

Kari Dystvold

Muligheter med ambulant oppfølging i hjemmet og nærmiljøet.

Brukeres og fagfolks opplevelser av hva som hemmer eller fremmer bedringsprosessen.

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Trondheim, november 2017.

Norges teknisk -naturvitenskaplige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse



FORORD

Denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid ble utført ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, institutt for psykisk helse.

Masteroppgaven er et teoristudie som kartlegger erfaringer med ambulans behandling, og hva som er nøkkelen til bedring sett både fra brukernes og fagfolks side. Dette er kunnskap jeg synes er svært viktig å få formidlet.

Oppgaveskrivingen har vært en krevende, men også spennende prosess ved siden av jobb. Det har vært både oppturer og nedturen igjennom prosessen. Takk til min veileder Birthe Loa Knizek som har delt av sine faglige kunnskaper og erfaringer, og som har veiledet meg gjennom denne perioden med min masteroppgave. Takk til familie som har vært forståelsesfull i hele perioden, og som ikke en eneste gang har klaget over at den ene delen av spisebordet har vært okkupert over flere måneder. Takk til kollegaer som har vært til stor inspirasjon og støtte under hele prosessen, og takk til min søster Berit som leste korrektur.

Innholdet i denne oppgaven står for min regning.

Trondheim, november 2017.

Kari Dystvold

SAMMENDRAG

Oppgavens hensikt er å få kunnskap om, og belyse brukeres og fagfolks erfaring med ambulans behandling, og hvordan den kan påvirke bedringsprosessen. Oppgavens problemstilling er: Muligheter med ambulans oppfølging i hjemmet og nærmiljøet. Brukeres og fagfolks opplevelser av hva som hemmer eller fremmer bedringsprosessen. Enighet eller uenighet? En teoretisk studie.

Det er viktig å få større kunnskap om hvordan brukerne opplever at den ambulante hjelpen påvirker bedringsprosessen deres, og videre om fagfolk og brukere er enige om dette. Dette er en teoretisk studie, og det er det tatt utgangspunkt i eksisterende litteratur og forskning om ambulans oppfølging, og tjenesteyteres og brukeres erfaring med hvordan behandlingen kan påvirke bedringsprosessen.

Brukerne som har et ambulans behandlingstilbud beskriver at dette tilbudet gir andre muligheter enn behandling ved institusjon. Det å få hjelp med fokus på mestring og en meningsfull hverdag i hjemmet og nærmiljøet, beskrives som viktig for bedringsprosessen. Dette er sammenfallende med hva fagfolkene erfarer. De beskriver at det å ta utgangspunkt i brukerens hverdag og hverdagsarena gir større innsikt i brukerens liv, og utfordringene i hverdagen kommer tydeligere frem. Dette gjør det lettere å tilrettelegge hjelp og støtte i forhold til hva den enkelte bruker har som mål og drømmer i livet og hverdagen.

Nøkkelord: Psykisk helsearbeid, psykisk lidelse, ambulans behandling, bedringsprosess, brukererfaring, praksiserfaring.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to gain knowledge concerning effect of ambulatory treatment in recovery processes. The thesis will highlight existing experience of ambulatory treatment, both from the perspective of professionals and from the point of view of the users'. The focus in the thesis is: opportunities tied to ambulatory treatment in the home and local community. What inhibits or promotes the recovery process? Agreement or disagreement? A theoretical study.

It is important to achieve more knowledge concerning the users own experience of how ambulatory treatment effect the recovery process, and to see if the users and the professionals agree on this topic. The thesis is a literature project based on existing literature and research from ambulatory treatment, where the perspective from the professionals and the users' are included.

Users who receive ambulatory treatment, describes other opportunities tied to this form of help, compared to treatment in institutions. Focus on mastery and a meaningful life in their home and community, are described as important for the recovery process. This is congruent with the experiences of the professionals. Direct insight in the user's everyday life and everyday arena gives the professional valuable knowledge of both challenges and resources. This makes it easier to facilitate assistance and support in terms of the user's own goals and dreams.

Key words: mental health work, mental illness, ambulatory treatment, recovery process, user experience, practice experience.

HJELPEKUNST - AV SØREN KIERKEGAARD

Hvis det i sannhet skal lykkes
å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne ham der
hvor han er, og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.
Enhver der ikke kan det,
er selv i innbilning,
når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen,
må jeg forstå mer enn han,
men dog vel først og fremst forstå
det, han forstår.

Når jeg ikke gjør det,
så hjelper min mer-forståelse han slett ikke.

