

Brukermedvirkning i kommunalt psykisk helsearbeid

Tove Johnsen

Hovedoppgave i sosialt arbeid

Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap

NTNU

Våren 2005

FORORD

Møter med brukere, fagfolk og politikere i Kristiansand kommune har vært til inspirasjon og læring. Hovedoppgaven har blitt til i en utveksling mellom deres meninger, teorier og min fortolkning av deres bidrag. Jeg har fått mulighet til å bevege meg innenfor flere kontekster som til sammen har bidratt til å utdype min forståelse av hvordan brukermedvirkning kan utvikles og praktiseres innenfor psykisk helse feltet i en kommune.

Å ta hovedfag kan sammenlignes med å reise. Reiser kan bringe så mangt. For meg har det fysisk betydd reiser fra Kristiansand til Trondheim tur – retur og perioder med studentliv på hybel. Men reisen har mest utfordret mine tanker og forestillinger om de fenomener jeg har studert. Interessante diskusjoner med medstudenter ble kombinert med kollektiv innsats i innspurten på teorien. Eksamenslesning på Lesvos, nærmere bestemt Xristos - tidlige morgener med bok og kaffe kan anbefales. En takk til Inge for de mange gode frokoststunder etter første leseøkt.

I neste fase med selve undersøkelsen ble reisen stadig mer variert. Nå startet en fram og tilbakereise mellom jobben med Opptrappingsplanen for psykisk helse hos fylkesmannen og intervjuer og observasjoner på Erfaringskonferansen og i SosioPoetisk Forum i Kristiansand kommune. Byråkrati ble vekselvis avløst av reiser hvor fortellingene var det sentrale. Det er disse fortellingene som jeg har utforsket og som vil påvirke mitt videre arbeid. Jeg vil rette den største takken til informantene, til deltakerne på Erfaringskonferansen og til medlemmene i brukerforumet. Deres bidrag er grunnfjellet i undersøkelsen.

Til min kollegaer i Helse- og omsorgsavdelingen vil jeg også si, tusen takk for perioden med permisjon og for tålmodighet med mine forsøk på å rydde tid til skriving.

Veilederen min, professor Jan Tøssebro, har vært der når jeg har trengt det. Med tålmodighet har han stilt spørsmål og gitt innspill når empirien førte meg *for* mange veier. Tusen takk.

Til slutt er det Svein, min samboer, som mer enn noen annen har holdt ut med min jobbing seint og tidlig, og som vet at skal det bli middag så må han lage den. Min datter Helga har hørt på mine utlegninger med stor tålmodighet, henne vil jeg ønske lykke til med sin egen masteroppgave.

INNHALDSFORTEGNELSE

1. INNLEDNING

1.1	Valg av tema	1
1.2	Brukermedvirkning i kommunene	2
1.3	Lokalbasert psykisk helsearbeid – en kommunal forankring	3
1.4	Forskningsspørsmålene	5
1.5	Oppgavens oppbygging	5

2. EN INTERNASJONAL TREND – BYGG NED INSTITUSJONENE OG GI TILBUD I KOMMUNENE

2.1	Innledning	7
2.2	Forståelse av psykiske lidelser – asylfasen	7
2.3	Asylenes vekst og fall – en gryende mobilisering av lokalsamfunnet	9
2.4	Norsk psykiatri i endring – en nasjonal dugnad	12
2.5	Gjennomføring av opptrappingsplanen	15

3. BRUKERMEDVIRKNING – PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN

3.1	Innledning	17
3.2	Mennesket omtales på ulike måter når de møter hjelperne	17
3.3	Brukermedvirkning på flere nivåer	20
3.3.1	<i>Brukermedvirkning på individnivå</i>	21
3.3.2	<i>Brukermedvirkning på systemnivå</i>	24
3.4	Brukerperspektivet og begrunnelser for brukermidvirkning	27
3.5	Former for brukermidvirkning	29
3.6	Fagfolkene og brukermidvirkning	30
3.7	Brukernes egne stemmer	33
3.8	Brukermedvirkning og empowerment	38
3.9	Oppsummering	41

4. METODE

4.1	Innledning	42
4.2	Valg av metode	42
4.2.1	<i>Kvalitativ metode</i>	42
4.2.2	<i>Case studie</i>	42
4.2.3	<i>Det kvalitative forskningsintervju</i>	43
4.2.4	<i>Observasjon og deltakende observasjon</i>	44

4.3	Datakilder	44
4.3.1	<i>Utvalg 1 – fagfolk og brukerinformanter</i>	45
4.3.2	<i>Utvalg 2 – Erfaringskonferansen</i>	46
4.3.3	<i>Utvalg 3 – Sosiopoetisk forum</i>	46
4.3.4	<i>Skriftlige kilder</i>	47
4.4	Temaguidens oppbygging	47
4.5	Forberedelse av studien og tilgang	49
4.6	Forholdet mellom informantene og forskeren	50
4.7	Observasjoner og deltakende observasjon	50
4.8	Kvalitative intervjuer – gjennomføring	52
4.9	Fra notater og lydbånd – til tekst	53
4.10	Analyseprosessen	54
4.11	Etiske overveielser, pålitelighet og gyldighet	56

5. BRUKERE MØTER FAGFOLK

5.1	Innledning	57
5.2	Livsformer og identitet	57
5.3	Den selvstendige livsform en relativ størrelse	60
5.3.1	<i>Individuelle ressurser og ferdigheter</i>	60
5.3.2	<i>Tilhørighetens betydning</i>	63
5.4	Møter mellom brukere og fagfolk	65
5.5	Brukermedvirkning og lokale løsninger	68
5.6	Livsformer har betydning når brukere og fagfolk møtes	70

6. FAGFOLK OG BRUKERMEDVIRKNING

6.1	Innledning	71
6.2	Helse- og sosialarbeiderne og feltet psykisk helse	71
6.3	Helse- og sosialarbeiderne og perspektiver på psykisk lidelse	73
6.4	Fagfolk ser brukerne	74
6.4.1	<i>Sosialkontoret som kontekst</i>	74
6.4.2	<i>Bofellesskapet som kontekst</i>	76
6.4.3	<i>Aktivitetssenteret som kontekst</i>	78
6.5	Helse- og sosialarbeidernes sin praksis – i et brukerperspektiv	79
6.5.1	<i>Brukermedvirkning endrer posisjonen i relasjonen</i>	79
6.5.2	<i>Gi ansvar til brukeren – hvilke konsekvenser kan det få ?</i>	81
6.5.3	<i>Det passer ikke alltid med brukermidvirkning</i>	83
6.6	Fagfolk og brukermidvirkning	84

7. BRUKERMEDVIRKNINGSFORMER PÅ TJENESTE- OG SYSTEMNIVÅ

7.1	Innledning	85
7.2	Brukermedvirkning som påvirkning av tjenestene	85
7.2.1	<i>Erfaringskonferanser – et sted for dialog</i>	86
7.2.2	<i>Erfaringskonferanser – et sted for læring</i>	89
7.3	SosioPoetisk Forum - som iverksetter	94
7.3.1	<i>Rekruttering av medlemmer</i>	94
7.3.2	<i>Deltakelse i Forumets arbeid</i>	95
7.3.3	<i>Erfaringsspredning fra Forumet og Erfaringskonferansene</i>	96
7.4	Brukermedvirkning på systemnivå	98
7.4.1	<i>Brukernes subjektive opplevelser eller brukerorganisasjonene som talerør</i>	98
7.4.2	<i>Brukermedvirkning som frivillig eller betalt innsats</i>	100
7.4.3	<i>Brukermedvirkning – brukerne som en selvstendig part</i>	101
7.4.4	<i>Ideologier på tvers</i>	103
7.5	Brukermedvirkning – en framtidig utfordring for kommunen	107

8. Avslutningskapittel

8.1	Brukermedvirkning – verdisystem	109
8.2	Brukermedvirkning sett i lys av bedringsprosesser	109
8.3	Hva kan vi lære av arbeidet som pågikk på Erfaringskonferansen Og i SosioPoetisk forum	111

1. INNLEDNING

1.1 Valg av tema

Psykisk helse har vært en prioritert helse- og sosialpolitisk satsing siden "Opptappingsplanen for psykisk helse" ble vedtatt av Stortinget i 1998. Brukermedvirkning er trukket fram som en avgjørende og kritisk faktor for at satsingen ved avslutningen i 2008 vil bli vurdert som vellykket. Satsingen som helhet omfattes av en større omstrukturering i institusjonspsykiatrien og en sterk oppbygging av tjenestetilbudene i kommunene. Det er en målsetting at alle mennesker med psykiske lidelser i løpet av denne perioden skal få en boligadresse i en kommune. Den psykiatriske institusjonen anses ikke lengre som et akseptabelt tilbud over lengre tid for mennesker med psykiske lidelser. Det indikerer en endring i den sosialpolitiske tenkningen på minst to måter.

For det første er det en erkjennelse av at en psykisk lidelse ytterst sjelden er så altomfattende for det enkelte menneskes fungering at en ikke kan bo i eget hjem. Slik søker satsingen å synliggjøre at mennesker med psykiske lidelser skal få en naturlig andel av de samme helse- og sosialtjenester som andre brukergrupper har tilgang til. Det er en gjennomgående forståelse av at mennesker trives best med å motta hjelp som er tilpasset slik at de kan bo i eget hjem. Det har samtidig vært viktig å understreke de særegne behov mennesker med psykiske lidelser kan ha når en skal utforme tjenestetilbudet.

For det andre har psykisk lidelse som fenomen vært og er et tabuisert og stigmatisert område i samfunnet som helhet. Ett av målene for å bedre den psykiske helsen handler om å gi stemme til de mennesker som har hatt den psykiatriske institusjon som ramme for livet sitt og til gruppen som har blitt kategorisert som "*psykiatriske pasienter*". Den sosialpolitiske grunntanken handler derfor også om en måte å gjøre hørbar stemmene til en taus gruppe i befolkningen. Det dreier seg om å gjenreise menneskers status som borgere. Det må skapes arenaer i det offentlige rom hvor brukernes perspektiv får en selvstendig plass. I det ligger det en forventning om at brukerne får definere hva som hjelper og får beslutningsmyndighet i egne liv. Brukerperspektivet må komme i inngrep med fagfolkens perspektiver og vil derfor i praksis framstå som et samarbeidsområde hvor det vil oppstå spenninger og motsetninger.

Denne oppgaven handler om mennesker med psykiske lidelser og helse- og sosialarbeideres forståelser og utvikling av brukermedvirkning i et kommunalt praksisfelt. I undersøkelsen deltok seks helse- og sosialarbeidere som praktiserte innen tre forskjellige arbeidsområder med det til felles at de alle møtte brukere med psykiske lidelser. De arbeidet ved sosialkontor, i bofellesskap og i aktivitetssentre. I undersøkelsen deltok også seks personer som hadde erfaring med det å ha en psykisk lidelse. Alle mottok en eller flere helse- og sosialtjenester fra kommunen. Undersøkelsen omfatter også deltagende observasjon på en erfaringskonferanse høsten 2002 samt observasjoner i 5 møter i et brukerforum våren 2003. Deres mål var å utvikle brukermedvirkning i kommunens tjenester. Både politikere, personer med psykiske lidelser som mottok tjenester fra kommunen og fagfolk var medlemmer i forumet. Oppgavens overordnede mål er å beskrive noen av de tenkemåter som uttrykkes og hvordan brukermedvirkning utformes i praksis.

1.2 Brukermedvirkning i kommunene

Brukerperspektivet har de siste tiårene fått en mer sentral plass i utviklingen av helse- og sosialtjenestene i kommunene. Funksjonshemmedes organisasjoner har spilt en sentral rolle for å fremme brukermedvirkning på overordnet organisatorisk nivå i kommunene. I perioden 1990 – 1993 drev staten forsøksvirksomhet i samarbeid med råd for funksjonshemmede. Rådene ble oppsummert som en krevende brukermedvirkningsform da det var vanskelig for medlemmene å skulle gi råd til kommunene på vegne av andre funksjonshemmede uten å være kjent med deres problemstillinger. Evalueringsrapporten anbefalte et utviklingsprogram for brukermedvirkning i kommunene som kunne utvikle en større variasjon av medvirkningsformer (Alm Andreassen og Binder 1994).

I perioden 1991–1995 iverksatte statlige myndigheter forsøksvirksomhet i psykiatrien i kommuner og fylkeskommuner. Erfaringene ble oppsummert i fire hefter og forsøksprosjektene oppsummerte at ” *hjelp og omsorg for mennesker med alvorlige, ofte langvarige mentale lidelser må lages slik lokale forhold tilsier* ”. Det første temaheftet omhandlet brukermedvirkning som blant annet tok opp erfaringer med å etablere brukerråd i kommunene. Det ble den gang oppsummert at ingen av kommunene sto klare til å ta imot brukernes representanter som samhandlingspartnere i beslutningsprosessene (S. og H. Dep. 1995, Temahefte 1:35). Fagfolkene møtte utfordringer som rokket ved deres egne posisjoner

som hjelpere og brukerne på sin side erfarte sin manglende kompetanse i kommunal forvaltning. De hadde behov for opplæring dersom de skulle bli hørt.

I ettertid har flere stortingsmeldinger fulgt opp brukermedvirkning som faglig og korrekt strategi både for å utvikle folkehelsearbeidet (NOU 1998:18) ” Det er bruk for alle ” , og for å bygge ned funksjonshemmedes barrierer (NOU 2001:22) ” Fra bruker til borger ”, Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge Om folkehelsepolitikken ”. Slik sett føyer Stortingsmelding nr 25 (1996-1997) ”Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene” seg inn i rekken av statlige føringer som legger brukerperspektivet til grunn for utviklingen av tjenestene. St. prp nr 63 (1997-1998) Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2006) fulgte opp og understrekte at utviklingen av det psykiske helsearbeidet skulle bygge på brukernes medvirkning i utviklingen av tjenestene, både på individnivå og på tjenestenivå.

Brukerorganisasjonen Mental Helse ble startet i 1978 og hadde ca. 5000 medlemmer ti år senere. Deres første slagord lød ” *nervetrøbbel angår oss alle* ”, og det blir ansett for en aktuell problemstilling fremdeles i skrift fra 25 års jubileet i 2003 . Fra 1990-tallet har organisasjonen vokst ytterligere og blitt et tydelig talerør for mennesker med psykiske lidelser. Sammen med organisasjoner som Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatrien (LPP) og Voksne for Barn, har de fulgt opptappingsplanens realisering av brukermedvirkning. Deres krav til statsbudsjettet for 2005 var blant annet mer penger for å styrke de lokale ledd i organisasjonen. De ønsker å medvirke til å realisere de krav som rettes til kommunene for å iverksette brukermedvirkning.

1.3 Lokalbasert psykisk helsearbeid – en kommunal forankring

Det psykiatriske fagfeltet her forstått som institusjonspsykiatrien, har blitt definert til å være i utakt med de alminnelige forståelser av hvordan mennesker med hjelpebehov kan og skal møtes. Mennesker med psykiske lidelser fikk heller ikke tilstrekkelig oppmerksomhet fra fagfolk i kommunene, som langt inn i 1990-tallet, var tilbakeholdne i sitt engasjement i å legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser kunne flytte ut fra institusjon til egen bolig. Det var heller ikke sterke pressgrupper som tvang fram diskusjoner om hvilke bedringsprosesser et godt tilrettelagt selvstendig hverdagsliv kunne medføre. Synspunktene var der nok, men de fikk ikke nok støttespillere i de besluttede organer. Det måtte derfor til

en større satsing som omfattes av en rekke virkemidler. Det ble i 1998 gjort en sammenligning mellom HVPU-reformen som innebar en total nedlegging av institusjonene og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien (Sandvin og Söder1998). Det blir hevdet at institusjonsomsorgen for psykisk utviklingshemmede hadde vært preget av skiftende faglig dominans. Selve reformen la til grunn et normaliseringsperspektiv som la vekt på bedring av levekår og livsmiljø. Psykiatrien har derimot i hele sin historie vært underlagt en medisinsk dominans. Det kan dermed se ut som at disse fagfolkens perspektiver har vært toneangivende ved utforming av tilbudene. Nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene kan knyttes til framveksten av sosialpsykiatrien, og endringene skjedde dels innenfor institusjonene og dels i form av nedbygging av institusjonene og kan dermed betraktes mer som en behandlingsreform (Sandvin og Söder 1998, Ramsdal og Ludviksen 1998).

De problematiseringer som gjøres av Sandvin og Söder har relevans til de diskusjoner som foregår i fagfeltet ved inngangen til 2005 om perspektiver på psykisk lidelse og hvilken betydning det har for praksis. Fagfolk har ulike forståelser av psykiske lidelser dels som biologisk betinget, dels som psykologisk betinget eller en kan ha et sosialpsykiatrisk perspektiv. I praksisfeltet eksisterer alle tre tenkemåtene og omtales som en eklektisk tilnærming. I Stortingsmelding nr 25 understrekes det eklektiske som en ønsket retning for framtidens psykiske helsearbeid. En fagpersons forståelse av en psykisk lidelse vil påvirke om en møter mennesket med et medisinsk reduksjonistisk syn hvor den psykiske tilstanden blir betraktet som biologisk betinget, eller et sosialpsykiatrisk perspektiv som forstår den psykiske lidelsen som reaksjon på kompliserte og strategiske forhold som kan oppstå i relasjonen mellom personen og omgivelsene. Når en skal utvikle brukermedvirkning, kan det ha interesse å spørre om brukermedvirkning kan utvikles fritt og uavhengig av hvilke perspektiver fagfolk har på psykiske lidelser som menneskelig fenomen ?

Denne oppgaven retter sin interesse mot det kommunale praksisfelt. Fagfolkene i denne studien møtte brukere med psykiske lidelser og var bevisst eller ubevisst med på å forme kommunens psykiske helsearbeid, et arbeid som hadde innbakt en forutsetning om utvikling av brukermedvirkning. Psykisk helsearbeid på kommunalt nivå har få tradisjoner. Først på midten av 1990-tallet begynte det å skyte fart og det var psykiatriske sykepleiere med institusjonserfaring som så og si fulgte pasientene etter hvert som de ble skrevet ut fra institusjonene. De første årene var det få språklige nyanser for det arbeidet som foregikk i det psykiatriske fagfeltet i sykehusene og det arbeidet som fagpersonene i kommunene utførte.

Etter hvert har nyansene materialisert seg dels ved en diskusjon om kunnskapsgrunnlaget i psykiatrien og kommunene er det samme, eller er det slik at fagfolkene i kommunene er i ferd med å utvikle en type kompetanse som er forskjellig fra hospitalspsykiatrien. Denne refleksjonen omhandler blant annet spørsmålet om kunnskapshierarkiet mellom sykehus og kommunenivå. I kommunen betraktes pasienten som bruker og bor i eget hjem. Brukeren får uvegerlig en annen posisjon og et annet handlingsrom der enn innenfor institusjonen med dens muligheter for å etablere regler og sette grenser for mennesket. Grunnlaget for samarbeidet er frivillighet. Denne begynnende utforskning av kontekstenes forskjeller blant fagfolkene særlig på kommunalt nivå har vært med på å bidra til at det fem år etter opptrappingsplanen startet, er etablert begreper som *psykisk helsearbeid i kommunen* og *lokalbasert psykisk helsearbeid*. Jeg har utforsket brukerperspektivet og brukervedvirkningens plass i et kommunalt arbeidsfelt. I studien rettes oppmerksomheten mot én kommunes prosess for å omsette brukerperspektivet til praksis. Den ble gjennomført i en fase hvor fagfolk og brukere både diskuterte og prøvde ut tiltak. Brukerperspektivet brukes uten at vi har en felles oppfatning av hva det innebærer og brukervedvirkning har ingen entydig praksis. Det var min interesse å utforske dette nærmere.

1.4 Problemstillingene

- *Hvordan uttrykker profesjonelle helse- og sosialarbeidere i kommunen sin forståelse av brukervedvirkning og hvordan gjenspeiles det i deres praksis ?*
- *Hvordan uttrykker brukerne sin forståelse av brukervedvirkning og hvordan opplever de brukervedvirkning i samhandling med de profesjonelle i ulike deler av tjenestene.*
- *Hvilke perspektiver på psykisk lidelse kan ha betydning for etablering av brukervedvirkning innenfor en kommunal kontekst ?*

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 introduseres brukervedvirkning som et aktuelt tema i psykisk helse som fagfelt. Institusjonspsykiatrien bygges ned og oppgaver overføres til kommunene. Brukervedvirkning skal være en integrert del av det lokalbaserte psykiske helsearbeidet i framtida. I kap 1 er også oppgavens problemstilling presentert.

I kapittel 2 presenteres en kort historisk gjennomgang av samfunnets syn på og tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Asylens vekst og fall, samt faglige innfallsvinkler og utviklingstrekk. Hovedtrekkene i Opptrappingsplanen for psykisk helse presenteres.

I kapittel 3 gjennomgås noen av de teoretiske røttene til brukerbegrepet og brukervedvirkningen. Både bruker og aktør forbindes med brukervedvirkning. I helse- og sosialtjenestene i kommunen brukes disse begrepene nå sammen med klient og pasient. I lokalbasert psykisk helsearbeid er det et mål å utvikle brukervedvirkning både på individ- og systemnivå. Brukervedvirkning har flere begrunnelser og det finnes mange former for brukervedvirkning. Også brukere opptrer som fagpersoner, skribenter og bidragsytere i det offentlige rom. De er opptatt av rettigheter, men også av at empowerment og recovery er tenkemåter som fremmer brukernes medvirkning. Både brukere og fagfolk har holdninger og meninger om temaet.

Undersøkelsen omfattes av kvalitative intervjuer med mennesker med psykiske lidelser og fagfolk, det er også gjennomført observasjoner. I kapittel 4 beskrives valg av metode og framgangsmåte i analysen av undersøkelsen.

Kap. 5 omhandler brukernes livsverden og brukervedvirkning. Brukerne vurderte hva som fungerte for dem i deres hverdagliv og livsmønster. Møter med fagfolkene inngikk i disse vurderingene. Brukervedvirkning var de engasjert i på flere måter.

I kapittel 6 presenteres fagfolkens situasjon på sine arbeidsteder, hvordan de opplever møter med brukere og hvordan de vurderer muligheter og begrensninger i gjennomføringen av brukervedvirkning i sosialt arbeid.

I case kommunen har de etablert Erfaringskonferanser og et brukerforum som en strategi for gjennomføringen av brukervedvirkning. Arbeidsmåte, temaer og problemstillinger knyttet til det drøftes og analyseres. Det er brukervedvirkningsformer på tjeneste- og systemnivå.

Kapittel 8 er en oppsummering og et tilbakeblikk på de viktigste problemstillingene i oppgaven.

2 EN INTERNASJONAL TREND – BYGG NED INSTITUSJONENE OG GI TILBUD I KOMMUNENE

2.1 Innledning

Det er en internasjonal trend at det psykiske helsearbeidet er satt på dagsorden. I overgangen til det 21. århundret satte verdens helseorganisasjon (WHO) i gang arbeidet med informasjons- og kunnskapsformidling til politiske ledere for å endre retningslinjer, lover og strategi og gjennom dette gi mental helse en mer sentral plass i helseomsorgen internasjonalt. I en artikkel i Dagsavisen i oktober 2001 beskrev daværende leder i WHO, Gro Harlem Brundtland, prinsipielt hvordan en burde angripe problematikken : Mer kunnskap om psykisk lidelse til befolkningen generelt og til kommunalt helsepersonell bl.a. allmennleger, bygge ned institusjonene (Dagsavisen 27.10.2001).

Denne appellen kom først i 2001 på tross av at WHO's tredje ekspertkomite for mental helse allerede i 1953 skisserte en utvikling av det psykiske helsearbeidet hvor en i tillegg til institusjonstilbud anbefalte varierte servicetilbud som poliklinikker, dagbehandling, omsorg i hjemmet og andre kommunalt relaterte tjenester. Utviklingen i både USA og England ble etter hvert vridd fra institusjon til mer differensierte tjenester (Yip 2000). Det er denne utviklingen og ”moderniseringen” som nå pågår i Norge. Mennesker med psykiske lidelser er de som har blitt værende lengst i institusjon her i landet. Psykiatrisatsingen er den siste store velferdsreformen. Opptrappingsplanen for psykisk helse ble gjort gjeldende for perioden 1999-2006 og ved inngangen til 2004 ble den vedtatt forlenget til 2008. I dette kapitlet presenteres noen historiske utviklingstrekk som viser en del sammenhenger mellom forståelsen av galskap som fenomen, hvordan samfunnet har møtt mennesker med psykiske lidelser og hvilken utforming tilbudene har fått.

2.2 Forståelse av psykiske lidelser – asylofasen.

Oppfatningen av psykiske lidelser er knyttet til historiske, kulturelle og sosiale sammenhenger og de kunnskaper som var rådende på ethvert tidspunkt. Et av de mest betydningsfulle bidragene til forståelsen av galskap i ulike historiske epoker er gitt av den franske filosofen Michel Foucault (1972). Hans bidrag er en kritisk analyse av den samfunnsmessige holdningen til galskap fra middelalderen til den moderne tidsalder. Han tydeliggjør

dikotomien fornuft og galskap. Forståelsen av psykisk lidelse i det 21. århundre har med seg denne dikotomien som ble etablert ved begynnelsen av den moderne tid.

Den førmoderne tid - epoken fram til 1600-tallet - var preget av trossystemer knyttet til de store spørsmålene i tilværelsen: om hvordan verden og menneskene er blitt til, om hva som skjer etter døden, om det gode og det onde. (Haugsgjerd 2002). I dette trossystemet kunne galskap ses på som en fortjent straff fordi den gale selv eller forfedrene hadde krenket gudene eller maktene.

Innenfor de tidlige stammesamfunnene kunne de gale få høy status og bli møtt med stor toleranse eller ærefrykt. De hadde en funksjon i samfunnet. Denne tenkningen kan en finne rester av også i dag innenfor kulturer hvor sjamaner eller magiske helbredere har en plass. En psykisk lidelse, kan da fortolkes som en åndelig kallelse og gi grunnlag for å bli f.eks. helbreder (Haugsgjerd 2002). Samtidig vet vi at mennesker med psykiske lidelser i likhet med andre som hadde funksjonshemminger, ofte levde under kummerlige forhold i lokalsamfunnet, ble gjemt bort eller forlatt fordi samfunnet ikke fant plass for deres anderledeshet. (Yip 2000). De førmoderne stammesamfunn ble etter hvert omdannet til statssamfunn der klassesdelingen ble mer markert og mennesker som fungerte avvikende, ble sett på som en problematisk gruppe. I senmiddelalderen og renessansen ble mennesker med psykiske lidelser derfor stuet sammen i anstalter og levde under svært elendige forhold. Den gudегitte tilstand ble demonisert som uttrykk for de onde krefter.

I middelalderen da lepraen var utbredt, ble de spedalske internert i spedalskhusene. De ble betraktet som fiender av samfunnet og forvist til de fordømtes områder langt fra byene. Da lepraen ble sterkt redusert i Europa mot slutten av 1600-tallet ble det nye grupper av fattige, lovbrytere og sinnforvirrede personer som kom til å overta rollen til de spedalske, de ble de nye internerte. Formene er de samme, men innholdet har fått ny mening - vi står overfor en sosial utstøtelse (Foucault 1972). Med framveksten av industrialismen økte behovet for samfunnskontroll og orden, noe som gav legitimitet til innesperringene og holdningene til sosiale avvik.

Det skjer en endring i dialogen mellom fornuft og galskap som skriver seg tilbake til klassisismen og det er særlig to hendelser som er av betydning å trekke fram, sier Foucault. " I 1657 kom opprettelsen av "Hopital general "som ble starten på den store innesperringen av de fattige, lovbryterne og de gale. I 1794 kom den store frigjøringen av de lenkede fangene

i Bicetre. Nå ble lovbrøterne skilt fra de gale. Lovbrøterne ble sluppet fri og de gale ble igjen i institusjonene. ”

I epoken mellom disse to hendelsene oppsto den tvetydighet i synet på galskap som kulminerte ved å slippe lovbrøterne fri. Spørsmålet er nå om hospitaliseringen av de gale var et uttrykk for undertrykking fra et absolutistisk (eneveldig) regime eller oppdaget vitenskapen og filantropien galskapen som en positiv sannhet, når vi definerer galskap som sinnssykdom (Foucault 1972). Dette markerer overgangen til utviklingen av asylene slik de kom til å prege perioden fra 1800 til 1950. De forestillingene som lå i galskapens språk ble brakt til taushet, sier Foucault. Fornuften overtar som ledestjerne, avvik fra fornuft er irrasjonalitet, innesperringen ble ansett som nødvendig for å få den gale til å oppføre seg korrekt.

Etter den franske revolusjon (1789) bedret de sinnssykes sosiale stilling seg. Psykiatrien stod på terskelen til medisinene, hospitalene ble overtatt av leger, det var en begynnende klassifisering av mennesker med psykiske lidelser. Pinel (1745-1826), kjent fransk lege, var professor i hygiene, direktør for Bicêtre og kvinnehospitalet Salpêtrière i Paris. Hans behandlingsfilosofi var bygget på den tro at behovet for de sinnssyke var frihet og frisk luft, renslighet, arbeidsstuer. De må møtes med vennlighet (Kringlen 1977). Han avskaffet lenkene og innførte de første psykiatriske journaler som ble systematisk oppbevart. Han var talsmann for en observerende psykiatri og var en av de første som prøvde å klassifisere psykiske lidelser. Det ble drøftet hva som kunne betegnes som kroppslig sykdom og om psykiske lidelser måtte ses på som sjelelige fenomen og studeres på egne premisser uavhengig av hjerne og nervesystemer i anatomisk forstand. Vi finner allerede diskusjonen om forståelsen av galskap som fenomen, og hvorvidt den fullt ut kan forstås og forklares ad naturvitenskapelig vei. (Haugsgjerd 1986)

I Norge kom institusjonsutbyggingen sent i gang. Den første psykiatriske institusjonen ble etablert i 1855 på Gaustad i Oslo (Sandvin og Söder 1998, Seip 1994) Etableringen av det første asylet ga plass både til de "sinnslidende", de utviklingshemmede og epileptikerne. Etter hvert ble disse tre gruppene skilt. Utviklingen i Norge fulgte trendene i USA og deler av Europa, men kom noe senere.

2.3 Asylenes vekst og fall - en gryende mobilisering av lokalsamfunnet

Samfunnets behandlings- og hjelpetilbud til mennesker med psykiske lidelser var også i det

20. århundret organisert innenfor hospitalenes rammer. Asylene ble utviklet til totalinstitusjoner der mennesker med psykiske lidelser levde sine liv skjermet fra samfunnet. Både i USA og England ble det fra 1930-tallet reist kritikk mot de elendige forholdene i asylene. Mange hadde sterkt overbelegg og liten bemanning. Denne perioden varte til 1950-tallet og omtales som *asylfasen* i Norge (Pedersen 2002).

Behandling og omsorg i lokalsamfunnet ble i USA uttrykt i National Association of Mental Hygiene i 1909, etablert av Cliff Beers. I England ble the Mental Aftercare Assosiation etablert allerede i 1879. I England var imidlertid utviklingen av tjenester til mennesker med psykiske lidelser utenfor institusjon tilfeldig og sporadisk fram til rundt 1940 (Jones 1993).

Sosiologen Erving Goffman gav ut boken ”Asylums” i 1961. Hans bidrag har blitt stående som et hovedverk for sosiologisk analyse av livet i den totale institusjonens lukkede verden. Det er en moralsk og etisk kritikk mot de krenkelser som institusjonslivet påfører enkeltmenneskets personlighet i form av ydmykninger og nedverdiggelse. Kontakten med og støtten fra hjemmemiljøet blir borte. Livet på institusjon utvikler en egen moralsk karriere – en psykologisk prosess som endrer menneskets tro på seg selv og andre som har betydning for en selv (Goffman 1991).

En ny modell for oppbygging av psykiatrien ble anbefalt av WHO i 1953 og senere videreført i 2001. Filosofien var åpne dører, mer poliklinisk behandling, dagbehandling og lokalsamfunnsbasert terapitilbud. Fra 1950-tallet fikk institusjonskritikken politisk oppmerksomhet i England og nedbyggingen av institusjonene ble et tema (Yip 2000). Samtidig tvang den generelle samfunnsutviklingen fram forbedringer innad i asylene – en endring fra totalhushold med hovedsakelig gårdsdrift til mer differensierte tilbud. Det ble etablert undervisning og gitt gruppetilbud innen kunst og musikk. Tross forbedringer forble menneskene med psykiske lidelser i institusjonene, og de var lavest på rangstigen i institusjonshierarkiet (Jones 1993). Denne perioden var sammensatt, nye medisiner gav håp om redusert behov for hospitalsinnleggelser og Maxwell Jones (1971) utviklet forsøk med terapeutiske samfunn som hadde sine ideologiske og teoretiske røtter i sosialpsykologien.

Kritikken mot de psykiatriske institusjonene vokste i styrke gjennom 1950 og 1960 årene i England. Det ble vedtatt et politisk dokument som skulle modernisere psykiatrien, the Mental Health Act 1959. Dels ønsket en å endre stigmatiserende prosedyrer og dels utvikle det

psykiske helsearbeidet på lokalt nivå – noe som ikke fikk den kraft en hadde håpet på. Presset mot institusjonspsykiatrien økte med den konservative helseminister Enoc Powells berømte tale på den årlig konferansen for mental helse i 1961 hvor han bekjentgjorde et mål om å redusere antall plasser i psykiatrien til det halve over en femten års periode – en reduksjon på 75 000 plasser i England (Jones 1993).

Nedbyggingen av institusjoner i England synliggjorde etter hvert problemstillinger knyttet til oppbygging av tjenestene i lokalsamfunnet ” Making a reality of community care ”1986 og ” Community care: An Agenda and Action ” 1989. Dokumentene tegnet et dystert bilde av de kommunale tjenester for mennesker med psykiske lidelser, og det rapporteres om behov for flere ressurser, mer statlig kontroll og utvikling av tjenestene samt mobilisering av de frivillige og samfunnet i sin alminnelighet. Det settes nasjonale mål om at tjenester for mennesker med psykiske lidelser skal inn i kommunene fullt ut (Department of Health 2002).

I Italia utviklet deler av fagfeltet allianser med filosofer inspirert av Sartres eksistensialisme og politiske beslutningstakere på 1960–70 tallet, noe som resulterte i et parlamentsvedtak i 1978 om ” Lov 180 ” som gav legitimitet til utviklingen av en ny ideologisk plattform med et nytt syn på psykisk sykdom og et nytt syn på hvordan mentalt syke skulle behandles. Psykiateren Franco Basaglia gav betydningsfulle bidrag i dette arbeidet. Han gav også utradisjonelle bidrag i det han åpnet portene til sykehuset i Trieste og gikk i tog gjennom byens gater sammen med pasientene. Pasientene fikk beskjed om at de var fri og kunne gå hvor de ville (Skårderud 1984). Dette er et eksempel på hvordan politisk samfunnskritikk fra venstresiden, filosofisk påvirkning og sterke faglige ideologer bidro til å skape endringer av historisk betydning. Men denne endringen skjedde ikke uten motstand fra fagfeltet selv, ikke minst fra psykiaterne. Først i 1993 - 15 år etter loven var vedtatt - kunne legeforeningen i Italia gi et felles dekret som støttet reformen. Tross dette er ikke nedleggelsen av institusjonene i Italia fullført enda i dag. I sydlige områder legges det fremdeles inn pasienter selv om det er forbudt (Rogan 2001).

De faglige trendene som i den senere tid har hatt betydning for utviklingen av psykiatrien kan grovt sett deles inn i tre hovedretninger; det medisinske biologiske, den psykologiske og den sosiologiske retningen (Berg 1984). Det gjøres også andre inndelinger som nyanserer i medisinsk, behavioristisk, psykodynamisk, humanistisk og systemisk perspektiv (Haugsgjerd 2002), eller i grovere kategorier som medisinsk biologisk og

sosiologisk (Ramsdal 1997). Fra en filosofisk synsvinkel problematiseres om psykiatrien bør tilhøre naturvitenskapen eller betraktes som humanvitenskap (Wifstad 1998). I psykiatrisk praksis har det siden midten av 1980-tallet endt opp i en form for konsensus om at psykiske lidelser har oppstått i et samspill mellom disse perspektivene, også omtalt som en sårbarhetsmodell (Dalgard 1995, Høgsgbro 2004). Sårbarhetsmodellen peker på behovet for tverrfaglighet både i forskning og i tilbudene til mennesker med psykiske lidelser. Her trekkes det også linjer fra institusjonstenkningen til lokalbasert psykiatri med "the therapeutic community" som retter oppmerksomheten mot det sosiale nettverkets betydning, "Halfway Houses" og "Fountain House" og de senere bofelleskap i California.

Nedbyggingen av institusjonene har også hatt karakter av en protestbevegelse omtalt som anti-psykiatribevegelsen. Det ligger også en uklarhet i defineringen av lokalpsykiatrien (Høgsgbro 2004).

På 1990-tallet utviklet England Assertive Community Treatment tverrfaglige oppsøkende team (Høgsgbro 2004). I Norden prøvde en ut ulike former for nettverksintervensjoner (Dalgard 1995, Seikkula 1996, 2000,2001, Pippo 1998, Ramsdal 2001, Brottveit 2002). Normaliserings- og integreringsteorier har vært mindre synlige, men har blitt lansert som et mer overordnet prinsipp i arbeidet med integrering i samfunnet, noe som også må betraktes som tveegget for mennesker med psykiske lidelser (Ramsdal og Ludviksen 1998, Elstad 1999)

2.4 Norsk psykiatri i endring – en nasjonal dugnad

I Norge omtales fasen mellom 1955 og 1970 som *utbyggingsfasen* (Pedersen 2002). Hele tre ulike komiteer ble nedsatt i perioden hvor arbeidsdelingen mellom forvaltningsnivåene og revisjon av sinnsykelovgivningen var temaer. I 1961 ble ny lov om psykisk helsevern (Ot.prp. 69 (1959-60)) vedtatt til erstatning for den tidligere sinnsykelovgivningen. Loven introduserer poliklinikker, dagavdelinger og ettervernshjem som supplerende tjenester. I Norge var gjennomsnittsbelegget av voksne pasienter i heldøgns omsorg på sitt høyeste i 1972, nær 12 900 (Pedersen 2002). I 2001 var det 5 499 plasser igjen (Samdata psykisk helsevern 2002).

Den første offentlige utredningen i Norge som sa noe klart om behandling av mennesker med

psykiske lidelser i lokalsamfunnet var *St. meld. nr 9 (1974-75) Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen.*

Allerede før psykiatrisatsingen i Norge var det flere aksjoner som satte søkelyset på situasjonen til mennesker med psykiske lidelser. Et rundskriv fra 4 departementer pekte i 1981 på kommunenes ansvar for hele befolkningens velferd; kommunehelseloven av 1982 etablerte LEON prinsippet – tjenester skal ytes på Lavest mulig Effektive Omsorgs Nivå. I tråd med dette prinsippet la en vekt på utbygging av allmennhelsetjenesten framfor institusjonstjenesten og St.meld. nr 12 (1976-77): ”Om fremtidig etterspørsel etter og tilgang på visse typer personell ” ble vedtatt. Målet var å styrke psykiatrien i kommunene ved å opprette 300 stillinger for psykiatriske spesialsykepleiere ved de fremtidige helse- og sosialsentrene. Først tidlig på 1990-tallet ble antallet passert. I 1993 svarte ca. 90 % av landets helse- og sosialsjefer i en undersøkelse at gruppen med psykiske lidelser var de som hadde det aller dårligst (St.meld 25 (1996-1997):39). Denne gruppen kommer også dårligst ut på nesten samtlige levekårsindikatorer i en senere undersøkelse av Romøren i 1996.

I Norge følges utbyggingsfasen av *rammefinansieringsfasen* (1980–1995). Finansieringsordningen for institusjonene ble endret fra kurdøgnsystem til rammetilskudd. Den fylkeskommunale psykiatrien sto overfor store utfordringer. På midten av 1980 tallet var strukturen fremdeles preget av store psykiatriske institusjoner. En rekke psykiatriske sykehjem fungerte som omsorgsinstitusjoner uten behandlingstilbud. "Det bør være en sosialpolitisk målsetting for –80 årene å kunne skrive nekrologen over tradisjonelle psykiatriske sykehus," skrev Finn Skårderud i 1984.

Helsetilsynet utarbeidet i 1985 ” Nye alternativer i psykiatrien”, som omhandlet strukturen i en fremtidig fylkeskommunal psykiatri:

” Gjennom omstrukturering av det psykiske helsevernet vil vi forskyve tyngdepunktet i behandlingsapparatet fra de psykiatriske sykehusene til et sett av differensierte behandlingstilbud i de enkelte lokalsykehusområder.”

Utredningen ga anbefalinger i samsvar med WHO’s dokument fra 1953 og påpekte at manglende dekning av almenmenneskelige behov for pasientene var medvirkende til at de fortsatt ble værende i institusjon. En oppfølgingsundersøkelse av Helsetilsynet i 1990 viste at bare 13 % av sykehjemmene hadde gjennomført en omstrukturering i tråd med anbefalingene.

Ressursinnsatsen gikk ikke ned, men det var en beskjeden vekst i institusjonspsykiatrien samtidig som en økende andel av ressursene gikk til poliklinisk og annen dagbehandling (Pedersen 2002). I perioden 1980 –1995 var reduksjonen i antallet plasser sterkest, samtidig steg antall årsverk med 13 %. Det var særlig gruppen leger og psykologer som økte i antall. Dette må ses på som et uttrykk for profesjonenes sterke posisjon (Sandvin og Söder 1998, Ramsdal 1998).

Endringene i norsk psykiatri fikk i starten betegnelsen ”den stille reformen”. Utskrivning av pasienter fra psykiatriske institusjoner fra ca. 1980 økte trykket mot norske kommuner som ikke var faglig eller økonomisk forberedt på å inkludere gruppen med psykiske lidelser i kommunalt omsorgsarbeid. Det skapte lite offentlig debatt og politisk oppmerksomhet. Det kan begrunnes ut fra to forhold; staten hadde ikke på det tidspunktet en overordnet reformstrategi, endringene skjedde langsomt og fagprofesjonene hadde tradisjonelt gitt premissene for struktur og innhold i psykiatritjenestene (Ramsdal 1997). Det manglet også økonomisk insentiv i form av øremerkede midler.

Erkjennelsen av behovet for et mer omfattende reformarbeid innen det psykiske helsevernet kulminerte i St. meld nr 25 ”Åpenhet og helhet ” (1996-97). Det ble i første omgang reist sterk kritikk mot en melding som la opp til omfattende faglige og strukturelle endringer uten at det fulgte penger med. Staten hadde da fra 1995 bevilget begrensede øremerkede midler. Økonomien ble sikret da St. prp. nr 63 ”Opptappingsplanen 1999-2006 – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene ”, ble vedtatt i 1998. Det skal investeres for ca. 6.3 mrd. kroner i løpet av planperioden og de årlige driftsutgiftene skal økes til et nivå som ligger 4.6 mrd. kroner over driftsnivået i 1998. Totalt skal det brukes ca. 24 mrd kroner til psykisk helsevern i planperioden. Opptappingsplanen har som siktemål å utbedre bristen som forekommer i alle ledd av behandlingsskjeden.

Kommunenes basisansvar for mennesker med alvorlige lidelser og omfattende problemer skal bygges opp.. Kommunenes hovedoppgave er å dekke gruppens basale menneskelige behov : Bolig (eventuelt med nødvendig bistand), aktivitet, sosial kontakt, kulturell og åndelig stimulans.(*Rundskriv I-4/99*). Viktige innsatsområder skisseres innen nettverksstrategier, familiarbeid, utdanning og arbeid, kulturtiltak, bomiljø. Det skisseres et behov for samspill mellom sosiale miljøfaktorer, levekår og helsetjenester. Omfanget av udekkede behov krever tiltak som involverer flere forvaltningsnivåer.

