetet i Tromsø, instituttleder Gyrd Thrane er databehandlingsansvarlig.

### **Oppbevaring av data**

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysninger vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Det understrekes at personidentifiserbar data kun blir lagret så lenge prosjektet pågår, og vil i etterkant bli slettet. Når det gjelder helseforskningsloven § 38 skal ikke opplysninger

oppbevares lenger enn det som er nødvendig for å gjennomgå prosjektet. Ved prosjektets slutt vil dermed koblingsnøkkel slettes.

**Økonomi**

Studien er finansiert av universitetet i Tromsø som en del av Ph.D. utdanningen til Vår Mathisen. Det er et selvstendig prosjekt og det skulle ikke foreligge noen interessekonflikt.

**Informasjon om utfallet av studien**

Dersom du/dere ønsker tilbakemelding om utfallet av studien, sender vi gjerne eksemplarer av avhandlingen til avdelingen.



# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

-----  
(Signert, rolle i studien, dato)

# Samtykke til deltakelse i fokusgruppeintervju

## Fagutøvere

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

## Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

### *Brukermedvirkning i praksis av fagpersoner i psykisk helsevern.*

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er en forespørsel om du kan tenke deg å delta i en forskningsstudie som har til hensikt å få økt forståelse om hvordan *fagpersoner* utøver og organiserer brukermedvirkning som en del av det daglige arbeidet på døgnavdeling i DPS. Hovedhensikten med studien er å få mer og dypere kunnskap om forhold som enten underbygger eller problematiserer brukermedvirkning med særlig vekt på innsikt og sykdomsforståelse.

#### **Hva innebærer studien?**

Vi ønsker å gjennomføre et feltarbeid ved døgnavdelingen som du er tilknyttet. Det vil si at en forsker over en tidsavgrenset periode vil være til stede som deltakende observatør i det daglige livet på avdelingen. Dette for å få med hvordan interaksjon mellom fagpersoner skjer, og hvordan interaksjonen mellom fagpersoner og brukere skjer - når det gjelder brukermedvirkning.

Hovedsakelig ønsker forsker å være tilstede på der brukermedvirkning vanligvis blir snakket om av fagpersoner, som på rapportrom, personalrom, møterom etc. I tillegg ønsker forsker å være tilstede på andre arenaer som stue, matsal og lignende da det tenkes at temaet også der aktualiseres mellom fagpersoner og brukere.

#### **Mulige fordeler og ulemper**

Styrken med deltakende observasjon er at metoden gir kunnskap om aspekter ved samhandlingen som fagpersoner eller brukere vanligvis tar for gitt. En ulempe med studien, kan være opplevelsen av at det er noen tilstede på avdelingen som følger det praktiske arbeidet/ behandlingshverdagen. Likevel håper vi at studiens hensikt kan måle opp ubehaget som eventuelt medfører. Utover dette vet vi ikke om studien medfører ubehag.

#### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Det understrekes at det er fagpersonene som er i hovedfokus for studien. Samtidig består arbeidshverdagen til fagpersoner i å samhandle med brukere. Det er samhandlingen mellom fagpersoner - og mellom fagpersoner og brukere - som er fokus for studien, og ikke pasientopplysninger i seg selv. Siden forsker vil være til stede på ulike møter og ulike situasjoner, vil hun kunne høre personopplysninger om deg. Disse vil ikke bli skrevet ned slik at de kan være personidentifiserbare. I tillegg har forsker taushetsplikt på lik linje med fagpersonene.

Det som observeres og høres i løpet av feltarbeidet vil bli skrevet ned som feltnotater. Feltnotater er grunnlaget for den strukturerte analysen, og fremmer gyldighet og troverdighet i forskningen.

### **Frivillig deltakelse**

Vi vil presisere at det er frivillig å gi tillatelse til at forsker er tilstede der du oppholder deg. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke tilbake. Forsker vil da ikke være til stede der du oppholder deg.

### **Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?**

Det planlegges feltarbeid ved tre forskjellige døgnavdelinger på tre forskjellige distrikts-psykiatriske avdelinger (DPS) i Nord-Norge. Feltarbeidet vil finne sted i løpet av høsten 2011.

### **Informasjon om utfallet av studien**

Dersom du/dere ønsker tilbakemelding om utfallet av studien, sender vi gjerne eksemplarer av avhandlingen til døgnavdelingen.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte *prosjektleder og biveileder* for studien:

#### **Geir Lorem.**

Førsteamanuensis,  
Universitetet i Tromsø,  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
9037 Tromsø  
Tlf: 77646533.

Forsker i denne studien er:

#### **Vår Mathisen**

Phd. student  
Universitetet i Tromsø  
Institutt for helse og omsorgsfag  
Forskningsparken  
9037 Tromsø  
Tlf: 77660714  
E-post: [var.mathisen@uit.no](mailto:var.mathisen@uit.no)

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

---

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

# Til informasjon

**Fra og med mandag (dato) til søndag (dato) (måned) vil forsker Vår Mathisen være til stede på døgnavdelingen i tilknytning til studien:**

## **Brukermedvirkning i praksis av fagpersoner i psykisk helsevern.**

**Det er fagpersonene som er i hovedfokus for studien. Siden arbeidshverdagen til fagpersoner består i å samhandle med brukere, er både fagpersoner og brukere spurt om å være med i studien. Det er samhandlingen mellom personene som er fokuset, ikke personlige opplysninger i seg selv!**

**Studien baserer seg på frivillig deltakelse og skriftlig samtykke.**

**De som ikke ønsker å være med respekteres fullt ut for det! Dette skal forsker ta all hensyn til, og ikke være til stede der de oppholder seg!**

**Kontaktpersonene for studien på døgnavdelinger er (navn) og (navn).**

**Har du spørsmål om studien, så ta gjerne kontakt med meg når jeg er der i uke ( ).**



*Vennlig hilsen vår Mathisen*

Det presiseres at studien har alle de nødvendige godkjenninger for gjennomføring.