Vil jeg likevel gjøre min mer-forståelse gjeldende,
så er det fordi
jeg er forfengelig eller stolt,
så jeg i grunnen
i stede for å gagne han,
egentlig vil beundres av han.

Men all sann hjelpekunst
begynner med en ydmykelse.
Hjelperen må først ydmyke seg under den han vil
hjelpe
og derved forstå,

at det å hjelpe
ikke er å beherske, men det å tjene -

at det å hjelpe ikke er å være den herskesykeste,
men den tålmodigste -

at det å hjelpe
er villighet til inntil videre
å finne seg i å ha urett og ikke å forstå,
det den andre forstår

INNHold

1 Innledning	1
1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.2 Begrepsavklaringer	3
1.3 Oppgavens oppbygning.	4
2 Anonymisert pasienthistorie	6
3 Metode	12
3.1 Litteratursøk.....	12
3.2 forforståelse	13
4 Presentasjon av funn	15
4.1 Behandlingsfokus og innhold	15
4.1.1 Behandlingsfokus.....	15
4.1.2 Behandlingsarena	17
4.1.3 Praktisk hjelp i hverdagen.....	19
4.2 Behandlingsrelasjon og autonomi	21
4.2.1 behandlingsrelasjon.....	21
4.2.2 Pasientens autonomi.....	23
4.3 Behandlingsrammer	25
4.3.1 Fleksibilitet i behandlingsrammer.....	25
5 diskusjon	28
5.1 Perspektivskifte	28
5.2 Hverdagslivets betydning	31
5.3 Relasjonens betydning	33
5.4 Fra ekskludering til inkludering	36
5.5 Behandlingsrammer	39

5.6. Faglig kompetanse	41
6 Avslutning	44
7 Refleksjoner	46
Litteraturliste.....	47

1 INNLEDNING

I arbeidet med psykisk helse har institusjonalisering og medisinerings i lange tider vært de fremtredende metodene. Fagfolks syn på hva som hjelper og hvordan hjelpen skal ytes har vært bestemmende. Pasienter/brukere og deres kunnskaper har blitt tilsidesatt, og ikke tillagt betydning i samarbeidet (Karlson og Borg, 2013). Tradisjonell psykiatri har vært preget av fokus på symptomer og funksjonssvikt, ut ifra hvordan det observeres fra andre, og på spesifikke behandlingsmetoder. Faglitteraturen har vært preget av pessimisme med hensyn til personer med alvorlig psykisk lidelse og deres fremtidsutsikter (Pedersen, 2014, s.99).

Fra 1950 tallet snudde trenden. Nedbygging av institusjoner ble et fremtredende trekk ved psykisk helsevern i europeiske og vestlige land, og det ble en kritisk holdning til ensidig medisinsk modell i forståelsen av psykiske lidelser. Bedringsperspektivet fikk sin plass, og det ble en kontrast til det biomedisinske paradigmat som hadde vært rådende innenfor det psykiske helsefeltet (Veseth, 2013).

Holdningen var nå at psykiske lidelser skulle «alminneliggjøres», og behandles i nærmiljø. I Norge begynte det for alvor på 1970 tallet (Ekeland, 2011.; Gjertsen, 2011). I perioden 1998 til 2008 pågikk det en omfattende reform innen psykisk helse i Norge. Det startet med Stortingsmelding 25, Åpenhet og helhet i 1997 (Sosial og helsedepartementet, 1997). Videre kom Opptrappingsplanen 1998. Her var det de økonomiske rammene for gjennomføring av Stortingsmelding 25, Åpenhet og helhet. Mestring av eget liv, aktiv deltagelse i samfunnet, uavhengighet, selvstendighet og økt livskvalitet skulle nå være i fokus for tjenesteapparatet innenfor psykisk helse (Gjertsen, 2007).

På bakgrunn av de politiske føringene har vi fått en utvikling av ambulante oppfølgingsteam. Målet med å innføre oppfølgingsteam i psykisk helsevern var blant annet å gi pasientene / brukerne bedre mulighet til å mestre psykiske utfordringer og sosiale utfordringer. Ved å møte brukeren sammen med familie og det sosiale nettverk kan det gi større muligheter for å mobilisere lokale ressurser, etablere relasjoner, og finne frem til gode løsninger (Helsedirektoratet, 2014).