Helseforetakene overtok all sykehusdrift fra 01.01.2002, og arbeidet med opptrappingsplanen ble forutsatt fulgt opp av disse. Deres rolle er å videreutvikle og ferdigstille det omstruktureringarbeidet som fylkeskommunene hadde planlagt og dels gjennomført. Det er lagt særlig vekt på arbeidet med å dimensjonere behovet for antall sengeplasser i et framtidig psykisk helsevern og å utvikle distriktpsikiatriske sentre som skal arbeide tett sammen med kommunene og hvor det skal legges vekt på.

- *Polikliniske og ambulante tjenester*
- *Dagbehandling og korttids døgnbehandling*
- *Råd og veiledning overfor førstelinjetjenesten*

Institusjonsplasser skal gi aktivt behandlingstilbud og ingen skal ha spesialinstitusjon som varig bosted. Distriktpsikiatriske sentre (DPS) skal styrke 2.-linjetjenestens lokalsamfunnsprofil ved å etablere et tett samarbeid med kommunale tjenester. En moderne psykiatrisk behandling legger vekt på å kombinere medisiner, psykoterapi og sosiale tiltak

Opptrappingsplanen (St. prp. nr. 63 1999-2000) bygger på de samme mål og perspektiver som St. meld. nr. 25 (1996-97). Om brukerne heter det:

” En person med psykiske problemer må ikke bare ses på som en pasient, men et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål. Brukernes behov må derfor være utgangspunkt for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester.....”

Både i opptrappingsplanen og i oppfølgingsrundskriv (rundskriv I-4/99)har brukerperspektivets betydning for oppbyggingen av tjenestene blitt understreket. Forsøksprosjekter på 1990-tallet satte fokus på manglende dialog mellom brukere, pårørende og praksisfeltet (temahefter). Det ble påpekt hvordan manglende samordning, kapasitetsproblematikk og ulike faglige tilnærminger til sammen skapte problemer for brukerne slik at tilbudet framsto som uforutsigbart og tilfeldig(Ramsdal 2002).

2.5 Gjennomføring av opptrappingsplanen.

Det statlige reformgrepet har ikke vært like beslutsomt når det gjelder nedbyggingen av institusjonene innen psykiatrien som det var i HVPU reformen. Opposisjonen mot det bio-medisinske perspektivet som preget psykiatrien, kom til uttrykk i ”anti-psykiatrien” som la

stor vekt på lokale tiltak og omsorg utenfor institusjon. Denne retningen har aldri fått sterk nok støtte fra staten til å gjennomføre radikale reforminitiativ i form av en konsekvent desentralisering. Staten har uttrykt et tvisyn når det gjelder nedbyggingen av psykiatriske institusjonsplasser. Dette må ses på som et uttrykk for profesjonenes sterke makt (Sandvin1998, Ramsdal 1996). Denne medisinske profesjonsmakten har også hatt sterke forkjempere i deler av statsforvaltningen blant annet i Helsedirektoratet (tilsynet) (Sandvin1998). Midtveis i gjennomføringen av opptrappingsplanen vet vi at det skal fortsatt være institusjonsplasser i det fremtidige psykiske helsevernet. Innlegg i dagspressen har avspeilet at det fortsatt er uenighet om i hvor stor grad nedbyggingen kan og skal gjennomføres. Slike debatter i media utløses ofte som følge av kriminelle handlinger utført av personer i psykisk ubalanse og ender ofte med krav fra 2.-linjetjenesten og sentrale politikere om flere institusjonsplasser for å sikre allmennheten mot overgrep.

Det har også blitt reist kritikk mot kommunene fra Rådet for psykisk helse. I en rapport ble det fremmet en rekke påstander om kommuner som nedprioriterer innsatsen innen psykisk helse på tross av at de mottar øremerkede midler til dette. Med bakgrunn i rapporten og andre påstander om misbruk av øremerkede midler gjennomførte helse- og omsorgsdepartementet (2004) en granskning. Den konkluderte med at en ikke kunne finne belegg for påstandene om utbredt misbruk.

I en statusrapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2003) ble det oppsummert at Opptrappingsplanen samlet sett virket etter sin hensikt og at en ville nå målene forutsatt at veksten i øremerkede tilskudd økte mot slutten slik det var forutsatt. Opptrappingsperioden ble senere forlenget (forsinket) med to år til 2008. Sosial- og helsedirektoratet (2003) utarbeidet også en tiltaksplan for resten av opptrappingsperioden og i nye rundskriv til kommuner og helseforetak har både Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet fokusert på områder som oppfattes som kritiske for gjennomføringen. Det er reist krav overfor helseforetakene å inngå samarbeidsavtaler med kommunene, arbeidet med individuelle planer må forsterkes og brukermedvirkningen skal utvikles på alle nivåer. I flere utspill har regjerende helseminister rettet kritikk mot fagfeltet for å være uetterrettelige og lite villige til å gjennomføre de endringer som kreves for å utvikle et lokalbasert psykisk helsearbeid. Innsatsen for resten av opptrappingsperioden rettes nå mer mot det faglige innholdet og kvaliteten på tjenestene. Her har brukermedvirkning en sentral plass.

3. BRUKERMEDVIRKNING – PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN

3.1 Innledning

I dette kapitlet omtales først brukermedvirkning som ideologi og begrep. Deretter belyses hvordan brukermedvirkning finnes på flere nivåer, både individuelt og på systemnivå.

Brukerperspektivet omtales som en tenkemåte og brukermedvirkning har mange begrunnelser og formene for brukermedvirkning kan utformes på mange forskjellige måter.

Blant fagfolk anses brukermedvirkning som faglig korrekt det speiles i deres yrkesetiske retningslinjer og inngår i en del av verdidebatten i sosialt arbeid. Mennesker med psykiske lidelser gir både som enkeltpersoner og via organisasjoner faglige og interessepolitiske bidrag til forståelsen av brukermedvirkning. De hevder retten til å være både brukere og borgere.

Brukermedvirkning og empowerment har tette koblinger. De historiske røttene kan knyttes til flere frigjøringsbevegelser og kan kobles til utviklingstrekk innen psykisk helsearbeid på kommunalt nivå. Empowerment har innfallsvinkler både til individ, gruppe og samfunnsnivå.

Ved hjelp av teorier kan brukermedvirkning bli mer forståelig, og når vi kobler det til utviklingsarbeid i praksisfeltet kan det bidra til ny læring. Når teori og praksis kommer i kontakt med hverandre gir det muligheter til utvikle og begrepsfeste hva vi mener med brukermedvirkning. Det er forsøkt i denne undersøkelsen.

3.2 Mennesket omtales på ulike måter når de møter hjelperne

Psykisk helsearbeid som fagfelt i kommunen domineres av helse- og sosialarbeiderne.

Innenfor fagfeltet har de forskjellig praksis og begrepsbruk når de møter brukerne. De bruker dels klient- og pasientbegrepene, men også benevnelsene "bruker" eller "aktør" hvorav de siste henspiller mer direkte på brukermedvirkning. Valg av begreper kan gi signaler om hva en ønsker å framheve i møtet mellom helse- og sosialarbeideren og personen som har behov for et offentlig tjenestetilbud.

"Klient" er et ord som på latin opprinnelig betød "en person som stilte seg under en mektig manns beskyttelse" (Gyldendals fremmedordbok 1971). I vår tid kan en være klient hos en advokat, mer forstått som kunde. I offentlig sektor brukes det mest i sosialtjenesten, ofte omtalt som sosialklienter. Hjelpetiltak etter sosialtjenesteloven er selektive tiltak hvor den som søker, blir underkastet en vurdering av det offentlige, hvorvidt en har rett på den aktuelle tjeneste det søkes om. Behovsvurderingen innebærer at fagfolk fortolker brukerens behov opp mot de lover og regler som de forvalter.

"Å bli klient er en hendelse av livshistorisk betydning. Det betyr å inngå i en relasjon til en spesiell gruppe mennesker; profesjonelle hjelpere. Det betyr også å inngå en relasjon til det offentlige hjelpeapparatet, som samtidig er et maktapparat. Og det betyr – for kortere eller lengre tid - å gå inn i en rolle som for alltid vil være del av ens sosiale identitet, selv etter at samhandlingen er avsluttet " (Skau 1996:21).

"Pasient" har på samme måte som klient en latinsk opprinnelse og kommer av verbet *patior*, som betyr å lide, både ved å føle smerte og å være tålmodig med smertetilstanden sin (Robberstad 2002). Dagens helselovgivning gir alle mennesker rett til nødvendig helsehjelp. Retten innebærer også en skjønnsanvendelse fra fagfolk om når denne retten er til stede. For mennesker med psykiske lidelser kan pasientrollen også innebære motsetninger. Retten til helsehjelp kan også utøves som tvang overfor pasienten ved en tvangsinnleggelse. Dette strider mot verdier i samfunnet som forventer at en makter å løse eller mestre egne problemer. I helsevesenet har pasientbegrepet blitt drøftet i lys av den maktesløshet enkelte har beskrevet i møte med helsevesenet med ønske om sterkere fokusering på rettigheter, menneskeverd og autonomi (Stang 1998, Hummelvoll 1997). Spesielt krevende er det å være avhengig av helsehjelp over lang tid slik det er aktuelt for mange med psykiske lidelser.

"Bruker" har blitt en stadig mer alminnelig benevnelse og har etablert seg i det norske språket i perioden fra 1970. Leksikalt kan det bety en som nyter, utnytter, anvender (Taule 1999). I offentlig sektor hører brukerbegrepet inn i en forståelsesramme hvor offentlige velferdsorganers sentrale oppgave er å produsere tjenester, som brukerne vil ha (Rønning og Solheim 1999).

For det første kan en bruker betraktes som en uavhengig konsument, som selv kan velge om han vil benytte tilbudet eller ikke. For det andre kan brukerbegrepet knyttes til bruk av offentlige servicetilbud som tilbys befolkningen i sin alminnelighet. Det kan være skoletilbud eller barnehagetilbud, ordninger som en samtidig er delvis avhengig av å kunne benytte. For

det tredje finnes det tilfeller hvor det offentlige har kontroll uten at en som enkeltperson kan unndra seg den, for eks ligningsmyndigheter. En fjerde variant er brukere av velferdstjenester som er etablert for grupper og enkeltpersoners velferdsbehov - ofte benevnt som selektive hjelpetiltak (Rønning og Solheim1999).

I litteratur om velferdsspørsmål drøftes "aktørbegrepet". Engelsk velferdsforskning har trukket fram tre ulike politiske kilder som fokuserer på "den aktive velferdsaktøren". Den første er innflytelsen fra nyliberalismen som omdefinerte velferdsstaten fra å være en beskytter mot eventuelle risikofaktorer til å vurdere velferdsstaten som en produsent av risikofaktorer. De framhevet moralsk og sosial orden som skulle styrke tradisjonelle sosiale relasjoner innen familie og nasjonen. Velferdssubjektene var enten aktører som var i stand til å velge innen velferdsmarkedet eller aktører som var ute av stand til å ta i bruk sin aktørposisjon og ble dermed velferdsavhengige. New Labour overtok innflytelsen på slutten av 1990-tallet og utviklet aktørperspektivet med fokus på tre typer velferdssubjekter. Det var den skeptiske borger eller forbruker som handlet ut fra opplyst egeninteresse, i den andre enden var enten den uansvarlige forbruker som ikke vil arbeide eller den ansvarlige som ikke kan arbeide. Prinsippet om betalt arbeid og aktivisering var sentralt for New Labour. Kjernen var å oppfylle plikten om å bli selvstendig og økonomisk uavhengig. Betalt arbeid ble dermed ansett som den fremste plikten nærmest på bekostning av retten til arbeid som prinsipp. De nye sosiale bevegelser utgjør den tredje diskursen. Velferdspolitikken oppsto som grasrotbevegelser omkring kjønn, rase og etnisitet, seksualitet, funksjonshemming og alder. Organisasjoner og selvhjelpsgrupper knyttet til helse eller omsorgsbehov dannet et mangfold av aktiviteter. Disse bevegelsene rettet kritikk både mot nyliberalismen og New Labour da de mente det var store begrensninger i de universelle tjenestene (Williams 2001).

De nye sosiale bevegelsene rettet oppmerksomheten mot nye risikofaktorer i samfunnet, som vold i familien, rasistisk vold, forskjellige typer diskriminering, fravær av selvbestemmelse. Fokuseringen på kulturell og sosial urett pekte mot de ujevne maktrelasjonen i samfunnet. Her kobles brukermedvirkning inn ved at de sosiale bevegelser så myndiggjøring som et sentralt spørsmål. De ønsket å fremme brukerinnflytelse ved at de som borgere kunne delta i velferdstjenestens demokratiske organisasjoner (Williams 2001).

De perspektiver på velferdsaktøren som Williams skisserer er lett gjenkjennelig for den norske debatten om arbeidslinja og arbeid for sosialhjelp. Innen psykisk helsearbeid er også arbeidslinja et komplisert tema særlig fordi svært mange mennesker med psykiske lidelser vil ha et konfliktfylt forhold til det moralske kravet som ligger i arbeidslinja og den manglende tilrettelegging som de i praksis møter i arbeidslivet. De nye sosiale bevegelser har sin parallell i både organisasjonenes aktiviteter og innspill og i ulike brukermiljøer som har en løsere struktur.

Aktørperspektivet forutsetter en avmystifisering av profesjonell kunnskap, at klientene skal kunne definere sine problemer eller den risiko de utsettes for på sine egne premisser, eller å fastslå at det er en sammenheng mellom individuelle problemer og sosial ulikhet (Williams 1999). Tilnærmingen innebærer et standpunkt om at den det gjelder, har evne og vilje til å handle konstruktivt på egne vegne (Backe-Hansen 2001). I en drøfting av begrepene bruker eller aktør hevder Sandbæk (2001) at brukerbegrepet handler om menneskers forhold til hjelpetjenestene, mens aktør favner bredere. Folks hverdagsliv er sammensatt og kontakten med hjelpetjenestene inngår som en del av helheten i deres liv. Å betrakte et menneske som aktør innebærer at en også søker etter helheter og sammenhenger i folks hverdagsliv og ser hjelpebehovene i lys av denne helheten. Aktørperspektivet utfordrer dermed fagfolkens forståelse av sin egen rolle som hjelper.

3.3 Brukermedvirkning på flere nivåer

Utviklingen av brukermedvirkning kan vi følge på to nivåer. Det ene tar for seg *brukermedvirkning i relasjonen mellom profesjonelle og enkeltbrukere*. Det er en individuell tilnærming, også omtalt av Ørstadvik (1995) som en indre form for brukermedvirkning. Det andre nivået tar for seg *brukermedvirkning som påvirkning både av tjenesteutforming og politiske vedtak*. Det er et systemnivå og benevnes av Ørstadvik (1995) som en ytre form for brukermedvirkning. Inndelingen av brukermedvirkning i flere nivåer omtales av flere som har forsket og skrevet om brukermedvirkning i Norge, blant annet Rønning og Solheim (1999) og Alm Andreassen (1992, 2000, 2004), Ørstavik (1995, 2002). Når det gjelder utviklingen og arbeidet med psykisk helse finnes denne nivådelingen også i politisk vedtatte dokumenter om oppbyggingen av tilbud til mennesker med psykiske lidelser (St.meld 25 "Åpenhet og helhet" (1996-97) og i St.prp nr 63 "Opptappingsplanen for psykisk helse" (1999- 2006)). På den

måten kan en anta at helse- og sosialarbeiderne i en kommune vil bli utfordret til å arbeide med brukermedvirkning på flere nivåer.

Brukerens møte med hjelpeapparatet kan framstå som et trehodet troll, der det byråkratiske og det profesjonelle ikke alltid lyster det politiske, sier Rønning og Solheim (1999). De ser på kompleksiteten mellom politiske signaler gitt til de profesjonelle og den praksis som møter brukerne. Forholdet mellom politiske signaler og faglig autonomi kan være motstridende. På samme måte kan det være manglende samsvar mellom politisk vedtatte kvalitetsmål og politisk vedtatte ressursrammer. Rønning og Solheim peker også på den endring som skjer i brukergruppen, blant annet at utdanningsnivået i befolkningen er endret. Dette kan ha konsekvenser for hvordan profesjonell autoritet aksepteres i sin alminnelighet, noe som vil berøre relasjonen mellom de profesjonelle og brukerne.

3.3.1 Brukermedvirkning på individnivå

Individuell brukermedvirkning knyttes til behandlingssystemene og møter mellom profesjonelle og den enkelte som trenger hjelp. Synet på relasjonen mellom hjelper og den hjelpetrequende har historisk beveget seg i et spenningsfelt der den profesjonelle er ekspert, en patriarkalsk holdning fra hjelperne, og til samhandlingsformer som er bygget på samarbeid mellom to parter. I medvirkningsbegrepet ligger det et krav om å medvirke i forhold til en annen. For fagfolkene innebærer det at yrkesutøvelsen skal utformes i dialog med brukerne (Alm Andreassen 1992, Thommesen 2003). Kontrollaspektet er likevel en del av relasjonen. Dette spenningsfeltet kan også illustreres som et samarbeid som handler om makt i relasjonen mellom en behandler og en pasient og som også knytter an til de ideologiske røttene til brukerperspektivet. Her med referanse til behandlingssystemet i psykiatrien.

Illustrasjon av Ørstadvik 2002:

	<i>Behandlers kontroll</i>	
<i>Pasientens kontroll</i>	<i>Lav</i>	<i>Høy</i>
<i>Lav</i>	<i>Forsømmelse/anomi</i>	<i>Paternalisme /hjelpesuverenitet</i>
<i>Høy</i>	<i>Brukersuverenitet/consumerism (liberalismen)</i>	<i>Gjensidighet/brukermedvirkning Kommunitarisme</i>

Slik jeg forstår Ørstadvik søker hun å belyse sammenhengen mellom velferdsstatens syn på brukeren som velferdsaktør og de perspektiver som behandlingssystemet uttrykker i møtet med mennesker som trenger hjelp. Medvirkningsperspektivet legger på den ene siden vekt på brukeren rettigheter, men på den andre siden følger pliktsystemet med. I det ligger det en forpliktelse for brukeren om ansvarlighet og forpliktelse om å være aktiv deltaker. I relasjonelt arbeid hvor rettighets- og pliktsystemer inngår, vil det være fare for at brukerne får en gisselfunksjon (Ørstadvik 1996)

Fagfolk har blitt utsatt for kritikk både av klienter og av pårørende særlig i institusjonspsykiatrien, men også i helse- og sosialtjenester på kommunalt nivå. Det er gjort flere undersøkelser der utsatte grupper eller familier har fått mulighet til å uttrykke sine opplevelser i møte med profesjonelle. I en dansk undersøkelse beskrev Uggerhøj (1996) hva familiene la vekt på i møter med profesjonelle. De ønsket seg menneskelighet, ærlighet og engasjement. Denne formen for profesjonalitet kan også ses på som ” en utvidet form for alminnelig folkeskikk” (Rønning 1999:151) og det kan også vises til tidligere helse- og sosialombud i Oslo, Helge Hjort som på 1990-tallet beskrev sosialarbeidere som drittsekker. En kritikk han reiste mot sosialarbeideres holdninger og praksis i møte med klienter de skulle hjelpe.

En annen undersøkelse ser på sammenhengen mellom *selvrespekt og mestring* hos personer som har ulike hjelpebehov og deres møter med fagfolkene i helse- og sosialtjenestene (Solheim 2001). Hennes undersøkelse bygger på sosialhjelpsmottakeres dårlige klienterfaringer. Begrepet selvrespekt utdypes og kontrasteres i forhold til begrepet ydmykelse som deles i to, ydmykelsen av en persons verdi som menneske og den ydmykelse som oppstår når en person blir fratatt frihet og kontroll med egne vitale interesser. Her viser Solheim(2001:102) til Margalit. Ydmykelse sårer og krenker mennesket når det stilles spørsmål om ens verdi som menneske eller en blir fratatt kontroll over viktige forhold i eget liv. Det kan bli en eksistensiell trussel når hjelperen har makt over offeret. Solheim ønsker å verne om selvrespekten i sosialt arbeid og bruker den tradisjonelle *individorienterte* og den *radikale modellen* i sosialt arbeid når hun drøfter profesjonsroller som kan fremme brukermedvirkning. Hun peker på mulighetene som ligger i ”empowerment” hvor maktmobilisering av brukerne er avgjørende. Begrepet ” empowerment” omtales senere i

kapitlet. Den individorienterte modellen kan virke begrensende, ikke i forhold til deltakelse, men i forhold til en maktforskyvning mellom bruker og hjelpeapparat hevder hun.

Alm Andreassen (2001,2004) har arbeidet med å forstå dominansrelasjonen mellom hjelpere og brukere og har vist til Bordieu's begrep om habitus. Habitus er personenes inkorporering av den sosiale strukturen de er sosialisert inn. Handlingskompetanse og handlingsmotivering forstås som selvsagte – og tas for gitt. Ved hjelp av denne konstruksjonistiske innfallsvinkelen har Alm Andreassen (2001) studert hjelperelasjoner i et prosjekt som hadde definert at mange av de som kom til rehabilitering ikke fikk dekket sine behov i tilstrekkelig grad. Ved hjelp av brukernes egne historier framstod de som kompetente for de profesjonelle. Det påvirket hjelperollen blant annet ved at ekspertene lærte av sine pasienter, erfaringer som medførte endringer i ekspertenes selvforståelse. Det ble definert tre begrunnelser for brukermedvirkning i den individuelle hjelperelasjonen :

- det er *etisk riktig* at den skadde får definere sine egne behov (være deltaker i eget liv),
- det er en *helt nødvendig forutsetning* for vellykket resultat av det faglige arbeidet *at den skadde deltar aktivt* (gjør jobben),
- det er ”faglig logisk” *at en fagperson ikke kan være ekspert på det å leve med skaden i hverdagen* (i senforløpet har de skadde gjort så mange erfaringer, at det må tas på alvor).

Alm Andreassen viser til Szasz og Hollender fra 1950-tallet som viste til prinsippet om gjensidig deltakelse. Den nye hjelperollen er altså ikke ny, men fagfolkene må ” oppdage” den selv, erkjenne den ved å oppdage egen utilstrekkelighet i hjelperollen. Først når de ser sine pasienter som brukere, ser de den nye hjelperollen.

Den individorienterte tilnærmingen blir også vurdert som utilstrekkelig i en kronikk av Tone Alm Andreassen (1999). Hun påpeker den *maktassymetri* som ligger i en hjelperelasjon selv om brukeren får medvirke. Hun peker på noen særlige komplikasjoner som mennesker med psykiske lidelser møter hva angår brukermedvirkning som påvirkning av egen situasjon. Ved hjelp av Yngvar Løchens beskrivelser av den ”diagnostiske kultur” fra 1976, peker hun på den fare det ligger i at kritikk blir avvist og (bort)forklart med henvisning til pasientens diagnose. Løchen kritiserte den terapeutiske relasjonen som gjennomsyrrer all samhandling med det resultat at pasientens meningsinnhold blir neglisjert. Menneskers egenskaper og meninger blir symptomfortolket. I en demokratisk rettsstat skal ethvert menneske ha rett til

autonomi og medbestemmelse over forhold som angår dem. Alm Andreassen peker dermed på individuell medvirkning som begrensende. Den må suppleres med kollektive medvirkningsformer. I situasjoner der brukere kan reise saker som er frakoblet en selv og egne personlige behov vil det være lettere å fremme krav eller behov som gjelder andre.

I individuelle møter mellom profesjonelle og det enkelte menneske ligger det i dag en forventning om en faglig kultur som har kompetanse på flere nivåer sier Haugsjerd (2002). Det understrekes samtidig at det faglige arbeidet må baseres på en kultur som er brukerorientert og kjennetegnes ved respektfull, empatisk, hensynsfull og vennlig holdning i møte med mennesker. Haugsgjerd peker på helse- og sosialarbeidernes muligheter til å etablere en praksis basert på brukermedvirkning i oppbyggingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene. Den praksis han viser til, er møter med mennesker på individnivå som gir liten retning til det brukerperspektivet som kan gi brukerne mulighet til å påvirke hjelpesystemene og dermed gripe dypere inn i fagfolkenes domene.

3.3.2 Brukermedvirkning på systemnivå

Velferden henger nøye sammen med utviklingen som omfatter *rettighetsaspektet* i både sivile, juridiske, politiske og sosiale forhold og knyttes til framveksten av det moderne samfunnet. Denne inndelingen er utformet av den engelske sosialforskeren T.H. Marshall. Det moderne borgerskapet er uløselig knyttet til velferdsstaten. I utmålingen av velferdsgodene var det en dobbelhet både hva angår hjelp og kontroll, og mellom rettigheter og plikter. Borgerne møter velferdspolitikken i det konkrete møte med sin hjelper - som regel en saksbehandler - om sin individuelle sak. Fagfolkene – bakkebyråkratene – har nøkkelen til den sosiale rettighetsdimensjonen overfor borgerne. (Lipsky 1980).

Det andre forholdet som jeg vil trekke fram, har røtter tilbake til etterkrigstidens velferdsbygging, hvor tidligere helsedirektør Karl Evang (1938–72) var en sentral person. Han *integreerte fagprofesjonene i forvaltningen*. Denne tradisjonen har bidratt til å gi fagfolk en sterk rolle i forvaltningen og de gir viktige bidrag som innspillere til det politiske nivå også i dag (Rønning 1999). Brukermedvirkning kan også forstås ut fra *offentlige styringsprinsipper*. Ett av dem er at politiske beslutninger skal bygge på faglig kunnskap og ekspertise. Fagekspertisen har minst to betydninger sier Alm Andreassen (2000). Den har stor

betydning for livssituasjonen til funksjonshemmende som er avhengige av selektive hjelpetiltak og den har *betydning som innspill til utformingen av helse- og sosialpolitikken*.

Hvordan kan så brukervedvirkningen få betydning for disse to forholdene ? Brukerne vil med sin erfaringsbaserte hverdagslivskunnskap kunne tilføre den politiske diskusjon en annen kunnskap og et annet perspektiv enn det som tradisjonelt er blitt lagt til grunn, nemlig fagfolks kunnskap. Alm Andreassen mener at denne måten å betrakte brukervedvirkning på tilfører en alternativ og en supplerende forståelse til en tradisjonell forståelse av brukervedvirkning som interessekamp. En dialogbasert medvirkningsprosess kan ses på som brukerens gjenerobring av borgerstatusen – statusen som likeverdig, kompetent og meningsberettiget samfunnsmedlem. Brukervedvirkning handler derved om menneskers identitet, anseelse og status. En slik samarbeidmodell bygger på at kommunen og brukerne har felles interesser. Ved hjelp av brukerens medvirkning får kommunen mulighet til kvalitetsforbedring ved å tilbakemelde brukererfaringer til tjenestene.

Den faglige kompetansen er avgrenset og spesialisert og ikke sjelden er det uenighet mellom ulike skoleretninger innenfor samme fag. Fagfolkene og deres organisasjoner representerer også egne interesser. Deres anbefalinger og fagkunnskap alene gir ikke nødvendigvis godt nok grunnlag for de veivalg som tjenestene skal beslutte. Brukerkunnskapen representerer et supplement og et alternativt perspektiv. Både Alm Andreassen (2000) og Rønning (1999) peker på at dette vil bryte med det tradisjonelle partsborgerskapet hvor fagprofesjonene har hatt en rolle i å beskytte og forsikre seg om at brukerne fikk gode nok og tilstrekkelige tilbud. Når fagfolkene opptrer som brukernes talspersoner har det vært med en begrunnelse om at de ikke har kunnet tale på egne vegne. På den måten har fagfolkene fått grunnlag for å legitimere politisk handling. Det er uttrykk for paternalisme i klientrelasjonen, noe som igjen har hatt betydning for brukernes politiske statsborgerskap.

Det interessepolitiske trekket ved brukervedvirkning knyttes til framveksten av *den korporative kanal*. Det vil si en samhandling mellom interesseorganisasjoner og sentrale faglige og politiske myndigheter, og styres etter prinsippet om at de parter som berøres av politiske vedtak skal ha særlig mulighet til å bli hørt. Denne samhandlingen foregår i et mer eller mindre formalisert samarbeid. Brukervedvirkningen kobles til påvirkning av politiske prioriteringer og interesseorganisasjoners mulighet til å kjempe for sine medlemmers

interesser. Rønning (1999:61) viser til forskeren Stein Rokkan som har påpekt at det er de ressurssterke organisasjonene som klarer å påvirke, mens Alm Andreassen (2000:181) viser til Hernes som sier at det er legitimt å gi en svakstilt samfunnsgruppe slik som funksjonshemmede, særskilte deltakelsesmuligheter og institusjonalisere deres innflytelsesmuligheter. Det har medvirket til at kommunale råd for funksjonshemmede ble etablert, anbefalt allerede i 1970 i et rundskriv til Lov om sosiale tjenester – en sikring for at også svakstilte grupper skulle være deltakere i politikken som fordelingskamp. I arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse legger staten ved Sosial- og helsedirektorater sterke føringer på kommunen for at de de både skal bevilge penger til brukerorganisasjonene og bistå dem med organisering ut fra den tradisjonelt svake posisjonen mennesker med psykiske lidelser har hatt og som en nå vil styrke (IS-1/2003, IS-1/2004)

Mennesker med psykiske lidelser har i liten grad blitt betraktet som funksjonshemmet. Det har derfor vært interessene til fysisk funksjonshemmede som har blitt mest fokusert i rådernes arbeid. I fellesorganisasjonen for funksjonshemmede (FFO), en paraplyorganisasjon for brukerorganisasjonene, har i dag organisasjonen Mental Helse som medlem. Mental Helse har derved søkt en tettere kontakt og etablert et interessefellesskap med andre brukerorganisasjoner.

Alm Andreassen skiller mellom ulike formaliseringsgrader av brukermedvirkning fra det å kunne gi uttrykk for egne erfaringer eller meninger (for eksempel brukerundersøkelser vedrørende hjelpetiltak, høringsuttalelser i forbindelse med politiske prioriteringer) til at beslutningsansvaret helt og holdent ligger hos brukeren ved for eksempel fritt sykehusvalg. Brukermedvirkning blir dermed av mange klassifisert etter grad av innflytelse. Rønning og Solheim (1999) henviser til Strombergs skala med ni nivåer som kan brukes til å rangere brukermedvirkning med henholdsvis fullstendig medvirkning og passiv medvirkning som ytterpunkter.

Det individuelle møtet mellom klienten eller pasienten og den profesjonelle er ikke bare et møte mellom to personer. For klienten er det også et møte med en organisasjon og et hjelpeapparat som representeres av den fagperson en møter. Brukermedvirkning på organisasjons- og politisk nivå gir brukerne av tjenestene mulighet til påvirkning og innflytelse og de representerer en erfaringskunnskap som gir et bredere beslutningsgrunnlag.

Både i St.meld. nr 25 og i "Opptappingsplanen" understrekes alle disse formene for brukervedvirkning og det argumenteres for nødvendigheten av brukervedvirkning og et brukerperspektiv i arbeidet med psykisk helse på alle nivåer. På samme tid springer tanken om brukervedvirkning ut fra forskjellige samfunnsmodeller slik en har sett det i fellesskapsmodellen fram til 1980-tallet og markedsmodellen som har vokst fram på 1990-tallet og framover. Brukervedvirkning i praksis vil dermed ha forskjellige begrunnelser.

3.4 Brukerperspektivet og begrunnelser for brukervedvirkning

Kravet om brukervedvirkning har vært et gjennomgående tema i helse- og sosialtjenestene og det er et viktig og uttalt mål for tjenesteutviklingen innen psykisk helse. I arbeidet med å gjennomføre opptappingsplanen for psykisk helse har de helseministerene som har fulgt planarbeidet så langt, tatt fram brukervedvirkningen som en holdnings- og kulturendring for fagfeltet ved en rekke anledninger. Det har dermed interesse å utdype hvilke begrunnelser eller motiver som fagfolkene i praksis har for å gjennomføre brukervedvirkning.

Ørstavik har i flere artikler (1995,1996, 2002) omtalt brukerperspektivet og dets implikasjoner, det samme har Alm Andreassen (1992,1995,1996,1999, 2001) Argumentene for brukervedvirkning er flere og fremføres både av politikere, fagfolk, forskere og av brukerne selv.

Brukerperspektivet i den offentlige debatten er motivert ut fra tanken om enkeltindividets rettigheter. Det omtales som *menneskelige argumenter* som kan dreie seg om å gi brukerne borgerstatus tilbake. ” Den vet best hvor skoen trykker som har den på ”. Det kan også omtales som et demokrati- og deltakelsesargument og her vil både det politiske miljøet og Kommunenes Sentralforbund stille seg bak. Det samsvarer også med yrkesetiske prinsipper for helse- og sosialarbeiderne.

Et annet perspektiv er *økonomiske argumenter* som henspiller på arbeidslinja som ble introdusert på 1990 – tallet. Argumenter som er knyttet til oppfatningen om at aktive deltakere er billigere og følgelig billigere for velferdsstaten enn passive mottakere. Helse- og sosialarbeidere som arbeider på sosialkontor, har bruk for den etiske refleksjonen når de møter brukere som har behov for sosialhjelp, men også de som arbeider innenfor den enkelte resultatenheter innenfor den ”nye” kommunemodellen, vil møte en nytte – kostnadstenkning når

tjenester prisfastsettes pr. enhet.

Det finnes også *terapeutiske argumenter* for brukermedvirkning. Brukermedvirkning hevdes å ha medisinske og rehabiliteringsmessige effekter og brukeraktivitet bidrar derved til at en ikke ligger andre til byrde. En annen begrunnelse i samme retning er : ”Pasient- eller klientmedvirkning i utformingen av behandlingstilbud bidrar til at behandlingen følges opp. Pasientene stiller ikke opp dersom de ikke ønsker behandlingen ”(Alm Andreassen 1995). Det er også et effektivitetsargument sier Rønning og Solheim. Det terapeutiske argumentet bygger også på tanken om at aktivisering gjør at man blir frisk og underforstått at lediggang er roten til alt ondt (Ørstadvik 2002).

I forlengelsen av begrunnelsen om at aktivitet gjør en frisk kan en registrere *moralske argumenter* for brukeraktivitet. Den passive klienten lever godt på andre skattebetaleres penger og mangler god moral. Et argument som bygger på ideen om at gode mennesker klarer seg selv og ikke ligger andre til byrde. Det kan også ligge en mindre human retorikk bak sier Ørstadvik (2002) : Å være svak er et tegn på moralsk mindreverd; den svake må vise styrke for å vinne aksept. Ansvarliggjøring er en annen måte å formulere det på; enkeltindividet må selv ta ansvaret for sin situasjon, ikke overlate det til en passiviserende velferdsstat (Rønning og Solheim 1999).

Det *pedagogiske argument* henspeler på en tanke om at samfunnets klienter må lære samfunnsdeltakelse igjen er begrunnelsen for aktiv deltakelse i behandling og rehabilitering. Gjennom arbeid og selvforsørging lærer de både arbeidets gleder og å bli et fullverdig medlem av samfunnet.

Profesjonsargumentene for et brukerperspektiv kan synes å være av to slag – det snille som sier at fagfolk kommer til kort og må lære av klientene, og det slemme argumentet som sier at fagfolk er lei ansvaret for de ”svake” og ”vanskelige” gruppene og skyver ansvaret for hjelpen over på brukerne. Når samhandlingen mellom profesjonell og bruker tipper over på den ” slemme ” varianten er det ikke lengre et møte mellom likeverdige parter (Ørstadvik 2002). Hjelperelasjonen kan dermed komme til å bryte den alminnelige omgangsformen for møtet mellom mennesker (Alm Andreassen 1995). Sosiologen Erwing Goffman (1991) har analysert våre samhandlingsritualer i hverdagen og hvordan disse bidrar til å anerkjenne eller underkjenne vår identitet og selvrepresentasjon.

Da jeg valgte case- kommune visste jeg at de arbeidet med brukervedvirkning, men jeg visste ikke noe om de begrunnelser som var framtreddende verken hos kommunen som organisasjon, hos helse- og sosialarbeiderne eller blant brukerne selv.

3.5 Former for brukervedvirkning

Det reises krav fra brukermiljøer og brukerorganisasjoner om innflytelse og medvirkning på områder som gjelder medlemmenes liv og helse. I tillegg kan brukervedvirkning være en interessekamp for å bedre brukergruppers velferd og levekår. Eller det kan være brukervedvirkning som en samarbeidsmodell for brukertilbakemeldinger i den hensikt å gjøre tjenestene kvalitativt bedre. Hva skal så til for at brukervedvirkningsprosesser skal bli reelle og faktisk gi innflytelse ? Slike spørsmål søkes besvart på møteplasser der funksjonshemmedes interesser drøftes.” Forum for brukervedvirkning ” oppsummerte noen forhold som kunne bidra til å minske devalueringen av brukerne og styrke brukerperspektivet. Følgende forhold skisseres som betydningsfulle;

- *Krav til organisering av de offentlige tjenestene*
- *Krav til organisering av beslutningsprosessene*
- *Kompetansen om brukervedvirkning må økes blant offentlig ansatte*
- *Rammebetingelsene for brukerens medvirkning må tilrettelegges praktisk og økonomisk*
- *Dyktiggjøring og mobilisering av brukersiden, inkludert skoling*

(Alm Andreassen 1996)

Hvilke samhandlingsformer kan være mulige for framtiden, spør Rønning (1999). Brukerne kan trekkes med i utformingen av tjenestene noe som kan resultere i selvforsterkende endringsprosesser både på organisasjons- og individnivå. Rønning tar også i bruk det Schön (1983) benevner som en ”refleksiv praktiker” som en forutsetning for utformingen av en lærende organisasjon. I arbeidet med å utvikle brukervedvirkningsformer kommer både organisasjonsforhold og fagfolkens endringsvilje i fokus. Det er gjort et forsøk på å utvikle brukervedvirkning som endringsmekanisme i psykisk helsevern i den hensikt å oppnå kvalitetsforbedringer gjennom tilbakeføring av brukertilbakemeldinger. Den lærende organisasjon tar i bruk kunnskapen fra brukersamarbeidet og i evalueringrapporten brukes begreper som enkelt- og dobbeltsløyfet læring (Alm Andreassen, Grut 2001). Fagfolkene tenderte til å reagere på brukertilbakemeldingene enten ved å underkjenne brukernes synspunkter eller, der fagfolkene gjennomgikk en dobbeltsløyfet læringsprosess, så de etter

hvert på brukerne som partnere med refleksjonsevne og evne til å vurdere. De peker dermed på noe grunnleggende som må være til stede for å kunne etablere ulike brukervedvirkningsformer.

I faglitteratur som tar opp brukervedvirkning skisseres hvilke ulike former brukervedvirkning kan ha.

Rønning & Solheim 1999:

- *Befolknings- og brukervedundersøkelser*
- *Åpne møter eller høringer*
- *Forventningskonferanse, visjonsverksteder og søkekonferanser*
- *Arbeids- og referansegrupper*
- *Kommunale brukerråd og samarbeidsutvalg*
- *Brukerstyring*

Andre former for brukervedvirkning skisseres i et lite hefte utgitt på Kommuneforlaget i 1998. Her beskrives "Verkstedmodellen", en møteplass med utgangspunkt i den svake part; der alle yter sitt bidrag – stort eller lite (Aanestad 1998). På videreutdanningen i psykisk helsearbeid i Vestfold skisserer en studentgruppe "Dialogkonferanser" som en utviklingsmodell for brukervedvirkning (Keshavarzy med flere, 2001).

Et nordisk bidrag som tar opp kompetanse- og metodeutvikling innen det psykiske helsearbeidet på kommunalt nivå, følger noe av den samme tenkningen. Kunnskaper om eget fagfelt, kommunikasjonsevne og kollegaveiledning er stikkordene. Det underliggende temaet er å styrke samhandlingen med brukeren og der i gjennom utvikle forståelsen for brukers perspektiv (Blæhr 2002). Ytterligere ett bidrag kommer fra England, Avon and Western Wiltshire Mental Health Care NHS Trust (2000) som har utviklet en strategi for brukervedvirkning som bygger på empowerment og involvering. Ved hjelp av organisering og regler for brukerdeltakelse vil de styrke brukernes muligheter til kontinuitet og reell deltakelse.

3.6 Fagfolkene og brukervedvirkning

Det er de psykiatriske sykepleierne mer enn noen annen gruppe som har preget det psykiske helsearbeidet i kommunene de siste 25 årene, en liberofunksjon (Hummelvoll 1997). Sykepleiernes kunnskapssyn har derfor naturlig nok påvirket utviklingen av kommunehelsetjenesten. Tradisjonelt har de støttet seg faglig til omsorgsbegrepet bygd på

Kari Martinsens omsorgsfilosofi som kan skisseres ut fra tre betydningsfulle stikkord – relasjoner mellom mennesker, praktisk handling som hjelp og støtte, og moral som uttrykkes i samhandlingen med andre. Dette har preget den tidlige fasen i utviklingen av psykisk helsearbeid i kommunene. Nå ses konturene av en endring etter at vi fikk den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid, (Rammeplan og forskrift 1997) som bygger på et tverrfaglig og eklektisk perspektiv for det psykiske helsearbeidet. Den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid har åpnet dørene for flere faggrupper som vernepleiere, sosionomer, fysioterapeuter og barnevernspedagoger og gitt mulighet til også å ta i bruk det sosialfaglige perspektivet og det vernepleiefaglige. Den sistnevnte faggruppen har tradisjonelt stått i skjæringspunktet mellom medisin og pedagogikk (Borge 2000, Horndalen 2003).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleierne ble vedtatt i 1982 (Hummelvoll 1997) og revidert 18. oktober 2001. Yrkesetisk grunnlagsdokument for sosionomer, barnevernspedagoger og vernepleiere ble etter revisjon vedtatt på Fellesorganisasjonens kongress i 2002. Begge dokumentene bygger på FN's menneskerettighetserklæring og på internasjonal etikk slik det kommer til uttrykk for sykepleierne i International Council of nurses (ICN) og for sosialarbeiderne i International Federation of Social Workers (IFSW).

Sykepleierne bruker begrepet "pasient" og "pårørende" i sitt yrkesetiske dokument. Sosialarbeiderne bruker det vide begrepet "mennesker", men begrenset til mennesker de møter innenfor det helse- og sosialfaglige arbeidet, benevnes de som "bruker/klient". Begreper som menneskelivets ukrenkelighet, respekt for enkeltindividet og menneskets iboende verdighet er fellesnevnerne for alle faggruppene.

Om sykepleieren og pasienten heter det i punkt 2.3 at "sykepleieren respekterer pasientens rett til å ta egne valg" og i punkt 2.4 - "Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen blir forstått". Sykepleieren bruker også begreper som, "viser omsorg for alle som lider..."(2.1), "beskytte og bevare liv..."(2.2), "beskytter pasienten mot krenkende handlinger..."(2.6), "ivaretar pasientens rett til vern ..." (2.7) og "unngår relasjoner som kan føre til utnyttelse av pasienten"(2.8).

Sosialarbeiderne omtaler relasjonen mellom yrkesutøver og bruker/klient under punkt 3, i sju punkter. Om møtet mellom mennesker heter det ”Helse- og sosialfaglig arbeid utøves i møte mellom mennesker ”. Disse møtene må baseres på prinsippene om ”lojalitet med den mest utsatte parten ..” (3.2), ”myndiggjøring til å ta i bruk egne ressurser ...”(3.3), ”i spørsmål om makt og myndighet er det nødvendig å lytte til brukerens/klientens egen beskrivelse av ...” (3.4), ” skal kjempe mot unødvendig bruk av tvang ”(3.5), ”bruke skjønn og dømmekraft ”(3.6) og ”ivareta taushetsplikten”(3.6).

Disse to yrkesetiske erklæringene bygger på de samme prinsippene. Idealene for praksis har ulik utforming. Det ser ut for meg som at sykepleierne vektlegger den barmhjertige og den beskyttende dimensjonen ved sin praksis, mens sosialarbeiderne tydeliggjør mer den ressursorienterte tilnærmingen. Sosialarbeiderne inkluderer også bruker/klient i målgruppen for retningslinjene. Min tanke om det er at de derved ønsker å gjøre kjent for sine samhandlingspartnere hvilke yrkesetiske standarder de ønsker å stå for. Sykepleieren er også opptatt av å skape debatt rundt sine yrkesetiske leveregler. Det kommer fram i forordet til sykepleiernes retningslinjer. Det antydes dermed at det ikke er gitt at en som profesjonell klarer å etterleve sine yrkesfaglige idealer og derfor trenger en løpende diskusjon, både i egen yrkesgruppe, men også ved å gå i dialog både med dem en skal hjelpe og andre samarbeidspartnere.

Helse- og sosialarbeiderne har utviklet sin profesjonalitet og etikk i spenningsfeltet mellom troen på den instrumentalistiske mål-middeltenkningen som fagbyråkratiet kan være et eksempel på, og som har preget utviklingen i det moderne samfunnet, og det syn at mennesket må behandles som et mål i seg selv sier Halvorsen (1996:122-123) og hun referer til, Charles Taylor som hevdet at instrumentalismen stengte for innsikten om at mennesket ikke er en ting, men et selvfortolkende dyr. En instrumentlistisk tenkning vil ikke kunne fange opp menneskers identitets- og verdiproblemer som kan oppstå når endringsprosesser bryter med den selvforståelsen som er etablert gjennom erfaring, tradisjon og historie. Halvorsen støtter seg også til Honneth syn om at den tradisjonen som ser på mennesket som selvfortolkende, retter også oppmerksomheten mot krenkelser og ydmykelse som kan oppstå når mennesker ikke gis mulighet til å oppnå anerkjennelse og respekt. Dette, sier Honneth, handler om å gi rom for nye sosiale identiteter og anerkjennelse for at det eksisterer mange ulike, men likeverdige livsformer. Ser vi modernisering av samfunnet som et spørsmål om å

etablere relasjoner som er basert på gjensidig anerkjennelse mellom ulike sosiale identiteter, vil det stå i kontrast til de sosiale ingeniørers forståelse av modernisering som noe som må etableres ovenfra og læres ut til befolkningen (Halvorsen 1996). Helse- og sosialarbeiderne i kommunen er selv aktører som plasserer seg faglig i dette spenningsfeltet, og deres yrkesetiske retningslinjer bidrar til å gi retning. Alm Andreassen (1995) peker på at brukermedvirkning kan begrunnes som en demokratisk rettighet, og da står brukeren i fokus. Når begrunnelsen for medvirkning er kvalitetssikring, står tjenesteytingen i fokus – brukermedvirkning blir da et middel for å oppnå effektive tjenester.

3.7 Brukernes egne stemmer

I arbeidet med å finne ut hva brukerne selv mente om brukermedvirkning, tok jeg i bruk både litteratursøk og hentet informasjon og tips fra flere nettsteder hovedsakelig fra Norden, England og USA. Her fant jeg talspersoner for mennesker med psykiske lidelser som selv hadde vært brukere av psykiatriske tjenester eller var det fremdeles. De var også fagpersoner, skribenter, talspersoner og bidragyttere i det offentlige rom der situasjonen til mennesker med psykiske lidelser ble drøftet. I likhet med andre funksjonshemmede var de engasjert i hvordan samfunnet møtte dem og tilrettela for dem slik at de kunne fungere best mulig i hverdagslivet. Brukerne omtalte særlig *empowerment* som en strategi, men også begrepet *recovery* var omtalt. Ett av brukernes prosjekter var deres egen historiefortelling hvor det refereres til at det i USA så sent som i 1995-97 ble skrevet fire store bøker om mental helses historie i Amerika uten at de inneholdt en eneste førstehånds informasjon fra personer som tidligere hadde hatt psykiske lidelser (National center for empowerment U.S.). I etterkant har brukere arbeidet med et historieprosjekt som ville hente fram brukernes egen historieskrivning (*discovery*), og gjenskape (*recovery*) en del av historien ved å restaurere ”glemte” kirkegårder ved statshospitalene, en form for sorgbearbeiding og gjenreising av selvaktelse – ” *we are people too* ” . Historien kunne videreformidles til brukere gjennom et lysbildeshow (Pat Deegan 1999).

”*Center for Psychiatric Rehabilitation*” universitetet i Boston USA har knyttet til seg brukere som er aktivister. En av dem, Judy Chamberlin sier om seg selv, ” *I am a psychiatric survivor* ”. Hun har vært talskvinne for de psykiatriske pasientenes rettigheter og har skrevet en rekke artikler om temaet selvhjelp. Chamberlin har sammen med en gruppe av ” *survivors* ” i et forsøksprosjekt forsøkt å definere *empowerment* for å hindre utvanning av innholdet i begrepet. Politikere har blant annet brukt ”*empower*” om brukerne for å forsvare kutt i

velferdsgoder. Deres argument har vært at brukerne ble mer selvstendige. Brukergruppen definerte hele 15 kvaliteter ved empowerment som;

” makt til å ta beslutninger, tilgang til informasjon og ressurser, muligheter til å velge, selvsikkerhet, lære å tenke kritisk, lære å uttrykke sinne, ikke føle seg alene, forstå at mennesker har rettigheter, delta i endringer i eget liv og i lokalsamfunnet, lære ferdigheter som anses som viktig for enkeltindividet, endre andres oppfatninger av at en selv ikke kan handle på egne vegne, komme ut av skapet, vekst og endring er vedvarende og initiert av en selv, øke sitt eget selvbilde og komme over stigmatiseringen ”.

Gruppen hevdet at empowerment er et komplekst og sammensatt begrep, og de mente at alle kvalitetene sjelden ville være til stede, men mer eller mindre. De understrekte mer betydningen av prosessen og mindre selve hendelsene (Chamberlin 1997).

Recovery defineres av Pat Deegan (1997a og b) Hun har selv levd med en psykisk lidelse i mange år, er utdannet psykolog og arbeider med prosjekter og fagutviklingsopplegg.

” Bedringsprosesser er en betegnelse for individets erfaringer med å komme seg gjennom og overkomme psykiske problemer og hindringer i hjelpeapparatet så vel som i samfunnet for øvrig ”.

Hun setter fokus på *egeninnsatsen, opplevelsen og den personlige utvikling*. Det skisseres som en motsats til rehabilitering som dreier seg om fagfolkens innsats for å støtte den enkelte i hans eller hennes bedringsprosess (*Borg og Topor 2003*). Deegan tar utgangspunkt i brukeren som aktør og dennes opplevelse.

Peter Beresford, bruker og professor i sosialpolitikk i England har vært opptatt av brukernes medvirkning i forskningen. På en konferanse om *” Brukermidverkan i kunnskapsutveckling ”* arrangert av Socialstyrelsen i Stockholm i 2002, stilte han i sitt innlegg noen ideologiske og kritiske spørsmål og sa at det gjør en forskjell hva som er utgangspunktet for brukermidverkingen. Det gjør en forskjell om forskningen dreier seg om å måle brukertilfredshet eller om det dreier seg om brukernes rett til både å stå opp og tale sin egen sak og kunne gjøre det via brukerorganisasjonen. Beresford kritiserer at tjenestene gjør brukermidverking til et teknisk-praktisk spørsmål, og at de er lite interessert i de ideologiske sidene ved brukermidverking. Forskerne kritiseres også for se på brukermidverking som en måte å øke sin egen kunnskap på, mens brukerne ønsker at forskningen skal påvirke tjenestene. Det finnes i dag lite brukerstyrt forskning.

I en artikkel om brukeres kunnskap og sosialt arbeids teori spør Beresford (2000) om det er konflikt eller samarbeid. Han hevder at det er et problem for faget sosialt arbeid når de søker å oversette brukernes erfaringsbaserte kunnskap. Det er behov for direkte brukerinvolvering i utviklingen av sosialt arbeids teorier. Men skal brukerne kunne gjøre seg gjeldende, må det samtidig legges til rette for at brukerne selv kan få støtte og mulighet til å utvikle deres egne prioriterte og separate diskusjoner om teori, inkludert sosialt arbeids teori. Grunnlaget for en slik utvikling må baseres på gjensidig respekt, lik verdsetting av bidragene og gjensidig eierskap og kontroll av kunnskapsdebatten. I en senere artikkel (Beresford 2003) har han argumentert for kompleksiteten og vanskelighetene med brukerinvolvering i forskningen. Det er manglende samsvar mellom engasjementet i fagfeltet og virkeligheten som viser svært få brukerkontrollerte forskningsprosjekter.

Beresford (2002) har også bidratt med synspunkter på forholdet mellom funksjonshemming (disability) og mennesker med psykiske lidelser (mental health service users/survivors). Den debatten er reist lokalt i brukermiljøene. Beresford er kritisk mot teoretikere som selv er fysisk funksjonshemmet som Oliver og Barton, for manglende engasjement overfor mennesker med psykisk funksjonshemming. I samme artikkel oppfattes Gabel og Shakespeare å akseptere ” *den medisinske modellen*” som forklaringsmodell for psykisk funksjonshemming. Dette samsvarer ikke med det syn de ellers står for i spørsmålet om funksjonshemming hvor de legger vekt på samfunnets manglende tilrettelegging som hovedinnfallsvinkel til funksjonshemmedes vanskeligheter (Beresford 2002). Kritikken reiser interessante problemstillinger i skjæringspunktet mellom perspektivene på psykisk lidelse, den historiske utviklingen og hvordan organisasjonene vil utvikle denne diskusjonen videre på lokalt nivå.

I Skandinavia har brukerorganisasjonen *Riksförbundet för social och mental hälsa* i Sverige tatt opp brukermedvirkning på sin nettside. Her har de presentert en 15. punkts strategi for brukermedvirkning, presentert i prosjektet ” *Vardagsmakt – nya möjligheter till inflytande*” der ett tema er hvordan mennesker skal få tilbake makten og kontrollen over eget liv og mer innflytelse overfor organisasjoner og institusjoner som påvirker dem. *Mental Helse* i Norge har bygd opp organisasjonen de siste 25 årene med væresteder, aksjonsuker og hjelpetelefonen. I 2003 hadde Mental Helse 6000 medlemmer og rundt 180 lokallag i 19 fylker. Organisasjonen har engasjert seg sterkt i arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse og har sammen med andre brukerorganisasjoner spilt inn sine krav til statsbudsjettet,

som f.eks. styrking av brukerdeltakelse og innflytelse, oppbygging av brukernetter (innspill 2003), krav som fokuserer på brukernes muligheter til innflytelse og andre krav som omfatter styrking av velferdstilbud og tjenester (innspill 2004).

Statsforvaltningen har lagt opp til et systemisert samarbeid med en rekke brukerorganisasjoner i gjennomføringen av opptrappingsplanen ved opprettelse av en referansegruppe og en informasjonsgruppe med deltakere fra *Mental Helse* (MH), *Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien* (LPP), *Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelse* (IKS), *Angtsringen, Voksne for Barn* (VFB), *Norsk selvhjelpsforum* (NSF) og *Funksjonshemmedes fellesorganisasjon* (FFO). Organisasjonene bidrar dels i delutredninger og dels gir innspill til utformingen av det psykiske helsearbeidet. Enkelte innspill om brukerdeltakelse trekker fram empowerment som nødvendig for å styrke menneskets egenkraft (Talseth 2000). Det stilles krav om at brukerdeltakelse må integreres i utdanningene.

Organisasjonenes uttalelser til statsbudsjettet for 2003 var delt opp i flere innspill. Ett av dem er kritisk til det manglende samsvar mellom politisk bestilling til brukerorganisasjonene og den sum som avsettes til oppbygging og drift av organisasjonene. Et annet sentralt punkt var kravet om kompetanseheving i fagfeltet og særlig i kommunene. De oppfattes som flaskehals i endringsarbeidet. Temaer som individuell plan, tiltaksutvikling på kommunalt nivå, brukermedvirkning på systemnivå og brukermedvirkning som metode er sentrale for organisasjonene (20. juni 2002). Fra Mental Helse reises krav om brukerstyrt sentra i hvert fylke som hjelp til å etablere brukernetter i lokalsamfunnet, krav om endring i hjelperollen med fokus på rettigheter, menneskesyn, krenkelser og overgrep. I tillegg reises en rekke krav om forsterket innsats på flere av opptrappingsplanens satsingsområder (6. juni 2002).

Mennesker med psykiske lidelser er ingen ensartet gruppe og de er i ferd med å innta det offentlige rom med innspill på mange områder. Deres agenda er å jobbe mot det stigma og mot den usynliggjøring som samfunnet har møtt dem med. De tar i bruk virkemidler som bryter med den oppfatning som finnes om at mennesker med psykiske lidelser ikke er i stand til å være aktør i eget liv. Både gjennom enkeltmenneskers innsats og gjennom brukerorganisasjonene utfordrer de blant annet fagfolkens forståelse av at det går an å leve med en psykisk lidelse og hvordan det arter seg.

3.8 Brukermedvirkning og empowerment.

Andre bidrag som tar opp psykisk helsearbeid i kommunene spesifikt er danske. ” *Socialt arbejde med sinnslidende* ” (Adolph, 1999) har en sterk forankring i brukerperspektivet og leseren inviteres med til en reise i den sinnslidendes livsverden. Dersom vi som profesjonelle ikke evner å sette oss inn i menneskets hverdagsliv, kan vi vanskelig ta den andres perspektiv. Denne utfordringen videreutvikles i boken ” *Liv i fokus* ” (Ramian og Gustafsson 2001) – et prosjekt som nettopp vil bruke fortellinger fra folks hverdagsliv som metode i sosialt arbeid – gjøre det til daglig praksis. Brukermedvirkning er en forutsetning for å forstå menneskets livsform og livsmønstre som ramme for den sosiale og personlige integrasjon. Den handler om å bli forstått som medborger med rettigheter i samfunnet og en erkjennelse av at mennesket er skaper av sin egen livskvalitet.

Empowermentbegrepet er primært utviklet og anvendt i USA med utspring i borgerrettsbevegelsen, i kampen mot fattigdom og rasisme (Solomon 1976) og i kvinnefrigjøringsbevegelsen, selv om begrepet historisk kan plasseres i Latinamerika med Paulo Freire (1999) som opphavsmann. Freires tanker og utvikling av læringsmodeller for analfabeter, kjent som frigjørende pedagogikk, har satt sine tydelige spor i utviklingen av empowermentteoriene. Det er gjennom kritisk tenkning en kan arbeide mot sann frigjøring, en prosess hvor man gjenvinner sitt menneskeverd og frigjøring gjennom praksis.

"Empowerment" er et engelsk ord som en ikke har funnet en dekkende oversettelse for i Norge, men ordet ”myndiggjøring” er brukt som oversettelse. Myndiggjøring har på engelsk en tredelt betydning: ”å gi makt til”, ”å gjøre i stand til”, ”å tillate”. I faglitteraturen har flere brukt denne oversettelsen (Hansen 1996, Askheim 1998, 2003, NOU:1998:18, Andersen 2000). Det finnes flere nordiske oversettelser som ”selvoppreisning” (Faureholm 1996), ”maktgjørende”, og ”mobilisering” i Sverige (Forsberg og Starring 1997). I Norge er også begrepet ”bemyndigelse” brukt (Stang 1998). Det viser at det er vanskelig å finne noen entydig felles benevnelse for det engelske ordet som er i ferd med å gli inn i den norske språkbruken i likhet med mange andre engelske ord.

Empowerment har i alle tilfelle med overføring av makt å gjøre (Askheim 2003, Stang 1998). Tilnærmingen legger til grunn et syn på mennesket som et subjekt med evne til å delta i beslutninger og handlinger som gjelder eget liv og som selv vet hva som er bra, nyttig og

viktig for dem selv (Starrin 1997, Slettebø 2000). Den individuelle dimensjonen er rettet mot prosesser og aktiviteter med sikte på å øke individets kontroll over sitt eget liv (Askheim 2003). Empowerment kan begrunnes som motvekt mot klientifisering (Andersen 2000) og bygger på en ressursorientert tilnærming og har fokus på likeverd, partnerskap, samarbeid og brukermedvirkning på individnivå.

Men empowerment har også en strukturell dimensjon som handler om fjerning av barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som opprettholder ulikhet, urettferdighet og manglende muligheter for kontroll over eget liv (Andersen 2000, Askheim 2003). Da vil empowerment handle om å etablere strukturer som gjør det mulig å bedre sin egen og gruppens situasjon hva angår økt velferd, levekår og livskvalitet. En makt til å omfordele samfunnets ressurser. Slettebø (2000) hevder at det er en tendens til å redusere empowerment som tilnærming i sosialt arbeid til en individuell psykologisk bevisstgjøringsprosess. De kollektive og politiske sidene blir det ikke grepet fatt i. Den strukturelle dimensjonen vil fokusere på en maktanalyse av klientens helhetlige situasjon og arbeidsformene vil ofte være kollektive.

Når vi snakker om empowerment som makt til brukerne har vi en motsats i avmakten. Empowermenttenkningen vil rette oppmerksomheten mot både de individuelle og de samfunnsmessige forhold som bidrar til avmakt. Empowerment søker ut over deltakelsesnivået mot en mer direkte makt over beslutningsprosesser. Fagfolkene posisjon vil dermed måtte endres mot en rolle hvor de fungerer som konsulenter overfor brukerne.

Andersen (2000) har jobbet med flere prosjekter i Danmark, blant annet med brukerstyring og frivillig arbeid for å styrke nettverket til arbeidsløse. Et annet prosjekt omhandlet empowerment i psykiatrien i Århus amt, hvor de profesjonelle var målgruppe. Her hevdes at profesjonelle må ha en forståelse av sin egen makt og avmakt i sin fagutøvelse. Med referanse til Blumenfeld skisserer Andersen (2000) fire strategier fagfolkene må holde fast på for å lykkes med en empowermenttilnærming. For det første må de være i stand til *å se og holde fast på perspektivet*, ha evne til å fokusere på hva de vil selv om mange spiller inn fra sidelinjen. For det andre må de *analysere individuelle og strukturelle forhold* de står overfor i praksis slik at de utvikler tjenester som er basert på befolkningens reelle behov. For det tredje må *det faglige arbeidet tilføres en verdi* ved å være dyktige problemløsere, sette seg mål de kan evaluere og de må kunne håndtere forskjellighet. For det fjerde må fagfolkene *ta eierskap*

over egen praksis, noe som stiller krav til kommunikasjonsevne. Fagfolk må formidle seg selv og sin praksis på selvstendig grunnlag og ikke la byråkratiet overta eierskapet. Fagfolkene har makt i kraft av sin ansettelse og mulighet til myndighetsutøvelse. Likevel kommer også fagfolk i situasjoner som oppleves som avmakt. For fagfolkene kan både lønn, status, stressende arbeidsforhold være forhold som påvirker en følelse av å mangle adgang til makt i systemet. Dermed rettes fokus mot dilemmaer og paradokser i en praksishverdag hvor brukere og fagfolk møtes.

Andre forfattere, Parker, Fook og Peace (1999) har knyttet empowerment til det ”moderne” og stilt spørsmål om tenkningen kan tilpasses et postmoderne samfunn som preges av oppdeling og fragmentering. Tanken om konsensus vil mislykkes, enkeltmennesket trenger andre redskaper som kulturforståelse og arbeid for å styrke den enkeltes beslutningsevne i møte med det ukjente. De bruker Foucaults teorier om makt i relasjonen og skisserer frigjørende aspekter ved empowerment som kan knyttes til det postmoderne samfunn. De sier at det postmoderne konsept for empowerment kan være – fritt oversatt: Å øke bevisstheten om hvordan maktbegrepet kan konstrueres, ikke bare hvordan makt kan forstås. Moderne former for makt kan både være klargjørende og tilslørende. Å forstå makt er en del av kampen om makt.

Fagpersoner har funnet koblinger mellom empowerment og psykisk helsearbeid i utviklingsarbeid fra tidlig på 1990-tallet. Samhandlingsprosjektet (1991–1994) hadde som mål å utvikle en lokalpsykiatri basert på brukermedvirkning i indre Sogn. I prosjektet snakket de om brukeroppfølging, mobilisering og brukerstyrking som nødvendige elementer i arbeidet. De la vekt på at hjelpeapparatet selv måtte gå inn i denne prosessen. Sluttrapporten ” *Psykososial samhandling i indre Sogn* ” konkluderte med at det var behov for egne nøkkelstillinger som hadde ansvar for brukeroppfølging og motivering. Det var behov for møteplasser som ivaretok brukernes verdighet hvor blant annet profesjonelles holdninger ble utfordret ved å snakke med brukerne, ikke om dem (Thesen 1994).

De erfaringer som ble gjort i samarbeidsprosjektet i Sogn har gitt inspirasjon til å videreutvikle ” verkstedmodellen ” som metode for å utvikle brukermedvirkning i arbeid med mennesker med psykiske lidelser. En møteplass hvor deltakelse og produkt utvikles gjennom prosesser som bygger på initiativ, selvrespekt og personlig vekst (Aanestad 1998).

"Fountain House" eller klubbhus er en medlemskapsbasert rehabiliteringsvirksomhet for mennesker med psykiske lidelser. Modellen ble utviklet i USA på slutten av 1940-tallet der en gruppe med alvorlige psykiske lidelser startet organisasjonen "We are not alone" WANA, en selvhjelpsgruppe hvor medlemmene gav hjelp og støtte til hverandre når de ble utskrevet fra psykiatriske institusjoner (www.fountainhouse.org.(2000)). Fountain House har utviklet seg til en verdensomspennende bevegelse som bygger sin virksomhet på 35 definerte prinsipper (vedtekter fra 1993) for rehabilitering av mennesker med psykiske lidelser. Prinsippene fungerer som retningslinjer som skal definere hva Fountain House er gjennom å sette standarder som revideres hvert annet år. Retningslinjearbeidet er også en identitetsskapende mekanisme som medlemmene utvikler et eierforhold til som deres eget og noe de er sammen om med andre over nesten hele verden. Et annet viktig aspekt ved Fountain House er ordningen med overgangsarbeid (transitional employment). I Norge etablerte Stavanger landets første klubbhus i 1995 og Oslo i 1999 (Spjelkavik 2001). Det finnes Fountain House i både Finland, Danmark og i Sverige som etablerte det første i Norden allerede i 1979. Spjelkavik har fulgt utviklingen av Fountain House i Oslo. Det er mange profesjonelle og brukere som har besøkt klubbhus i norden og utviklet "tilpassede" lokale varianter av brukerstyring på lokale dagsentre uten tilslutning til Fountain House - bevegelsen.

I en rapport (Spjelkavik 2003) viser han til andre studier av modellen som knytter den dels til "Independent Living-paradigmet" og bryter med den umyndiggjørende tenkemåten som har vært dominerende i tradisjonell medisinsk rehabilitering. Fountain House beskrives av Finch (1986) som en normativ og kulturorientert organisasjon som bygger på at medlemmene er lojale og ideologisk forankret i en bestemt modell. En annen betraktning (Kinzel 1989) ser Fountain House-modellen som en type frigjørende pedagogikk basert på "ownership" og "empowerment" (Spjelkavik 2003) Kritikkk mot modellen har blitt fremmet av Chamberlin (1978) som vurderte den som en "partnerskapsmodell" og stred dermed mot det pasientkontrollerte alternativet som selvhjelpsinnfallsvinkel representerer (Spjelkavik 2003).

Empowerment har innfallsvinkler både til individ, gruppe og samfunnsnivå og har som begrep tilknytning til enkeltmiljøer innen psykisk helsearbeid på kommunalt nivå og oppslutning i deler av brukermiljøene.

3.9 Oppsummering

I dette teorikapitlet har jeg søkt etter teorier, forsøksvirksomhet, faglige og samfunnsmessige begrunnelser og diskusjoner om temaet brukervedvirkning. Med den sterke fokuseringen brukervedvirkningen har fått i utviklingen av det psykiske helsearbeidet i kommunene, er det av interesse å plassere dette arbeidet i en større kontekst.

Brukermedvirkning har flere vinklinger som det kan være vanskelig å se sammenheng mellom. Vi kan snakke om brukervedvirkning på samfunnsnivå som et forhold mellom storsamfunnet og det enkelte mennesket hvor menneskeretter, demokratiske retter og medborgerskap har betydning for deltakelse og påvirkning av utviklingen. Det kan umiddelbart vurderes som en noe fjern vinkling for oppgavens tema, men det er like fullt en del av diskusjonen innen psykisk helsearbeid i dag, spesielt blant brukere med psykiske lidelser som har engasjert seg i hvordan storsamfunnet møter mennesker med psykiske lidelser.

I offentlig sektor har brukervedvirkning vært et tema i flere ti-år. For fagfolk innen HS-sektoren må brukervedvirkning sies å være faglig korrekt. Det viser seg likevel at brukervedvirkning i praksis er et forsømt område og fagfeltet har problemer med å definere innholdet i begrepet og kjenne sine egne begrunnelser godt nok. Etableres brukervedvirkning for å bedre kvaliteten på tjenestene fordi vi ønsker å fornye offentlig sektor, eller er det fordi vi mener brukerne har en selvstendig rett til å medvirke i tjenesteutformingen? Hvorfor velger vi en samarbeidsform med dialog i stedet for å jobbe med brukerorganisasjonene ut fra en tradisjonell interessekonfliktmodell?

På individnivå møtes fagfolkene og brukerne med svært forskjellige typer kunnskap. Tradisjonelt har hjelperens skolekunnskaper hatt forrang foran brukerens erfaringsbaserte kunnskap. I diskusjonen om brukervedvirkning forutsettes det at hjelper og bruker kan etablere møter hvor kunnskap er likeverdig og møtet preges av dialog. I møter mellom fagfolk og mennesker med psykiske lidelser er dette et spesielt vanskelig tema. Mennesker som har en diagnostisert psykisk lidelse har mange erfaringer med at deres meninger og synspunkter underkjennes og symptomforklares. Dermed reiser brukervedvirkning for mennesker med psykiske lidelser samtidig en diskusjon om fagfolkenes forståelse av psykiske lidelser.

4 METODE

4.1 Innledning

Denne undersøkelsen er en case studie fra Kristiansand kommune som arbeider med å utvikle brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er et fagfelt i kommunen som ikke har lange tradisjoner, og brukermedvirkning i kommunalt psykisk helsearbeid er lite beskrevet og forsket på.

Studiens data er samlet inn via intervjuer med fagfolk og brukere samt observasjoner på en Erfaringskonferanse og et brukerforum (SosioPoetisk Forum). Undersøkelsen faller innenfor den samfunnsvitenskapelige tradisjonen som tar utgangspunkt i studiesubjektets perspektiv og som har en aksept for at sosialt konstruerte prosesser har betydning for hvordan kunnskap skapes og blir ivaretatt. Kvalitativ forskning fokuserer på en åpen og mangetydig empiri noe som passer som innfallsvinkel til et felt som er lite beskrevet og hvor kunnskapsgrunnet er uklart. Analysen bygger på elementer fra grounded theory (Strauss og Corbin 1996).

4.2 Valg av metode

4.2.1 Kvalitativ metode

Den kvalitative forskningen er mest brukt innenfor humanvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige disipliner. Den kjennetegnes ved et naturalistisk perspektiv, det vil si at den baserer seg på personlige erfaringer og har sitt utspring i taus kunnskap. Når den verbaliseres, kan den framstå som eksplisitt kunnskap (Kvale 2000). Den kvalitative forskningstradisjonen legger vekt på et nært og tett forhold mellom forsker og det miljø eller de personer det forskes på (Repstad 1993). Innen kvalitativ forskning er det flere metoder som tas i bruk for å belyse temaer om menneskers livsverden. Det kan være intervjuer, ulike grader av observasjoner eller dokumentanalyser.

4.2.2 Case studie

Kvale (2000) refererer til Stake når han beskriver et case studium.

” Det kvalitative case studium kjennetegnes ved at forskeren bruker meget tid på stedet i personlig kontakt med aktiviteter og operationer i forbindelse med casen og reflekterer over og reviderer meningen med det, der foregår ”.

Han viser til en større debatt om case studiers generaliserbarhet. Kvalitative studier er ofte studier av avgrensede enkeltmiljøer hvor målet er å gi en helhetlig beskrivelse av prosesser og særtrekk ved nettopp dette miljøet. Slik omtaler Repstad (1993) hvordan case studier på den ene siden kan betraktes som lite generaliserbar forskning, samtidig kan brukes til å kaste kritisk lys over eksisterende teori. Både Kvale og Repstad viser til Yin (1994) hvor han peker på case studiers styrke når en skal utforske miljøer som er lite utforsket tidligere. I denne studien er en kommune valgt som case og forskningsfeltet er avgrenset til psykisk helsearbeid.

Casestudiet består av flere utvalg. Det er begrunnet ut fra en tanke om at det ville gi flere informasjonen som kunne bidra til å se flere sammenhenger i arbeidet med brukermedvirkning. Dette valget vil samtidig kunne svekke dybdeinformasjonen som en kunne oppnådd ved færre utvalg. I denne studien er sammenhenger og helheter prioritert.

4.2.3 Det kvalitative forskningsintervju

Det kvalitative forskningsintervjuet er basert på dagliglivets samtaler, og er en profesjonell samtale. Kvale (2000) sier om det halvstrukturete forskningsintervjuet,

” ..et interwiev, der har til formål at innhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblikk på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener”.

Forskningsintervjuet er ikke en samtale mellom likestilte parter ettersom forskeren definerer og kontrollerer situasjonene, introduserer intervjuemnene og forfølger dem. Men det halvstrukturete intervjuet åpner likevel opp for at det kan gripe mangfoldigheten i intervjupersonenes synspunkter på et tema og skildre det mangfoldige og komplekse i menneskers livsverden. I denne undersøkelsen er halvstrukturete intervjuer benyttet.

I denne studien har jeg intervjuet brukere og helse- og sosialarbeidere. De sistnevnte arbeidet i forskjellige bydeler og i forskjellige virksomhetsområder. Med utgangspunkt i sin praksis kunne de beskrive sine erfaringer og gi sin oppfatning om brukermedvirkning i forhold til mennesker med psykiske lidelser. Da brukermedvirkning handler om minst to parter som skal medvirke, ble også mennesker med psykiske lidelser intervjuet. Hensikten var å få fram flere oppfatninger og erfaringer fra praksis.

4.2.4 Observasjon og deltakende observasjon

Observasjon og deltakende observasjon er metodebegreper som brukes i feltforskning. Feltforskningens filosofiske grunnsyn er å ta vare på de studerte fenomeners egenart og den søker etter å gi form og innhold til de meninger som finnes i forskningsfeltet (Hammersley og Atkinson 1987). I denne studien er det gjennomført en deltakende observasjon på en Erfaringskonferanse over et tidsrom på to dager. Tidshorisonten er kortere enn det som forbindes med deltakende observasjon. I kombinasjon med annen empiri, stabiliteten i feltet og forskerens kjennskap til feltet gir det likevel mening som del av undersøkelsen (Repstad 1993).

Sekvensen med observasjoner ble også gjennomført på fem møter i brukerforumet SosioPoetisk Forum. Deltakende observasjon gir et ”nedenfra” perspektiv på sosialt liv, mens rene observasjoner gir en større grad av ”utenfra” perspektiv. Observasjoner kan skape kunstige situasjoner, men kan gi forskeren tilgang til sosial interaksjon og sosiale prosesser. Feltstudien hadde relevans fordi den ga tilgang til prosesser og temaer i et brukerforum, informasjonen forskeren ellers ikke ville fått tilgang til.

4.3 Datakilder

Utvalgene i undersøkelsen er hentet fra fire forskjellige datakilder. Ett datasett er *kvalitative intervjuer* med seks helse- og sosialarbeidere i Kristiansand kommune og seks personer med psykiske lidelser som var brukere av kommunens helse- og sosialtjenester. Et annet sett av data er hentet fra en Erfaringskonferanse som kommunen gjennomførte i oktober 2002 – en *deltakende observasjon*. Et tredje datasett er framkommet ved *observasjoner* på fem møter i Sosiopoetisk Forum – i perioden desember 2002 til mai 2003 og på ett møte i helse- og sosialstyret i desember 2002. Medlemmer i Sosiopoetisk Forum la der fram sitt arbeide med brukermedvirkning. En fjerde datakilde er kommunens *planer for psykisk helse* (1998, 2003) som gir bakgrunnsinformasjon.

Kristiansand kommune (75500 innb) er den største byen på Sørlandet. Helse- og sosialtjenestene i kommunen hadde fram til 2001/2002 en bydelsorganisering i fire bydeler. Bydelene ble ledet av bydelssjefer, og det enkelte tjenesteområde ble ledet av henh.vis sosialsjef, helsesjef og omsorgssjef. Omorganisering i 2001/2002 endret bydelsstrukturen, bydelssjefene opphørte og omsorgstjenestene gjennomførte bestiller – utfører modellen. Helsetjenestene og sosialtjenestene opprettholdt sine bydelstjenester som tidligere. I den

perioden studien pågikk, var det satt i gang en prosess hvor det ble vurdert å sentralisere sosialkontorene til ett stort sentrumskontor. Samtidig ble kommunen med i forsøket SATS.

Empirien i denne studien bygger på informasjoner fra fagfolk i omsorgstjenestene som arbeidet etter at bestiller – utførermodellen var gjennomført. Både aktivitetssentrene og bofellesskapene var enheter innen åpen omsorg. Sosialkontorets fagfolk arbeidet ved bydelskontorer. Helseteamenes ledere var samlet til et lederteam for det psykiske helsearbeidet, sammen med utpekte personer fra helse- og sosialdirektørens stab. Psykisk helse som fagfelt befant seg da både i bydelenes helseteam, ved bydelenes sosialkontorer og i mange enheter innen åpen omsorg og administrasjonen.

Brukerinformantene mottok tjenester fra en eller flere av disse tjenestestedene. En eide egen leilighet, en bodde i kommunal leilighet, de fire andre bodde i bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser.

4.3.1 Utvalg 1 – fagfolk og brukerinformanter

Fagfolkene som ble intervjuet var helse- og sosialarbeiderne med forskjellig grunnutdanning. Det var to *sosionomer*, en *barnevernspedagog*, en *sykepleier* og to *vernepleiere*. Alle enten hadde eller var i gang med videreutdanning innen psykisk helse. To av dem hadde også videreutdanning innen rus, en hadde i tillegg videreutdanning i helse- og sosialadministrasjon. Tre av informantene hadde tidligere praksis fra psykiatrisk sykehus. En hadde variert praksis fra ulike enheter i kommunen, to hadde praksis fra bofellesskap hvor det bodde psykisk utviklingshemmede. En hadde praksis fra uhjelpsarbeid. Da jeg intervjuet informantene, var de ansatte som *sosialkuratorer ved sosialkontor i bydelene*, *miljøterapeuter i bofellesskap* og *miljøterapeuter i aktivitetssenter*.

Aldersspredningen blant fagfolkene var fra 32 til 65 år og kjønns sammensetningen var fem kvinner og en mann. I helse og sosialtjenestene er det overrepresentasjon av kvinner. Utvalget er derfor noenlunde i samsvar med kjønns sammensetningen i sektoren generelt.

De menneskene med psykiske lidelser som jeg intervjuet var brukere av flere av de kommunale tjenestetilbudene. Alle hadde kontakt med fagfolk og de hadde behov for tjenester fra kommunen på grunn av sin dårlige psykiske helse. De hadde sammensatte behov og var i kontakt med fra to til seks ulike hjelpere /hjelpinstanser samtidig. Alderen var fra 36

til 59 år, og alle unntatt en hadde hatt psykiske lidelser fra tidlig pubertetsalder eller tidlig voksen periode. En av dem hadde fått store psykiske vansker først for få år siden. Alle var innvilget uførepensjon. Kjønnfordelingen var tre kvinner og tre menn.

Ingen av fagfolkene eller brukerinformantene var medlemmer i SosioPoetisk Forum. Utvalget av informanter ble organisert av kommunens kontaktperson.

Intervjuene gav dybdeinformasjon om hvordan de som ansatte og brukere forsto og erfarte brukervedvirkning i praksis. De hadde ulike posisjoner noe som jeg antok ville gi større variasjon i tanker og erfaringer om brukervedvirkning. Patton (1990) betegner et slikt utvalg for ” *stratified purposeful sampling* ”. Et slikt utvalg har til hensikt å fange opp mest mulig variasjon heller enn å søke etter fellesnevner, selv om slike kan dukke opp.

4.3.2 Utvalg 2 – Erfaringskonferansen

Erfaringskonferanser var en etablert arena i Kristiansand kommune hvor fagfolk, brukere og politikere møttes til to eller tre dagers samlinger med overnatting. Den første konferansen arbeidet med konkretisering av en handlingsplan for å utvikle brukervedvirkning og bedre dialogen mellom brukere og ansatte. Senere ble det fulgt opp med en konferanse nummer to. Det er denne andre konferansen som inngår i studien. Deltakerne var medlemmene i Forumet, helse- og sosialpolitikere, administrative ledere, spesielt inviterte fagfolk og brukere fra bydelene (27 personer). Erfaringskonferansen var en definert arena for arbeidsprosessen med brukervedvirkning og for utformingen av konkrete tiltak. Det var en betydningsfull datakilde som tilførte empirien både variasjon og bredde. Det var på den første Erfaringskonferansen det ble besluttet å etablere et mindre forum med ansatte, brukere og en politiker, *SosioPoetisk Forum*.

4.3.3 Utvalg 3 - Sosiopoetisk Forum .

Forumet hadde eksistert i ca. ett år på det tidspunktet jeg startet mine observasjoner. Det besto av tolv medlemmer, hvorav fem var fagfolk, en arbeidet i helse- og sosialdirektørens stab. De andre fire var ledere av ulike enheter som sosialkontor, bofellesskap/ aktivitetssentre, i arbeidstiltak og hjemmebasert tjeneste. En politiker fra helse- og sosialstyret var medlem. Brukerne i forumet telte sju medlemmer som representerte, og var valgt av brukere ved dag/aktivitetssentrene og bofellesskapene. Ett av medlemmene var valgt til å representere

brukere av sosialkontorets tjenester.

Sosio-poetisk Forum arbeidet med å sette i verk de tiltakene i handlingsplanen som Erfaringskonferansene utformet. Slik inngikk konferansene og forumet inn i en vekselvirkning eller en spiralliknende prosess hvor tiltak og iverksettelse utgjorde en helhet.

Observasjonene i Forumet var en datakilde som ga informasjon om iverksettelse av brukermedvirkning i praksis og hvordan Forumet fungerte som prosess.

4.3.4 Skriftlige kilder

De skriftlige kilder som studien benytter seg av er kommunens planer for psykisk helse (1998, 2004) og referater fra en Erfaringskonferanse (04-05.02.02) og tilgjengelige referater fra møtene i SosioPoetisk forum (sept. 02, jan. 03, mars 03, april,03, mai 03, juni 03). Disse kildene gir bakgrunnsinformasjon til analysen.

4.4 Temaguidens oppbygging

Etter en avveining mellom problemstillingen, den teoretiske gjennomgangen og metodiske avveininger valgte jeg å nærme meg brukermedvirkning ved å ta utgangspunkt i praksissituasjoner. Det mente jeg ville gi størst nærhet til temaet. Fortrinnet med det kvalitative intervjuet er åpenheten og at det er ikke standardiserte teknikker som benyttes i selve intervjusituasjonen (Kvale2000, Fog 1999).

For hvert av temaene var det formulert hjelpespørsmål som fungerte som huskelapper for meg. Jeg hadde en åpen holdning til rekkefølge slik at intervjupersonenes fortelling skulle få en naturlig plass. Et intervju kan ha mange forståelsesformer, og i forhold til de intervjuede sto jeg i en posisjon der jeg ønsket å lære av dem. Det krever en åpen fenomenologisk holdning sier Spradley i Kvale (2000) Det var min intensjon å både ivareta det tematiske, men samtidig gi rom for den dynamiske fortellende dimensjonen.

Temaguidene for fagfolkene og brukerne var bygd opp forskjellig. Det er begrunnet i interessen for å få fram temaet brukermedvirkning ved hjelp av informantenes hverdagsbeskrivelser og subjektive erfaringer. De profesjonelle arbeidet ut fra faglige normer, mens brukerne hadde behov for selektive hjelpetiltak som skulle utformes i et brukerperspektiv. Ut fra en sosial konstruksjonistisk innfallsvinkel var deres kontekster

forskjellige. Temaguidene tok utgangspunkt i henholdvis fagfolkenes hverdag på sin arbeidsplass, mens brukerguiden tok opp hverdagslivets temaer. Brukermedvirkning som tema ble bygget inn i de overordnede temaene. Jeg var interessert i fortellinger for å utforske det subjektive. I noen tilfeller utfordret jeg forestillingene om ”den andre” gjennom spørsmål som ” *hvordan tror du brukerne opplever å møte deg*”.

Intervjuguide – helse- og sosialarbeidere:

I guiden var det formulert seks overordnede temaer hvor informantene innledningsvis ble spurt om å fortelle om seg selv, demografiske data, inkludert deres utdanning og yrkeserfaring (*1. Om den profesjonelle*). Det andre temaet berørte forhold på arbeidsplassen, hvilke oppgaver de hadde, om forhold som berørte brukernes situasjon og brukerbegrepet, fag og tverrfaglighet (*2 Om oppgavene*). Det tredje temaet berørte samarbeid mellom profesjonell og bruker som utfordret profesjonelles forståelser av brukerne, beskrivelser av hverdagssituasjoner og spørsmål om hvordan brukerne møtte den profesjonelle (*3. Samarbeid mellom profesjonell og bruker*). Tema fire omhandlet profesjonell kompetanse og brukerkompetanse, om å omsette sin kompetanse i hverdagspraksis. Det ble fulgt opp med en sekvens om brukernes kompetanse og vansker som brukermidvirkning kan medføre (*4. Kompetanse (kunnskaper, erfaringer, praksis)*). Det femte temaet berørte brukermidvirkning satt i system. Spørsmålene åpnet for et overordnet perspektiv. Hvordan erfarte de at helse- og sosialtjenestene i kommunen arbeidet med temaet brukermidvirkning og deres personlige engasjement på området (*5. Brukermidvirkning satt i system*). Det sjette temaet utfordret de profesjonelle til en spontan fortelling om brukermidvirkning i praksis (*6. Brukermidvirkning – en fortelling ...*). (Vedlegg 6)

Intervjuguide for brukerne :

Brukerguiden tar opp sju overordnede temaer og tar innledningsvis opp demografiske spørsmål inkludert utdanning og yrkeserfaring. Brukerne ble også spurt om sine helsemessige plager og hvilken innvirkning det hadde på deres hverdag (*1. Om brukeren*). Det andre temaet berørte her og nå situasjonen deres i forhold til deres bosituasjon og samarbeidsområder med helse- og sosialarbeiderne (*2 Om situasjonen her og nå*). Tema tre berørte brukerens kontakt med familie og venner. Spørsmål om samarbeid mellom bruker, nettverk og profesjonelle var inkludert (*3. Om ditt sosiale nettverk*). Det fjerde temaet tok opp forhold som berørte arbeid, aktiviteter og fritid – om hverdagslivets aktiviteter, om behov

og ønsker ble ivaretatt (4. *Om arbeid, aktiviteter og fritid*). Tema fem tok direkte opp brukernes opplevelser i møter med tjenestene hvor de ble invitert til å beskrive og fortelle ut fra konkrete problemstillinger (5. *Om brukerens opplevelse med tjenestene*). Det sjette temaet berørte brukermedvirkning direkte. Hva brukerne mente om brukermedvirkning og om de hadde behov for læring om temaet (6. *Om brukermedvirkning*). I likhet med de profesjonelle ble også brukerne utfordret til å fortelle spontant om en situasjon der de hadde opplevd brukermedvirkning i praksis (7. *brukermedvirkning – en fortelling*). (Vedlegg 7)

4.5 Forberedelse av studien og tilgang

Innhenting av empirien startet på den andre Erfaringskonferansen som kommunen arrangerte. Jeg ble invitert til konferansen mens jeg holdt på å planlegge intervjuene og vurderte det som en interessant arena for undersøkelsen. Erfaringskonferansen og SosioPoetisk forum var de mest synlige etablerte arenaene for brukermedvirkning. Etter forespørsel til kommunen og deltakerne ble konferansen et sted for deltakende observasjon. I feltarbeid kan en benytte det som Patton (1990) betegner som ”*on-the-spot decisions* ”.