Jeg er sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, og har tidligere jobbet ved en døgnavdeling på Distrikts Psykiatrisk Senter (Dps). I 2013 ble det startet opp et nytt tverrfaglig ambulant team i samme Dps, for behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, (ikke psykoselidelse). De fleste pasientene som fikk tilbud om oppfølging i teamet hadde gått mange år i poliklinisk behandling, og vært avhengig av innleggelser på døgnavdeling i utfordrende perioder. En del av pasientene som jeg tidligere hadde fulgt opp på døgnavdelingen, fikk nå tilbud om behandling i det nye ambulante teamet som jeg ble ansatt i.

Min erfaring er at pasientens utfordringer og problemområder som det hadde vært fokus på i døgnavdelingen, kunne ha lite gyldighet når pasienten kom hjem. Jeg har i mange tilfeller opplevd det lettere å forstå hva pasienten strever med, ved å bruke tid sammen i pasientens hjem og hverdag.

Jeg ønsker å samle forskning som beskriver brukernes erfaring med å få ambulant oppfølging i hjemmet og nærmiljøet, og hvordan tjenesteutøverne opplever at ambulant oppfølging i hjemmet og nærmiljøet kan påvirke brukernes bedringsprosess.

1.1 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av det eksisterende kunnskapsgrunnlag har denne oppgaven som formål å kartlegge og beskrive hva brukerne selv mener bidrar til deres bedringsprosess ved ambulant oppfølging, og hva tjenesteytere i ambulante team mener bidrar til bedringsprosessen hos den enkelte bruker

Problemstillingen er:

Muligheter med ambulant oppfølging i hjemmet og nærmiljøet.

Brukeres og fagfolks opplevelser av hva som hemmer eller fremmer bedringsprosessen.

Enighet eller uenighet?

En teoretisk studie

1.2 Begrepsavklaringer

Bedringsprosess:

Mennesker kommer seg fra alvorlig psykiske lidelser. Det har historien vist igjennom tidene (Borg og Topor, 2007, Borg og Karlson, 2013). Bedringsprosess, (recovery på engelsk), beskrives som en tilnærming, en modell, et kunnskapsfelt eller et erfaringsbasert kunnskapsfelt. Brukerne selv foretrekker gjerne et prosessorientert fokus på bedring fremfor et resultatorientert (Deegan, 2005., Borg, 2009). Bedringsprosesser dreier seg om å skape seg et liv, på tross av de problemer man har (Davidseon, 2003).

Noen som har beskrevet kunnskapen om hva som er til hjelp har selv hatt psykisk lidelse, og er profesjonelle helsearbeidere i dag. Dette er en dobbelt kompetanse som er verdifull. Arnhild Lauveng fra Norge og Patricia Deegan fra USA er eksempler på dette. Psykolog Arnhild Lauveng har vært en viktig bidragsyter ved å fortelle om sin bedringsprosess. Hun var innlagt i psykiatriske avdelinger, til sammen mange år, med diagnosen schizofreni. I dag jobber hun som psykolog og forfatter. Hun har utgitt flere artikler og bøker hvor hun blant annet beskriver viktige faktorer i sin bedringsprosess. Patricia E. Deegan er en anerkjent amerikansk forsker og psykolog. Deegan fikk selv schizofrenidiagnosen da hun var i tenårene. Hun har publisert en rekke artikler og fortalt om sin bedringsprosess. I 2005 gjennomførte hun en studie der hun intervjuet 29 personer som hadde ulike psykiatriske diagnoser. Et viktig funn var informantenes beskrivelser av egne personlige strategier for å komme seg, og virkningen av dem. Hun kaller strategien for *personlig medisin*.

Ambulant behandling / ambulant oppfølging:

For å kunne gi bedre hjelp til pasienter med psykisk lidelse er det etablert ambulerende team som et supplement til innleggelse og poliklinisk tilbud (Sosial og helsedirektoratet, 2006). Personer som erfarer psykiske helseproblemer skal ifølge opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 ha mulighet til å leve et verdig og trygt liv i lokalmiljøet, som befolkningen generelt. I tillegg skal selvstendighet og evnen til å mestre eget liv være et mål. I oppgaven brukes ambulant behandling og ambulant oppfølging om hverandre. Begrepene ambulant oppfølging og ambulant behandling forstås i denne oppgaven som at pasienten / brukeren er innenfor spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten.

Pasient/Bruker/Person:

Jeg bruker begrepet bruker, person og pasient om hverandre, men fortrinnsvis bruker jeg person og bruker. Helsedirektoratets retningslinjer bruker pasientbegrepet i sine anbefalinger, så i noen sammenhenger vil det være naturlig å bruke begrepet pasient.