” *Unlikely experimental designs, qualitative inquiry designs can include new sampling strategies to take advantage of unforeseen opportunities after the fieldwork has begun*”.

Denne strategien passer når forskeren har en del forkunnskaper om det feltet som studeres, noe som stemte i mitt tilfelle. Feltarbeidet ga tilgang til arenaer som viste seg å tilføre studiet flere viktige problemstillinger. Flere utvalg kunne øke sensitiviteten til den sosiale konteksten og forståelsen for kompleksiteten og detaljrikdommen for temaet brukermedvirkning som helhet sier Mason i Ringdal (2001:113). Utvalget ble samtidig mindre homogent noe som kunne gå på bekostning av dybden i informasjonen.

I en søknad ble Kristiansand kommune invitert til å være *case kommune* i studien om brukermedvirkning. Kommunal *kontaktperson* ble utpekt. Denne formidlet og sendte forskerens invitasjonsbrev til seks ansatte helse- og sosialarbeidere og til seks brukere av det kommunale tilbudet tilrettelagt for mennesker med psykiske lidelser. Status som deltakende observatør på Erfaringskonferansen og observatørstatus på møter i Sosiopoetisk Forum, samt bruk av båndopptaker ble også godkjent (vedlegg 1,2,3). Da jeg skulle intervjuere brukere, ble det søkt godkjenning hos norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) i Bergen.

Invitasjonsbrevene til informantene utformet jeg forskjellig. Det ene ble stilet til ”ansatte helse- og sosialarbeidere”(vedlegg 4) og det andre til ”brukere av kommunale helse- og sosialtjenester” (vedlegg 5). Brevene var tilnærmet likt utformet, men til de ansatte formulerte jeg en mer direkte forventning til deres kunnskap om den pågående satsingen på psykisk helsearbeid. Brukerinvitasjonen utformet jeg i en mer opplysende form. I begge invitasjonsbrevene ba jeg om lov til å bruke båndopptaker når vi snakket sammen, og jeg redegjorde samtidig for oppbevaring av båndene.

Både helse- og sosialarbeiderne og brukerne ble spurt om hvor de ønsket å bli intervjuet. Jeg formidlet en fleksibel holdning til valg av møteplass. Det mente jeg ville gi den beste ramme for intervjuene. Fagfolkene valgte egen arbeidsplass, det ble begrunnet med tidspress på jobben. Blant brukerne valgte tre å bli intervjuet hjemme. De tre andre inviterte meg til aktivitetssenteret som de brukte. Forut for møtet med brukerne hadde jeg utformet et samtykkeskjema (vedlegg 8). I innledningen til intervjuet tok jeg opp det som sto i invitasjonen og i samtykkeskjemaet som jeg ønsket at informanten skulle skrive under på. På den måten ble det dobbeltsjekket om brukeren virkelig ønsket å bli intervjuet og hadde oppfattet de formelle rammene for intervjuet. Hvert intervju varte fra 1,5 til 2 timer.

4.6 Forholdet mellom informantene og meg som forsker

Flere av fagfolkene kjente meg fra andre faglige sammenhenger. Det kunne påvirke relasjonen i intervjusituasjonen og når jeg observerte. Jeg vurderte likevel avstanden som tilstrekkelig til ikke å risikere ”to go native” – ikke bli for påvirket av min egen forforståelse av hvem informantene var. Det samme ville være situasjonen for informantene i alle utvalgene. Det var min intensjon at de skulle føle seg frie til å legge fram sine tanker og refleksjoner. Ingen av brukerinformantene hadde jeg truffet tidligere. Tre av disse viste det seg at jeg hadde hørt om tidligere. Det forsto jeg underveis i intervjuene og observasjonene.

4.7 Observasjoner og deltakende observasjon

Erfaringskonferansens struktur var en blanding av plenumssamtaler der deltakerne satt i ring, avbrutt av gruppearbeid. Her foregikk den deltakende observasjonen. En psykolog ledet prosessen i konferansen, og det ble lagt vekt på at alle skulle bli hørt. I åpningssekvensen ble alle invitert til å presentere seg, fortelle hvorfor de ønsket å delta, hvem som hadde invitert og hvordan de var blitt invitert. Jeg utgjorde en del av sirkelen og i løpet av konferansedagene

deltok jeg på linje med de andre deltakerne, samtidig observerte og noterte jeg underveis. Oppmerksomheten min ble delt som følge av skrivingen, noe som gjorde at jeg ble mindre aktiv i dialogen enn det ellers ville vært naturlig for meg å være.

I første fase av konferansen var min oppmerksomhet rettet mot min posisjon, en ” *face to face* ” samhandling (Wadel 1991) som gav meg mulighet ” *to take the role of the other* ” . Min tilstedeværelse på konferansen hadde underveis i prosessen endret seg fra å være invitert deltaker til å tilkjenne meg som forsker. Konteksten var den samme, men rollen var endret. Forskerens tilstedeværelse påvirket det sosiale systemet på konferansen og bevisstheten om å være sosiolog på seg selv ble mer fremtredende (Wadel 1991). Den umiddelbare effekten ble formulert av lederen av helse- og sosialutvalget, ” *er denne oppgaven bare til eget bruk eller kan vi også (i kommunen) ha noen nytte av den* ”. Det tolket jeg som ønske om at forskning bør komme til nytte for dem som bidrar, noe jeg bare kunne ha antakelser om der og da, men som er noe av hensikten med kvalitativ forskning.

Det ble gjennomført fem observasjoner på møter i SosioPoetisk forum. Der ble jeg tatt imot av gjenkjennende nikk. Igjen orienterte jeg om mitt ønske om å observere og gjentok min skriftlige forespørsel om å bruke båndopptaker. Det var det samtykkende mumling til. En av brukerne mente det var positivt at noen ” *gadd* ” å skrive om brukervedvirkning og om hvordan brukerne opplevde det. Under observasjonene ble det tilstrebet en balanse mellom aktivitet og passivitet fra min side. Måseide refererer i Repstad (1993:35) til negative reaksjoner da han observerte på et psykiatrisk sykehus. Pasientene følte seg utspionert når han opptrådte passivt og betraktet dem som objekter. Det tillegges betydning at den som observerer, viser interesse for feltet det forskes på, har evne til å småprate. På møtene i Forumet virket det etter hvert mer selvfølgelig at jeg kom, satte meg i utkanten av sirkelen og kunne plassere min båndopptaker på bordet. Noen ganger passet det å småprate. Underveis prøvde jeg å konsentrere meg om det som foregikk i samhandlingen i møtet, hvem som snakket, kroppsspråk, stemning. Jeg hadde i utgangspunktet ingen ambisjoner om å kunne innta en forskningsmessig ”nøytral” posisjon. Alle medlemmene i Forumet hadde møtt meg som deltaker på Erfaringskonferansen, og min blotte tilstedeværelse ville danne en relasjon mellom meg og den enkelte og dermed også påvirke helheten i møtet. Jeg var opptatt av å lytte til den enkelte og jeg lo med når det ble vitset og kjente på alvoret når det kom fram. Mitt kroppslige uttrykk påvirket de andre på samme måte som jeg merket den enkeltes fysiske tilstedeværelse. Samtidig var jeg en ikke deltakende person i samtalens innhold. På den måten

håpet jeg å bli oppfattet som en person som viste interesse, og som ville gi noe av seg selv for på den måten å opprettholde min tillit i gruppen (Måseide i Repstad 1993:35).

4.8 Kvalitative intervjuer – gjennomføringen av intervjuene

Innledningsvis utvekslet vi hverdagsfraser og jeg informerte kort om min undersøkelse og uttrykte min anerkjennelse for deres bidrag. En av informantene hadde en hektisk dag. Vi ble avbrutt flere ganger av kolleger som hadde behov for avklaringer, og intervjuet varte kortere tid enn for de andre informantene. Ved avbrudd ble båndopptakeren stoppet og vi tok oss tid til å finne tilbake til temaet. Jeg forsøkte å opptre rolig for ikke å øke presset mot informant som måtte håndtere flere krevende situasjoner samtidig. En annen informant presiserte flere ganger under intervjuet behovet for konfidensialitet i forhold til arbeidsplassen om temaer som informanten opplevde som konfliktfylte. Det kunne tyde på at informanten ikke følte at atmosfæren ga rom for å snakke åpent om sine opplevelser og følelser, noe som er en av utfordringene i forskningsintervjuet som interaksjonsform (Kvale 2000). I et tredje intervju uttrykte informanten at enkelte spørsmål var vanskelige, noe som kan henseile på den maktassymetri som ligger i et forskningsintervju selv om det er en interaksjon mellom to likeverdige parter, sier Kvale (2000). Intervjueren definerer samtaleemnene og styrer intervjuforløpet selv om det er temmelig åpne intervju. De erfaringene jeg gjorde i intervjusituasjonen fant gjenklang i omtalen av intervjuet som en scene hvor det konstrueres kunnskap gjennom intervjuerens og den intervjuedes interaksjon (Kvale 2000). I avrundingen av alle intervjuene fikk informanten mulighet til å fortelle spontant om ” en gang du opplevde

Da jeg møtte den enkelte brukerinformant, brukte jeg tid på å klargjøre hvem jeg var og hvorfor jeg hadde invitert brukere til å være informanter. Deretter gikk vi gjennom konfidensialitet og samtykkeskjema. I det første brukerintervjuet forsøkte jeg å holde en kronologi i spørsmålsstillingene. Det ga jeg opp underveis i intervjuet. Informanten hadde stor fortellerglede – det levende livet var vevd tett sammen, de psykiske plagene, det sosiale nettverket og samhandlingen med offentlige hjelpere var temaer som vanskelig lot seg skille. I boken ”Mellom nærhet og distanse” refererer Repstad til en av Chicagoskolens sosiologer, V. Palmer, hvor han formulerer noen grunnleggende prinsipper for det kvalitative intervju: ” *Noen få kommentarer av og til for å holde informanten innenfor hovedtemaet, å sikre seg flere detaljer om et gitt punkt i en beretning* ” . Etter det første brukerintervjuet justerte jeg brukerguiden og gjennomførte de fem andre brukerintervjuene uten for mye struktur,

samtidig som jeg søkte å sjekke ut underveis om guidens temaer kom med. Jeg valgte å gi slipp på struktur og åpnet for brukernes fortellerglede. I forberedelsen til brukerintervjuene vurderte jeg det som en fordel at jeg hadde klinisk erfaring i å samtale med mennesker med alvorlige psykoselidelser. Intervjuet er ikke en klinisk samtale, men jeg vurderte at elementer fra min erfaring fra kliniske samtaler ville være sammenfallende med elementer som anses betydningsfulle for å få til et vellykket kvalitativt intervju. Begreper som ikke truende adferd, det å opptre rolig, være støttende og høflig og sågar hjertelig anses for å være viktige elementer i samhandlingen (Repstad 1993). To av informantene uttrykte ubehag i intervjusituasjonen. En uttrykte engstelse underveis i intervjuet ved å kikke bak mot døren, om noen kunne komme inn mens vi snakket, eller høre hva vi snakket om. Informanten valgte selv å låse døren mens vi snakket sammen. Informanten ønsket å delta i intervjuet selv om det kostet mye krefter å komme for å gjennomføre det. Den andre uttrykte usikkerhet ved bruk av lydbånd. Jeg foreslo å notere i stedet. Etter en tid besluttet informanten at lydopptak var greit likevel. Underveis sjekket jeg om det fremdeles var i orden med lydopptak. Det er mange fordeler med lydopptak for forskeren fordi konsentrasjonen om temaene og det som informanten uttrykker non verbalt, blir tilgjengelig. Brukerinformantene hadde stor fortellerevne og det var utfordrende å holde rede på temaene underveis i deres beretninger. Det var dramatiske beretninger som ble formidlet med både humor, klokskap og en hverdagsrealisme som i høyeste grad berørte meg.

4.9 Fra notater og lydbånd – til tekst

Erfaringskonferansen hadde en prosessveileder som styrte strukturen og prosessen i konferansen, og det la begrensninger for hvordan jeg kom i kontakt med deltakerne og hvem jeg kom i kontakt med. Veksling mellom plenumssamlinger og gruppearbeid tillot at det ble gjort notater underveis, noe jeg benyttet meg av. Kombinasjonen av observasjon, skriftlighet og deltakelse gikk over i hverandre underveis i konferansen. Deltakende observasjon er å observere og gjøre bruk av egne observasjoner i feltet (Wadel 1991). Jeg var i prosessen samtidig som jeg prøvde å skape en observerende avstand. Den non-verbale kommunikasjonen ble ikke så tilgjengelig for meg i de periodene jeg konsentrerte meg om å skrive. Notatene lå så tett opp til det sagte som jeg kunne få til ved å skrive notater underveis, de ble skrevet ut rett etterpå og ble brukt i analysen senere. Mitt notat fra konferansen ble også formidlet i referats form til alle deltakerne på konferansen, og det gav dem innsyn i det jeg hadde observert av utsagn fra deltakerne.

Under alle intervjuene brukte jeg lydbånd og på tre av fem av observasjonene i SosioPoetisk Forum, noe som også gav rom for det visuelle (Repstad 1993, Kvale 2000, Fog 1999). I to tilfeller noterte jeg på grunn av teknisk svikt. Transkriberingen av opptakene ble gjennomført fortløpende. Både intervjuene og møtene i Forumet ble skrevet mest mulig nøyaktig slik samtalene forløp. I de to tilfellene hvor det var teknisk svikt var det kjent i forkant, og jeg kunne derfor notere underveis i møtene.

Transkriberingen er gjennomført ord for ord, men utskriftene er bokmål. Deltakernes formuleringer på sin dialekt, sier den kvalitative forskningen, vil ligge tettere opp til det muntlige og det gir en større nærhet til folks hverdagsliv og livsverden (Kvale 2000). Valget mitt er begrunnet i behovet for å beskytte deltakerne i studien. Psykisk helse er et lite faglig felt i kommunen, og utsagn kunne bli lett gjenkjennbare. I de tilfeller hvor det er brukt sitater eller korte sekvenser i form av fortellinger, er det foretatt små justeringer av den muntlige formen som framkommer i tekst. Det er gjort for å få fram betydningen av innholdet bedre.

4.10 Analyseprosessen

Da lydbåndopptakene fra intervjuene var ferdig transkribert, satt jeg med ca. 270 sider tekst, Utskrevne notater fra observasjonene og deltakende observasjon ble ca. 100 sider tekst. Etter å lest gjennom materialet, satt jeg med en mengde informasjon og inntrykk som i første omgang virket overveldende. Hvordan skulle jeg få oversikt over materialet. I intervjuene var brukermedvirkningens forståelser, erfaringer og praksis sammenfiltret og uoversiktlig. Både Erfaringskonferansen og møtene i SosioPoetisk forum foregikk innenfor en mer strukturert ramme og der ble temaene lettere synlige. Hvordan kunne teorien og empirien kobles sammen ? Arbeidet med å få oversikt var det mest påtrengende. Jeg kjente til begrepet kreative hukommelseskart (mind-maps) og bestemte meg for å ta det i bruk som hovedmetode for å organisere stoffet. Det kombinerte jeg med klippemetoden for å sortere utsagn og temaer. Ved hjelp av Ringom (1990) startet arbeidet med tematiseringen. Metoden er utviklet av Tony Buzan (1981:103) som skriver:

”Mønstrenes natur er intimt knyttet til tankens funksjon, og de kan brukes i nesten enhver aktivitet der tanke, gjenkalling, planlegging eller kreativitet er involvert. ”

Ved hjelp av flip - over ark utviklet jeg temaer og undertemaer for brukerintervjuene. Intervjuene handlet om hverdagslivet og hadde informasjon og utsagn som var vevd tett

sammen. Ved hjelp av litteratur om sosialt arbeid med sinnslidende (Adolpf 1999, Ramian 2001) tok jeg utgangspunkt i brukernes livsverden. Det sorterte brukerinformantenes fortellinger i større strukturer, og da kom også temaet brukermedvirkning fram som et deltema som var flettet inn i deler av deres livsverden. Det ble utarbeidet et kart med hovedtemaer og undertemaer for hvert brukerintervju. Deretter samlet jeg informasjonene fra de seks brukerintervjuene i ett tematisert kart som jeg mente fanget opp hovedproblemstillingene til brukerne slik de kommer fram i analysen. Begreper som *livsverden og livsmønster, identitet, likeverd og partnerskap* og *tilrettelegging som virker* var sentrale temaer.

Arbeidet med temaer og begreper fra intervjuene med fagfolkene startet med klipping av tekst og gruppering av temaer. Det videreutviklet jeg ved å gå over til mind – map.

Ved hjelp av to kart samlet jeg informasjoner fra alle intervjuene med fagfolkene. Det ene kartet omhandlet temaer om *hvordan fagfolkene opplevde og vurderte brukerne*. Det andre kartet inneholdt *fagfolkenes selvrefleksjoner knyttet til møter med brukerne og hvordan brukermedvirkning ville influere på dem som fagpersoner*.

Det viste seg at empirien fra observasjonene i de to utvalgene (Erfaringskonferansen og SosioPoetisk Forum) hang sammen, noe som kunne forventes fordi disse to arenaene var definert i et gjensidig arbeidsfellesskap. I analysen brukte jeg også her flip – over ark for å få oversikt over temaene. Konkrete tiltak som skulle styrke brukermedvirkningen innen psykisk helse var temaer på begge arenaene. Det andre elementet var prosessens betydning der og da.. Arenaene var møteplasser for brukere, fagfolk og politikere og slik sett et sted for brukermedvirkning i praksis. Prosessens betydning for arbeidet med brukermedvirkning er også et tema i analysen.

Arbeidet med analysen utviklet seg ved en kontinuerlig veksling mellom nærhet og avstand. Innledningsvis var det mange interesser og mange retninger som kunne følges. Det brakte meg i kontakt med teorier som jeg ikke hadde sett som relevant da jeg startet arbeidet med studien. Prosessen med bruk av mind–map var kreativ samtidig som den bidro til å finne veier videre i analysen. Slik ble innhenting av data, utvikling av begreper og fortolkning en vekslende prosess. Fokuset ble etter hvert snevret inn og framstilt i oppgavens temaer og struktur.

4.11 Etiske overveielser, pålitelighet og gyldighet

Etiske spørsmål, så vel som pålitelighet og gyldighet følger forskningen og vil underveis i prosessen medføre en rekke refleksjoner over de valg som gjøres. Her anbefaler Kvale (2000) å føre en etisk protokoll parallelt med forberedelsen til forskningsprosessen. Forskeren har et spesielt ansvar for deltakerne i forskningen og begreper som troverdighet, tilforlatelighet, sikkerhet og bekreftbarhet tas i bruk (Kvale 2000)

I arbeidsprosessen måtte jeg ta flere valg som berørte etiske spørsmål. Det ble søkt godkjenning av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) som en kvalitetssikring av brukerinformantenes *anonymitet*. Det var av betydning for undersøkelsen at personer som selv hadde psykiske lidelser og mottok tjenester kunne bidra med sine egne erfaringer og refleksjoner. Det var nødvendig å utvise både sensitivitet og ansvarlighet for å beskytte deres privatliv.

Både profesjonelle og brukerne fikk skriftlige invitasjoner som informerte om hensikten med undersøkelsen og deres deltakelse. Temaet ble omtalt ved starten av alle intervjuene for å sikre *frivillighetsaspektet*. Overfor brukerne ble det også utformet et eget *samtykkeskjema* som ble gjennomgått og underskrevet. Dette som en ekstra kvalitetssikring. Spørsmål om fortrolighet ble aktualisert både av profesjonelle og brukere. Det forsøkte jeg å ivareta ved omskrivninger der både alder og kjønn kunne endres for å beskytte enkeltpersoners bidrag for å gjennomføre en konfidensiell behandling av materialet. Lydbåndopptakene er ikke tilgjengelig for andre etter at undersøkelsen er avsluttet.

Der det oppstod stress i intervjusituasjonen ble det søkt minimalisert ved at jeg sjekket ut hvordan informantene ønsket endringer i intervjusituasjonen. Det ble foretatt en vurdering av om selve avhandlingen skulle presenteres som et *åpent eller skjult case*. Sannsynligheten for at Kristiansand som en stor bykommune ville være gjenkjennbar var stor. Etter drøftinger med kommunens ledelse og Sosiopoetisk Forum valgte jeg å presentere avhandlingen som et åpent case. Både kommunen og Forumet så det som en fordel å gjøre kjent arbeidet med brukermedvirkning. For dem kunne det være en mulighet til å få kontakt med andre brukere og fagfolk som var opptatt av det samme som dem.

5. BRUKERE MØTER FAGFOLK

5.1 Innledning

Brukerinformantene brukte sitt hverdagsliv som referanse når de beskrev møter med fagfolkene i kommunen. Det besto av en rekke ulike sosiale interaksjoner, og brukernes samhandling med hjelperne utgjorde bare deler av et større helhetsbilde som brukerne selv hadde oversikten over. Deres hverdagsliv hang sammen med fortiden og deres ønsker for framtiden. Hjelperne bidro noen ganger til å gjøre livet lettere, andre ganger var det motsatt. Brukermedvirkning som tema i dette kapitlet tar utgangspunkt i teorier om menneskers livsform og livsmønstre og bedringsprosesser. Når de beskrev sine livsmønstre formulerte de sine opplevelser og erfaring med brukermedvirkning på individnivå.

Brukermedvirkning på tjenestenivå er i all hovedsak knyttet til bofellesskap og til aktivitetssentre for mennesker med psykiske lidelser. Brukerne bidrar også med hva som brukerne legger vekt på i utviklingen av brukermedvirkning.

5.2 Livsformer og identitet

Begrepene om menneskers ulike kapitaler fra Bordieu (1994), og begrepene om livsform og livsmønstre fra Højrup (1983) og Ramian (2001), har bidratt til å finne en struktur for analysen av brukernes stemmer. Når vi forsker i menneskers livsformer, oppdager vi likheter og forskjeller mellom mennesker som rører ved materielle og kulturelle forhold. Livsformens idè differensierer befolkningen ved å etablere kategorier. En kan skille mellom *lønnsarbeiderlivsform*, *den selvstendige livsform*, *karrierelivsform* og *kapitalistlivsform* (Højrup1983). Disse livsformene representerer måter å leve på og er betinget av visse ytre levevilkår. På denne måten kan vi få ideer om hvilke selvforståelser mennesker med psykiske lidelser har om den kulturelle sammenheng de er en del av. Bordieu (1994, 1996) ser menneskers livsformer i lys av tilganger til ulike typer ” kapitaler ” som, *økonomisk kapital* uttrykt som penger, *kulturell kapital* som henspiller på tilgang til utdanning og kunnskap og *symbolsk kapital* hvor stillinger og titler har betydning.

Brukerne i denne undersøkelsen var berørt av spørsmålet om livsformer. De hadde svært begrenset tilgang til livsformene slik de omtales, ei heller i særlig grad til de ulike kapitaler som Bordieu omtaler. Alle brukerne hadde uførepensjon og kun en av dem var i ferd med å

prøve seg ut igjen i forhold til arbeid. Utdanning og kunnskap knyttes tradisjonelt til arbeidslivet, mens deres utfordringer var å finne nye anvendelser for sin kulturelle kapital. Den symbolske kapitalen kan få en omvendt betydning for mennesker med psykiske lidelser, ikke som ressurs slik Bordieu så det, men som en manglende tilgang til ressurser. Mennesker med psykiske lidelser kan oppleve seg kategorisert ved bruk av begrepet ”psykiatrisk pasient”, og de som har alvorlige psykiske lidelser, har oftest betydelige hjelpebehov, noe som plasserer dem innenfor ” klientlivsformen ”.

Mennesker som har en psykisk lidelse og som derigjennom har fått en psykiatrisk diagnose i helsevesenet, kan oppleve det som en belastning. Kategorien ”psykiatrisk pasient” er fremdeles et stigmatiserende uttrykk, noe som bl.a. kommer til uttrykk i uttalelser fra Mental Helse. I intervjuene, både med fagfolkene og brukerne, kom det fram både direkte og indirekte negative assosiasjoner til betegnelsen. Flere av brukerne opplevde det som en belastning, mens andre så det som en utfordring å synliggjøre for omgivelsene at det var mulig å leve med en psykisk lidelse.

” Jeg tror det er at brukerne blir sett på som individuelle mennesker – hver og en som fullt og helt menneske. Et menneske som har hatt litt skjær i sjøen, men som har kommet opp på land og fått på seg reint tøy og som får lov til å gå videre uten at du skal se deg tilbake. Her kan du få se framover, se på utfordringene. ”

Han som uttalte dette, var bruker ved ett av kommunens fire aktivitetssentre og beskrev de holdninger han ble møtt med og den atmosfæren som brukere og ansatte der hadde etablert sammen. Brukerne av dette stedet hadde forskjellige psykiatriske diagnoser og dette stedet kan betegnes som et element i ”en klientlivsform”. På dette stedet var ideer fra Fountain House og empowerment-tenkning fundamentet i driftsformen. Brukerens synspunkter omhandlet brukermedvirkning og i praksis var det også ideer som kunne motvirke ytterligere klientifisering.

Brukerne i undersøkelsen hadde psykiatriske diagnoser, og de benyttet flere av de tjenestetilbudene som kommunen hadde etablert. Fagfolkene i undersøkelsen brukte forskjellige betegnelser om mennesker med psykiske lidelser. Det var *klienter, beboere eller brukere* avhengig av hvilken del av hjelpetjenestene de benyttet. Deres behov for selektive hjelpetiltak over lang tid knyttet dem til klientlivsformen. Greta Marie Skau (1992) omtaler hvordan klientgjørelsen er avhengighetsskapende og en sosial defineringsprosess:

” å bli klient er ikke bare en livshistorisk, men livsvarig forandring. Klientrollen vil for alltid være en del av personens sosiale identitet ”.

Skau peker her på hvordan klientrollen, som avkrever brukeren en vennlig, ydmyk, takknemlig og resignert holdning, på avgjørende måte kan fortrenge klientens egne ressurser og sterke sider, og bryte ned den personlige selvaktelsen som medborger. Klientifiseringen er en avhengighetsskapende og sosial defineringsprosess. Brukerne i denne undersøkelsen hadde alle mange års erfaring i å samhandle med hjelpetjenestene og Faureholm (1996) har pekt på faren for identitetsforskyvning hvor klientifiseringen bidrar til å tone ned og eliminere personlighetstrekk og livgivende krefter som er en del av ens personlighet. Brukerperspektivet befinner seg i et spenningsfelt mellom den tradisjonelle klientrollens objektivisering og en tenkning om at brukeren er en borger med rettigheter og en iboende evne til å handle på egne vegne, noe som henspiller på personen som subjekt. Det var dette spenningsfeltet som brukerne på aktivitetssenteret utforsket.

Livsformen som innfallsvinkel til sosialt arbeid med mennesker med psykiske lidelser i lokalsamfunnet (Adolph 1999, Ramian 2001) inkluderer betydningen av å interessere seg for menneskers livsmønstre. De mener det kan være avgjørende for om mennesker med psykiske lidelser kan nyttiggjøre seg sosiale tilbud. I livsmønstrene ligger den unike omsetningen av hvert menneskes livsform. Her vil en persons erfaringer, familietradisjoner, verdispørsmål, personlige behov og hverdagslivets problemer påvirke hvilke strategier som velges for hvordan livet leves. Dette er en modell som bygger på en sosialpsykiatrisk tilnærming som legger vekt på balansen mellom ytre belastninger, sosial mestring og sosial sårbarhet (Adolph 1999).

Hverdagslivet omhandlet forventninger til hva en vil ha ut av livet sitt og hva som var mulig å realisere. Brukerinformantene passet inn i klientlivsformen som kategori, mens deres livsmønstre innholdt en rekke variasjoner over behov og ønsker som var knyttet til det å være borger. En kvinne ønsket tre-roms leilighet i bofellesskapet for at barnebarna kunne overnatte, mens en annen hadde besøksordning for sine barn. En mann ønsket ikke å bruke buss som angsttrening fordi han hadde egen bil, mens en annen mann brukte båtreiser som terapi mot depresjon. Deres hverdagsliv innholdt en rekke handlemåter og beslutninger som var knyttet til deres forventninger til borgerrollen. De involverte seg i en rekke samhandlingsformer med barn, barnebarn, ektefelle, foreldre, søsken, naboer, venner og fagfolk. Brukerne ønsket å være i borgerrollen, men i forhandlinger med fagfolkene ble de

ofte tildelt klientrollen. Brukerperspektivet utfordret både brukerne og hjelpernes tradisjoner for samhandling.

5.3 Den selvstendige livsform er en relativ størrelse

Det er en uttrykt målsetting for det lokalbaserte psykiske helsearbeidet at fagfolkene skal tilstrebe å optimalisere menneskers mulighet til å leve et selvstendig og uavhengig liv (Rundskriv I-4/99). Begrepet "et selvstendig og uavhengig liv" er ikke et entydig og absolutt begrep. Det kan dels ses i lys av livsformene slik Højrup definerte dem og Bordieus ulike kapitaler. Da manglet brukerne i denne undersøkelsen tilgang til vesentlige elementer for å oppnå et selvstendig og uavhengig liv. En bruker beskrev sin tilpasning:

" ..jeg kunne godt ha jobba litt, hvis jeg hadde fått meg en jobb hvor jeg kunne jobba sånn et par dager i uka og tjent noen kroner. Men nå har jeg jo aktivitetssenteret....., nå har jeg tillitsverv og det gir jo litt egenverd og da har jeg noe å se fram til. "

Brukerens begreper og rammer for selvstendighet tok utgangspunkt i de begrensninger som lå i hennes erkjennelse av også å være avhengig av fagfolkens hjelpetilbud. Hun ønsket samtidig å være hovedperson i utformingen av en selvstendig tilværelse på sine egne premisser. Å takle hverdagen innebar økt makt over eget liv og det kan både handle om å få til bedringsprosesser slik Borg og Topor beskriver (2003), men det inneholder også et aspekt hvor hun ønsket å motvirke den maktesløshet som lå i det å ikke få seg en deltidsjobb. Maktesløshet fremmes av både økonomiske, fysiske, psykiske og sosiale forhold (Andersen2000).

5.3.1 Individuelle ressurser og ferdigheter.

Hva jeg kan.

Både begrepene et selvstendig liv og brukermedvirkning har menneskelige ressurser som forutsetning. Brukerne beskrev både selvtillit og manglende selvtillit hos seg selv. En kvinne uttrykte hvordan hun på den ene siden hadde liten selvtillit og hemmende angst i møte med andre mennesker. Samtidig fikk hun kontakt med en indre lyst eller kraft når hun sang. Denne kraften var så sterk at de sosiale og psykiske barrierene hun slet med til vanlig, ble borte. Følelsen av å mestre ble det styrende. En annen bruker hadde fått et råd om å ta i bruk sine ressurser. Når han våknet av mareritt om nettene skrev han ned innholdet og det minsket frykten. Han likte å skrive og brukte det som egentrapi. For han var det motsatsen til en hjelper som brukte det terapeutiske argumentet (Ørstavik 1996, Rønning og Solheim 1998) : "

vi møtes på mitt kontor, for det er godt for deg”, en respons han hadde fått på sitt ønske om hjemmebesøk. Brukerne beskrev på mange nyanserte måter hvor viktig det var for dem at de fikk koblet sammen sine indre subjektive lyster, eller krefter med handlinger som ga mening for dem. Brukerne var avhengige av åpne og kreative dialoger med fagfolkene.

Empowerment-tenkning definerer tre forutsetninger for en ressursorientert tilnærming : *bygge på menneskets iboende livs- eller helende kraft, supplert med støtte til å gjøre mer av det som fungerer godt, samt akseptere menneskets egne erfaringer som valid kunnskap* (Slettebø 2000). Utfordringen i brukermedvirkningen var om fagfolkene ville fange detaljrikdommen i brukernes livsmønstre. Da kunne de utvikle dialogen på brukernes premisser. En bruker mente hjelperne hadde makt til å bestemme hvor en samtale skulle foregå. Brukeren selv oppfattet det som en undervurdering av hennes mening. Det bidro til at brukeren opplevde kvaliteten i relasjonen som dårlig, noe som igjen virket negativt på de bedringsprosessene som deres samarbeid skulle dreie seg om. Forskning om bedringsprosesser viser betydningen av brukernes egen kunnskap om mestringsstrategier (Borg 2003). Her kan en se hvordan recovery og empowerment bygger på elementer av en felles tenkemåte (Jensen 2004)

Egenmobilisering .

Brukerne beskrev sine bedringsprosesser. En av dem hadde en særlig lang vei mot et ”selvstendig liv”. Etter mer enn 30 år i psykiatrisk institusjon bodde han nå i en kommunal leilighet og gav et glimt av sitt livsmønster:

”Jo at jeg blir liggende i sengen nokså lenge. Så det er det eneste problemet jeg har nå. At jeg ikke får kommet meg opp, ikke får stelt meg, ikke får gjort noen ting. Jeg blir bare liggende. Jeg har hatt det i alle år. Det går døgnvis. I går la jeg meg tidlig om ettermiddagen og sov til neste morgen. Da falt jeg i avmakt. Jeg kunne ikke noe for det, det er sykdommen som gjør at jeg faller i avmakt.”

Han beskrev seg selv som frisk. Det betydde for han at han klarte å bo i leiligheten når han fikk hjemmehjelp, besøk av en psykisk helsearbeider fra kommunen og en annen fra en poliklinikk. Han hadde besluttet etter to år i egen bolig at han nå ville klare å leve livet utenfor sykehusmurene. På flere områder av sitt liv hadde han detaljerte strategier for hvordan han kunne mestre hverdagen: Planlagte opphold ved et distriktpspsykiatrisk senter i løpet av året, flere strategier for å takle økonomien dels ved hjelp av sin gamle far som førte regnskap og betalte faste utgifter og dels ved å etablere en kredittordning med nærkjøpmannen. På den måten etablerte han sine livsmønstre for å mestre hverdagen. Brukermedvirkning for han var å bli møtt som den han var. At noen ville sitte sammen med han når han hadde sine perioder

hvor han ville ligge. Han etablerte sin tilværelse i rommet mellom erfaringene fra en institusjonstilværelse med strukturer og beordringer og nye erfaringer med en psykisk helsearbeider som arbeidet ut fra et brukerperspektiv. Der den psykiske helsearbeideren ønsket dialog og samarbeid når han trengte hjelp til å dusje, ønsket han selv mer befalinger og fasthet. I de pågående forhandlinger søkte den psykiske helsearbeideren å utfordre hans egenmobilisering. En slik samhandling kan ses i lys av en tenkning om hvordan bedringsprosesser kan utvikles. Begrepet bedringsprosesser er i denne sammenheng en oversettelse av det engelske ordet *"recovery"* som brukes som en betegnelse for individets erfaringer med å komme seg gjennom og overkomme psykiske problemer og hindringer i hjelpeapparatet så vel som i samfunnet for øvrig (Deegan 1997 a og b). Hun beskriver recovery som en personsentrert tilnærming til forskjell fra en sykdomssentrert modell. En personsentrert tilnærming vil søke etter brukerens personlige makt, kunnskap, ansvar, personlige kontekst og personlige besluttomhet. Fagfolks rolle tilstreber deling av makt, utveksling av informasjon, beslutninger tas i fellesskap, være samarbeidspartner og en kompetent fagperson som kan konsulteres underveis.

Søke makt - empowerment.

I hverdagslivet var det også rom for samfunnsmennesket. Noen av brukerinformantene så seg selv som del av *"gruppen mennesker med psykiske lidelser"*. En bruker hadde tidligere erfaringer med å delta i drift av nærradio. Media hadde makt som ga mulighet til å nå for eksempel politikere for å formidle hvilken støtte det var for han og andre brukere å ha et sted som det aktivitetshuset han brukte. Han ville snakke om psykiske lidelser og at aktivitetssentrene skulle være inkludert i naboskapet. Det var behov for mye større åpenhet om psykiske lidelser.

"Da ville jeg fortelle at det går an å leve med psykiske lidelser og at ingen mennesker er dumme. Alle har noe godt i seg, men det er å komme ut med det, få utfolde seg som en blomst. Det er viktig".

Denne brukeren formidlet flere budskap som alle omhandlet kollektive og politiske sider i en empowermentprosess (Andersen 2000). Hans drøm var at ordføreren skulle ringe og invitere han til å holde foredrag i bystyresalen. På den måten kunne politikerne komme mer på banen. De måtte få kjennskap til at brukermedvirkning kostet penger, og at det var viktig for dem det gjaldt. For brukerne var opplysningsarbeid og politisk påvirkning viktige faktorer for å bedre situasjonen for gruppen som helhet. De viste hvordan brukeren også knyttet sin identitet til *"gruppen"* mennesker med psykiske lidelser, og de ville ta i bruk sin egen kompetanse for å

påvirke. Han fikk ofte høre fra omgivelsene at han var god til å snakke. Det var han stolt av og ville bruke.

Brukerens ønske om å formidle at *”det går an å leve med psykiske lidelser ”* inneholdt et budskap om å endre på forståelsen av den stigmatiserte psykiatriske pasient. Alle brukerinformantene berettet om svært vanskelige liv, men formidlet samtidig hvordan kontakten med hjelpetjenestene hadde bedret deres levekår på mange områder. I fortellingen viste de evnen til å ta livet som det kom, men også lengselen etter å være deltaker i det alminnelige livet. De beskrev betydningen av samhandlingen med omgivelsene enten resultatet var en positiv eller negativ bekreftelse. Det var i interaksjonen de deltok i konstruksjonen av den sosiale virkeligheten, de plasserte seg selv og ble plassert i en sammenheng. Her refererer Borg (2003) til Foucault som sier at når brukerne tar i bruk mer makt betyr det ikke bare en frigjøring fra fagfolkene, men en frigjøring fra selve rollen som pasient.

5.3.2 Tilhørighetens betydning

Et sted å bo.

Klientlivsformen hadde brukerne forskjellige erfaringer med. I deres liv hadde en psykiatrisk institusjon vært bosted i perioder. Det strakk seg fra flere ti-år til de som kun hadde erfart denne livsformen i kortere perioder, dog gjentatte ganger. Alle brukerne omtalte ulike aspekter ved det å bo anstendig som betydningsfullt for deres hverdagsliv og for et selvstendig liv. Brukernes vurdering av hva som var selvstendighet for dem var vevd sammen med deres livserfaringer gjennom det levde livet og den aktuelle situasjon de hadde akkurat nå. Erfaringer fra økonomisk rot og kaos, personlig utrygghet eller sosial tilbaketrekning med påfølgende innleggelse gjorde at bofellesskapet var en løsning som sikret et selvstendig liv på deres premisser for noen av dem. De beskrev det selvstendige liv som en relativ størrelse. En av brukerne sa det slik : *” det er godt for nervene å bo i egen bolig ”*. I hans tilfelle var institusjon alternativet.

Etablering i leilighet som var et selektivt hjelpetiltak, erfarte noen brukere som en prosess hvor de fikk liten innflytelse. Det kunne være spørsmål om å ta familieære hensyn hva angikk størrelse, eller mulighet til å ha husdyr. Uklare regler om hvem som egentlig bestemte, bidro til en avmaktsfølelse. Avgjørelsene oppfattet de som urettferdige forde fagfolkene ikke praktiserte likebehandling. Samtidig vurderte de bofellesskapet som den beste boformen, ”

den beste plassen jeg har bodd i hele mitt liv ”. Balansen mellom å kreve mer medvirkning og risikoen for å ikke få det tilbudet de ønsket var en vanskelig balansegang for brukerne.

Uklarheter i regelverk og beslutninger ved innflytting i bofellesskap var et aktuelt tema også for de profesjonelle som arbeidet i bofellesskapene. De ønsket mulighet til å påvirke beslutninger om hvem som skulle flytte inn. Deres lokalkunnskap om beboerne og det sosiale livet de hadde utviklet sammen mente de burde tas med i vurderingen ved utvelgelse av nye beboere. Hver på sin måte opplevde både brukere og profesjonelle en avmaktfølelse i forhold til deltakelse og påvirkning.

Familien og slekten

Parallelt med fortellingen om en hverdag preget av hemmende angst, av episoder hvor egen grensesetting glapp, eller bekymringer som økte risikoen for søvnløshet med påfølgende psykose eller tilbaketrekning, forløp fortellingen om tilhørighet til en slekt eller et sted. En bruker var stolt over å tilhøre en slekt med håndverkstradisjoner, selv om hans eget liv var levd innenfor murene i en psykiatrisk institusjon i flere ti-år. I sin nye tilværelse i kommunal bolig videreførte han slektens tradisjon for rosedyrking ved å stelle en rose i et villniss av en kommunal hage. På den måten søkte han sammenheng i sin tilværelse mellom fortid og nåtid.

Alle brukerinformantene hadde relasjonelle bånd til familie, slekt eller venner. For noen var det tapsopplevelser ved å bli kastet ut hjemmefra i ung alder, eller søsken som en ikke hadde kontakt med. Deres foreldre kunne selv ha vanskelige liv, da ble ens eget behov for støtte bare en merbelastning. Eller det kunne dreie seg om uenighet når en far fikk stengt datterens mobiltelefon når hun ble psykotisk. Familierelasjonene var for andre preget av faste tradisjoner hvor en spiste søndagsmiddag med foreldre eller svigerforeldre. Det var gleden ved å være tante, eller å ha en kone som stilte opp når livet var som verst. Familiebåndene var der på godt og vondt, og det påvirket brukernes liv og familienes liv.

En nettverksorientert praksis som har utviklet seg i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser, har vektlagt betydningen av å mobilisere nettverket som allierte og ressurspersoner (Seikkula 2000, Brottveit 2002). Ut fra et nettverksperspektiv defineres brukermedvirkningen inn i nettverksmøtet de som deltar utgjør den samlede kompetansen til å takle de problemstillingene de står overfor. Brukerne som ble intervjuet hadde liten erfaring med å møte nettverket sitt i slike møter. Erfaringer fra arbeid med nettverksintervensjoner har vist at

det å la nettverket medvirke sammen med brukeren og fagfolkene helt fra starten av når en person får en psykisk lidelse har stor betydning for om nettverket beholder kontakten med den personen. Det sikrer likeverdighet i samarbeidet og gyldiggjøring av både brukeren og nettverkets kunnskap.

Et sted å gå til

En av livsformene som Højrup (1983) omtaler, er karrierelivsformen. Brukerne hadde ikke tilgang til denne livsformen og deres hverdagsliv handlet blant annet om å etablere strukturer som de følte ble meningsfylte for dem selv. Det å kunne skape noe ved deltakelse i arbeidslivet var dels utprøvd og dels uprøvd av brukerinformantene. Arbeid er en form for inklusjon i samfunnet og gir en borgerstatus som i sin tur åpner for tilgang til andre deler av fellesskapet blant annet fordi det gir andre økonomiske muligheter enn en uførepensjon. Brukerne arbeidet for å kompensere for dette tapet av posisjon og søkte å redefinere sin borgerstatus innenfor de rammer de hadde tilgang til. Her spilte aktivitetssentrene en viktig rolle.

Et aktivitetssenter ble beskrevet av en bruker som et sted der han følte seg både sett og savnet. Ble han borte en dag, sjekket de om noe var galt og sendte bud på han. Han følte seg som et helt menneske og som en betydningsfull person. Han fikk en klapp på skulderen når han trengte det og de var interessert i hans hverdagsliv, ” *vi er som en stor familie* ”. Aktivitetssenteret dekket aktivitetsbehov, men også sosiale behov. I mange tilfeller var det en base å bevege seg ut fra, til kino, konserter eller turer. Et trygt utgangspunkt for å utfordre sine psykiske plager når en ville delta i ” *det alminnelige offentlige rom* ”.

Tilhørigheten var knyttet til deres livsform og deres livsmønster. Å høre til et sted handlet om et sted å bo, et sosialt liv og et sted for kreativ og meningsfull aktivitet. Brukermedvirkning handlet om deres bedringsprosesser og det handlet om å innta flere posisjoner som borgere.

5.4 Møter mellom brukere og fagfolk.

Å være på nivå med alle

”Å være på nivå med alle” var et uttrykk en av brukerne formulerte om lederen på et aktivitetssenter. Flere av brukerne la vekt på betydningen av partnerskap i møte mellom fagfolk og dem selv. En leder som kunne være leder uten å være ”sjefete”. Samtidig var det

betydningsfullt at lederen hadde autoritet, men at den aldri ble misbrukt. En slik fagperson var for brukeren en ekte person som var seg selv. Brukerne vurderte om driftsformene og stemningen på det enkelte senteret passet for dem, ” *det forrige aktivitetsstret jeg gikk på, der bare eksisterte jeg, men her føler jeg at jeg lever, og for meg gjør det en forskjell* ” . Et sted hvor brukerne og de ansatte arbeidet sammen, enten det var undervisning til studenter, produsere stedets avis, kunstneriske uttrykksformer som maling av bilder eller silketrykk, ble foretrukket. Både aktivitetens innhold og stedets stemning var med i brukernes vurdering av om stedet var godt for dem, og om de mente de både medvirket og påvirket. Et slikt aktivitetsstret som hentet sine inspirasjoner fra Fontenehusmodellen og empowermenttenkningen ble både av brukere og ansatte omtalt som et sted hvor brukervedvirkningen sto sterkt og hvor brukerne var synlige og medvirkende.

Profesjonell kompetanse og brukernes egen erfaringskompetanse

Fagfolkene hadde faglig kompetanse fordi de har gått på skole og lært mye teori, og det var viktig slik brukerne vurderte det. De mente likevel at den teoretiske kunnskapen en student kunne tilegne seg, hadde flere begrensninger. Fagfolk kunne delvis kompensere for sin manglende erfaring fra livet ”på skyggesiden” ved at de hadde visse personlige egenskaper . En av brukerne uttrykte det slik om sine erfaringer med kuratoren på sosialkontoret; ”*det er ikke alle som passer til den jobben, det er tross alt ikke å selge sjokolade som er jobben deres*”. Brukerne la vekt på personlige egenskaper hos fagfolkene som å ha et godt hjerte, at de var snille, kunne lytte slik at de som brukere følte at de ble forstått og verdsatt av hjelperne. ” *Dersom jeg merker at den profesjonelle er hard som en stein, da har jeg ikke tid til å snakke med vedkommende* ”. Slik kunne brukeren styre kontakten med en hjelper som brukeren oppfattet som en person som ikke kunne hjelpe.

En viktig begrensning for fagfolkene var manglende praksiserfaring. Det var brukerne selv som kunne bidra med erfaringen i det å være klient. Det var en type kompetanse som fagfolkene som regel manglet.

” *Jeg er profesjonell for jeg har opplevd det på begge sider* ”

Å oppleve gaten som bolig og deretter erfare hvordan det var å bo i egen leilighet med egen seng hadde personen som hadde opplevd det, størst nærhet til. Det betraktet brukeren som en type profesjonalitet som var en nødvendig kunnskap som måtte gis gyldighet i møte mellom sosialarbeiderne og brukerne. Derfor var det viktig med brukernes forståelse og deltakelse på

alle plan. De var selvlærte gjennom livets skole og de var underveis i en utvikling. Brukerne var hovedaktører i sine egne prosesser. Også fagfolkene ønsket at det skulle være brukerne som drev fram medvirkningen, at det ikke skulle komme ovenfra eller utenfra. Noen ganger ble likevel brukermedvirkningen kun et ideal for fagfolkene. I deres praktiske virkelighet tenkte de at de jobbet mest med å få brukerne til selv å medvirke. ” *Vi ser at klienter vi har hatt kontakt med i mange år, der har det ikke skjedd mange forandringer. Vi reflekterer over spørsmål som at vi ikke strekker til overfor klienten* ” I balansen mellom å se på brukeren som en person de skulle gjøre noe med og brukeren som et subjekt, lå fagfolks avmaktsfølelse. Erfaringer fra intervjuer med brukere om hva som hjalp dem ut av psykiske lidelser konkluderte med at det var en forutsetning at erfaringene og kunnskapen til mennesker med psykiske lidelser måtte anerkjennes og respekteres (Borg 2003). Gyldiggjøring av kunnskap er en vedvarende forhandlingssak mellom fagfolk og brukere.

Innflytelse over viktige beslutninger

At brukere hadde flere hjelpere betydde ikke alltid at de følte at helheten og sammenhengen i deres liv ble ivaretatt. For en bruker hadde gjentatte psykiske kriser medført store endringer i livet med overgang fra arbeid til trygdestatus, fra kaos til ordnede boforhold og tilbud om deltakelse i en gruppe for menn. Det var etablert kontakt med hjelpere som han hadde tillit til. Parallelt reflekterte brukeren over helheten i sin livssituasjon. Hans bekymringer omfattet særlig barna som hadde en vanskelig omsorgssituasjon. Den individuelle planen inkluderte ikke de behov han hadde som far. Brukeren påtok seg intuitivt en samordningsrolle for barnevernet og helsestasjonen. Han beskrev hvordan bekymringer gikk over til søvnløshet og psykose. Brukeren medvirket i arbeidet med den individuelle planen, men i en situasjon preget av liten kontroll, ble samordningsrollen for meget. Det står i motstrid til hvordan arbeidet med individuelle planer er tenkt hvor nettopp brukerne ikke skal være koordinator, men få støtte fra en fagperson til dette (Thommesen 2003).

Å flytte fra leid leilighet til et bofellesskap var en forhandlingsprosess som kunne ta tid.

” Så var jeg jo veldig sta. Jeg ville ikke flytte på andre siden. Han prøvde jo lenge ... ja, men han fikk det ikke så lett til ”.

Brukeren forhandlet og stilte som betingelse at hun kunne beholde sine støttepersoner selv om hun måtte flytte til en annen bydel. Hun hadde brukt tid på å ” *bli vant med* ” sine hjelpere og følte hun ikke kunne klare seg uten dem. Hjelperen på sin side fristet med stedets fordeler.

Brukeren beskrev hvordan hun lyttet til argumentene, men for henne var det av størst betydning at hun var den som kunne ringe til sin kontaktperson og meddele, ” *det er greit, jeg flytter.* ” Ingen presset henne lengre enn hun kunne være med på, og dermed følte hun at valget ble hennes. Slik bevarte hun kontrollen over situasjonen.

Å velge sin egen hjelper var et tema som brukerne var opptatt av. Det var et langt steg fra å mislykkes i relasjonen til en fagperson til å ta dette opp i den hensikt å bytte til en annen. En bruker hadde erfart at det var mulig. Etter å ha tatt det opp med fagpersonen og omsorgskontoret fikk han byttet hjelper til annen han selv hadde utpekt og som han kjente fra tidligere. ” *En dag ringte det på døren og der stod han og sa, hei, og vi fant tonen med en gang* ”. Det hadde betydning for brukerne at de møtte fagfolk som de følte de hadde en personlig ”match ” med. Det gjorde at de kunne være seg selv, stille dumme spørsmål eller snakke om vanskelige forhold i livet. Muligheten til velge koordinator når det skal utarbeides individuell plan kan bidra til at brukere vil ha større valgfrihet i forhold til hvem som de mener er gode hjelpere. Det temaet reises også i kapittel 6 om fagfolkene.

5.5 Brukermedvirkning og lokale løsninger.

Brukerne reflekterte over brukermedvirkning i situasjoner der de betraktet seg selv som medlem av en gruppe. Det kunne være gruppen beboere i et bofellesskap, eller gruppen brukere av et dagsenter. De vurderte det aktuelle stedet, om de som arbeidet der la til rette for brukermedvirkning, og hva som virket eller ikke virket.

Et brukersteds evne til konfliktløsning hadde betydning for om brukerne følte de kunne ta det i bruk som sitt sted. Brukermedvirkning innebar spesielle tilpasninger for at det skulle fungere. Et brukerstyrt aktivitetssenter kunne virke mot sin hensikt. Krangel blant brukerne ble en kilde til utrygghet. Hvordan bli enige om beslutninger og hvem kunne stoppe brukere som var kaotiske og ville bestemme over andre hvis ingen fagfolk kunne opptre som støtte i vanskelige situasjoner. Brukerstyrte virksomheter som ble etablert uten opplæring og støttefunksjoner for drift følte de som en form for ansvarsfraskrivelse fra det offentlige hvor det ble forventet at brukere uten trening skal kunne opptre som aktører (Slettebø 2000, Rønning og Solheim 1998). Brukeren reiste problemstillingen det var mulig å etablere brukerstyrte sentre eller om de var avhengige av den støtten som fagfolkene gav. Behovet for

opplæring og vinne erfaringer gjennom praksis ville styrke mulighetene på sikt til å etablere brukerstyrte tiltak.

Ved ett aktivitetshus hadde brukerne gjennomført medlemskap og allmøte som driftsform. Inspirasjonen hentet de fra empowerment og Fountainhouse bevegelsen. Alle visste hvilke regler som ble fulgt, og fagfolkene bidro som meglere ved konflikter. Brukerne lette etter tilpasninger for at flest mulig kunne være delaktige i styringen og medvirkningen. Det krevde tilpasninger i gjennomføringen av medlemsmøtene. Plenumsmøter der få snakket, søkte de å endre ved å kombinere det med gruppediskusjoner. De med mest angst for store forsamlinger foreslo at brukerne kunne benytte en postkasse for å fremme sine synspunkter. Medlemskapet innebar for dem en søkning mot løsninger som bidro til at flest mulig av brukerne kunne delta. Deres kunnskap om de begrensningene de psykiske plagene medførte for enkeltbrukere var en faktor de måtte ta med i alle former for aktiviteter de ønsket å gjennomføre. Brukerne lette etter løsninger som kunne fungere for dem.

Brukermedvirkning var også et spørsmål om å bli møtt med holdninger som viste tillit. Å ha nøkler til fellesrom var et symbol på tillit og makt. Både i bofellesskap og i aktivitetssentre var brukernes tilgang til nøkler et tilbakevendende tema. Brukerne erfarte at fagfolk hadde ulike holdninger til hvorvidt brukerne kunne få tilgang til felles lokaler uten at fagfolkene var til stede. I et bofellesskap hadde spørsmålet om bruken av fellesleiligheten vært et tema. En bruker uttrykte det slik:

”Jeg har inntrykk av at det har blitt en leilighet for de ansatte. De hadde jo sine ting der. Men de har begynt å si til oss at vi kan bruke den mer. Du vet, vi hadde jo ikke nøkler og denne leiligheten var jo for oss. Jeg tror det gikk et halvt år med fram og tilbake før vi fikk nøkler utlevert. ”

Brukerne mente de hadde rettigheter i forhold til bruken av leiligheten mens fagfolkene slik brukerne oppfattet det, gjorde lite for å rydde av veien praktiske hindringer som kunne gi dem adgang til fellesleiligheten uten fagfolks tilstedeværelse. Brukerne reflekterte rundt intensjonen med etableringen av bofellesskap som tilbud og at de måtte finne seg i den makt som fagfolk hadde til å gi eller innskrenke goder.

Brukerperspektivet utfordret fagfolkenes holdninger om brukerens rettigheter. Å møte brukerne som aktører når de samtidig hadde behov for støttende tiltak kunne være en krevende øvelse for fagfolkene.

5.6 Livsformer og identitet har betydning når brukere og fagfolk møtes

Mennesker med psykiske lidelser blir ofte fremdeles kategorisert som ”psykiatriske pasienter”. Det ble opplevd som et stigmatiserende uttrykk, og brukerne hadde både direkte og indirekte negative assosiasjoner til betegnelsen. Noen brukere så det også som en utfordring å gjøre det synlig for omgivelsene at det går an å leve med en psykisk lidelse og fremdeles være borger..

Brukerne hadde behov for flere av kommunens tilbud til mennesker med psykiske lidelser, de kunne dermed også plasseres innenfor betegnelsen ” klientlivsform ”. Selv var de opptatt av variasjonen i livsformen som utgjorde deres livsmønstre. Da var det plass for både mennesket med hjelpebehov, men også for borgeren. Det omhandlet bedringsprosesser i bred forstand, men var avgjørende for deres deltakelse.

Brukerne vurderte hvorvidt fagfolkene kunne bidra til at de lyktes med sine livsprosjekter. De verdsatte fagfolk som kunne være på nivå med all, gi brukernes kunnskaper en selvstendig status eller kunne samarbeide slik at brukerne bevarte kontrollen over eget liv. Brukermedvirkningen hadde mange nyanser i individuelle møter mellom brukerne og fagfolkene.

Alle brukerne hadde synspunkter på brukermedvirkning på individnivå. Fire av de seks informantene hadde synspunkter på brukermedvirkning knyttet til der de bodde eller til driften av aktivitetssentrene. Tre av dem var engasjert i brukermedvirkning som empowerment og var aktive i utformingen av ulike brukermedvirkningsformer.

6. FAGFOLK OG BRUKERMEDVIRKNING

6.1 Innledning

Dette kapitlet bygger på intervjuene med helse- og sosialarbeiderne. Med utgangspunkt i temaet brukermedvirkning i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser beskrives og analyseres deres forståelse og praksis. Helse- og sosialarbeiderne jobbet ikke sammen, men flere hadde samme type arbeidsplass, enten dagsenter, bofellesskap eller sosialkontor. De bidro til å utforme psykisk helsearbeid i kommunen. Møtene med fagfolkene omhandlet perspektiver på psykiske lidelser og hvordan de samhandlet med brukerne med utgangspunkt i ulike kontekster. Fagfolkene reflekterte også over sine egne vurderinger og hva som hemmet eller fremmet brukermedvirkning.

6.2 Helse- og sosialarbeiderne og feltet psykisk helse

I metodekapitlet (4) ble det beskrevet hvordan feltet psykisk helse har tilhørighet i mange organisatoriske enheter i kommunen, noe som gjenspeiler seg i utvalget av informanter blant fagfolkene. De uttrykte noen særtrekk ved sine arbeidsplasser.

En kurator ved et sosialkontor i en bydel reflekterte over noen utviklingstrekk ved det kontoret hun arbeidet ved:

” ... det var ikke bare jeg som så at mange av klientene hadde psykiske problemer, det var jo hele kontoret som opplevde det. At det ble mer og mer av brukere som .. det var kanskje vi som ble flinkere til å fokusere på den type problemer, men vi syns at mer og mer av arbeidet på et sosialkontor handlet om mennesker med store problemer ut over den økonomiske saksbehandlingen. Det handlet både om rus, men det handlet også om eh .. psykisk helse i vid betydning. Jeg er ikke så veldig glad for å bruke psykiatrigrepet på sosialkontoret. Det blir litt for snevert og litt sånn 2. linje og mer litt sånn medisinsk perspektiv. Jeg synes psykisk helsebegrepet er litt mer fruktbart.”

Sosialkuratorne hadde spesialiserte oppgaver som *tiltakskurator*, *oppfølgingskurator* og *miljørettet* arbeid for mennesker med psykiske lidelser. Den miljørettede stillingen hadde klart definerte oppgaver og hadde et tett samarbeid med bydelens psykiatriske sykepleiere. Alle kuratorene arbeidet mye med ansvarsgrupper og samarbeidet med fagfolk i 2. linjetjenesten. De opplevde ulik grad av krysspress mellom lederens prioriteringer og forventninger fra omgivelsene til hva de burde prioritere. I stor grad var kuratorene overlatt til

å foreta sine egne vurderinger av hvem og hvordan de skulle prioritere blant de som ble definert som ” deres saker ”.

I bofellesskapene kunne hverdagen delvis preges av at en var alene på jobb. Samarbeid i team var begrenset til noen møteplasser i form av faste møter eller overlappinger der hvor en også jobbet på ettermiddager og kvelder.

” Jeg treffer jo veldig få. Det er jo kanskje litt av det som er problemet at det hele blir så stort at du ikke har noen identifisering med noen gruppe. Men det er klart det er folk som jeg ville gå til. Han avdelingslederen som jeg har i dag ville jeg klart kunne søke til for en diskusjon. Det er et lite miljø akkurat her, og vi er ganske godt utdannet. Vi reflekterer litt frem og tilbake for vi treffes i vaktskiftet sånn av og til . Ellers er det lite sånne arenaer, du møter sosionomer, du møter sosialkontoret, du møter trygdeetaten og har mye arbeid der, aetat veldig mye og sånn. Det er lite jeg ser de psykiatriske sykepleierne også. Jeg skulle ønske det kunne være litt mer. Det er ofte at de ringer opp og har noen bestillinger sånn og sånn, kan du ringe den og den og ordne det og det. Så det er ikke i så stor grad at de er inne i kontakt”.

Informantene som arbeidet i bofellesskapene mente ikke de tilhørte et større fagforum for bofellesskap, eller i et tverrfaglig team i bydelen. Den nye modellen med resultatenheter var nettopp etablert, og de var usikre med hensyn til hvilke samarbeidsformer som ville etableres. En nytilsatt boveileder mente han var forespeilet et større fagmiljø enn det han erfarte i praksis. Han visste det nå ble planlagt en større faglig samling for alle ansatte i bofellesskapene hvor han håpet det ville bli fastsatt noen samarbeidsstrukturer.

Informanten fra aktivitetssenteret var medlem i et tverrfaglig team bestående av aktivitør, sykepleier og sosionom. De var oftest på jobb samtidig og de hadde faste treffpunkter hver morgen. På møtene informerte de om observasjoner av brukere som hadde det spesielt vanskelig og trengte støtte eller trengte hjelp til å sette grenser for seg selv. Her planla de også dagens aktiviteter og fordelte arbeidsoppgaver. En gang i måneden hadde de møter med leder for bydelens bofellesskap og leder for helseteamet og en brukerdrevet kafe. Her samordnet de aktivitetene.

Blant brukerne var det mange som ble skrevet ut fra psykiatrisk institusjon for mer enn tyve år siden. Stedet var delvis betraktet som deres værested. Dette aktivitetssenteret så ikke etablering av brukermedvirkning i tråd med empowermenttenkningen som en god modell.

Psykisk helsearbeid som felt befant seg i flere typer virksomheter med ulike tilbud for brukerne. Det i seg selv viste at fagfeltet hadde en forståelse av at hjelpebehovene til brukerne

var sammensatte og de tilrettela for tilbud som hadde nærhet til brukernes livsverden både i bofellesskapene og ved aktivitetssentrene. Sosialkontorene gav økonomisk hjelp som var viktig og avgjørende for menneskers livsverden, men disse møtte klientene oftest på sosialkontoret. Det var også eksempler på at sosialarbeiderne prioriterte å møte klientene i eget hjem. De ønsket å jobbe utadrettet, men tidspress på saksbehandling ble opplevd som et hinder.

6.3 Helse- og sosialarbeiderne og perspektiver på psykisk lidelse

Fra hver sin kontekst berørte helse- og sosialarbeiderne synspunkter på menneskene de møtte. Fra sine ulike arbeidsplasser var de med på å utforme psykisk helse som praksisfelt i kommunen. En av sosialarbeiderne ved sosialkontoret uttrykte en bevissthet om dette ved å skille mellom psykiatrien som tilhørende et diagnostisk perspektiv i motsetning til den bredere innfallsvinkelen de utviklet i kommunalt psykisk helsearbeid.

Hvilke perspektiv som lå til grunn for utformingen av praksis, var ikke entydig, men det var et spørsmål de var opptatt av. Ansvarsgruppene med klientene var ofte sammensatt av mange fagfolk og en bruker. Å samarbeide med pårørende og annet nettverk var mer tilfeldig både på sosialkontorene og i bofellesskapene. Det hendte de glemte å invitere dem når de arbeidet med individuelle planer, og de vurderte i andre tilfeller at pårørendes forventninger ble vanskelige å møte:

” Vet du når du sier det sånn, det er jo helt feil. Det er jo klart at de skulle jo ha vært der, de som vil og hvis brukerenbestemte det. Men det er kanskje noe en må jobbe med. Slik at det blir en ressurs for brukeren at det ikke blir far eller mor eller søstre som bare blir med for å være kontrollører ... ”

Flere av fagfolkene mente at bakgrunnen for at de ikke arbeidet så aktivt mot pårørende handlet om deres eget perspektiver på hva som ville hjelpe og hvordan hjelp skulle utformes.

” Jeg tror vi ofte er i et terapeutisk perspektiv der disse andre arenaene ikke blir snakka om . Jeg har jo andre typer samtaler og, men jeg tror vi er i et terapeutisk perspektiv, hva skjer i følelsene dine, valgene dine. Og det er fokusert mye på det negative, det er så mye å rydde opp i. Nei så sier de, jeg har skuffa de pårørende så mange ganger ..

Det terapeutiske perspektivet ble vurdert som en form for individualisering som rettet oppmerksomheten mot feil og mangler ved personen, en symptomforståelse. En annen informant satte et klart skille mellom det som skulle foregå i det terapeutiske rom i 2. linjetjenesten og den tilnærming de hadde i kommunen.

” De har brokete og forskjellig bakgrunn og som jeg sa: noen har humor og dybde både i etiske og religiøse spørsmål og dersom de går inn på det, så har vi en slik diskusjon. Vi prøver å være litt sånn mer lyttende og fange opp det som de bryr seg om og ha et sånn felles språk rundt det. ”

Blant fagfolkene var det flere perspektiver som levde side om side. I forskningen om hva det er som hjelper, har Cullberg i Topor (2001:343) beskrevet den betydning vår forståelse av psykotiske lidelser har for hvordan vi kan møte mennesker som har psykotiske episoder.

"En viktig psykologisk erfaring er også at man vid sidan om den psykotiska fungerandet ofta finner en icke-psykotisk del av personligheten som man direkt eller indirekt måste söka samarbete med."

Noen av fagfolkene arbeidet ut fra en oppfatning av at en person med psykiske lidelser har lange perioder der psykosens uttrykk ikke overskygget andre sider ved personligheten. Det var det alminnelige og hverdagslige de søkte etter i dialogen med brukerne. I dette perspektivet lå en forståelse av mennesket som et samhandlende individ som inngikk i relasjoner med sine omgivelser. Samtidig hadde fagfolkene tilnærminger som var symptomfokuserende, noe som påvirket dem til å nedvurdere betydningen av relasjonenes betydning for bedringsprosessene.

6.4 Fagfolkene ser brukerne

Brukermedvirkning forutsetter at mennesker som medvirker, har ressurser som sosial kompetanse, ferdigheter, personlighetstrekk og en subjektiv iboende kraft til å handle på egne vegne (Dalgard 1995). Det var av interesse å få vite mer om hvordan fagfolkene oppfattet brukerne som kompetente talsmenn for sin egen sak.

6.4.1 Sosialkontoret som kontekst

Mange av sosialkontorets brukere hadde langvarig kontakt. Sosialkuratorene pekte på hvordan brukerne gjennom det å ha behov for hjelp, ble definert inn i en rolle som kom i et motsetningsforhold til en forståelse av brukeren som en person med ressurser og kompetanse til å handle på egne vegne. I klientrollen avkreves brukeren takknemlighet og ydmykhet. Over tid betyr dette en nedvurdering og manglende selvtillit hos brukeren (Skau 1992). Sosialkuratoren beskrev typiske trekk ved hennes klienter slik:

” det er nok varierende Altså liten selvtillit, liten liksom tro, lite oppbøyde hoder, en del folk strever, men som lever såpass ustrukturert at de har hatt vanskeligheter med å finne plass innen de strukturer som kreves for å være i et behandlingsopplegg ”

De menneskene som var klienter, hadde som regel svært vanskelige liv. Hennes forståelse av hvem brukeren var, skulle hun kombinere med aktivitetslinjen som innebar å utnytte brukerens arbeidsevne og stille krav til brukeren. Aktivitetslinjens ide innebar en forventning om noen kompetanser som brukeren ikke behersket, for eksempel å stå opp om morgenen. Systemets forventninger ved å tilrettelegge en vei ut av systemet for brukerne kunne samtidig bli en strategi for at disse personene ble ytterligere klientifisert. Mobilisering av deres ressurser lå på et annet plan.

En sosialkurator kunne også beskrive klientene som ute av kontroll og i en tilstand av "kontinuerlige kriser". De hadde langvarig kontakt med sosialkontoret, men hverdagene deres besto av en rekke plutselige hendelser som ble presentert som kriser. Relasjonen ble i stor grad styrt av de spontane kontaktene. Brukernes livsmønster og strategier for problemløsning kom i konflikt med den forventende adferd for henvendelser og kontakt. Relasjonen til disse klientene ble ofte overfladisk og preget av gjensidig mistillit. De etablerte et mønster der rollene var fordelt og opprettholdte dermed en klientifiserende relasjon. Sosialarbeideren beskrev også hvordan slike låste relasjoner kunne endres og medføre at klienten kom seg videre i livet. Ofte visste hun ikke hva det var som virket slik at klienten besluttet å gjøre noen endringer i livet.

Noen av sosialkontorets klienter mestret kontorets prosedyrer og regler. Disse brukerne var mer rettighetsorientert. De skaffet seg oversikt over regler og framgangsmåter og etablerte sosiale relasjoner med skrankepersonalet. Brukerne mestret de krav som tjenesten stilte til dem for å få sin sak behandlet. Klienter kunne også vise til sine rettigheter, ved å referere til "*rett til nødhjelp*", eller at "*de visste at andre hadde fått*". Det betraktet sosialarbeideren som en avmaktssituasjon for klienten i forhold til det systemet som skulle hjelpe. Å hjelpe klientene var ofte spørsmål om å møte denne avmakten hos klienten ved å lete etter flere innfallsvinkler til problemstillingen de sto overfor.

" Jeg ser, det å ha øynene åpne for brukerne, det kan for eks. være et temperament eller et sinn, som egentlig, hvis det kan snus i en eller annen retning, kan være en veldig ressurs "

Sosialarbeideren ville da bruke sin kompetanse til å gi klienten noen handlingsalternativer som denne kunne vurdere nytten av. Hun fokuserte på klientens muligheter til å bruke sitt engasjement til å gjøre andre valg. En form for frigjørende prosess.

Klientenes livsmønster ble også møter med praksisfeltets dilemmaer. Enkelte klienter med alvorlige psykiske lidelser kunne noen ganger gjøre valg som åpenbart var til ugunst for dem selv. Manglende oppfølging av økonomiske forpliktelser kunne medføre tvangssalg av bolig. Når valget sto mellom å godta hjelpeverge eller miste boligen sin, valgte klienten det siste.

Et annet dilemma oppsto når klienten trakk seg helt tilbake fra sosial kontakt. Kuratoren bidro til å tekstliggjøre sine tanker i møtet med en sterkt deprimert kvinne:

" Hun har i maniske perioder mista den økonomiske oversikten, og har flere ganger nesten måttet reise fra huset og alt sammen. Når jeg sier det handler veldig mye om økonomi, så er det forsåvidt bare halve sannheten. Det andre er jo det å forholde seg til en kvinne som sitter i en stol hele tiden, sier bare ja og nei og ser i veggen og preges av å være veldig deprimert, å prøve å gi henne litt impulser utenfra og få henne med på litt. Å få snudd tankene hennes litt. Det er det jeg gjør sånn litt ved siden av å være sånn økonomi ... Og så i forhold til brukermedvirkning så kan jeg jo, det hennes ensformige tilværelse, når jeg kommer så sitter hun ensomt ved et bord så ligger alle regningene der i en pen liten bunke som hun har lagt fram. Så sitter hun der, så sitter jeg der og så har jeg med meg denne permen her med budsjett og sånn at jeg på en måte krysser av etter hvert som regningene kommer, og om det stemmer. Da er det veldig viktig for meg å få henne involvert i dette her så hun ikke bare skal få levert i fra seg noe. Jeg prøver etter alle kunstens regler ...".

Sosialarbeideren ble utfordret på flere måter. Klienten har ikke motsatt seg hjelp til å få betalt sine regninger. Dersom hun blir mindre deprimert og tar initiativ selv, kan hun velge bort hjelperen, dermed ville det oppstå en ny risikosituasjon for henne med økonomisk mislighold. Dermed må sosialarbeideren ta stilling til tvangstiltak eller om klienten skal få en ny mulighet til å styre økonomien. Den andre utfordringen for sosialarbeideren var å arbeide i en kontekst uten det talte språk. Hun var overlatt til å søke etter mening i tausheten og andre tegn som hun kunne fortolke. Sosialarbeideren måtte ta i bruk sin intuisjon og sensitivitet. Hun erfarte imidlertid at klienten sa ifra når hun opplevde at kravet om egen involvering ble for mye.

6.4.2 Bofellesskapet som kontekst

I det daglige samarbeidet med beboerne balanserte sosialarbeiderne mellom å gi hjelp når det var behov og å støtte brukerne til å mestre oppgavene selv. De rettet oppmerksomheten mot brukernes livsmønstre, hvordan de brukte å gjøre ting. De måtte være seg bevisst sine egne normer for renslighet, ryddighet eller søvnmønstre for ikke å overskride brukernes grenser. Samtidig balanserte de vanskelige temaer som når brukerne ønsket å slutte å ta medisiner uten videre, eller når brukeren viste en institusjonalisert hjelpsløshet og ønsket at hjelperen skulle

vaske gulvet. Bofellesskapet var et sted hvor brukernes evne til å representere seg selv var i bevegelse, og det var et sted hvor fagpersoner og brukere var sammen over tid.

Flere av beboerne i bofellesskap hadde tidligere bodd mange år i institusjon. Brukerne kunne blitt plassert innenfor et perspektiv hvor relasjonen til omgivelsene kunne synes så preget av deres psykiske lidelse at de ble oppgitt slik Cullberg beskrev i Topor (2001: 343). Boveilederne var tvert om opptatt av bedringsprosessene og mente det var en del av egen motivasjon for jobben.

”Han våkner på forskjellige tider av døgnet. Dessuten har han et kronisk behov for å bruke penger så det går helt på styr, men han lytter når vi må sette begrensninger. Vi hadde ansvarsgruppe i forrige uke. Det er første gangen han har vært med en hel time på ansvarsgruppemøte hvor advokat, sosialkontor og jeg var representert. ... Han har masse humor og han fikk oss til å le skikkelig, nede på advokatkontoret. Vi hadde det skikkelig moro. Det har ikke vært noen selvfølge, det har tatt tid. I de to siste møtene hvor vi drøftet medisiner var han selv med og han var rasende de fem første minuttene av møtet, men så snudde han om. Det at han kunne være med på et heilt møte for ett år siden, det var helt utenkelig. Og vi ser nå at han lager kaffe selv og serverer gjerne noe til. Han er mer interessert i å holde det fint rundt seg, klarer litt mer på egen hånd...”

Fortellingen gir oss et lite innblikk i hvordan en person håndterte overgangen fra en institusjonalisert tilværelse til en situasjon hvor han forventes å delta, ha meninger og være ansvarlig for egne handlinger. Boveilederen forholdt seg konkret til beboerens problemstillinger og samtidig var han oppmerksom på hans behov for å bruke tid til å finne sin måte å gjøre ting på.

Boveilederne erfarte at brukerne både hadde sosiale ferdigheter og fungerte som en ressurs blant beboerne. I ett av bofellesskapene hadde de etablert brukermøter hvor de tok opp spørsmål som vedrørte fellesskapet og ønsket brukernes synspunkter.

” Noen kan jo si de er veldig fornøyd uansett og andre igjen har veldig mange meninger. Noen er bevisste på seg selv, har selvinnsikt, er flinke til å få de andre med når vi har møter, hjelper til, ” kom an, si noe du også ”, og sånn. Der har jeg tenkt vi kan gjøre mer for å få fram synspunkter. Det trur en kanskje når det ikke kommer fram synspunkter, at det virkelig er greit nok. ”

Brukeren hadde vist henne at hun ikke skulle ta stillheten som et samtykke alltid og hvordan brukeren appellerte til sin nabo. Hun erfarte solidaritet ved at de hjalp til med snømåking, hang opp bilder og hjalp til når noen spurte.

Brukermedvirkning som rettighet hvor brukerne ut fra en aktørforståelse hvor en ønsker å få innflytelse som kunne komme i inngrep med fagfolkenes beslutningsmyndighet var derimot ikke naturlig innen bofellesskapets ramme.

” Ja altså, de krever ikke sine rettigheter så veldig mye her. De er veldig underdanige i forhold til det offentlige mange ganger. De som går på Industrien de er veldig sånn, brukermedvirkende, er veldig sånn Fountain House prega. De er veldig klare på sine rettigheter. Rettigheter i forhold til at de skal være med i ansettelse og ikke sant, veldig sterk representasjon. Så de er mer med på det. Men jeg har inntrykk av at de er veldig klar på hvilke rettigheter de har ”.

Boveilederen la vekt på å bringe inn plikter og ansvar med det å leve og det ha sin egen bolig. Deres rolle var å være modell for det som antas å være ” normen ” for det å bo, være nabo, omgås andre. Noen ganger medførte det også å bevege seg inn i den private delen av livet ved å sette grenser for brukeren. Det medførte begrensninger i brukerens medvirkning ved at den profesjonelle grep mer aktivt inn ved å stoppe en handling. Brukermedvirkning som rettighet måtte dermed foregå på en annen arena.

6.4.3 Aktivitetscenteret som kontekst

Informanten fra aktivitetscenteret vurderte brukerne som å være i en mer sårbar situasjon enn mange andre personer med psykiske lidelser. Mange var ”første generasjon ” utskrevne langtidspasienter og de hadde spesielle behov og passet ikke inn i alt det nye med brukermedvirkning.

”Det fungerer ikke, fordi at det å være med å bestemme det vil si å ta ansvar, det vil si å måtte yte en helt annen side av seg selv som veldig mange her verken har eller orker for det blir farlig. Da kommer de ikke. Hvis de skal være med å bestemme noe som er utenom det de ønsker, så er det farlig. Så vi prøvde en periode, men det falt bort ”.

Brukermedvirkning var en trussel mot de brukerne som ikke passet inn i en tenkning om brukeren som aktør. De ville slutte å bruke stedet, bli sittende hjemme og dermed bli svingdørspasienter igjen. Krav om brukermedvirkning ville være å svikte de som hadde det vanskeligst og samtidig være samfunnsmessig ulønnsomt ved at behovet for innleggelser ville øke.

”De skal være med å lage innholdet i dagen sin. Være med å bestemme hvordan dagen skal være for seg selv. Å styre kanskje litt mer i hverdagen for sine ønsker så langt det går an ”.

Selve brukerbegrepet var det ufarlige og ikke så stigmatisert som både pasient og klient. Det indikerte at en ikke var styrt av andre og omhandlet brukerens eget initiativ.

Møter med brukerne var vedvarende øvelser i ”å se” den andre eller ”lytte til” den andre. I hverdagen var det de mange små observasjonene som fanget opp hvordan brukerne hadde det. Om en måtte tre støttende til. Den gode samtale inngikk i hverdaglivsstøtten. Brukerne trengte omgivelser som lettet hverdagen for dem. Det var ikke alltid de kunne sette ord på hva som gjorde at en bruker viste sider av seg selv som overrasket omgivelsene:

” Ressursene det er noe udefinerbart som plutselig bare er der – det er en prosess”.

En tilbaketrasket ung kvinne endret sin posisjon i aktivitetssentret da hun plutselig en dag ville lese sine dikt for dem. ” Alle har jo noe ”, en egenkraft som var en del av det å være menneske. Når menneskers behov for trygghet ble ivaretatt, ga det muligheter for det potensiale som ethvert menneske har.

Medarbeideren på aktivitetssenteret vurderte behovet for et mangfold i tilbudene slik at alle grupper mennesker med psykiske lidelser kunne finne et passende tilbud. Empowerment passet ikke som tilnærming for alle, og noen trengte rett og slett et værested.

6.5 Helse- og sosialarbeiderne sin praksis – i et brukerperspektiv

Selv om halvparten av fagfolkene innledet med å si at de ikke hadde reflektert særlig over begrepsbruken, bruker, klient eller pasient viste det seg likevel at de hadde meninger om at ordvalg kunne ha en mer underliggende betydning bygd på forståelser som de ikke alltid reflekterte over i hverdagen. Brukerbegrepet til forskjell fra klient, gav et signal om at en faktisk måtte høre mer på den som ber om en tjeneste eller skal motta servise fra fagfolkene. Klient ble assosiert med avtand eller en ekspertforståelse. Pasientbegrepet ble for mennesker med psykiske lidelser assosiert med stigmatisering og det ble også hevdet at det ikke passet i kommunal praksis, men var sykehusets begrep. På en annen side kunne endring av ord forbli en ytre endring uten innhold. Det kunne gi et skinn av en ny service, men det var slett ikke sikkert at brukernes opplevelse av tjenestene ble endret eller at de fikk flere rettigheter. Ord og begreper ville alltid tendere til å sette mennesker i bås og det avgjørende var holdningene til fagfolkene som møtte brukerne.

6.5.1 Brukermedvirkning endrer posisjonene i relasjonen

Brukermedvirkning assosierte fagfolkene med at brukerne fikk en endret posisjon i relasjonen til hjelperen. Hun ble en premissleverandør for hva samtalen skulle dreie seg om og hvilken

retning den skulle ta. Det betydde likevel ikke at hjelperen måtte gi slipp på sine egne standpunkter og at de var enige til enhver tid. Eller sagt på en annen måte:

” At vedkommende som får en tjeneste skal medvirke i forhold til hvordan hjelpen skal utformes eller resultatet av hjelpen ”.

Denne posisjonsendringen gav fagfolkene flere språklige uttrykk for. Det kunne innebære at en hørte på det brukeren sa, at brukers forståelse var suveren og at en ikke skulle begi seg inn på diskusjoner om hvorvidt det brukeren uttrykte var sant eller ikke. Det kunne også bety å møte brukeren ansikt til ansikt som to likeverdige parter. Men i et slikt møte kunne det likevel for fagfolkene være en underliggende forpliktelse i hjelperollen om at de skulle gjøre noe med den andre. Det kunne være å vekke et ” arbeidsinstinkt”, eller bidra til å gi tilværelsen mening for brukeren. Utsagnene belyste den hårfine balansen mellom å se relasjonen som likeverdig og til å definere sin posisjon som en hjelper som skulle gjøre noe med den andre, altså en objektivisering.

Brukermedvirkning som endring av posisjoner i relasjonen ga fagfolkene oppmerksomhet i bestemte situasjoner. I alt relasjonelt arbeid var samtalen viktig. Når helse- og sosialarbeideren møtte en bruker for første gang var det hennes intensjon å møte denne personen med et åpent sinn, tilrettelegge slik at brukeren fikk lagt fram sin situasjon uten for mye inngripen fra hennes side. Hun ønsket å være en person som lyttet til personen her og nå. Brukers muligheter til å få en mer likeverdig posisjon i samtalen kunne styrkes ved at de tilrettela slik at brukeren fikk en mulighet til å utforme en bestilling i forkant av samtalen. Da ville brukeren være mer bevisst på hva hun ville og dermed oppnå bedre kontroll over samtals tema. Helse- og sosialarbeideren tilstrebet å motvirke den ulikhet som lå i posisjonen i en relasjon mellom hjelper og klient.

Relasjonsarbeid foregikk også på brukernes hjemmearena, i bofellesskapet. De arbeidet bevisst på arbeidsplassen med å skille mellom de relasjonene de etablerte med beboerne, og det som de mente tilhørte det ”terapeutiske rom”. Det overlot de til fagfolkene i spesialisthelsetjenesten. Relasjonsarbeid på kommunalt nivå hadde større nærhet til dagliglivets samtaler der en slår av en prat med naboen og deler tanker om siste nytt. Samtidig var de ansatte og definert som fagfolk, noe som stilte andre krav til relasjonelt arbeid. I profesjonelle relasjoner rettes oppmerksomheten mot kvaliteten i samhandlingen, hvorfor en treffes, hvordan en oppfatter hverandre, hva relasjonen betyr for ens eget selvilde. (Ohnstad

1994). Særlig i kontekster der en oppholdt seg sammen med brukere over tid som i bofellesskap og i aktivitetssentre, ble forventningene i relasjonen uklare eller mangetydige.

Boveilederen Reidar var en samtalepartner for Jon som etter mange års opphold i psykiatrisk institusjon nå hadde bodd to år i egen leilighet i et bofellesskap. Ett aspekt ved relasjonen ble beskrevet:

” Vi har en veldig god relasjon. Jeg tror nok han ser på meg som en bror og han trenger mye sånn praktisk hjelp med økonomien. ”

Boveilederen la vekt på betydningen av at han og beboeren hadde en god relasjon. En gjensidig tillit bygd opp over tid ga rom for små samtaler over kaffekoppen og kunne åpne for dialoger som var betydningsfulle for brukeren. Selv om Reidar var profesjonell, brukte han begrepet ” bror ” når han beskrev brukerens relasjon til han. Ved hjelp av ordet bror beskrev han hvordan Jon ønsket å komme i en likeverdig posisjon til han som profesjonell. Det ble dermed nærliggende å spørre : ”Hva slags profesjonalitet ønsker brukerne, og samsvarer den med den nøytralitet som talsmenn for den tradisjonelle terapeutiske relasjonen har hevdet som korrekt ?” Reidar beveget seg i lange perioder over på brukerens banehalvdel i sitt arbeid i bofellesskapet, noe som medførte en større nærhet enn det som foregår i det ” terapeutiske rom ”. Borg (2003) har pekt på to ytterpunkter i profesjonalitet, hvor den ene bygger på distanse, som en motsats til profesjonalitet som bygger på nærhet. I intervjuet understreket helse- og sosialarbeideren betydningen av alminneliggjøring og nærhet i relasjonen til beboerne.

6.5.2 Gi ansvaret til brukeren – hvilke konsekvenser kan det få ?

Brukermedvirkning reiste også noen andre problemstillinger for helse- og sosialarbeiderne. Når de skulle reflektere over brukermedvirkning ut fra en tenkt faglig diskusjon, fikk temaet "brukerens ansvar" en større betydning. Når en tok ansvar i en medvirkningsprosess, pekte det enda sterkere mot brukernes posisjon som aktører. Her så fagfolkene noen muligheter, men også flere vansker:

” Jeg har sett at brukermedvirkning er et ideal samtidig som det er problematisk i mange sammenhenger og det føler jeg preger hverdagen. Og så tenker jeg jo ikke bare at det er problematisk å få til brukermedvirkning.... Eh ..jeg synes jeg jobber like mye for å få brukerne til å medvirke. At det er jeg som ønsker å drive fram brukermedvirkningen like mye som det er Jeg føler ikke det er et krav ovenfra fra en eller annen idealist som kommer til kontoret og sier at nå skal vi drive med brukermedvirkning, men jeg føler at det er like mye ... de er stoppere for medvirkningen ofte. Det høres ut som nedvurdering av brukerne, men det er ikke

egentlig det. I positiv betydning .. de er ikke vant med å være aktører i sitt eget liv. Det er jeg en god del opptatt av ”.

Det var ikke gitt at brukerne var klare til å innta en posisjon som aktører. Helse- og sosialarbeiderne ville berøres av aktørrollen hos brukerne da de mente deres egne tendenser til å overta ansvaret for brukeren ville bli utfordret. Det var mange ganger lettere for dem å gjøre noe for brukerne i stedet for å bruke tid til å støtte brukerne slik at de kunne gjøre oppdraget selv. Å overta ansvaret kunne også være fagfolkens behov for å være snill og grei. Ansvar var ikke noen statisk størrelse som bare kunne overleveres. Det krevde en bevisstgjøring hos begge parter, og det krevde en endring i handlingsmønstrene de bygget samarbeidet på.