Behandler / tjenesteyter / hjelper / fagfolk:

Jeg bruker begrepene behandler, tjenesteyter, hjelper og fagfolk om hverandre. Dette fordi det brukes ulike begreper i forskningsartiklene jeg refererer til.

1.3 Oppgavens oppbygning.

Denne masteroppgaven er delt inn i seks kapitler.

- I kapittel en beskrives bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstillingen.
- I kapittel to presenteres det en anonymisert pasienthistorie. Dette er en detaljert historie som er ment å beskrive faglig praksis. Denne historien er valgt å være omfattende, da historien brukes igjennom hele oppgaven for å illustrere erfaringer og utfordringer i

praksishverdagen, og videre knytte dette til forskning og funn. Hvis jeg skulle ha forkortet historien ville en del av poengene forsvunnet.

- I kapittel tre beskrives metode og fremgangsmåte ved litteratursøket.
- I kapittel fire presenteres funn fra litteratursøket tematisk, etter tre tema som utkrystalliserte seg som naturlige overskrifter av de funnene som ble gjort. Disse temaene er: *Behandlingsfokus og behandlingssinnhold, behandlingsrelasjon og autonomi og behandlingsrammer.*
- Kapittel fem inneholder en oppsummering og diskusjon rundt kunnskapsgrunlaget.
- I kapittel seks kommer avsluttende refleksjoner.

2 ANONYMISERT PASIENTHISTORIE

I dette kapitlet beskrives en anonymisert pasienthistorie fra ambulant behandlingshverdag. Dette er en pasient som har fått hjelp i hjemmet og nærmiljøet sitt i over to år. Da pasienten ble henvist fra poliklinisk behandler til behandlende ambulant team på Dps, ble pasienten beskrevet slik:

Pasienten er 29 år og har en uttalt angstlidelse med store problemer med å bevege seg ute blant folk, og å forholde seg til andre mennesker utover nær familie. Han bor hjemme sammen med mor og to eldre søsken. Hans funksjonsnivå er lavt, og han har ikke nettverk utover nær familie. Han har unnvikende adferd, noe som har gitt ham diagnosen *engstelig unnvikende personlighetsforstyrrelse*.

Han har ingen formell utdanning etter grunnskolen, han har tre forskjellige påbegynte løp på videregående skole som han ikke har klart å fullføre. Han prøvde en periode å jobbe litt, men avsluttet også dette. Han har etter dette ikke vært i arbeid eller i andre aktivitetstiltak. Han har hatt flere behandlingsforløp i poliklinikk uten å oppleve markant bedring. Det har vært mange timer han ikke har klart å møte opp til, og heller ikke klart å gi beskjed. Han har også hatt to perioder med innleggelse på døgnavdeling. Her jobbet han med å eksponere seg for konkrete situasjoner som han tidligere hadde unngått. Etter utskrivelse fra døgnoppholdet falt pasienten tilbake til gamle mønster med tiltagende isolering og omfattende angstsymptomer. Pasienten beskriver selv at det stopper ved tanken på å gå ut, det å treffe folk, da han er redd for å gjøre feil etc. Han får ofte katastrofetanker og er redd at andre skal se at han har angst.

Bestillingen fra poliklinisk behandler er: Pasienten vil ha behov for bistand til å bryte isolasjonen, videre flytte ut i egen bolig da hans bosituasjon er svært uheldig og synes å opprettholde mange av hans problemer. Det er tatt kontakt med NAV og søkt arbeidsutprøving i vernet bedrift. Han vil trenge støtte for å klare å komme i gang med dette.

Ambulant oppfølging:

Vi er to i teamet som blir primerkontakter for Petter, og som skal følge ham opp.

Første gang vi møter Petter, er på poliklinikken ved Dps `et sammen med poliklinisk behandler.

Vi forteller at vi ønsker å støtte Petter i å nå sine drømmer og mål i livet.

Vi informerer at vi har andre rammer enn i poliklinikk, og at vi for eksempel kan komme og hente Petter hjemme hvis han ønsker det, eller komme hjem til ham og ta de første møtene der. Petter ønsker ikke at vi skal komme inn til ham hjemme, men takker ja til forslaget om at vi henter ham på en parkeringsplass i nærheten av der han bor. Dette blir gjort til en fast avtale. Vi avtaler at vi bruker de første timene til å bli kjent med hverandre.