Et annet aspekt ved forventningen om brukeren som aktør dreide seg om en mulig ansvarsfraskrivelse fra hjelpetjenestene. Helse- og sosialarbeideren måtte være seg bevisst de prosesser klientene hadde vært gjennom slik Skau (1992) har definert det, med utvikling av manglende selvtillit og tendens til å degradere seg selv. Ansvarsgruppejobbing kunne være et eksempel på en situasjon der en ønsket å gjennomføre brukermedvirkning. Ofte overvurderte fagfolkene brukernes muligheter til å få gjennomslag for sine behov og sine meninger i et møte der det ofte satt mange fagfolk med en tradisjonell ”ekspertrolle”.

Ansvar til brukerne mente fagfolkene også var et spørsmål om å etablere samarbeid som i praksis viste at de hadde tillit til brukerne. Når en person tok ansvar eller blir gitt ansvar av andre var det en form for gyldiggjøring av dennes kompetanse. For fagfolkene kunne det også dreie seg om en utfordring ved at brukerne ønsket ansvar på områder som de selv betraktet som sitt domene. En antydning om brukernes disposisjonsrett over nøkler til fellesarealet i et bofellesskap var et slikt eksempel. Tilgang til nøkler var et symbol for tillit. Det kom sterkere fram i brukerintervjuene.

En av fagfolkene trakk inn ansvar i spørsmålet om brukernes rettigheter. Når de ønsket rettigheter var det fagfolks plikt å hjelpe dem til å se at det også medførte plikter og ansvar. I plikter og ansvar lå livet selv, det å bo i egen leilighet, det å gjøre oppgavene selv, være villige til å tilpasse sin adferd slik at en kunne delta i sosialt fellesskap og få venner. Her kunne fagfolkene bidra med en normerende adferd, en form for modellering. Faren med å understreke det pliktmessige ansvaret lå i at det kunne ende i moralisering og manglende raushet i forhold til hva som ble ansett som akseptabel væremåte.

Når vi drøfter brukernes ansvar, beveger vi oss tydeligere over på fagfolkene banehalvdel. Det kostet mindre for fagfolkene å gå inn i prosesser der brukermidvirkning tok utgangspunkt i forhold som var betydningsfulle for brukerne, men som likevel ikke berørte fagfolkene domene i like sterk grad. I noen situasjoner kom fagfolkene i krysspress mellom brukernes ønsker og behov og de rammene som fagfolkene arbeidet innenfor.

6.5.3 Det passer ikke alltid med brukermidvirkning

I helse- og sosialarbeiderens hverdag møtte de noen ganger mennesker som hadde hjelpebehov, men hvor de av forskjellige årsaker ikke kunne etablere en relasjon som de mente baserte seg på brukermidvirkning. Noen ganger ble brukermidvirkning fine ord på papiret og flotte tanker om at sånn og sånn skal det være.

” for i sosialtjenesten har vi så mange typer klienter Det kan hende at holdningen min er feil, men hvis du har de som er veldig pågående, veldig grenseutprøvende ... og så skal du tenke brukermidvirkning i forhold til dem. For det er veldig lett i forhold til de klientene at du må gå inn å ta en form for kontroll på en måte ”.

Det ble et spørsmål om hvem som kunne definere hva som var best for brukeren. I slike situasjoner hadde helse- og sosialarbeideren likevel en formening om hva som var best likevel. Holdningen var at en visste bedre enn brukeren. I slike tilfeller ble det fattet vedtak med vilkår. Det lå ingen skjult makt i beslutningen. I mange tilfeller hadde det forut for et slikt vedtak vært forsøkt mange varianter av tilbud som ikke hadde lyktes.

I arbeidet med å utforske brukermidvirkning var brukernes påvirkning i valg av fagperson en skulle samarbeide med, et tema som også ble aktualisert i brukerintervjuene. Ved sosialkontorene var den generelle holdningen at helse- og sosialarbeideren arbeider med de klientene som sto på ens egen datoliste.

” ...ja det er hvis det er naboen, det er det det går på. Men her tar folk det uansett enten det er vanskelig eller, det er sjelden i alle fall. De er ansvarlige, her er folk sånn.... slik som jeg setter meg ned med deg nå og reflekterer over disse tingene og tenker på at brukerne de skal være med å bestemme og de har ansvar. Og de har problematikk og stille seg det spørsmålet, men kan jeg ivareta disse tingene her hvem kan ivareta det best, kanskje det er bedre at de går til Kari hvis det er sånn .. ikke fordi det er min dato. Kanskje de kan bestemme sjøl. Ja det er jo, Tenk at det kanskje er slik at ikke jeg og du passer så veldig godt sammen, har du tenkt på eller at du fortjener en bedre enn meg ”

En annen praksis var mer formalisert ved et annet kontor. Brukere som fremmet ønske om å skifte saksbehandler, fikk legge fram sin begrunnelse for lederen. Som regel tok en ikke hensyn til brukerens synspunkter. Ønsket om endring ble sett på som brukerens forsøk på å

manipulere systemet fordi hun var misfornøyd med resultatet av søknaden. Hvilke offisielle begrunnelser som ble gitt, var mer uklart. Det var en fare for at brukere ble satt i en situasjon der fagfolkene hadde plassert dem i en kategori der holdninger og motiver var gitt på forhånd. En form for systemmakt som for brukerne ville resultere i en avmaktssposisjon. Den reserverte holdningen til brukeres innflytelse over valg av hjelpere kunne komme i motsetning til intensjonen i individuelle planer der brukernes innflytelse formelt er styrket. I andre del – tjenester viste brukerinformanter til at de var gitt muligheter til å skifte eksempelvis primærkontakt.

Autonomi er å forstå som en positiv frihet hvor retten til selvbestemmelse er en ubetinget frihet som betyr fravær av press, sterk overtalelse, tvang (Kokkin 2001). Men autonomi forstått som negativ frihet forutsetter at valg av handling må kunne regnes som ”determined” sier F.E.Dermott, det vil si målbevisst. På den måten setter han noen betingelser for autonomien til enkeltpersoner (Kokkin 2001:24). Helse- og sosialarbeiderne brukte tid og beveget seg mot sterk overtalelse. I vurderingen av brukernes selvbestemmelse ville spørsmålet om brukernes beslutning var ”determined” være avgjørende.

6.6 Fagfolkene og brukervedvirkning

Fagfolkene som arbeidet i de ulike del-tjenestene av psykisk helsefeltet hadde kunnskaper om hvordan psykiske lidelser kunne påvirke enkeltmenneskers hverdagsliv. Både i utformingen av tilbudene og i praktiske møter med brukerne viste de en forståelse for lidelsens karakter og hvordan det påvirket samhandlingen med omverdenen. Praksis var imidlertid ikke entydig. Fagfolkene mente selv at de tidvis etablerte en symptomforstående praksis og individualiserte i stedet for å være åpne og lete etter sammenhenger i menneskenes liv.

Brukermedvirkningen var utformet som medvirkning i relasjonen, på et individnivå. I møter med brukerne så de styrker og svakheter hos brukerne og de erfarte systemets begrensninger. Tidvis møtte de brukermedvirkningens dilemmaer når spørsmålet om enkeltmenneskets autonomi ble reist. Det var også eksempler på at de ønsket å være talspersoner for brukerne.

Helse- og sosialarbeiderne hadde svært begrenset erfaring med å nærme seg brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå. Flere var ikke kjent med det arbeidet kommunen hadde satt i gang med Erfaringskonferanser og SosioPoetisk Fom.

7 BRUKERMEDVIRKNINGSFORMER PÅ TJENESTE- OG SYSTEMNIVÅ

7.1 Innledning

Dette kapittelet tar for seg hvilke former for brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå som fagfolkene og brukerne etablerte på Erfaringskonferansen og i SosioPoetisk forum. Begge parter gikk ut av den ”tradisjonelle” individuelle hjelperelasjonen. I den nye konteksten fikk temaet brukermedvirkning mange nyanser og flere betydninger.

Brukermedvirkning i kommunen omhandlet kommunal forankring og etablering av arenaer for konkret og planmessig jobbing. Arbeidet med brukermedvirkning innebar iverksetting av konkrete tiltak. De etablerte arenaene hvor brukere, fagfolk og politikere møttes var møteplasser for personlig læring og erfaringsutveksling. Både brukere, fagfolk og politikere var ildsjeler, det var et etablert begrep. Iverksetting av tiltak medførte at de satte i gang mange prosesser hvor de utfordret både andre fagfolk og kommunen som system.

Brukermedvirkningen berørte flere spørsmål som hadde betydning både for brukere, fagfolk, fagforeninger og kommunen som helhet.

7.2 Brukermedvirkning som påvirkning av tjenestene

Arbeidet med brukermedvirkning var forankret i kommunens helse- og sosialadministrasjon og var begrunnet i de krav som blir stilt til kvalitetetsutviklingen i alle kommunale tjenester. Brukerdialogen var en metodisk innfallsvinkel til brukermedvirkning i forbedring av tjenestene. I et temamøte for helse- og sosialstyret (12.12.2002) framhevet kommunens administrasjon dette aspektet ved Erfaringskonferansene og SosioPoetisk forum. Dialogen mellom brukere og ansatte var et redskap for å finne ut ”*hvor fungerer det dårlig*”. Brukermedvirkning var en del - strategi for å fremme beslutninger som kunne tilfredsstille de krav til kvalitet som fagfolkene stilles overfor i lover og forskrifter. På Erfaringskonferansene og i SosioPoetisk Forum var dialogen mellom politikere, fagfolk og brukere etablert som et virkemiddel til å utarbeide tiltak som ga som resultat at brukerne fikk bedre tilpassede tjenester og dermed ble mer fornøyde. Det var en samarbeidsmodell som skilte seg fra den interessepolitiske. Den metodiske innfallsvinkelen var en samarbeidsmodell som bygde på en erkjennelse av at faglige kunnskaper ikke var tilstrekkelige når de skulle bygge opp gode

tjenester. De måtte utvikles i dialogen med brukerne (Alm Andreassen 2000). I argumentet om bedre kvalitet på tjenestene lå det en forventning om mer smidige og effektive tjenester. Den andre begrunnelsen for medvirkning var brukernes egne definerte behov for en bedre kommunikasjon med tjenestene, en avbyråkratisering og mer medvirkning. Brukermedvirkning handlet dermed også om brukernes demokratiske rett til å medvirke i forhold som berørte dem (Rønning og Solheim 1998, Ørstavik 2002). Det var et argument som fremmet en tenkning om brukeren som aktør. Brukerne hadde sin erfaringsbaserte hverdagslivskunnskap som de mente skulle være en del av beslutningsgrunnlaget i oppbyggingen av tjenestene. De argumenterte for brukermedvirkning som et mål i seg selv og en rett til å få en status som likeverdige og meningsberettigede. En slik modell for brukermedvirkning må ses på som en utvidelse av kunnskapsgrunnlaget og bygger på en forutsetning om at kommunen og brukerne har felles interesser (Alm Andreassen 2000).

Erfaringskonferansene og SosioPoetisk Forum var etablert som to forskjellige møteplasser for dialog som til sammen skulle utgjøre en helhet i arbeidet med brukermedvirkning. Både arbeidsmåten og temaene var ulike. I analysen behandles disse møteplassene hver for seg for å ivareta det spesifikke, men det er samtidig forsøkt å få fram det som synes å ha betydning for helheten og brukermedvirkningens temaer.

7.2.1 Erfaringskonferanser – et sted for dialog

Selve ordet Erfarings-konferanse leder tanken vår til en møteplass hvor brukere, fagfolk og politikere deler erfaringer. Deltakernes uttrykte målsetting var å definere innsatsområder for brukermedvirkning som skulle utformes til en handlingsplan for brukermedvirkning. Oppfølgingen av tiltakene var en oppgave for SosioPoetisk Forum. Prosessveilederens oppgave var å utvikle dialoger som bygde på likeverdighet mellom deltakerne på konferansen. Konferansen hadde et dobbelt formål, en arena for utforming av handlingsstrategier og en arena hvor brukere, fagfolk og politikere praktiserte brukermedvirkning.

Det var ikke gitt at konferansen kunne gjennomføres som en samhandlende og likeverdig dialog mellom aktørene. Deres posisjoner og erfaringer var forskjellige. Det subjektive utgangspunkt skapte positiv forventning; *Hvem inviterte deg ? Hvorfor tror du at akkurat du ble invitert ? Hvorfor ville du komme hit ?* Ved å gi stemme til alle deltakerne ble alles tilstedeværelse gyldiggjort og deltakerne ble synlige for hverandre. En politiker satte ord på hvordan en slik ny posisjon først var frustrerende og samtidig ble det en kilde til læring:

” På den første konferansen kom jeg frustrert og var frustrert når jeg dro. Det gikk så seint med presentasjonsrunden. Hva slags seminar er dette, plutselig kom lunsjen. Hva har jeg opplevd her ? Plutselig forsto jeg det. Nå vet jeg hvem alle er. Hvert navn fikk en person bak seg. Alle hadde sin historie. Resten av seminaret var en erfaring som gjorde godt ”.

Politikeren beskrev seg selv som dypt engasjert og utålmodig i arbeidet med å få til bedring av forholdene for mennesker med psykiske lidelser på alle nivåer. På den ene siden ønsket hun handling, men erkjente samtidig at ønsket om at *” brukerne skulle styre skuten selv ”* ville utfordre vante arbeidsmåter. Politikeren åpnet for kollegaen til å reflektere over sin egen reaksjon på å bli tatt ut av sin vante politiske kontekst:

” Dere lurer kanskje på hvorfor jeg sitter slik med armene krysset. Det er fordi det er en uvant situasjon for meg å sitte på denne måten i ring uten bord framfor meg. Det er jeg ikke vant med. Det gjør meg mer usikker.”

Politikeren synliggjorde på den måten seg selv som person, det alminnelige i å føle en viss usikkerhet i situasjoner der en står overfor noe som er nytt eller annerledes. Det var ikke bare brukerne som opplevde deltakelsen som en utfordring selv om det for noen av dem var forbundet med betydelig personlig mobilisering å delta overhodet:

” Jeg har gått på aktivitetssenteret i 15 år og kommer hit alene og jeg er fryktelig nervøs. Men jeg ønsker å forbedre og alminneliggjøre psykiske lidelser. ”

Denne kvinnen uttrykte noe som beskrev det som mange av brukerne på konferansen var talspersoner for. De deltok fordi det var viktig for dem å bidra til å bedre egne og gruppens livsbetingelser. Deres egen medvirkning var sentral for dem. Underveis i prosessen erfarte de samtidig den skjøre balansen mellom deres personlige kapasitet og forventningen om å delta på lange arbeidsøkter uten pause og lange arbeidsdager. Det som for politikere og fagfolkene var kjente og selvfølgelige arbeidsmåter, protesterte brukerne mot. Likeverdighet og deltakelse i arbeidsprosessen ville innebære å ta hensyn til brukernes muligheter til reell deltakelse. Å gjennomføre dialoger som arbeidsform ville kreve at deltakerne var villige til å justere sine vante arbeidsmåter. I en slik justeringsprosess ville spørsmålet om likeverdighet bli utfordret og risikoen for at brukerne ble den tapende part var nærliggende. I dette tilfellet var prosessveilederen den justerende instans. Konferansen viste noe av kompleksiteten i å gjennomføre dialoger mellom politikere, fagfolk og brukere.

En av fagfolkene ga uttrykk for at de tiltak som første konferanse satte på dagsorden ikke hadde vært enkle å gjennomføre og hun begrunnet hvorfor hun deltok konferanse nummer to slik:

” Jeg jobber mer med personalet nå. Ansatte er det største hinder for brukermedvirkning. Jeg trenger mer ”guts”, nye vyer til å stå på ”

Eller slik en annen oppsummerte:

Jeg har arbeidet med å gjennomføre ett av tiltakene som ble vedtatt på forrige konferanse, og møtte veggen. Det har vært beinhardt og jeg trenger hjelp ”.

Den avmaktssituasjon som en oftest forbinder med brukerne, hadde også relevans for de fagfolkene som arbeidet med å iverksette brukermedvirkning i praksis. De var fagfolk som hadde startet prosesser på sine arbeidsplasser sammen med brukerne for å utvikle medvirkning. Felles studieturer til steder som hadde utviklet medvirkning ut fra empowerment tenkning og turer til fontenehus hadde inspirert dem til å etablere tillitsvalgtordninger, drøfte medlemskap og etablering av allmøter på aktivitetssentrene. I samarbeid med administrasjonen etablerte de Erfaringskonferanser og SosioPoetisk forum. Engasjementet blant fagfolkene og brukerne bidro til at de betegnet seg som *” ildsjeler ”*.

Ildsjelene, enten de var fagfolk eller brukere, hadde erfart at ideen om brukermedvirkning kunne bli møtt på overraskende måter. I rollen som ildsjeler ønsket de mer avstand til sin vante rolle som talspersoner for brukerne. Deres ambisjon var at brukerne skulle ta i bruk sine egne stemmer, være talspersoner for seg selv og sine egne behov. Ildsjelene blant brukerne som inntok rollen som aktører, tok egne initiativ overfor kommunens administrasjon da de mente det var behov for økte personalressurser. De satte i gang en underskriftkampanje for å få opprettet en stilling. Dette fikk konsekvenser for en av de ansatte som ble innkalt *” på teppet ”* og det ble hevdet at hun handlet faglig uetisk ved å skyve brukerne foran seg i en kamp for å få flere ressurser i egen bydel. Det ble reist spørsmål ved hennes dømmekraft. Når brukerne gjorde synlig sine behov ved å stille krav som hadde konsekvenser for ressursfordelingen, ble det tydelig at det var innspill som administrasjonen ikke forventet. Det reiste spørsmålet om i hvor stor grad fagfolkene som arbeidet for at brukerne skulle innta nye posisjoner som aktører, kunne gjøre det uten å komme i miskreditt overfor sine egne ledere.

Et medlem i Forumet hadde også erfaring for at brukernes utprøving av synspunkter mot fagfolkene, lett ble overprøvd. Beboerne i hans bofellesskap hadde gitt klart uttrykk for at de

ikke ønsket å få besøk av studenter i deres eget hjem. Da ble de overprøvd og studentene kom, på tross av at de som beboere hadde uttrykt sitt ubehag og følte at de var på utstilling.

Erfaringskonferansen arbeidet ut fra ideen om brukerdiallog som bygde på samarbeid og likeverd i arbeidsprosessen. De tiltak den første konferansen hadde besluttet at fagfolk og brukere skulle arbeide videre med, involverte mange fagfolk og nivåer ute i tjenestene. Ildsjelene blant fagfolk og brukere ble involvert i nye prosesser som de ikke kunne overskue i forkant. De ble konfrontert med at brukervedvirkning i praksis kunne møtes ut fra helt andre perspektiver enn det de selv hadde. Den dialogiske arbeidsformen som bygde på at brukere og fagfolk har felles interesser i arbeidet med brukervedvirkning fortonte seg annerledes i møte med praksis ute i tjenestene. De ble konfrontert med maktaspektet mellom fagfolk og ledere på den ene siden og brukernes muligheter til å bli hørt i spørsmål som berørte dem direkte på den andre siden. Brukervedvirkningens muligheter og begrensninger måtte drøftes.

7.2.2 Erfaringskonferanser - et sted for læring

Erfaringskonferansene var en arena for refleksjon og læring. Både brukerne og fagfolkene reflekterte over hvordan arbeidet med brukervedvirkning hadde berørt dem på ulike måter.

Spenninger mellom konferansedeltakerne og fagmiljøene i bydelene var tydelige. I referatet fra den første erfaringskonferansen beskrev en av fagfolkene som betegnet seg som ildsjel det slik:

” Vi inviterte til brukerkonferanse etter at vi hadde hatt en lang forberedelsesfase. Da vi sendte brev til bydelene ble det ikke så godt mottatt. Egget ble lagt i feil reir? ” Jeg spør meg, hvem er de ansatte til for, seg sjøl eller brukerne ? ”

Han hadde en forventning til sine kolleger i bydelene om at de ville være med på å drøfte brukervedvirkningens innhold og uttrykk. Det lå i ildsjelens forståelse at brukerne fort kunne bli gisler dersom de ikke fikk mulighet til å drøfte brukervedvirkning slik at de kunne stille forberedt i møter med fagfolkene. Brukerne var mennesker med fritt valg, mennesker som kunne noe, samtidig som de var avhengige av å delta i sosiale prosesser for å få tak i ressursene. Brukerne hadde mer erfaring med å være klienter enn å være aktører i møte med fagfolk. Den dialogen han var i ferd med å lykkes med overfor brukerne, ble erfart som en monolog i møte med egne kolleger, en taushet som skapte avstand og avmaktsfølelse.

Politikerens engasjement beveget seg i samme retning. En uttrykt skuffelse over fagfolkernes praksis i brukervedvirkning utover i tjenestene:

” Systemet fanger ikke opp de ropene som er der ute. En får inntrykk av at det er en stillingskrig mellom brukerne og de profesjonelle. Resultatet er en totalisering av de psykisk syke, det blir som et mentalt samvirkelag. ”

Erfaringene med å etablere brukervedvirkning i praksis kunne bli en stillingskrig. Brukervedvirkning ville berøre de samhandlingsmønstre som utgjorde de etablerte strukturene i folks hverdagspraksis. Ørstavik (2002) viser her til Parsons beskrivelser av de ritualer som er med på å skape en bro mellom situasjonene og strukturene omkring. Aktiv brukervedvirkning ville røkke ved det etablerte og kunne dermed utgjøre en mulig trussel for fagfolkene. De som ikke hadde deltatt i diskusjonene og vært delaktige i de prosessene som erfaringskonferansene og SosioPoetisk forum hadde bidratt til, hadde større avstand til temaet brukervedvirkning. ” Mind the gap ”, vær oppmerksom på dette mellomrommet, uttalte prosessveilederen og berørte den utfordring som lå i å utvikle nye ritualer som kunne bli brobyggere mellom den ”gamle ” og den ” nye fagrollen ”. Deltakerne hadde ingen enkle svar på den risiko det ville være for en ønsket endring av praksis om de ikke lyktes i å bygge bro mellom entusiastene og de som ikke hadde sett verdien ved en endret praksis. En måte å nærme seg problemstillingen på var brukernes og fagfolkernes refleksjoner over hvordan arbeidet med brukervedvirkning hadde påvirket og endret dem selv.

Forhold som fagfolkene mente ville fremme brukervedvirkning

Fagfolkernes refleksjoner over hvordan arbeidet med brukervedvirkning hadde påvirket dem hadde flere aspekter. Det var de personlige erfaringene som påvirket dem til å endre praksis. Brukerperspektivet hjalp dem til fokusere mer på dialogen med brukerne. Kontakten ble viktigere og da lyttet en mer. Når en fagperson oppnådde en god kontakt med brukeren, påvirket det relasjonen slik at han selv ble mer åpen som person. Han kunne dele flere erfaringer med brukeren. Det opplevde han som positivt. Den åpenhet som fagpersonen reflekterte over, ble av en annen fagperson uttrykt i selverkjennede termer som:

” *ingen av oss vet hvem som kan møte veggen en dag.* ”

Å møte brukeren med et brukerperspektiv mente hun hadde påvirket og endret henne. Møtet med en person som hadde møtt veggen, hjalp henne til en nærhet til brukers perspektiv som igjen ble en selvrefleksjon. Hun erkjente det almen menneskelige og da kunne det også skjje henne selv. Dermed ble avstanden mindre mellom den personen hun skulle hjelpe og henne

selv som fagperson. Hun kunne se seg selv, i rollen som hjelpetrengende og hvordan ville hun da ha likt å bli møtt. Den avstand som lå i den tradisjonelle profesjonsrollen ble erstattet med en nærhetsdimensjon som ble viktig for henne. Hennes nye kunnskap om avstand og nærhet i det faglige arbeidet gjorde hun til en kollegadrøfting på sin arbeidsplass.

Refleksjonene over de personlige erfaringene til fagfolkene viste til en nærhetstenkning i forhold til brukerne, men også til en alminneliggjøring av dem selv:

” de brennende sjeler trenger også påfyll ”

I realiseringen av brukermedvirkning i praksis oppsto det en likhet mellom brukerne og fagfolkene. Når det røynte på og de møtte motstand i fagmiljøene, var deres behov like alminnelige som brukernes. De trengte påfyll, noen å diskutere med, oppmuntring og støtte.

Fagfolkenes teoretiske kunnskaper var ikke tilstrekkelig. I en praksishverdag ble de mer oppmerksom på sin egen deltakelse, de var selv en del av interaksjonen når de møtte brukerne. Det handlet også om hvordan de selv hadde det, hva de lyktes eller ikke lyktes med.

De refleksjoner fagfolkene gjorde over sin delaktighet og medvirkning i de sosiale prosessene knyttet til brukermedvirkning forpliktet dem i praksisrollen. Når de møtte brukerne med en større åpenhet og likhetstenkning fikk fagfolkene selv en større frihet til å si at de tok feil.

” Arbeidet med brukermedvirkning har vist meg at jeg må være meg selv, den lærte profesjonsrollen fungerer ikke. Jeg tror vi gjemmer oss bak vår profesjonalitet ”

Fagfolk kunne være mer direkte i sin kommunikasjon med brukerne og si at de ble såret når de faktisk ble det. Den lærte tilbaketrukkethet og nøytralitet som preget en mer tradisjonell fagrolle som mange i fagfeltet lærte i sine fagutdanninger var den *” riktige profesjonsrollen ”* var det behov for å erstatte med en mer åpen og direkte kommunikasjon fra fagfolkene (Alm Andreassen 2001).

Hverdagspraksis handlet ofte om å ha det travelt. Det kunne bli et hinder når det var nødvendig *” å skynde seg langsomt ”*, ut fra en tanke om å være en praktisk tilrettelegger hvor brukeren selv hadde styringen over framdriften og resultatet. Faglig praksis basert på brukerperspektivet innebar å gi brukeren frihet til å finne sine egne svar eller sin egen praksis. For fagfolkene var det ofte en utfordring å følge brukerens tempo eller brukerens valg av strategier. I slike situasjoner kunne fagfolks vurderinger av hva som var best for brukerne

komme i motstrid til de valg som brukerne tok. Det var i slike situasjoner brukerne følte at hjelperne snakket over hodet på dem.

Faglig arbeid basert på et brukerperspektiv ville utfordre deres tenkning om at det først og fremst var om å gjøre å finne en løsning. Som fagfolk måtte de være villige til å reflektere over egen praksis, og det ville innebære en avlæring av innarbeidede arbeidsmåter. De mente brukerperspektivet ville tvinge fagfolkene inn i nye roller på sikt.

Kommunikasjonen med omgivelsene ble spesielt utfordret i gjennomføringsfasen av tiltakene for brukermedvirkning. Hvordan kunne ildsjelene etablere dialoger og arbeidsprosesser i miljøer som ikke var like engasjert i retning av en mer brukerorientert praksis. Dersom fagfolkene ble opplevd som en belastning, ville risikoen for å mislykkes øke. Det var en viktig erkjennelse at noen fagfolk ikke ønsket endring uten videre. Ildsjelene i de mest utsatte posisjonene så konferansen som en mulighet til å få påfyll. De pekte på behovet for støtte for å kunne stå i mange vanskelige situasjoner. Det var samtidig betydningsfullt at det kunne oppsummeres på et overordnet plan, at på tross av motstand hadde arbeidet i konferansene og SosioPoetisk Forum så langt gitt ringvirkninger.

” Det vi har gjort så langt har nyttet. Vi har støtte fra direktøren og politikerne. De har sett nytten av arbeidet med brukermedvirkning. ”

Erfaringskonferansene og forumet bidro til å dra i gang prosesser blant politikere, i administrasjonen, blant tjenesteledere, blant fagfolk og i brukermiljøene. Arbeidsprosessene var krevende og det satte ildsjelene i en utsatt posisjon. Prosessene hadde ulik energi og kunne ta veier som ikke var forventet. Dette var noe av det som var spennende og dristig i dialogprosessene, men det satte samtidig de mest involverte i mange kompliserte situasjoner. Ildsjelene blant fagfolkene hadde sine ”vanlige ” jobber og måtte samtidig skaffe rom for å møte de utfordringene som lå i arbeidsprosessen med brukermedvirkning.

Forhold som brukerne mente ville fremme brukermedvirkning

I likhet med fagfolkene gav brukerne uttrykk for at arbeidet med brukermedvirkning førte til personlige endringer hos dem selv. Det hadde berørt dem på måter som førte til bedringsprosesser. De beskrev forhold som hadde betydd noe for å overkomme sine psykiske problemer. En bruker beskrev hvordan deltakelsen i arbeidet med brukermedvirkning hadde styrket henne;

” Jeg er blitt mer åpen, ikke så redd . Jeg har ikke fått mer selvtillit, men er blitt tryggere ”.

En annen bruker hadde deltatt i en arbeidsgruppe etter første erfaringskonferanse.

” Var først med i en arbeidsgruppe. Så sa jeg stopp, dette vil jeg ikke mer. Det klarte jeg da, og det var et framskritt for meg å kunne si nei. ”

De erfaringene hun hadde gjort i arbeidsgruppen, brukte hun til å jobbe videre med sine personlige problemstillinger og hadde etter hvert erfart at det var mulig å jobbe seg ut av posisjonen som bruker. Hun deltok på denne konferansen som ansatt etter tidligere å ha vært bruker. Erfaringene hun hadde gjort gjennom å ha en psykisk lidelse og status som bruker, hadde gitt henne en ny kunnskap. Hun var blitt kjent med andres holdninger til det å ha en psykisk lidelse. Med den nye kunnskapen reflekterte hun over betydningen av å synliggjøre at en som person er ganske normal selv om en har en psykisk lidelse. Bedringsprosessen hadde gitt henne mulighet til å komme i jobb igjen, og hun kunne dermed ha sagt farvel til arbeidet med brukermedvirkning og det brukermiljøet hun var blitt kjent med. De erfaringer hun hadde gjort ved å få en psykiatrisk diagnose måtte hun forholde seg til selv om hun var ” frisk ”. Hun ville bruke tid på konferansen og formidle sine opplevelser. Hun viste dermed solidaritet og støtte til brukerne som deltok på konferansen.

Brukerne formidlet sine erfaringer med fagfolkenes praksis:

” Det er vondt at noen snakker over hodet på meg , vi har fått tatt det opp ”

Brukeren uttrykte hvordan hun følte seg oversett og at hennes stemme ble ugyldig. Den første erfaringskonferansen hadde hjulpet henne til å få formidlet dette til sin kurator, og det var blitt et tema som bidro til å rette på noen arbeidsmåter ved det kontoret hvor hun var bruker. Fra andre brukere ble det omtalt som *” de har blitt mer høflige og tar mer hensyn til brukerne ”*. Brukerne snakket om det kontoret hvor fagfolkene ikke var høflige og de hadde fått en arena hvor de kunne drøfte det. På den måten kunne de drive fram endringer de ønsket.

Fagfolkene kunne noen ganger bevege seg i stikk motsatt retning og opptre på måter som ble opplevd mer som en belastning enn som en hjelp

” ikke gi meg en ekstra krykke, men hjelp meg når jeg faller ”

Det var ikke alltid fagfolkenes kompetanse ble opplevd som god for brukeren. Som enkeltmenneske var det viktig å få tatt i bruk sin egen erfaringsbaserte kunnskap. Fagfolkene kunne noen ganger være så hjelpsomme at brukeren ble usynlig. Det var en annen måte å ikke

vise interesse for brukerne på. Når fagfolk og brukere ikke maktet å jobbe sammen, ble det ikke gode prosesser for brukerne. Det kunne medføre at en ønsket å skifte saksbehandler. I dette tilfellet var det i forhold til Aetat. For brukerne bidro negative opplevelser til å stoppe bedringsprosesser som de trengte faglig hjelp til for å komme videre. Det kunne noen ganger oppleves som å bli latt i stikken av fagfolkene.

Det var brukernes subjektive erfaringer som var mye av deres motivasjon for å delta i arbeidet på Erfaringskonferansene og i SosioPoetisk forum. En av mennene i forumet hadde sett muligheter i de mange prosessene som pågikk i det arbeidet de holdt på. Det startet nye personlige prosesser.

” nye oppgaver og andres støtte har gjort meg til en gladere person. Jeg kan bidra med mine erfaringer overfor andre ”

Det ble en form for læringsarena både om det arbeidet de holdt på med, men også en arena for å lære om seg selv ved å få mulighet til å prøve ut seg på godt og vondt.

7.3 SosioPoetisk Forum – som iverksetter

7.3.1 Rekruttering av medlemmer

I SosioPoetisk Forum var det en uttalt målsetting at fagfolkene og politikerne skulle være i mindretall i forhold til brukerne. Fagfolkene i Forumet ble rekruttert fra flere av del - tjenestene i bydelene, fra *hjemmesykepleien, aktivitetssentrene, bofellesskap, sosialkontor, samfunnsmedisinsk enhet og helse og sosialadministrasjonen*. I Forumet satt også en helse- og sosialpolitiker. Forumets sammensetning representerte en bredde ved at flere av helse- og sosialtjenestens arbeidsområder hadde fagfolk som deltakere. Den administrative og politiske representasjonen i forumet skulle sikre en lett tilgang til disse nivå .

Det kom fram at interesse for brukermedvirkning var en av grunnene til at ansatte deltok. Fagfolkene som satt i Forumet representerte ikke alle bydelene. Forumet vedtok at det skulle rettes nye henvendelser til psykiatriske sykepleiere eller til andre fagpersoner i bydelens team for psykisk helse, eller blant ansatte i bofellesskapene. Det ble antydnet at psykiatriske sykepleiere ikke viste spesiell interesse for å delta i Forumets arbeid. En valgte derfor å spørre andre faggrupper i bydelen om de ville delta for å øke muligheten for rekruttering. Den motstand som ble antydnet, kunne være et uttrykk for at fagfolkene i bydelen ikke hadde interesse for brukermedvirkning på det nivå det her var snakk om. Det kunne også være

uttrykk for at de ikke så det som sin oppgave å delta i arbeid som ikke hadde direkte utspring i egen bydel. Forutsatt at dette var gjennomgående ut over observasjonsfasen, kan det se ut som om Forumets målsetting om å inkludere fagfolk og brukere fra alle bydeler bare hadde lykket delvis.

Det ble understreket i Forumet at det var nok med én helse- og sosialpolitiker. Også medlemmet fra helse- og sosialstyret deltok fordi han var spesielt engasjert i forholdene for mennesker med psykiske lidelser og det tilbudet de fikk fra kommunen. Han fremmet også ønske om å utvide med en annen politiker som også hadde interesse av å sitte i Forumet. Det ga ikke Forumet sin tilslutning til, og det ble argumentert med at for mange fagfolk og politikere ville forrykke balansen i representasjonen i forhold til brukerne. Brukerne skulle ikke være underrepresenterte.

Ett av tiltakene som Forumet skulle følge opp, var hvordan en skulle rekruttere medlemmer til SosioPoetisk Forum fra brukerne. Kjernespørsmålet var om medlemmene skulle velges demokratisk eller ikke. Erfaringskonferansenes og Forumets ide var etablert av entusiastiske fagfolk og brukere. I spørsmålet om rekruttering ble det tillagt betydning at en var definert som entusiast for å kunne bli medlem:

” Dere skulle jo komme med et innspill om hvordan de som skulle sitte i forumet skulle velges for vi diskuterte jo om det skulle være demokratisk eller ikke. Jeg husker for min del at et par andre i tillegg til Klara og jeg var tilhenger av at det ikke skulle være demokratisk fordi vi mente nettopp som Martin sa at dette med engasjement og den biten der var så viktig enn ved bare vanlig valg. ”

I Forumets arbeid med å definere hvordan de skulle rekruttere medlemmer valgte de en mellomløsning mellom demokratiske valg og valg på bakgrunn av en spesiell entusiasme for å utvikle brukermedvirkning i tjenestene. De demokratiske argumentene viste til bredest mulig representasjon slik at alle bofellesskapene og aktivitetssentrene beboere og brukere fikk mulighet til å la seg velge inn i Forumet på omgang. En bruker som hadde lang erfaring fra fagforeningsarbeid la betydelig mer vekt på prinsippet om representasjon.

7.3.2 Deltakelse i Forumets arbeid

På møtene i SosioPoetisk Forum var deltakelsen variabel i den perioden observasjonene ble gjennomført. Deltakelsen var også et tema på møtene. Brukerne reiste spørsmålet om behovet for vararepresentanter når medlemmer enten var forhindret eller rett og slett ikke dukket opp.

” Vi har jo tatt opp her om vi skulle ha vikarer dersom en ikke kunne komme og at de gav beskjed til forumlederen. ”

Det var en uttrykt målsetting at brukerne skulle være i flertall i Forumet. Spørsmålet om vikarer slik brukeren uttrykte det, kunne være et forsøk fra brukeren på å sikre jevn deltakelse fra brukerne og dermed sikre balansen mellom antallet fagfolk og brukere. Brukeren uttrykte noe som var et tema blant annet på Erfaringskonferansen hvor det ble påpekt at brukerne opplevde vansker med å fullføre lange dagsøker. Det gikk ut over konsentrasjonen, og noen måtte avbryte fordi det ble for slitsomt for dem. Brukernes psykisk helse ville være et hinder for deltakelse i perioder.

Ordninger som sikret deltakelse fra andre brukere ville sikre Forumets intensjon om reelt brukerflertall på møtene. Fra Fontenehusbevegelsen kjenner en igjen denne argumentasjonen. Når de arbeider for at en person skal få en jobb, inkluderer de en vikarordning slik at den som får arbeid skal vite at det er mulig å være borte fra jobb uten å miste den. Dette blir også brukt som et argument overfor arbeidsgivere for å motivere dem til å ansette mennesker med psykiske lidelser. Brukeren fikk ikke støtte til å utvikle sin begrunnelse for hvorfor vikarordning var viktig for brukerne, men ble møtt med et innlegg som tok utgangspunkt i fagfolks perspektiv. Vedkommende mente det ville gå ut over prosessen i Forumet å innføre vikarer;

"Ja for jeg syns det er vanskelig å skulle ha vikarer for det er nå en gang slik i dette SosioPoetiske forumet at en må jo ha en positiv innstilling for å kunne gå her. Å brenne på en måte, for det vi gjør her. Og så trenger vi å ha en viss kontinuitet i forhold til det vi holder på med. Det er ikke bare å sette inn vikarer som ikke kan forstå hva det er vi holder på med så for min del synes jeg det er vanskelig å skulle sette inn en vikar dersom jeg ikke kan komme og så tenker jeg at dersom vi kunne fortsette å ha de faste møtetidene som vi hadde tidligere..”

Den ansatte uttrykte en pessimisme i forhold til om det var andre fagpersoner som kunne ha interesse og glød for Forumets arbeid, en uttrykt holdning som kunne berøre forholdet mellom ildsjelene i forumet og fagfolkene ute i bydelene. Hvordan kunne SosioPoetisk forum bidra til å implementere brukermedvirkning generelt i bydelene ?

7.3.3 Erfaringsspredning fra Forumet og Erfaringskonferansene.

Forumets fagfolk hadde også tilhørighet i en bydel og de møtte sine arbeidskollegaer i bydelens etablerte strukturer enten det var i gruppe for psykiatriske sykepleiere, i bydelens psykiske helseteam som var tverrfaglige eller på andre møter i bofellesskap eller på

aktivitetssentrene. Forumet hadde en uttrykt målsetting om å etablere erfaringsspredning til ansatte i alle de fire bydelene. Det viste seg i praksis at det ikke var enkelt å utvikle en samhandling og erfaringsutveksling mellom SosioPoetisk Forum og de ansatte i bydelene om de temaene og de aktivitetene som Forumet satte i gang.

Fra intervjuene med brukerne og fagfolkene som ikke hadde deltatt på Erfaringskonferansene og i SosioPoetisk Forum kom det fram at noen av brukerne faktisk hadde bedre oversikt og flere kunnskaper om arbeidet med brukervedvirkning enn det fagfolkene uttrykte i intervjuene. Brukernes kunnskaper hadde delvis sammenheng med at de brukte flere av tjenestene samtidig, for eksempel som beboer i bofellesskap, bruker ved aktivitetssentret og møtte sosialtjenesten i ansvarsgruppe. Den nærhet som brukerne hadde til tjenestene hadde ikke fagfolkene i samme grad. Deres hverdag var i større grad bundet opp til det enkelte arbeidssted, noe som kunne ha betydning for den informasjon og den involvering de ønsket eller kunne bidra med.

Det var en betydelig utfordring for Forumet å utvikle strategier for hvordan de kunne inkludere fagfolkene i bydelene i stor skala i de prosessene som pågikk i Forumet. Ideen fra brukerne om å etablere en ordning med vararepresentanter kunne fremme informasjon og kompetansespredning ut fra prinsippet om ” *ringer i vannet* ”. En bevisst bruk av stedfortrederfunksjonene ville gitt mange flere tilgang til SosioPoetisk Forum sine prosesser og temaer.

SosioPoetisk forum hadde både politisk og administrativ forankring. Det var samtidig et Forum som var etablert med en løs struktur som rekrutterte medlemmer ut fra engasjement og entusiasme. Spørsmålet om rekrutteringsmåten hang nøye sammen med de utfordringer Forumet sto overfor i arbeidet med å skape entusiasme og aktivitet i bred skala ute i bydelene. Underveis vedtok forumet at sammensetningen måtte representere alle bydelene. På den måten uttrykte de en gjensidig avhengighet mellom bydelene og Forumet. I arbeidet med å finne en struktur for rekruttering uttalte flere av Forumets medlemmer den avhengighet det var av medlemmenes entusiasme for å utvikle brukervedvirkning. Bak spørsmålet om representativitet lå det en frykt for at SosioPoetisk Forum kunne bli et sted for formalisme og stivhet noe som kunne medføre at Forumet ikke ville utvikle seg videre.

7.4 Brukermedvirkning på systemnivå

Arbeidet med brukermedvirkning hadde fire sentrale tema som både erfaringskonferansene og SosioPoetisk Forum arbeidet med. Temaene belyser de mest sentrale problemstillingene som både brukere, fagfolk, administrasjon og politikere ble utfordret i forhold til. Det satte på spissen forhold ved brukermedvirkning som bidro til debatt og forhandlinger om innholdet.

7.4.1 Brukernes subjektive opplevelser eller brukerorganisasjonene som talerør

De fagfolk som jeg i denne avhandlingen har benevnt som ildsjeler, hadde etablert en struktur og modell for brukermedvirkning som bygde på en tenkning om dialog mellom brukere og fagfolk som den grunnleggende arbeidsformen. Ildsjelene hentet mye av sin strategi fra empowerment som bygger på likeverd og deltakelse. Det var de som hadde startet et arbeid på sine enkeltarbeidsplasser som var med på å bidra til at administrasjonen støttet en videreutvikling av dette arbeidet ved å etablere Erfaringskonferansene og SosioPoetisk forum. Rekrutteringen var en form for grasrotmobilisering, eller en ”bottom up” strategi.

Både på Erfaringskonferansen og i Forumets møter arbeidet de med å utvikle tiltakene i handlingsplanen og følge dem opp i praksis. En del av dette arbeidet omhandlet selve valget av modell for møtet mellom brukerne og tjenestene. En del av denne drøftingen omhandlet forholdet til brukerorganisasjonene, nærmere bestemt forholdet til Mental Helse. Brukerorganisasjonen var ikke invitert til å delta i Erfaringskonferansen eller i SosioPoetisk Forum. Begrunnelsen var at arbeidet med brukermedvirkning skulle fokusere på brukernes medvirkning der de møtte fagfolkene, på aktivitetssentrene, i bofellesskap, på sosialkontoret eller liknende. Det ble til en viss grad formulert en motsetning mellom en grasrotmobilisering og en modell hvor brukerorganisasjonens tillitsvalgte blir et talerør for brukerne. Dersom en organisasjon skulle delta i arbeidet måtte de også åpne opp for andre organisasjoner, og da ville grasrotmobiliseringen svekkes. Det ble også argumentert med at ikke alle brukerne var medlemmer i brukerorganisasjonen og deres stemme ville dermed svekkes dersom organisasjonene skulle overta mer. Det ble dermed reist tvil om brukerorganisasjonen ville være et talerør for brukerne, og det ble gjort forsøk på å definere en rolle for Mental Helse som organisasjon:

” Vi bør søke kontakt med Mental Helse når det gjelder de store linjene, på fylkesnivå og nasjonalt. Vi må også få tak i grasrota. ”

På møter i forumet viste ildsjelene til en beslutning som var fattet tidlig i prosessen med å etablere erfaringskonferansene og forumet:

” I hvert fall fra tidlig morgen da vi begynte å snakke om dette og hvem som skulle sitte og da tok vi opp diskusjonen angående Mental Helse. For bakgrunnen var, at vi gikk inn for til det første seminaret at bydelene skulle ha så og så mange plasser til hver bydel. Den gangen hadde vi fire bydeler så sa vi at det var opp til hver bydel å velge alle representantene og da måtte de prioritere om de ville velge noen fra Mental Helse eller brukere som bare hadde brukererfaring så det kunne for den saks skyld være aktuelt med andr interesseorganisasjoner så det var sånn vi tok...derfor har bare den ballen ligget der...det er bakgrunnen for at ”

På møter i Forumet kom det fram at Mental Helse ikke støttet en slik fortolkning av deres rolle. Her refererte politikeren i Forumet til kritikk hun hadde fått fra en tillitsvalgt i Mental Helse:

” Ja det var jo noe med disse organisasjonene som er tilknyttet psykisk helse, Mental Helse blant annet, de har jo vært ganske frustrerte over at de ikke har representant i SosioPoetisk Forum og jeg vet ikke om det ble tatt opp i den gruppa. I går fikk jeg også på seminaret, så fikk jeg litt pepper i forbindelse med dette med representasjonen fra MH. ”

Det var ikke etablert en dialog med Mental Helse om det arbeidet som var under utforming innen psykisk helse feltet i kommunen. I den drøfting som brukere og fagfolk hadde gjennomført ga de organisasjonene en indirekte posisjon, ved at medlemmer i Forumet samtidig kunne være medlemmer i organisasjonen. Dette var da også tilfellet. Det valg som var gjort var ikke uten komplikasjoner. Mental Helse hevdet sin rett til å være deltaker i arbeidet med brukermedvirkning for mennesker med psykiske lidelser som organisasjon og ønsket å være talspersoner for brukerne. Presset mot kommunen hadde blitt så stort at helse- og sosialdirektøren hadde gjennomført to avklaringsmøter med lederen i Mental Helse. Møtene hadde ikke medført noen endelig avklaring. Temaene levde videre i Forumet.

På den annen side kan det hevdes at en slik strategi også hadde svakheter. Medvirkning og brukerinvolvering i spørsmål om ressursfordeling, hvordan dekke opp ferieavvikling, hvor mye støtte på kveldtid osv., kunne medføre at brukerne ble bondefanget (Ørstavik 1996). I dialogen ligger en mindre uttalt forventning om konsensus. Brukerne ville føle medansvar for utformingen av tjenestetilbudet noe som kunne dempe kritikk fra brukerne. Den interessepolitiske tradisjonen som brukerorganisasjonen representerer kunne vært en ressurs i tilfeller der det oppsto interessekonflikter mellom brukernes påvirkning og fagfolkens faglige hegemoni. Brukerorganisasjonen ville dermed fungert som en støtte for brukerne.

Forumets diskusjoner om hvordan rekruttere og hvem brukerne representerte hadde sine paralleller til den representasjon en finner når en organisasjon representerer. Det var dog en forskjell i nærhet mellom valg av representant til SosioPoetisk Forum på allmøtet på et aktivitetssenter enn det ville være ved valg av tillitsvalgte i et lokallag av Mental Helse slik brukerne uttrykte det. Selv om en i diskusjoner satte opp en motsetning mellom demokratiske valg, da forstått som representasjon av brukerorganisasjoner, var drøftingene om representasjon i Forumet den samme. Hvordan sikre demokratiske valg til Forumet, mellom brukere på aktivitetssentrene, i bofellesskapene og mellom bydeler. De ønsket også å sikre kontinuitet ved valg av nye medlemmer.

7.4.2. Brukermedvirkning som frivillig eller betalt innsats

På Erfaringskonferansen ble forskjellen mellom brukere og fagfolk synlig ved at spørsmålet om hvor mange som fikk betaling for å delta på konferansen. Brukerne fikk ingen lønn eller godtgjøring for å delta. Brukernes godtgjøring var et område hvor kommunen kunne vise at de ville utjevne forskjellen mellom brukere og ansatte, dvs. en større likeverdighet. Konferansen henvendte seg til helse- og sosialdirektøren og Forumet ble bevilget en sum til sitt arbeid. Brukergodtgjøring var ett av innsatsområdene definert i handlingsplanen og ble bragt videre og utdypet på møtene i Forumet.

I diskusjonen om godtgjøring ble Forumets status i kommunen vurdert. Forumet har fått en sum penger til disposisjon, men kunne de bestemme størrelse på beløp for godtgjøring. Kunne de sammenliknes med politiske underutvalg, hva angikk beslutninger om beløpets størrelse. Argumentet ble imøtegått av fagfolkene ut fra budsjettmessige årsaker og med argumenter fra politikerne om at arbeidsmengden politikerne hadde med å lese sakspapirer var betydelig. En bruker mente at status som underutvalg ville stille Forumet overfor andre utfordringer:

” Ja, hvis vi får det spørsmålet da, hvis de vil ha noe tilbake – de som gir oss de pengene. Hva vil du svare da.?”

Brukeren så en forpliktelse i det å få godtgjøring. Da handlet det om å ta oppgavene alvorlig. Det måtte ikke bli slik at brukerne kom til Forumet bare fordi de fikk en godtgjøring. For brukerne handlet det også om å få en godtgjøring for den innsatsen de gjorde både i Forumet og i andre utvalg. Et lite honorar ville gi dem mer ” *guts* ” til å holde på med disse tingene. Brukerne mente det måtte være en balanse i forholdet mellom å gi av seg selv og muligheten for å få noe igjen for sin innsats. Innsatsen var ikke bare til fordel for brukerne. Det var også

til fordel for fagfolkene og kommunens målsetting om å utvikle god kvalitet på tjenestene. Lyktes de med å gi bedre kvalitet på tjenestene ville det høyne deres egen anseelse og status.

Forumet valgte å differensiere ut fra argumenter om at noen ganger var det viktig å betrakte brukerinnsetningen som frivillighetsarbeid. Erfaringskonferansen ble definert som en form for frivillighetsarbeid for brukerne. Brukerne møtte her av egeninteresse og fikk dekket utgiftene.

Brukerdeltakelse i ansettelsesutvalg ble vurdert av fagfolkene som ” å være på samme vilkår som fagfolkene og tillitsvalgte ” og betales av budsjettet til enhetene som skulle ansette. Slike spørsmål krevde avklaring med direktøren, særlig med tanke på at bydelene ikke var godt nok kjent med problemstillingen og dermed kunne reagere negativt på vedtaket.

” ..men en plass må vi jo begynne. Vi kan jo ikke trække det ned over enhetene å si; hør her sånn skal det være. Vi må lirke og lure litt da. ”

Forumet vurderte at det var klokt om de hadde gode eksempler å vise til. De trengte mer erfaringskompetanse som de kunne formidle og ” så må vi få tent fyr på enhetslederne og så har vi det i gang Jeg tror det blir slik...”

Brukerne fikk en styrket posisjon ved at deres erfaringer ble etterspurt i flere og flere sammenhenger, møter med direktøren, eller på møter med kommunalt ansatte. Spørsmålet om godtgjøring i form av lønn eller honorar ville endre brukernes posisjon og status i forhold til andre brukere som de skulle representere. Godtgjøring var en måte for brukerne til å jobbe mot en større likeverdighet og gyldiggjøring av deres erfaringskompetanse i forhold til fagfolkene profesjonskompetanse. På den andre siden skulle de samtidig tale brukernes sak for eks i ansettelsesutvalg. Det kan reises spørsmål ved om godtgjøring vil bidra til å fjerne disse brukerne fra den nærhetstenkningen som lå til grunn for rekrutteringen til Forumet. I praksis vil kanskje også disse brukerne på sikt nærme seg en representasjonstradisjon slik en finner det i interesseorganisasjonene.

7.4.3 Brukermedvirkning - brukerne som en selvstendig part

Ett av tiltakene i handlingsplanen for brukermedvirkning var å arbeide for at brukerne kunne delta i ansettelse av fagfolk som skulle arbeide i bofellesskap eller i aktivitetssentre. På Erfaringskonferansen ble det vurdert som komplisert i praksis for den fagpersonen som hadde arbeidet med det.

” Jeg har arbeidet med å gjennomføre ett av tiltakene som ble vedtatt på forrige konferanse. Jeg møtte veggen. Det har vært beinhardt, nå trenger jeg hjelp. ”

Arbeidet med å gjennomføre tiltaket hadde reist flere problemstillinger. En av dem var det konkrete arbeidet med å gjennomføre en ansettelsesprosess hvor en bruker deltok i utvalget som skulle ansette nye boveiledere i bofellesskap. Hvem skulle velge hvilken bruker som skulle delta og hvilke krav skulle stilles til denne.

” Det må jeg jo bare si at det er ikke bare enkelt å ha med brukere i en ansettelsesprosess, for bruker hva er det da. Vi er jo alle brukere av ett eller annet system og vi er jo forskjellige alle sammen. Jeg har opplevd både positive og negative sider i en ansettelsesprosess med brukermedvirkning. Men det er ikke så lett, for selv om brukerne har snakka sammen om hva de egentlig ønsker av kompetanse og alt, men så ender det opp i alle spørsmål om er du god til å lage mat og så ender det opp med at de kjekke jentene på 22 år som satt der, det var liksom det man ønsket inn. ”

Brukerne mente det var viktig å få være med og si noe om hvilken person de trengte enten det var på aktivitetssentret eller i et bofellesskap. Å delta i ansettelsesutvalg ga dem mulighet til å være med å velge ut den person som de mente hadde de beste egenskapene. De mente det måtte gis en bestillingen til brukeren i utvalget, fra brukerne.

” Jo, så er det også noe med at hvis du skal sitte i ansettelsesutvalg så er det ikke tilfeldige brukere som blir spurt Det er ikke en som kanskje har gått seks måneder på aktivitetssenteret og en går og spør ..hør du lyst til å sitte i det ansettelsesutvalget. Den brukeren må ha flere kriterier for at han blir med i det ansettelsesutvalget. ”

Brukernes deltakelse reiste spørsmålet om hvordan de skulle velges, og hvilken kompetanse de trengte for å gjøre en jobb som brukerrepresentant i ansettelsesutvalg. På den ene siden kunne brukerne oppnevne en person i det aktuelle bofellesskap som skulle ansette, eller de kunne velge å skolere et mindre antall brukere i bydelen som kunne representere hver gang. Spørsmålene måtte brukerne ta stilling til. Fagfolkene hevdet at de som søkte stillinger, møtte med tillitsvalgte som var spesielt skolerte til å gjennomføre slike prosesser. Underforstått ville det kreve mye av brukerrepresentanten som skulle fremme brukernes interesser i utvalget, noe som talte for at det ville være en fordel også for brukerne å stille med best mulig skolerte representanter. Spørsmålet om brukere i ansettelsesutvalg ville ivareta brukernes interesser uttrykte enkeltbrukere en viss skepsis til. De var usikre på om brukerne kom til å representere seg selv.

Brukerne var bevisst sin svakere posisjon samtidig husket de når de fikk støtte fra fagfolkene for sine synspunkter.

” Det var mye utskiftning av personell i det bofellesskapet der jeg bor. En av vikarene vi hadde var svært godt likt av brukerne. Da det skulle ansettes ny biveileder ville vi ha denne vikaren i den faste stillingen. Vi skrev et brev og begrunnet hvorfor vi ville ha henne. Vi fikk også lov til å være med i ansettelsen. Denne gangen ble vi hørt og hun ble ansatt. ”

Erfaringer hittil med å ha brukere med i ansettelser ble av fagfolkene oppsummert som vellykkede. Samtidig så de behov for å utvikle arbeidformer hvor brukerne ble dyktigere i sin representasjon i utvalgene. Det var viktig fordi de hadde ambisjoner om å la de gode eksemplene jobbe for seg når de skulle henvende seg til andre enheter i bydelene. Implementering i bydelene visste fagfolkene var en mye større og krevende prosess.

7.4.4. Ideologier på tvers

Arbeidet med brukermedvirkning hadde en politisk og administrativ forankring i helse- og sosialsektoren. Brukerperspektivet har mer karakter av et verdisystem enn et program for handling som kan vedtas, sier Ørstavik (2002). Kommunens plan for psykisk helse fra 1998 hadde en verdimesig forankring uttrykt gjennom integrering og normalisering. I selve planprosessen ble det gjennomført en brukerundersøkelse og Mental Helse deltok i arbeidsgrupper. Medvirkningen i planprosessen ble ikke gjenspeilt i utformingen av tiltakene i planen. Det fundament som planen bygde på, hadde bidratt til å fokusere på brukermedvirkning i tjenestene. Diskusjonene og tiltakene som var under utforming våren 2003 viste at fagfeltet og brukerne var i ferd med å omsette brukerperspektivet til praktisk handling. Revidert plan (2004) omtalte brukermedvirkning i et eget kapittel hvor begreper som sosial inkludering og empowerment ble omtalt. Brukermedvirkning i praksis involverte nå større deler av fagfeltet og kommunens administrasjon.

Brukermedvirkning - ansettelser og arbeidsvilkår.

De temaene som fagfeltet bearbeidet sammen med brukerne på Erfaringskonferansene og i SosioPoetisk Forum, involverte politikere, administrasjon og fagforening i gjennomføringsfasen. Det viste seg da at det oppsto økt risiko for konflikt når ulike interesser ikke kunne forenes uten videre. I forbindelse med ansettelser og arbeidsvilkår oppsto det først og fremst på følgende felt :

- *Sammensetningen av ansettelsesutvalg,*
- *Forholdet til kommunens stillingsbank*
- *Turnusplaners tilpassing til brukernes behov*

Handlingsplanens vedtak om å arbeide for at brukere skulle være representert i ansettelsesutvalgene i bofellesskapene og ved aktivitetssentrene ble i første instans berørt av det eksisterende regelverk. Tanken om å gi brukeren fulle rettigheter fikk motstand. Det som foregikk her, kunne skape presedens for andre brukergrupper, og juridisk avdeling og fagforeningene ble koblet inn. Standpunktet viste seg å være mer komplisert enn antatt. Etter avklaringsrunder med både kommuneadvokat og fagforening ble det besluttet å gi brukerne en rådgivende status i utvalget. De oppnådde en halv seier og erfarte at verden ikke var så enkel som de hadde trodd. Noen av fagfolkene mente at fagforeningens standpunkt om ikke å gi brukerne like rettigheter som administrasjonen og de tillitsvalgte hadde, var et uttrykk for ” *ikke veldig gode holdninger* ”. Fagforeningen hadde liten forståelse for at brukerne skulle representere brukernes interesser, og at utfordringen både for brukerne og fagfolkene var å styrke brukerrepresentasjonen gjennom skolering og praksiserfaring. En bevisstgjøringsprosess måtte til for at brukerne skulle være trygge på at deres representant talte deres sak i utvalget.

Forumet tok i bruk ”*anledningsmodellen*” slik den er beskrevet i organisasjonsteorien. Målet var å gi brukerne en permanent rolle som rådgiver i ansettelsesprosesser i boliger og aktivitetssentre. Ansettelsesreglene skulle revideres og de fremmet et endringsforslag :

” Det bør være med brukere i hele ansettelsesprosessen. Brukeren kan ha en rådgivende funksjon i ansettelsesutvalget. En rådgiver som tas med i et ansettelsesutvalg er en person som er viktig for utvalget og det denne sier, tillegges betydelig vekt. Det er et kompromiss. Ta et steg ad gangen og prøv ut. ”

Dersom forslaget ble vedtatt, hadde de oppnådd at det som først hadde vært et forsøk ved noen få ansettelser ville bli en permanent ordning.

Kommunen har en stillingsbank som til enhver tid har en del medarbeidere registrert som ledige med fortrinnsrett til ledige stillinger de er kvalifisert for. Ansettelsesprosessen blir i slike tilfelle stoppet og stillingene besatt av stillingsbanken.

” Dermed var både mulighet til brukernes innflytelse på valg av person og spørsmålet om arbeidstid svært begrenset. ”

Fagfolkene planla brukermedvirkning i en ansettelsesprosess, men hensynet til ledige i stillingsbanken gikk foran ut fra et overordnet regelverk som gjaldt generelt i kommunen..

Noe tilsvarende skjedde da det ble planlagt å etablere en ny turnusplan som var mer tilpasset brukernes behov. Brukerne ønsket ansatte på ettermiddager og kvelder. Fagfolkene ønsket å

gå i en tettere dialog med brukerne for å dekke de aller mest sårbare punktene på ettermiddager og kvelder, men her kunne de igjen komme i konflikt med ansattes interesser i forhold til en regulert arbeidstid. Fagfolkene ønsket å tenke mest mulig fleksibelt for å finne løsninger som brukerne ønsket. Administrasjonen motsatte seg forslaget under henvisning til at kostnadene ville øke.

” Vi hadde økonomi til å velge den turnusen. Problemene kommer ikke i ansettelsesutvalg, men høyere opp i systemet, der støter vi mot lover og regler. Tilpasning til brukernes behov kan komme i konflikt med arbeidstakernes interesser .”

Den autonomi og det mandat som var gitt i form av vedtak i handlingsplanene for brukervedvirkning ble satt til side.

Fagpersonen gav uttrykk for at hun følte seg overstyrt, såret og mismodig.

” Spillereglene er blitt endret underveis. Jeg er skikkelig forbannet på helse- og sosialdirektøren. ”

Også politikere som var representert på erfaringskonferansen vurderte økonomiske argument som sterkere enn argumentet om brukervedvirkning og tilpasning av tjenestene til brukerne dersom det kom i motstrid til hverandre.

” Brukerne ønsker ansatte på ettermiddager og helger, men det koster penger. Det må jeg tenke på som politiker. ”

Fagfolkene som var ildsjeler, erfarte at deres arbeid med å gjennomføre brukervedvirkning utfordret dem i flere retninger. De arbeidet konkret i forhold til brukerne for å styrke deres ambisjoner om å være deltakende aktører i samhandlingen med fagfolkene. Når de skulle omsette brukervedvirkning i praksis støtte de på lover og regler som både administrasjonen og fagforeningene fant ikke passet med brukervedvirkning i praksis. Deres faglige autonomi måtte innordnes de overordnede prinsippene. Det medførte betydelige frustrasjoner også fordi de mente å ha fått et mandat av den samme administrasjonen til å utvikle brukervedvirkning.

Implementeringsarbeidet

Selve Erfaringskonferansen var et virkemiddel til å engasjere flere fagfolk fra bydelene til drøfting av brukervedvirkning. Både brukere og ansatte i Forumet inviterte med flere fordi de ville dele erfaringene de hadde gjort, og de ville ha flere til å bidra til tiltaksutviklingen i handlingsplanen. Det som foregikk i Forumet i mellomperioden hadde ikke fagfolkene i

bydelene fått samme mulighet til å involvere seg i. Det kunne også være en årsak til at nyrekruttering, spesielt av fagfolk, ikke var så enkelt.

” Jeg har tenkt i etterkant av forrige samling.... Vi ga for lite informasjon til de andre ansatte som ikke satt så tett på SosioPoetisk Forum. Kunne vi inkludert fagforeningene ?

Sammensetning av forumet og behovet for å finne en struktur på nyrekruttering gav som resultat at det måtte vedtas utskiftninger ut fra et system. Det ble ikke viet samme oppmerksomhet til hvordan Forumet kunne utvikle en systematikk for kontinuerlig samarbeid mellom Forumets medlemmer og fagfolk ute i bydelene. Fagfolkene i Forumet hadde sitt daglige arbeid i bydelene, men det kunne virke som at Forumets temaer ikke ble satt på dagsorden der hvor de møtte sine kolleger, i lederforum, personalmøter, fagmøter med videre. Det kunne være en medvirkende årsak til at det var vanskelig å nyrekruttere fagfolk. Ideen om å bruke fagforeningene som en kanal for både å drøfte og forplikte medlemmene ut fra en tenkning om at brukerperspektivet må anses som faglig korrekt, ble ikke fulgt opp. Faren ved ikke å engasjere i bredden var at ildsjelene ville bli utbrente. Dermed var det en viss risiko for at arbeidet med brukermedvirkning ville stoppe opp.

Erfaringskonferansen hadde i handlingsplanen gitt administrasjonen i oppgave å gi kurs til ansatte om perspektiver på makt og avmakt i møte mellom ansatte og brukere. Tematikken har tette koblinger til empowerment. Det kjente brukere og ansatte til gjennom arbeidet med brukermedvirkning. I henvendelsen til Forumet ønsket administrasjonen medlemmer fra Forumet, brukere og fagfolk til å holde innlegg på en dagskonferanse hvor blant annet lærere skulle delta.

Forumet drøftet videre å følge opp innspillet fra administrasjonen med å peke på betydningen av opplæring for alle ansatte og særlig nytilsatte. Det ville være en styrke for brukerperspektivet om kommunen ville markere en form for ideologi eller verdimarkering. Her vurderte Forumet at de måtte tenke seg om før de kom med ytterligere innspill.

Forholdet mellom politikere, administrasjon og fagfolk

Politikere som engasjerte seg spesielt i forholdene for mennesker med psykiske lidelser deltok også på Erfaringskonferansen og en av dem satt som medlem i Forumet. De var også aktivt oppsøkende overfor tjenestene fordi de ville skaffe seg førstehånds kunnskap om tilbudene. På den måten fikk de også mulighet til å snakke direkte med brukerne. De hadde oppsøkt

flere av aktivitetssentrene og ønsket å besøke alle. Med den kunnskapen de opparbeidet kunne de gå i en mer direkte dialog med fagfolkene i stedet for å arbeide ut fra en mer tilbaketrukket politisk posisjon hvor dialogen foregikk i de politiske utvalgene eller i formaliserte møter med administrasjonen.

På erfaringskonferansen viste politikere til konflikter som de hadde fått kjennskap til på sine uformelle besøk. Det var uvant for fagfolkene å drøfte konfliktområder som de opplevde som følsomme for samarbeidet mellom ansatte og brukere. For fagfolkene ble det vanskelig å møte direkte innspill i en situasjon hvor aktørene selv ikke var til stede. Den nærhet som politikerne også hadde til det som tradisjonelt var fagfolkenes faglige domene gav større innsyn i deres fagutøvelse og gjorde dem mer sårbare.

Politikernes engasjement påvirket også forholdet til administrasjonen. Administrasjonen opplevde at politikere som var spesielt engasjert i psykisk helsearbeid, var aktive på flere områder. De så betydningen av de øremerkete midlene som lå i opptrappingsplanen og de opptrådte som aktører i forhold til både spesialisthelsetjenesten og overfor andre politikere. Administrasjonen uttrykte dette som en støtte.

” det trengs flere på barrikadene likevel. Ildsjel, hun ringer og spør, hva har skjedd med den saken og det setter jeg pris på Jeg blir berørt av hennes engasjement. Det trøster meg når det er tungt, flere er med og drar lasset.. ”

Dialogene på konferansen bar preg av en nærhet i uttrykksmåten mellom politikere og administrasjon. Men dialogen viste også til hvordan arbeidet med utviklingen av det psykiske helsearbeidet og brukermedvirkning var et følsomt område som ble opplevd som krevende. Det var ikke tilstrekkelig at brukere og fagfolkene var ildsjeler, også politiske ildsjeler var velkomne til å være med å dra lasset.

7.5 Brukermedvirkning en framtidig utfordring for kommunen

Kristiansand kommune hadde forankret arbeidet med brukermedvirkning innen psykisk helsefeltet i helse- og sosialadministrasjonen. Begrunnelsen for å satse på utvikling av brukermedvirkning i tjenestene var todelt:

- De ønsket å utvikle brukermedvirkning som kvalitetsforbedring i tjenestene.
- Imøtekomme brukernes ønske om en bedre kommunikasjon med tjenestene, en avbyråkratisering og mer medvirkning.

Kommunen etablerte to areneer, Erfaringskonferanser og SosioPoetisk Forum til å være spydspiss i dette arbeidet. Det var en samarbeidsmodell som bygde på en erkjennelse av at faglige kunnskaper ikke var tilstrekkelig for å bygge opp gode tjenester. Det var også et mål å endre brukernes status mot mer likeverdighet. Både brukere, fagfolk og politikere deltok i disse fora. Administrasjonen gav fagfeltet mandat til å arbeide med brukervedvirkning i tjenestene.

Arbeidet reiste flere problemstillinger. Ildsjelene befant seg på Erfaringskonferansene og i SosioPetisk Forum. Her ble det etablert et miljø hvor læring og erfaringsutveksling gikk over i hverandre. Her konkretiserte både brukere og fagfolk forhold som de mente hadde betydning for utvikling av brukervedvirkning. En by på Kristiansands størrelse har bydeler og det er usikkert om de klarte å trekke med fagfolk i enhetene i bydelene i arbeidet med brukervedvirkning på tjeneste- og systemnivå. Forumet drøftet flere ganger hvilke strategier de skulle velge for å skape entusiasme i bydelene.

Erfaringskonferansene arbeidet med å utforme handlingsplan for brukervedvirkning og SosioPoetisk Forum fulgte opp tiltakene i planen. Det var spesielt fire temaer som var sentrale i Forumet i den perioden undersøkelsen pågikk:

- Brukernes subjektive opplevelser eller brukerorganisasjonene som talerør
- Brukervedvirkning som frivillig eller betalt innsats
- Brukervedvirkning – brukerne som en selvstendig part
- Ideologier på tvers

Disse temaene utløste prosesser og engasjement langt ut over forumets grenser fordi det berørte kommunale regler og vante arbeidsmåter. Brukervedvirkning innen psykisk helsefeltet kom dermed til å utfordre regelverk, fagforening, styringsrett og faglig autonomi.

Det oppsto kryssende interesser blant annet ved sammensetningen av ansettelsesutvalg, forhold til kommunens stillingsbank og muligheter til å legge turnusplaner som var tilpasset brukernes behov.

Kristiansand kommune satte i gang prosesser som til dels var grensesprengende. De baserte sin brukervedvirkning på en grasrotmobilisering, men med administrativ forankring. Den perioden studien varte gjorde de viktige erfaringer.

8. OPPSUMMERING OG TILBAKEBLIKK

8.1 Brukermedvirkning - et verdisystem

Denne studien viser hvordan Kristiansand kommune gjennom planarbeid og utprøving av en modell for brukermedvirkning imøtekommer de krav til brukernes medvirkning som ligger i Opptrappingsplanen for psykisk helse. To generasjoner av planer for psykisk helse (1998, 2003) har forankret planene faglig og ideologisk til stikkord som, *normalisering og integrering, lokalsamfunnspsykiatri og sosialpsykiatri, brukermedvirkning og pårørende som omsorgspersoner og som ressurs*. Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid skal utvikles på individ-, tjeneste- og systemnivå. Kommunen har dermed gitt psykisk helsearbeid som felt en verdimeisig forankring. Det kan relateres til (Ørstavik 2002) et syn på brukerperspektivet som en ideologi og et verdisystem. Fagfolk, brukere og politikere er i ferd med å omforme det faglige og ideologiske til en kommunal praksis for brukermedvirkning.

8.2 Brukermedvirkning sett i lys av bedringsprosesser

Brukerne som ble intervjuet, hadde psykiske lidelser og de hadde behov for flere av kommunens hjelpetilbud samtidig. De var del av en gruppe mennesker som kan ende opp i kategorier som *"psykiatrisk pasient"* eller *"klientlivsform"*. Kategoriene kan også ses på som *livsformer* og kan hjelpe oss til å nyansere menneskers liv ved at vi fokuserer på måten folk lever på. Her omtaler Højrup (1983) *lønnsarbeidslivsform, den selvstendige livsform, karrierelivsform og kapitalistlivsform*. Ser vi livsformer i lys av Bourdieu (1994) som er interessert i menneskers tilgang til ulike typer *"kapitaller"* hvor økonomi, utdanning og kunnskap er viktige elementer, konfronteres vi med menneskers levekår og livskvalitet. Brukerne som ble intervjuet, hadde begrenset adgang til disse livsformene som mange tar for gitt. Men i deres livsformer var det mange elementer som utgjorde deres hverdag. Det var familiespørsmål, verdier, personlige behov, kort sagt variasjoner over hverdagslivet (Ramian 2001). Hjelperne som de møtte, inngikk som en del av deres livsmønstre og fikk mer eller mindre plass. Fagfolkene vurderte de høyt eller lavt ut fra om de bidro til at de lyktes med sine livsprosjekter eller ikke.

Helse- og sosialarbeiderne som ble intervjuet arbeidet enten på sosialkontor, i bofelleskap for mennesker med psykiske lidelser eller ved aktivitetssentre og hadde i tillegg til helse- eller sosialfaglig utdanning, videreutdanning i psykisk helsearbeid. De hadde en teoretisk forståelse

av livsformens og livsmønstrenes betydning for de mennesker de skulle hjelpe, men de mente selv at de praktiserte det med vekslende hell. Spesielt var det vanskelig for dem som arbeidet ved sosialkontoret å få tak i den variasjon av livsmønstre brukerne hadde. De endte ofte i et individuelt terapeutisk perspektiv som fokuserte på personens symptomer. De møtte ofte brukerne på sitt eget kontor selv om de hadde en intensjon om å arbeide mer utadrettet. De mente at utadrettet arbeid ville gi flere innfallsvinkler til brukernes faktiske situasjon. Sosialkuratorene var opptatt av en nærhetsdimensjon som i studien viste seg å ha en sterkere forankring blant de som arbeidet i bofellesskapene og i aktivitetssentrene. Der fikk de tilgang til flere av brukernes livsmønstre ut fra et perspektiv om brukerne som sosialt samhandlende mennesker. Da kunne de utvikle flere samarbeidsformer. Den nærhet de dels praktiserte og dels ønsket å praktisere, har Borg og Topor (2003) formulert som en form for profesjonell praksis som bygger på nærhet hvor det er mulig å forhandle om *tid*, det er rom for *åpenhet*, fagpersonen er *engasjert* og relasjonen er *gjensidig*. Den praksis som helse- og sosialarbeiderne ønsket seg mer av må sies å samsvare med brukernes ønsker.

Brukerne la vekt på betydningen av *partnerskap*, at fagfolk kunne være på nivå med alle uten å miste sin egen autoritet. I motsetning til fagfolk som hadde en holdning om at de visste bedre hva som var godt for brukerne enn dem selv. Fagfolkenes kompetanse mente de ikke var tilstrekkelig. Boklig kunnskap hadde begrensninger fordi fagfolk ofte ikke hadde erfart ”å leve på den andre siden”. Personlige egenskaper hos fagfolkene som å ha *et godt hjerte*, *være snille* og *kunne lytte* var til hjelp for deres mangel på erfaringskunnskap. Det var brukerne selv som kunne bidra med erfaringskunnskapen. Et tredje viktig spørsmål for brukerne var muligheten til *innflytelse over viktige beslutninger i eget liv*. Brukernes perspektiver på møter med fagfolkene har trekk fra empowermenttenkningen som kan beskrives som en prosess bestående av både maktoverføring og rettighetstenkning (Slettebø 2000, Andersen 2000, Askheim 2003).

Helse- og sosialarbeiderne assosierte brukervedvirkning med at brukerne fikk en endret posisjon i relasjonen. Dette ville få konsekvenser for dem selv ved at de måtte lytte mer og ta hensyn til det brukeren mente. For fagfolkene var det en hårfin balansegang mellom å følge brukernes subjektive ønsker, og innta en posisjon der de skulle forandre brukeren, en objektivisering. Fagfolkene sto også overfor situasjoner som de betraktet som dilemmaer når brukere gjorde valg som var til ugunst for dem selv (Kokkin 2001). Da støtte de både på

etiske spørsmål, og de måtte være oppmerksom på sine egne normer for hva som ” gikk an eller ikke ”. I slike tilfeller mente de det ikke passet med brukermedvirkning.

8.3 Hva kan vi lære av det arbeidet som pågikk på Erfaringskonferansen og i SosioPoetisk Forum ?

Den forankring Kristiansand kommune hadde gitt brukermedvirkning i sine planer for psykisk helse, arbeidet de for å omsette til praksis. Kommunen etablerte to arenaer, *Erfaringskonferanser* og *SosioPoetisk Forum* hvor brukere, fagfolk og politikere møttes. På Erfaringskonferansene utviklet de handlingsplanene ved hjelp av arbeidsprosesser som varte over to dager. SosioPoetisk Forum fulgte opp tiltakene i planene. Konferansene og Forumet var dels selvstendige fora, men utgjorde en helhet i en struktur som kombinerte kreative prosesser med konkrete handlinger. Det var en samarbeidsmodell som bygde på dialog og skilte seg fra den interessepolitiske.

Begrunnelsen for å arbeide med brukermedvirkning var på den ene siden å utvikle en bedre kvalitet på tjenestene, men de ville også gi brukerne en større medvirkning som et mål i seg selv og en status som likeverdige og meningsberettigede.

Spørsmålet blir da: Hvilke erfaringer gjorde brukere, fagfolk og politikere som kan ha overføringsverdi for andre som arbeider med å utvikle brukermedvirkning innenfor en kommunal kontekst ?

Tema 1 Brukernes subjektive opplevelser eller brukerorganisasjonene som talerør

Selve organiseringen av arbeidet med brukermedvirkning var et eget tema som dukket opp. Konferansene og Forumets opprinnelse og struktur bygde på en tenkning om å mobilisere brukerne som fagfolkene samhandlet mest med i sitt daglige arbeid ute i tjenestene. Kommunen henvendte seg dermed til entusiastiske brukere og i felles drøftinger med disse brukerne ble de enige om at brukerorganisasjonene ikke hørte med i denne sammenhengen. Det ble definert til å være et sted for alle som var engasjerte og skulle ikke arbeide ut fra representativitet. Arbeidet på disse arenaene var verdifulle for brukerne som i tillegg til å få satt på dagsorden viktige saker for dem selv, opplevde at det også betydde noe for deres egen psykiske helse og en opplevelse av likeverd. Det er forhold som Alm Andreassen (2000) har omtalt som å gjenreise brukeres medborgerskap. Med denne måten å organisere på oppsto det

en form for interessekonflikt i forhold til Mental Helse som mente seg berettiget til en posisjon på disse etablerte arenaene. Både grasrotmobiliseringen slik den foregikk på konferansene og i Forumet og brukerorganisasjonen må antas å være en del av en kritisk bevegelse blant brukerne som engasjerer seg for sine rettigheter som borgere. Det omtales av Williams (2001) som *”de nye sosiale bevegelser”*. De representerte de samme interessene og kunne ha sin berettigede plass innenfor Erfaringskonferansenes og Forumets rammer.

Tema 2 Brukermedvirkning som frivillig eller betalt innsats

Både brukerne som ble intervjuet og brukerne i Forumet mente større likeverdighet var et tegn på om de oppnådde mer medvirkning. Den innsatsen brukerne gjorde både på Erfaringskonferansene, i Forumet og når de ble etterspurt for å delta i andre fora i kommunen, gjorde at spørsmålet om betaling kom opp. Brukernes engasjement var basert på frivillighet, men kommunen besluttet likevel etter henvendelse fra Forumet å gå inn på en honorarordning, samt dekning av reiseutgifter. Forumet fremmet også forslag om lønn for brukere når de deltok i ansettelsesutvalg. Ordningen med honorar gav større legitimitet til Forumet som talerør inn mot andre kommunale organer, det hevet samtidig statusen for brukerne. På den annen side kunne betalingsordninger bidra til å svekke den opprinnelige ideen om deltakelse fra enhver som lot seg engasjere. Det kunne skape større avstand mellom brukerne i Forumet og ”de andre” og det kunne medføre at brukerne i Forumet følte en større lojalitet overfor fagfolkene i Forumet og dermed ble utsatt for en form for kooptering (Ørstavik 1996). Det kritiske elementet kunne dermed trues. Forumet valgte å prøve ut betalingsordninger for brukerne.

Tema 3 Brukermedvirkning – brukerne som en selvstendig part

Brukerdeltakelse ved ansettelse i bofellesskap og aktivitetssentre var en del av handlingsplanen for brukermedvirkning. Ideologisk kan en finne røttene fra ”independent living” bevegelsen som ville fremme frigjøring, uavhengighet og deltakelse i samfunnet (NOU 2001:22) og ønske om en mindre profesjonsstyrt tjeneste (Askheim 2003). Brukerne mente seg berettiget en innflytelse over hvem som skulle arbeide i deres hjem, noe som kan finne sin parallell i ordningen med personlig assistent, dog med den forskjell at boveiledere forholdt seg til flere som bodde i samme bofellesskap. Det støttes også av fagfolkene som i likhet med Borg og Topor (2003) la vekt på nærhetsdimensjonen i spørsmålet om brukermedvirkning.

Brukerne fikk en *rådgivende funksjon i ansettelsesutvalg*, og det ble besluttet at det skulle avgjøres på det enkelte arbeidssted hvem som skulle representere brukerne. Spørsmålet om brukerkompetanse og behov for skoloring inngikk i denne diskusjonen.

Tema 4 Ideologier på tvers

Brukermedvirkning i praksis involverte politikere, administrasjon og fagforening i gjennomføringsfasen. Den tenkning og praksis som det psykiske helsefeltet ville gjennomføre, viste seg å øke risikoen for konflikt når ulike interesser ikke kunne forenes uten videre. Dels skapte tiltakene presedens for andre grupper, det kom i inngrep med kommunens behov for å ansette overtallige fra egen stillingsbank, turnusplanlegging med maksimal brukertilpasning kunne gå ut over de økonomiske rammene. Psykisk helsefeltet sin tenkning og tiltak synliggjorde at brukermidvirkning ikke kunne utvikles innenfor isolerte deler av tjenestene, men berørte hele kommunen som organisasjon. Det berørte også fagforeningene når det måtte forhandles om ansattes arbeidsvilkår der det oppsto interessekonflikter med brukernes behov. Kommunen måtte dermed forholde seg til den verdimessige forankringen de hadde gitt det psykiske helsearbeidet i sine planer.

Forholdet mellom Erfaringskonferansen og Forumet på den ene siden og bydelene på den andre siden innholdt spenninger. Ildsjelene satt i Forumet og det var en utfordring å engasjere fagfeltet som ikke var del av de prosessene som Erfaringskonferansene og Forumet tok del i. Vanskeligheter med å rekruttere nye fagfolk fra bydelene kan tyde på at avstanden mellom ildsjelene og "de andre" var for stor og "de andre" ikke følte de var del av de samme prosessene. Studien tyder på at dette kan være et kritisk punkt for det framtidige arbeidet. Flere av fagfolkene i bydelene uttalte at de jobbet mye alene og manglet forum for refleksjon over egen praksis.

Ildsjelene var også enkeltpolitikere. Deres engasjement gav dem en nærhet til tjenestene og brukerne som var uvant for fagfolk og administrasjon. Dette reiste en diskusjon om den tradisjonelle rollefordelingen mellom fag og administrasjon. Kunne en ane nye framtidige konstellasjoner hvor fagfolk, politikere og brukere jobber sammen i lokale grupper? Ramsdal (2000) har drøftet framtidige scenarier for kommunene hvor aktører inngår i ikke-hierarkiske nettverk og danne helt nye konstellasjoner i lokalbasert arbeid.

LITTERATURLISTE

- Adolph Erik m.fl, 1999 *Socialt arbejde med sindslidende*. En basisbok. København: Systime
- Alm Andreassen, T. (1992) *Refleksjoner om brukervedvirkning*. NIBR – notat Oslo
- Alm Andreassen, T. og Binder T. m.fl (1994) *Brukermedvirkning – redskap for kvalitet og deltakelse i kommunene*. Rådet for funksjonshemmede og Norges byggforskningsinstitutt
- Alm Andreassen, T. (1995) *Brukermedvirkning for funksjonshemmede – interessepolitikk eller dialog*, Arbetsgruppe 19. ” Medborgersamhället mellan marknad och stat. Innlegg på 18. Nordiska Sociologkongressen 9.-11.juni 1995, Helsingfors.
- Alm Andreassen, T. (1995) *Brukermedvirkning – hva er det ?Brukermedvirkning og klientinnflytelse – en utfordring for profesjonene*. Innledning på kurs om brukervedvirkning i regi av FO 11. – 12. september 1995
- Alm Andreassen, T. (1999) *Individuell medvirkning – nødvendig, men utilstrekkelig*. Liv og helse 3 - 99
- Alm Andreassen T. (2000) *Brukermedvirkning - en strategi for demokratisering i helse- og sosialpolitikken ?* i Markussen Eifrid (red.) *Menneskeverd – funksjonshemmet i Norge*, Gyldendal Akademisk
- Alm Andreassen, T. (2001) “ *En helt annen historie* “ – *alternative klientbilder og nye hjelperoller*. Paper til konferansen Kunnskap og handling. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
- Alm Andreassen T., Grut L. (2001) *Brukermedvirkning som endringsmekanisme Evaluering av en modell for kvalitetsforbedring i psykisk helsevern gjennom tilbakeføring av brukererfaringer*, Arbeidsforskningsinstituttet og SINTEF Unimed STF78 A014504
- Alm Andreassen, T. (2004) *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat* Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie 13
- Andersen, M. L., Brok, P. N., Mathiasen, H. (2000) *Empowerment – teori og praksis. Empowerment på dansk*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag
- Askheim, O.P. (1998) *Omsorgspolitiske endringer – profesjonelle utfordringer*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Askheim, O.P. (2003) *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Avon and Western Wiltshire MHCNT (2000) *Service User Empowerment and involvement strategy*. England
- Backe-Hansen, E. (2001) *Profesjonell kunnskap i brukers tjeneste* i Sandbæk Mona (red.), *Fra mottaker til aktør – Brukers plass i praktisk sosialt arbeid og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Beresford, P. (2000) *Service users' Knowledges and Social Work Theory: Conflict or Collaboration*, British Journal of Social Work 30, 489-503
- Beresford, P., Harrison, C. og Wilson, A. (2002) *Mental health service users and disability: implications for future strategies*
- Beresford, P. (2003) *User involvement in Research: Connecting lives, experience and theory i It's our Lives: A short theory of knowledge, distance and experience*, London citizen Press in association with Shaping our Lives
- Berg, O. (1982) *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Berulfsen, B. (1971) *Gyldendals fremmedordbok* Oslo: Gyldendal
- Blæhr, E., Dobusz, M., Hartz, C. (2002) *Kompetenceudvikling i socialt arbejde*. ISBN 87-90173-17-1
- Bourdieu, P. (1994) *Socialt rum og symbolsk makt*. I centrale tekster inden for sociologi og kulturteori. København: Akademisk forlag ss. 52-69
- Bourdieu, P. (1996) *Om symbolsk makt*. I Symbolsk makt. Oslo: Pax Forlag A/S
- Borg, M., Topor, A. (2003) *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget
- Borge, L. (2000) *Psykisk helsearbeid i et psykososialt perspektiv* i Almvik, A., Borge, L. Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid. Oslo: Fagbokforlaget
- Brottveit, Å. (2002) *På pasientens premisser – erfaringer med nettverksmøte i hjemmebasert psykiatrisk behandling i to Valdreskommuner*. Oslo: Rapport 1/2002 ISBN 82-8048-014-5
Diakonhjemmets høyskolesenter Forskningsavdelingen (Diaforsk)
- Brundtland, G H. (2001) *God mental helse. Tiden er kommet for en global reform av arbeidet med mental helse*. Lørdagsblikket i Dagsavisen 27. oktober 2001
- Chamberlin, J. (1978) *On our own. Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York: Hawthorn Books
- Chamberlin, J. (1997) *A working definition of empowerment*. Boston: Psychiatric rehabilitation journal 20, 43 – 46
- Dalgard, O.S., Døhlie, E., Ystgaard, M. (1995) red. *Sosialt nettverk, helse & samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget
- Deegan, P. E. (1997a) *Recovery as a journey of the heart*. I Spaniol, L.; Gagne, C. og Koehler, M: Psychological and social aspects of of psychiatric disability. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation

- Deegan, P. E. (1997b) *Spirit breaking. When the helping profession hurt*. I Spaniol, L., Gagne, C. og Koehler, M: Psychological and social aspects of og psychiatric disability. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation
- Deegan, P. E. (1999) *Consumer/survivor History Project*. Massachusetts: National Empowerment Center
- Department of Health (2002) *Mental Health Policy Implementation Guide. Community Mental Health Teams*. London: 28165 1p 15k June 02 (COL)
- Elstad, T. (1999) *Sosial integrasjon blant mennesker med alvorlige psykiske lidelser*, Rapport 2/99 SINTEF Unimed Norsk institutt for sykehusforskning
- Faureholm, J. (1996) *Fra livstidsklient til medborger*. København: Munchsgaard- Rosinante
- Fog, J. (1999) *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag
- Forsberg, E., Starrin, B. (1997) (red) *Frigjørrende kraft, empoweremnt som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Gøteborg: Förlagshuset Gothia
- Foucault, M.(1972) *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo:Gyldendals Kjempefakkel
- Freire, P. (1999) *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Ad notam Gyldendal, kap 2 ss. 54-70
- Goffman, E.(1991) *Asylums*. London: Penguin Social Sciences
- Halvorsen, K. (1996) *Samfunnsstyring og sosial ingeniørkunst* i Erichsen, V. (red.) Profesjonsmakt – På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon, Tano-Aschehoug
- Hammersley, M., Atkonson, P. (1987) *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Hansen, K. B. (1996) Empowerment. Om empowerment som metode i sosialt arbeid. Embla nr 6 ss 43 - 47
- Haugsgjerd, S. (1986) *Nytt perspektiv på psykiatrien*. Oslo: Pax
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., Løkke, J.A. (2002) *Perspektiver på psykisk lidelse – forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Horndalen, B. (2001) *Ideologi: fag og virkelighet: vernepleierutdanningen gjennom 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hummelvoll, K. (1997) *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Høgsgbro, K. (2004) . *Forskning vedrørende sindslidendes forhold i samfundet i Høgsgbro K. (red) Sosialpsykiatriens kompleksitet*. Fredriksberg: Samfundslitteratur

- Højrup, T. (1983) *Begrebet Livsform. En formspecifiserende analysemåde anvendt på nutidige vesteuropæiske samfund*. Fortid og nutid 31(3)
- Jensen, P. (2004) red *Recovery på dansk. Atovervinde psykososiale handicap*. Århus: Systime Academic
- Jones, K. (1993) *Asylums and After. A revised History of the Mental Health Services*. London: The Athlone Press
- Jones, M. (1971) *Det terapeutiske samfunn – i sykehus og utenfor*. Oslo: Gyldendals Fakkeltbøker
- Keshavarzy, K. O. m.fl.(2001) *Være våken overfor umyndiggjøring*. Høgskolen i Vestfold, Avdeling for helsefag
- Kokkin, J. (2001) *Posisjon og verdigrunnlag. Til hjelp eller hinder i arbeidet med de som har alvorlige psykiske lidelser? En kvalitativ analyse av to sosionomers fortellinger*. HIO-rapport 2001 nr 14
- Kommunenes Sentralforbund - Forskning(2001) *Praktiske tips og gode råd om metoder som brukes av norske kommuner*, Kommuneforlaget
- Kringlen E. 1977 (red) *Psykiatri og historie* Oslo:Cappelen
- Kristiansand kommune, (1998) Plan for bedring av LEVEKÅR OG LIVSKVALITET for mennesker med psykiske lidelser Revidert psykiatriplan. Januar 1998
- Kristiansand kommune (2004) *Plan for psykisk helse i Kristiansand kommune 2004 – 2008*. Vedtatt 19. februar 2004
- Kvale, S. (2000) *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag
- Lipsky, M. (1980) *Street – level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation
- NOU 1998: 18 *Det er bruk for alle – Styrking av folkehelsearbeidet i kommunen*. Sosial- og helsedepartementet
- NOU 2001: 22 *Fra bruker til borger – En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*
- Ohnstad, A. (1994) *Den gode samtalen*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Ot.prp. 69 (1959-60) Lov om psykisk helsevern

- Pease, B, Fook, J. (1999) *transforming social work practice. Postmodern critical perspectives*. Kap 9, 10, 12. London and New York Routledge
- Patton, M. Q. (1990) Purposeful sampling. I *Qualitative Evaluation and Research Methods*. London: Sage ss. 169-186
- Pedersen, P. B. (2002) *Deinstitusjonaliseringen av det psykiske helsevernet* i Norvoll, R. (red.) Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Pippo, J. (2000) *Psykiatriske Pasienter och Nätverksorienterat Arbetssätt*. Uppsala universitet Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Enhet för vårdvetenskap CD 51-80
- Ramian, K., Gustafsson, J.(2001) red. *Liv i fokus – Det sindslidende menneske i hverdagen*. København: Systime
- Ramsdal, H. (1997) *Kan psykiatrien reformeres innenfra ?* i Lyngstad R., Støkken A.M. og Lichtwarck Willy (red.) *Kommunen som velferdsyter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ramsdal, H., Ludviksen, K. (1998) *Kompetanseutvikling og profesjonsorganisering i psykiatrien* i Andersen, A. J.W og Karlsson, B. (red.) *Psykiatri i endring – forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*, Ad Notam Gyldendal
- Ramsdal, H., Jacobsen, J.O., Michelsen, S. og Aarseth, T. (2000) *Mot den nye kommunen: om lokalstyre og velferdsstatens profesjoner*. Bergen: Særtrykk / Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap.Norsk Samfunnsvitenskapelig Tidsskrift nr 6 ss. 33 – 50.
- Ramsdal, H. (2001) *Nettverksorienterte arbeidsmetoder i psykiatrien. Evaluering av et forsøksprosjekt i tre kommuner i Østfold*. Fredrikstad: Høyskolen i Østfold, avdeling for helsefag
- Ramsdal, H. (2002) *Om formingen av det kommunale psykiatrifeltet* i Norvoll, R. Red. Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en i introduksjon. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Repstad, P. (1993) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ringdal, K. (2001) *Enhet og mangfold*. Oslo: Fagbokforlaget
- Ringom B. (2001) *Kreative hukommelseskart (Mind-Maps)*. Ringominstituttet ISBN 82-90644-01-9
- Robberstad, H. (2002) *Kommunepsykiatri Pionerar, vekst og utvikling* Oslo: Fagbokforlaget
- Rogan, T. (2001) *Psykisk helsearbeid i Italia*. Rapport fra studieopphold høsten 2001. Oslo: Helseavdelingen

- Romøren, T.I., Kuhnle, S., Hatland, A. (1996) *Den norske velferdsstaten*. Oslo: Ad notam Gyldendal
- Rønning, R., Solheim, L. J. (1999) *Hjelp på egne premisser ? Om brukervedvirkning i velferdssektoren*, Universitetsforlaget, Sosial og helsedepartementet
Samdata psykisk helsevern Tabeller 2001. SINTEF 1/ 2002
- Sandbæk, M. (2001) *Fra mottaker til aktør; brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning* i Sandbæk (red) *Fra mottaker til aktør Brukernes plass i sosialt arbeid og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Sandvin J. T. og Söder M. (1998) *Fullt og helt eller stykkevis og delt ? En sammenligning av HVPU-reformen og nedbyggingen av institusjonsplasser i psykiatrien*. Tidsskrift for Velferdsforskning Vol. 1 nr. 1 s. 37-51
- Seikkula, J (1996) *Från specifik metod till öppen dialog mellan olika stämmor i systemet* Fokus på familien 3/1996
- Seikkula, J. (2000) *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2001) *Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration*. London: Journal of Constructivist Psychology 14:247-265, 2001
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. (2001) *Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases*. London: Journal of Constructivist Psychology 14:267-284, 2001
- Seip, A.L. (1994) *Veien til velferdsstaten Norsk sosialpolitikk 1920 –75* Oslo:Gyldendal Norsk Forlag
- Skau, G. M. (1996) *Mellom makt og hjelp- en samfunnsvitenskapelig tilnærming til forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Tano-Aschehoug
- Skau, G.M. (1992) *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Tano
- Skårderud, F. (1984) *Farvel til institusjonen*. Oslo: Gyldendal
- Slettebø, T. (2000) *Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid*. Nordisk sosialt arbeid nr 2 ss 75 - 85
- Solheim, J. (2001) *Sosialhjelp, sjølvrespekt og meistring. Om institusjonell audmjuking og krav til eit anstendig hjelpeapparat* i Sandbæk, M. (red) *Fra mottaker til aktør*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Solomon, B, (1976) *Black empowerment: Soscial work in oppressed communities*. New York, Columbia University Press, kap. 1, 12, ss. 11 –30, 342 -354
- Sosialdepartementet (1981) *Tilbud i nærmiljøet for personer med psykiske lidelser, rundskriv av 17. mars 1981*.

- Sosial- og helsedepartementet (1995) *Sammen er vi sterkere, Utskrevet til mor, Hjelp, Samarbeid over grensene*, I-0834/1 B, I-0834/2 B, I-0834/3 B, I-0834/4 B
- Sosial- og helsedepartementet (1999) Rundskriv I-4/99. *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak, øremerket tilskudd til kommunene 1999.*
- Sosial- og helsedirektoratet (2003) *Opptrappingsplanen for psykisk helse Status 2003. Sosial- og helsedirektoratets vurderinger IS-1127 Rapport*
- Sosial- og helsedirektoratet (2003) *Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sosial- og helsedirektoratets forslag til tiltak 2003 – 2006 IS – 1128 Rapport*
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) *Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2004. Rundskriv IS-1/2004*
- Spjelkavik, Ø. (2001) *Klubbhus etter Fountain House-modellen – en metode for rehabilitering av personer med psykiske lidelser* Arbeidsforskningsinstituttet Notat 1/01
- Spjelkavik, Ø. (2003) *Rehabilitering av personer med psykiske lidelser fontenehuset i Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet Rapport 8/2003*
- Stang, I. (1998) *Makt og bemyndigelse- om å ta pasienter og brukervedvirkning på alvor.* Oslo: Universitetsforlaget
- St. meld nr 9 (1974 –75) *Sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*
- St. meld nr 12 (1976-77) *Om framtidig etterspørsel etter og tilgang på visse typer helsepersonell*
- Stortingsmelding nr 25(1996-1997) ”Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbudene, Sosial- og helsedepartementet
- St. prp 63 (1997- 1998) *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 –2006.*
- Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge Om folkehelsepolitikken* Helsedepartementet
- Strauss, A., Corbin J. (1996) *Basics of Qualitative Research. Thecniques and prosedures for developing Grounded Theory.* Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage publications
- Talseth, S. (2000) *Brukerdeltakelse – integrering i utdanning og prinsipielle betraktninger.* Norsk selvhjelpsforum (NSF) og Angstringen
- Taule, R. (1999) *Escolas ordbok.* Oslo: Escolas forlag
- Thesen, J. (1994) *Samhandlingsprosjektet. Prosjekt psykososial samhandling i Indre Sogn. Sluttrapport 1991-1994.* Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag.

- Thomessen, H., Normann, T., Sandvin, J. T. (2003) *Individuell plan Et sesam, sesam ?* Kommuneforlaget
- Topor, A. (2001) *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stocholm: Natur og Kultur
- Wadel, C. (1991) *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK A/S
- WHO (2001) *Mental Health: New Understanding, New Hope*. The World Health Report. World Health Organization, Geneva
- Wifstad, Å. (1998) *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri: en filosofisk undersøkelse*. Oslo: Tano Aschehougs fonteneserie
- Williams, F. (1999) *Exploring Links Between Old and New Paradigms: A Critical review* i Williams, F., Popay, J., Oakley, A. *Welfare research: A critical Review*. UCL PRESS Taylor & Francis Group.
- Williams Fiona (2001) *Posisjonering av velferdsbrukeren innen forskning: Fra passiv mottaker til velferdsaktør* i Sandbæk Mona (red.), *Fra mottaker til aktør – Brukerens plass i praktisk sosialt arbeid for forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Yin, R. K. (1994) *Case study research*. Newsbury Park, CA: Sage
- Yip, K. S. (2000) *The community care movement in mental health services. Implications for social work practice*. *International Social Work* 43(1): 33-48 Sage Publications: London, thousand Oaks, CA and New Dehli
- Ørstavik, S. (1995) *Brukermedvirkning – mellom idealer og realiteter, ombegrepets bakgrunn, innhold og implikasjoner*, Gruppe for trygdemedisin, instituttgruppe for samfunnsmedisinske fag Universitetet i Oslo Notat 95:1
- Ørstavik, S. (1996) *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang*. Oslo: Inas-notat 1996:8 Institutt for sosialforskning
- Ørstavik, S. (2002) *Det tvetydige brukerperspektivet – en teoretisk analyse* i Norvoll Reidun (red.) *Samfunn og psykiske lidelser Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*
- Aanestad, R. (1998) *Ringer i vann. Brukermedvirkning i psykiatrien*. Oslo: Kommuneforlaget

Kristiansand kommune
Helse- og sosialdirektør Lars Dahlen
Serviceboks 417
4605 Kristiansand

Forespørsel om observatørstatus og tilgang til informanter - hovedfagsoppgave i sosialt arbeid

Henviser til kontakt med spesialkonsulent Marie Bergsagel i helse- og sosialdirektørens stab.

Mitt navn er Tove Johnsen og jeg er til daglig ansatt som rådgiver hos Fylkeslegen i Vest-Agder. Psykisk helsearbeid er mitt arbeidsfelt. Samtidig er jeg hovedfagsstudent ved NTNU Trondheim og skal skrive en hovedfagsoppgave i sosialt arbeid. Min veileder i dette arbeidet er professor Jan Tøssebro NTNU.

Temaet for min oppgave er:

St. meld. 25 Åpenhet og helhet - brukermedvirkning på alle nivåer; system-, tjeneste-, og individnivå.

Arbeidstittel: Brukermedvirkning. En studie av personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og deres praksis i kommunene.

I kommunene er det psykiske helsearbeidet under oppbygging. Det stilles krav til planlegging, koordinering og kompetanseheving. Kommunene skal i følge Opptappingsplanen 1999 - 2006 praktisere brukermedvirkning i tilrettelegging av tjenestetilbudet. Det legges opp til at pasienter og pårørende involveres og høres ved tilbud om tjenester, i en helt annen grad enn tidligere. Jeg er interessert i å finne ut mer om hvilken forståelse og praktisering av brukermedvirkning vi kan finne blant helse- og sosialarbeidere i kommunene ?

I mitt hovedfagsarbeide ønsker jeg å utdype forståelsen og kunnskapen om brukermedvirkning slik den kommer til uttrykk innenfor et kommunalt utviklingsarbeid. Forståelsen og kunnskapen om brukermedvirkning har både, brukerne selv, helse- og sosialarbeiderne, administrasjon og politikere et eierskap til. I gjennomføringen av studiet er det av interesse å få med de ulike perspektivene. Hvilken betydning har dette mangfold av kompetanse for den forståelse og praksis helse- og sosialarbeiderne har ?

Hovedfagsarbeidet vil jeg gjennomføre som en kvalitativ studie.

Jeg er kjent med det arbeidet kommunen har igangsatt på området brukermedvirkning og har allerede etablert en kontakt med kommunen. Jeg har vært så heldig å tilgang som deltakende observatør på kommunens erfaringskonferanse 28-30 oktober i år.

Det arbeidet som kommunen er i gang med er jeg interessert i å få tilgang til, og bruke i mitt hovedfagsarbeid. Jeg vil på den bakgrunn be om tilgang/ bistand til:

1. Observatørstatus på møter i Sosiopoetisk forum
2. Utsendelse av invitasjon både til helse- og sosialfaglig personell og til brukere ved dagsentrene om å være informanter. Totalt ca. 12 -16 personer.

Kommunens psykiatriplan og andre offentlige dokumenter vil bli gjennomgått og bidra til min studie.

Deltakelsen er frivillig og jeg har taushetsplikt i forhold til eventuelle personlige opplysninger jeg blir kjent i forbindelse med studiet. Opplysninger jeg får vil bli behandlet på en slik måte at de ikke kan tilbakeføres til enkelt personer. Det vil bli utformet egen invitasjon til aktuelle informanter.

Jeg håper at problemstillingen er av interesse for kommunen og at jeg får obeservatørstatus i Sosiopoetisk forum og tilgang til informanter fra deres kommune. Tilbakemelding ønskes snarest. Den kan også sendes på e-post.

Kristiansand den 6. november 2002

Vennlig hilsen

Tove Johnsen

Adr: xxxxxxxxxxxxxxxx, 4616 Kristiansand

Tlf: xxxxxxxx / E - Post: Tove.Johnsen@fl-va.stat.no / toveelis@online.no



KRISTIANSSAND KOMMUNE

HELSE- OG SOSIALDIREKTØREN

Vedlegg 2

Tove Johnsen
4616 Kristiansand

Vår ref.: 200208288-VE-071 G7/MDE
(Bee oppgitt ved henviselse)

Deres ref.:

Kristiansand, 28.12.2002

**FØRESPØRSEL OM OBSERVATØRSTATUS OG TILGANG TIL INFORMANTER -
HOVEDFAGSOPPGAVE I SOSIALT ARBEID**

Det vises til ditt brev av 23. november 2002

Helse- og sosialdirektøren finner det interessant at utviklingsarbeidet som knytter seg til bl.a. Sosiopoetisk forum, er av en slik karakter at du finner det interessant å relatere til din hovedfagsoppgave.
Du gis full adgang til å følge utviklingsarbeidet i samsvar med de tre punktene i ditt brev.

Det vil også være av interesse for helse- og sosialdirektøren å kunne få informasjon tilbake fra deg, og det forutsettes derfor at din hovedfagsoppgave gjøres tilgjengelig for direktøren når den er ferdig.

Lykke til.

Med hilsen


Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør


Marie Bergsagel

www.kristiansand.kommune.no

Postadresse KRISTIANSSAND KOMMUNE HELSE- OG SOSIALDIREKTØREN Serviceboks 4:7 4604 Kristiansand	Helsekontoradresse Eldhusgt. 16 4611 Kristiansand Vår søkeshandler Marie Bergsagel	Telefon 38 07 52 92 E-postadresse post.hsstabe@kristiansand.kommune.no	Postboksnummer 309603296756 Telefaks 38 07 52 75
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Tove Johnsen
xxxxxxxxxxxxxxxxx
4616 Kristiansand
tlf: xxxxxxxx / 99 23 30 70 / E - post: toveelis@online.no

Medlemmene i sosiopoetisk forum

Studie av brukervedvirkning innen psykisk helsearbeid i kommunen. Forespørsel om deltakelse som observatør på møter i sosiopoetisk forum.

Innledningsvis vil jeg takke medlemmene i sosiopoetisk forum som bidro til at jeg fikk være deltakende observatør på Kristiansand kommunes erfaringskonferanse 28 - 30 oktober 2002. Det var interessante dager som gav meg levende beskrivelser av mulighetene og utfordringene i arbeidet med brukervedvirkning i kommunen. Jeg tillater meg nå å be om deres godkjenning til å delta som observatør på møter i sosiopoetisk forum.

Selv om dere har truffet meg tidligere vil jeg presentere meg igjen og redegjøre for formålet med min henvendelse til dere. Jeg heter Tove Johnsen, og arbeider til daglig som rådgiver i psykisk helsearbeid hos Fylkeslegen i Vest-Agder. Samtidig er jeg hovedfagsstudent i sosialt arbeid ved universitetet i Trondheim. I siste del av studiet skal jeg skrive en hovedfagsoppgave. Veileder i dette arbeidet er professor Jan Tøssebro, institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU. Arbeidet planlegges avsluttet sommeren 2003.

Temaet for oppgaven er:

St.meld 25 - åpenhet og helhet - om brukervedvirkning på alle nivåer; system-, tjeneste og individnivå.

Arbeidstittel:

Brukervedvirkning. En studie av personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og deres praksis i kommunen.

I mitt hovedfagsarbeide ønsker jeg å utdype forståelsen og kunnskapen om brukervedvirkning slik den kommer til uttrykk innenfor et kommunalt utviklingsarbeid. Forståelsen og kunnskapen om brukervedvirkning har dere alle, både brukere, helse- og sosialarbeiderne, administrasjon og politikere, et eierskap til. Når jeg skal skrive om brukervedvirkning er det naturlig for meg å henvende meg til både brukere og ansatte fordi dere sitter med erfaringene fra det praktiske livet. Jeg er interessert i hvilke temaer tar dere opp i sosiopoetisk forum, og hvordan dere samarbeider for å lykkes med ønsket om brukervedvirkning?

Jeg ber derfor om tillatelse til å være observatør på 2 - 3 møter i sosiopoetisk forum. Videre ønsker jeg å intervjuer både helse- og sosialarbeidere og brukere. Det kan være at noen av medlemmene i sosiopoetisk forum også får invitasjon til å være informant i intervju. Forespørsel om å være informant sender jeg som egen invitasjon.

Som observatør i sosiopoetisk forum ønsker jeg å få med mest mulig av det som blir sagt. Jeg

vil derfor be om tillatelse til å ta opp på bånd. Båndene vil bli forsvarlig oppbevart. Jeg har taushetsplikt i forhold til personlige forhold jeg blir kjent med. De opplysningene jeg får vil bli behandlet på en slik måte at de ikke skal kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Deltakelse er frivillig.

Jeg spør om å få bruke av deres tid og oppmerksomhet og det er mitt ønske at resultatet av mitt hovedfagsarbeide om brukermedvirkning også kan gi bidrag til deres arbeid. Tilbakemelding kan sendes skriftlig, på tlf. eller E-post.

Kristiansand 23. november 2002

Med vennlig hilsen

Tove Johnsen

Tove Johnsen
xxxxxxxxxxxxxxx
4616 Kristiansand
tlf: xxxxxxxx / 99 23 30 70 / E - post: toveelis@online.no

Helse- og sosialarbeidere ansatt i Kristiansand kommune

Invitasjon til å være informant ved intervju i forbindelse med hovedfagsarbeid om brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Mitt navn er Tove Johnsen, og jeg er til daglig ansatt som rådgiver hos Fylkeslegen i Vest-Agder. Psykisk helsearbeid er mitt arbeidsfelt. Samtidig er jeg student ved universitetet i Trondheim og skal skrive en hovedfagsoppgave i sosialt arbeid. Min veileder i dette arbeidet er professor Jan Tøssebro, NTNU. Mitt hovedfagsarbeid legges opp som en kvalitativ studie basert på deltakende observasjon, observasjon og intervjuer. Det er bakgrunnen for at jeg ønsker å invitere deg til et intervju om brukermedvirkning.

Temaet for min oppgave er:

St. meld. 25 Åpenhet og helhet - brukermedvirkning på alle nivåer; system-, tjeneste-, og individnivå.

Arbeidstittel: Brukermedvirkning. En studie av personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og deres praksis i kommunene.

I kommunene er det psykiske helsearbeidet under oppbygging. Kommunene skal i følge Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2006, praktisere brukermedvirkning i tilrettelegging av tjenestetilbudet. Det legges opp til at pasienter og pårørende involveres og høres, ved tilbud av tjenester, i en helt annen grad enn tidligere. Jeg er interessert i å finne ut hvilket innhold ordet brukermedvirkning gis i praksisfeltet. Hvordan forstår og praktiserer du som helse- og sosialarbeider brukermedvirkning? Du arbeider nærmest brukerne og har derfor de mest konkrete erfaringene. Jeg vil også intervju brukere fordi de har erfaringer som mottakere av tjenester og de har en annen kunnskap.

I tillegg til å intervju flere helse- og sosialarbeidere og brukere, søker jeg kunnskap ved observasjoner på kommunens erfaringskonferanse 28-30 oktober 2002, og i møter i sosiopoetisk forum. Jeg har henvendt meg til kommunen om tillatelse til dette. Det er min plan å intervju 10 - 12 personer og jeg håper at du har lyst til å dele dine tanker om temaet brukermedvirkning med meg. Jeg vil ha med meg noen stikkord som skal være til hjelp for å holde tråden i samtalen. Intervjuet tar ca. 1 time.

Jeg ønsker å få med mest mulig av det som blir sagt. Jeg vil derfor be om tillatelse til å ta opp på bånd. Båndene vil bli forsvarlig oppbevart. Jeg har taushetsplikt i forhold til personlige forhold jeg blir kjent med. De opplysningene jeg får vil bli behandlet på en slik måte at de

ikke skal kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Deltakelse er frivillig.

Jeg spør om å få bruke av din tid og oppmerksomhet og det er mitt ønske at resultatet av mitt hovedfagsarbeide om brukervedvirkning også kan gi bidrag til ditt arbeid. Tilbakemelding om du kan tenke deg å bli intervjuet kan du sende på E-post, eller ta kontakt pr. telefon.

Med ønske om snarlig tilbakemelding

Kristiansand 23. november 2002

Med vennlig hilsen

Tove Johnsen

Tove Johnsen
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
4616 Kristiansand
tlf: xxxxxxxx / 99 23 30 70 / E - post: toveelis@online.no

Brukere av helse- og sosialtjenester i Kristiansand kommune

Invitasjon til å være informant ved intervju i forbindelse med hovedfagsarbeid om brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Mitt navn er Tove Johnsen, og jeg er til daglig ansatt som rådgiver hos Fylkeslegen i Vest-Agder. Psykisk helsearbeid er mitt arbeidsfelt. Samtidig er jeg student ved universitetet i Trondheim og skal skrive en hovedfagsoppgave i sosialt arbeid. Min veileder i dette arbeidet er professor Jan Tøssebro, NTNU. Mitt hovedfagsarbeid legges opp som en kvalitativ studie basert på deltakende observasjon, observasjon og intervjuer. Det er bakgrunnen for at jeg ønsker å invitere deg til et intervju om brukermedvirkning.

Temaet for min oppgave er:

St. meld. 25 Åpenhet og helhet - brukermedvirkning på alle nivåer; system-, tjeneste-, og individnivå.

Arbeidstittel: Brukermedvirkning. En studie av personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og deres praksis i kommunene.

Som du kanskje er kjent med er det psykiske helsearbeidet under oppbygging i kommunen. Kommunen skal følge en Opptrappingsplan for psykisk helse i en periode på 8 år. I den planen er det uttalt at de som arbeider i kommunen skal praktisere brukermedvirkning i tilrettelegging av tjenestetilbudet for dere brukere. Det legges opp til at pasienter og pårørende involveres og høres, ved tilbud av tjenester, i en helt annen grad enn tidligere. Jeg er interessert i å finne ut hvordan du som bruker opplever brukermedvirkning i praksis. Denne kunnskapen håper jeg du vil dele med meg. Jeg vil også intervju ansatte fordi de har erfaringer med å praktisere brukermedvirkning når de skal utforme tjenestetilbudene i kommunen.

I tillegg til å intervju dere brukere og helse- og sosialarbeidere, søker jeg kunnskap ved observasjoner på kommunens erfaringskonferanse 28-30 oktober 2002, og i møter i sosiopoetisk forum. Jeg har henvendt meg til kommunen om tillatelse til dette. Det er min plan å intervju 10 - 12 personer og jeg håper at du har lyst til å dele dine tanker om temaet brukermedvirkning med meg. Jeg vil ha med meg noen stikkord som skal være til hjelp for å holde tråden i samtalen. Intervjuet tar ca. 1 time.

Jeg ønsker å få med mest mulig av det som blir sagt. Jeg vil derfor be om tillatelse til å ta opp

på bånd. Båndene vil bli forsvarlig oppbevart. Jeg har taushetsplikt i forhold til personlige forhold jeg blir kjent med. De opplysningene jeg får vil bli behandlet på en slik måte at de ikke skal kunne spores tilbake til enkeltpersoner. Deltakelse er frivillig.

Jeg spør om å få bruke av din tid og oppmerksomhet og det er mitt ønske at resultatet av mitt hovedfagsarbeide om brukervedvirkning også kan gi bidrag til forståelsen av brukervedvirkning. Tilbakemelding om du kan tenke deg å bli intervjuet kan du sende på E-post, ta kontakt pr. telefon eller gi beskjed til en ansatt du har kontakt med.

Med ønske om snarlig tilbakemelding

Kristiansand 23. november 2002

Med vennlig hilsen

Tove Johnsen

Intervjuguide – helse- og sosialarbeidere

1. Om den profesjonelle

1.1 Kjønn :

1.2 Alder :

1.3 Utdanning :

1.3.1 Hvilken grunnutdanning har du ?

1.3.2 Er det lenge siden du ble ferdig utdannet ?

1.3.3 Har du tatt noen videre-/ eller etterutdanning og når ble du ferdig med den?

1.3.4 Hvorfor valgte du denne etter-/videreutdanningen ?

1.4 Yrkeserfaring :

1.4.1 Kan du fortelle litt om arbeidspraksisen din etter utdanning ?

1.4.2 Hvordan ble det til at du kom til å jobbe akkurat her ?

1.4.3 Er det en jobb du ser for deg du kan ha i mange år framover, hvorfor/hvorfor ikke ?

2. Om arbeidsplassen

2.1 Oppgavene

2.1.1 Hva mener du er de viktigste oppgavene dere ivaretar her på sosialkontoret / i bofellesskapet / i hjemmetjenesten / ?

2.1.2 Hva mener du om prioriteringene av oppgavene, noe som mangler ?

2.1.3 Kan du fortelle om dine oppgaver spesielt ?

2.1.4 Hva synes du om dine egne prioriteringer av oppgavene ?

2.2 Brukerne – hvem er de ?

2.2.1 Hva synes du preger situasjonen til brukerne når de henvender seg til sosialkontoret / - bor i bofellesskap/ - mottar tilbud fra hjemmetjenesten ?

2.2.2 Hva mener du om begrepet bruker ?

2.2.3 Når andre bruker begrepet ”brukermedvirkning” hva tenker du da ?

2.3 Fag og tverrfaglighet

2.3.1 Hvilke temaer om faget og praksis drøfter dere ?

2.3.2 Hvilke temaer blir det mest diskusjon om ?

2.3.3 Hvordan ville en faglig drøfting av brukermedvirkning kunne arte seg ?

2.3.4 Hvilke temaer er du spesielt opptatt av ?

2.3.5 Hvordan mener du fagdiskusjonene kan være nyttige for deg i jobben ?

Kan du gi noen eksempler ?

2.3.6 Hvordan samarbeider du med andre faggrupper utenfor din arbeidsplass? Fortell

2.3.7 Hva mener du om det samarbeidet du har med andre ?

2.3.8 Kan du beskrive noen dilemmaer i det tverrfaglige samarbeidet ?

3. Samarbeid mellom profesjonell og bruker

3.1 Den profesjonelles forståelse av brukeren

- 3.1.1 Kan du fortelle hva du holder på med i hverdagen ?
Tenk deg en eller to brukere du samarbeider med for tiden...hva skjer når dere møtes ?
- 3.1.2 Hvordan legger brukerne fram behovene sine til ...sosialtjenesten, / i bofellesskapet, / til hjemmetjenesten ?
- 3.1.3 Hvordan synes du brukerne gir uttrykk for at de har rettigheter ?
- 3.1.4 Hvordan vil du beskrive samsvaret mellom de behov som brukerne uttrykker og de løsninger som dere/du mener er rimelige ?
- 3.1.5 Har du merket noen endringer i brukernes holdninger over tid – hvis så hva mener du det kan skyldes ?
- 3.1.6 Hvilke dilemmaer kan du stå overfor i møte med brukerne dine ?
Kan du fortelle om noen slike situasjoner ?

Innledning: Jeg ønsker nå at du skal sette deg i brukerens sted.....

3.2 Den profesjonelles antakelser om brukerens opplevelse i møte med tjenestene ?

- 3.2.1 Hvordan tror du brukerne opplever å møte deg på ...sosialkontoret,/ i bofellesskapet, / i hjemmetjenesten på noen utvalgte områder:
 - Om tilgjengeligheten når hun/han er i en krisesituasjon og vil ha kontakt?
 - Om hvem du inviterer brukeren til å ta med i problemløsningen (pårørende, venner, arbeidskamerater, andre som er berørt i situasjonen ?
 - I forhold til å møtes utenfor kontoret, dra hjem til brukeren, møtes på arbeidsplassen, eller møtes på tidspunkter som ikke er innenfor 0800 – 1600 rammen.
 - Om hvordan hun/han blir tatt imot av deg selv om du ikke er rette vedkommende til å hjelpe ? Hvordan ville brukeren beskrive det du gjorde?
 - Om han/ hun kjenner til hvem som er deres hovedkontakt (for eks du) og hvem du samarbeider med til enhver tid ?
 - Om hvordan dere/du møter brukerens behov for å bruke tid på sine valg og beslutninger?
 - Om hvordan han/hun blir hørt, sett og forstått – i møte med dere/deg ?

4. Kompetanse (kunnskaper, erfaringer, praksis)

4.1 Hvordan synes du muligheten er til å praktisere det du har lært ?

- 4.1.1 Hvilke kunnskaper og erfaringer har du mest bruk for til daglig ?
- 4.1.2 Hvem bryr seg om/ utfordrer deg til å ta i bruk den kompetansen du har ?
- 4.1.3 Hvordan bryr de seg - arbeidsgiver, kollegaer, andre ?
- 4.1.3 Dersom du ville lære noe mer og hadde mulighet – hva skulle det være ?

4.2 Brukerens kompetanse

- 4.2.1 Det hevdes at brukerne har mange ressurser de ikke får brukt. Hva mener du om det?
- 4.2.2 Hva kreves av brukeren for å få tilgang til tilbud du rår over ?
- 4.2.3 Hvordan praktiserer du brukermedvirkning ? Beskriv hverdagssituasjoner.

- 4.3 Hvilke vansker kan brukermedvirkning medføre ?

- 4.3.1 Hva mener du om mulighetene som ligger i medbestemmelse, medvirkning for brukerne?
- 4.3.2 Mener du det er noen spesielle begrensninger som du vil trekke fram ?
- 4.3.3 Vet alltid brukeren hva som er den beste løsningen ?
- 4.3.4 Hvordan vil du vurdere tidsbruk i forhold til brukermedvirkning – er det verdt det ?
- 4.3.5 Hvordan kan brukermedvirkning true din faglige integritet ?
- 4.3.6 Er det andre forhold du mener skaper vansker for brukermedvirkning ?

5. Brukermedvirkning satt i system

5.1 Hvordan har dere i helse- og sosialtjenestene arbeidet med temaet brukermedvirkning?

- 5.1.1 Hvordan mener du at brukerperspektivet for det psykiske helsearbeidet er fulgt opp i helse- og sosialtjenesten? Gi eksempler
- 5.1.2 Får brukerne informasjon om målsettinger for brukermedvirkning, for eks. foldere, serviceerklæringer og lignende ?
- 5.1.3 Hvilket inntrykk har du av hvordan brukermedvirkning vektlegges oppover i tjenestene, for eks blant lederne ?
- 5.1.4 Kjenner du til om det er formulert noe om brukermedvirkning for alle ansatte i kommunen, som er i kontakt med innbyggerne?
- 5.2 Er brukermedvirkning et tema som engasjerer deg ?
Hvorfor

6. BRUKERMEDVIRKNING – en fortelling

- 6.1 Kan du fortelle om en erfaring fra praksis som har gjort inntrykk på deg og lært deg noe spesielt om brukermedvirkning. På godt og vondt

Intervjuguide – brukere

1. Om brukeren

1.1 Kjønn:

1.2 Alder:

1.3 Utdanning:

1.3.1 Hvilken grunntdanning har du ?

1.3.2 Er det lenge siden du ble ferdig utdannet ?

1.3.3 Har du tatt noen utdanning etter grunntdanningen ?

1.4 Yrkeserfaring:

1.4.1 Har du arbeidet etter utdanningen ?

1.4.2 Kan du fortelle litt om jobber du har hatt/har ?

1.4.3 Hvorfor sluttet du å jobbe ?

1.5 Psykisk problemer - hvor lenge:

1.5.1 Hvor gammel var du da du fikk psykiske problemer ?

1.5.2 Kan du fortelle litt om helsen din ?

1.5.3 Er det spesielle helsemessige forhold du må ta hensyn til ?

1.5.4 Hvordan påvirker dine psykiske plager deg ?

2. Om situasjonen her og nå

2.1 Boligen

2.1.1 Hvor lenge har du bodd her i ?

2.1.2 Hvordan ble det bestemt at du skulle bo her ?

2.1.3 Fortell hvordan du synes det er å bo her ?

2.1.4 Leiligheten din, passer den godt for dine behov ?

2.1.5 Er dette en leilighet du har lyst til å bo i lenge ?

2.2 Om bofellesskapet

2.2.1 Kan du fortelle om hverdagen din her i?

2.2.2 Hvor ofte ser du de andre som bor her ?

2.2.3 Møtes dere til faste tider ?

2.2.4 Fortell hva dere gjør da ?

2.2.5 Hvordan blir dere enige om bruk av fellesarealene ?

2.2.6 Har du noen venner her i

2.2.7 Hvordan får du vite at det flytter nye brukere inn her ?

2.2.8 Hvem bestemmer hvem som skal flytte inn ?

2.2.9 Hvordan synes du dere brukere som allerede bor her, bør delta når nye brukere kan få plass i bofellesskapet ?

2.2.10 Hvordan blir nye brukere tatt imot ?

2.2.11 Hvilke regler synes du dere har bruk for ?

2.3 Om de ansatte

- 2.3.1 Hvor mange ansatte har du kontakt med regelmessig ?
- 2.3.2 Fortell litt om hvordan du treffer de som arbeider her ?
- 2.3.3 Er det noen ansatte du treffer mer enn andre, for eks en primærkontakt ?
- 2.3.4 Er det spesielle ting dere arbeider sammen om ? Fortell..
- 2.3.5 Hvem bestemmer hva dere skal gjøre ?
- 2.3.6 Er det noe du skulle ønske dere kunne gjør mer av, - eller mindre av ?
- 2.3.7 Hva gjør du dersom du er uenig med primærkontakten din eller andre ansatte ?
- 2.3.8 Hva synes du om begrepet bruker ?
- 2.3.9 Når andre snakker om brukermedvirkning hva tenker du på da ?

3. Om ditt sosiale nettverk

3.1 Kan du fortelle om familien din ?

- 3.1.1 Hvordan treffer du dem ?
- 3.1.2 Hvem har du oftest kontakt med ?
- 3.1.3 Hvem i familien din skulle du ønske du hadde mer kontakt med ?
- 3.1.4 Hvordan treffer din familie de ansatte som du har regelmessig kontakt med ?
- 3.1.5 Hva snakker dere sammen om ?

3.2 Kan du fortelle om dine venner ?

- 3.2.1 Hvordan har du klart å holde kontakten med dine barndomskamerater ?
- 3.2.2 Hvordan/ hvor har du blitt kjent med andre i voksen alder ?
- 3.2.3 Hvordan treffer dine venner de ansatte som du har kontakt med ?
- 3.3 Kan du huske en gang noen i din familie eller noen av dine venner har vært til god støtte for deg når du er/ eller har vært i en psykisk krise ?
- 3.3.1 Kan du fortelle om den nytten du har av samarbeidet med familien, venner og de ansatte ?

4. Om arbeid, aktiviteter og fritid

4.1 Kan du fortelle litt om hverdagen din, hva skjer i løpet av uken ?

- 4.1.1 Hvilke aktiviteter deltar du i (utenom arbeid) ? Fortell
- 4.1.2 Hvordan mener du tilbudene passer med dine behov ?
- 4.1.3 Dersom du kunne velge andre tilbud eller aktiviteter, hva ville du velge da ?
- 4.1.4 Hvordan får de ansatte kjennskap til dine behov og ønsker i hverdagen ?

4.2 Hvordan synes du at du blir hørt på ?

- 4.2.1 Kjenner du til om du har noen spesielle rettigheter som bruker ?

5. Brukerens opplevelser i møte med tjenestene

5.1 Brukerens opplevelse av møte med ansatte på noen utvalgte områder:

- 5.1.1 Kan du fortelle hva som skjer når du har spesielt vanskelige dager og trenger noen å snakke med raskt ?
- 5.1.2 Hvordan inviterer de ansatte deg til å ta med familie, venner eller andre personer som er viktige for deg når dere samtaler om dine problemer ?
- 5.1.3 Dersom du vil gjøre forandringer på tidspunkter for avtaler eller treffes på andre steder

- enn de vanlige. Hvordan blir dere enige om det ?
- 5.1.4 Kjenner du til at du har en hovedkontakt (koordinator) og hvem denne samarbeider med til enhver tid angående dine problemer eller andre forhold du vil ha endret ?
 - 5.1.5 Når du skal velge hva trenger du for å være sikker på at det er ditt valg ?
 - 5.1.6 Kan du fortelle litt om hvordan det føles når en ansatt virkelig lytter til det du vil si ?

6. Om brukermedvirkning

6.1 Om brukeren

- 6.1.1 Det hevdes at dere brukere har mange ressurser dere ikke får brukt. Hva mener du om det ?
- 6.1.2 Er det noen som bryr seg om / utfordrer deg til å ta i bruk de ressursene du har ?
- 6.1.3 Hva trenger du å lære mer om for å bli enda bedre til å legge frem dine eller andre brukeres interesser ?
- 6.1.4 Får du noen tilbud om å lære mer om brukermedvirkning og brukerperspektivet ?

6.2 Om de ansatte

- 6.2.1 Hva mener du de ansatte trenger å lære om brukermedvirkning ?

6.3 Om vansker brukermedvirkning kan medføre

- 6.3.1 Hvordan synes du brukermedvirkning fungerer i praksis i hverdagen ?
- 6.3.2 Det hevdes at noen brukere ikke ønsker brukermedvirkning. Kan du tenke deg noen grunner til det ?

7 Brukermedvirkning satt i system

7.1 Kjenner du til om det arbeides spesielt med å få til brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren og blant de ansatte ?

- 7.1.1 I tilfelle, deltar du i dette arbeidet eller kjenner du andre som deltar ?
- 7.1.2 Kan du fortelle om dette arbeidet ?
- 7.1.3 Har du mottatt noen informasjon fra noen i kommunen som forteller om brukermedvirkning, skriftlig eller muntlig ?
- 7.1.4 Kjenner du til organisasjoner som arbeider for brukernes interesser ?
- 7.1.5 Hvilken betydning mener du en slik organisasjon kan ha for dere brukere ?
- 7.1.6 Er brukermedvirkning et tema som engasjerer deg ?

8 Brukermedvirkning - en fortelling

Kan du fortelle om en gang du har opplevd brukermedvirkning i praksis der du fremmet dine egne interesser, var fornøyd med resultatet - og lærte noe av det. På godt og vondt.....

SAMTYKKE - ERKLÆRING

Student : **Tove Johnsen**

Tittel på hovedfagsoppgaven :

St. meld. 25 "Åpenhet og helhet"- brukermedvirkning på alle nivåer ; system-, tjeneste- og individnivå.

Arbeidstittel : Brukermedvirkning, en studie av personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid og deres praksis i kommunen.

Jeg samtykker til å delta som informant i hovedoppgaven. Jeg samtykker til at prosjektleder får intervju meg.

Jeg er kjent med at deltakelsen som informant er frivillig, og at jeg når som helst kan be om å få slettet de opplysninger som er registrert i forhold til meg. Jeg er også kjent med at notater, båndopptak og utskrifter fra intervjuet vil bli slettet etter at hovedfagsoppgaven er avsluttet.

Sted :

Dato :

Underskrift av informant