Petter avlyser en del avtalte timer den første tiden. Vi tar dette opp med ham, og spør hva det er som skjer. Han begrunner avlysninger med dårlig form. Vi oppfordrer ham til ikke å avlyse avtalene på grunn av dårlig form, men heller tenke at akkurat på disse dagene kan det være lurt å treffe oss, for å kunne sette fokus på noe annet. Vi avtaler at vi alternativt kan gjøre timene kortere de dagene han føler seg dårlig.

Petter formidler at han synes det er vanskelig å snakke, og at han ikke vet så mye om hva han vil. Han klarer likevel å sette ord på at det å få seg en jobb og flytte til egen bolig er to store mål i livet. Utover dette kan han ikke sette ord på hva han interesserer seg for. Han vet heller ikke hva slags type jobb han kan ønske seg.

Vi gjør en avtale om å treffes en gang i uka og ha som overordnet mål å bli bedre kjent. Petter har ingen spesifikke ønsker for avtalene våre. Vi gir noen eksempler på hva vi kan gjøre sammen, samtidig som vi presiserer at timene kan brukes til det han ønsker. Vi prøver å finne Petter sine interesseområder. Han forteller etter hvert at han spiller dataspill og ser på serier hjemme. Det er utfordrende å finne samtaleemne i timene da Petter svarer mye med enstavelserord, og vet ikke. Vi prøver ut forskjellige ting i timene. Vi drar på tur i marka, drar på biblioteket i nærområdet, går på nærbutikken og drar for å spise frokost på Ikea. Petter klarer ikke å si at noe er bedre enn det andre, men han møter nå stort sett opp til alle avtaler. Det er ingen synlig nytte av våre møter utover at han kommer seg ut av huset en gang i uka. Når vi spør om han synes timene er nyttige, svarer han bekreftende på dette. Vi spør Petter om han ønsker at vi skal invitere noen i familien til et av møtene våre. Vi presiserer at vi sammen kan bli enige om hva som skal være tema. Han sier klart ifra at han ikke ønsker å involvere familien sin, og forteller videre at han ønsker større avstand til familien. Vi spør om han ønsker å snakke om dette, men det har han ikke lyst til.

Petter forteller at han har en nær venn, men at han har flyttet fra byen. Utover dette beskriver han andre som bekjente, som han ikke har hatt kontakt med på flere år.

Etter et halvt år med ukentlige møter får Petter tilbud om en kommunal leilighet. Dette takker han ja til. Petter gir uttrykk for at dette noe han virkelig gleder seg til. Petter finner møbler og hvitevarer på internett, og får hjelp av sin bror til å bringe det til leiligheten. Nå blir Petter mere tydelig på hva han ønsker å bruke timene våre til. Han ønsker hjelp til å handle interiør, og til å innrede leiligheten. De neste timene drar vi på butikker som Ikea, Europris, Nille, etc.

Petter har handlelisten klar når vi kommer, og han kjøper inn det han trenger uten synlig angst eller problemer. Han har ikke vært på lignede butikker på flere år, men viser utad ikke ubehag ved å gjennomføre dette. Han setter selv ord på at det er vanskelig, men at det er gjennomførbart. Han forklarer at det oppleves enklere når han skal utføre noe praktisk som han både ønsker og trenger å få gjennomført.

Petter blir etter hvert etablert i egen leilighet, og uttrykker at han synes det er godt. Etter en stund setter han ord på utfordring med å komme seg ut av leiligheta. Han forteller at han av og til ikke er ute av leiligheta mellom møtene han har med oss. Han forteller at dette ikke er et nytt problem, men at det oppleves veldig tungt nå da han ikke har familien sin rundt seg. Han er likevel tydelig på at han ikke ønsker tettere kontakt med familien. Da vi prøver å utforske hva som er utfordrende i familieforholdet, beskriver han at han føler på lav selvfølelse i foholdet til familien, og at han opplever at han har fått tildelt en rolle som han ønsker å komme ut av. Han beskriver at han kjenner et sterkt behov for å fremstå som normal, og det gjør han ikke i sin egen familie.

Funksjonsnivået til Petter viser seg å være mye lavere enn vi først hadde forutsett. Det er dager der han ikke klarer å komme seg ut av leiligheta, ikke en gang for å gå ut med søppel. Vi bruker nå timene til å handle på nærbutikken når vi er sammen. Vi diskuterer middagsalternativer før vi går på butikken, og handler til hver vår middag. Vi snakker med Petter om hans situasjon, og forteller at vi er bekymret for ham. Han synes selv det er kjempetøft å være isolert i leiligheten, men ser ikke noen løsning på dette selv. Vi spør om vi sammen skal prøve å fremskynde prosessen med å få et arbeidsrettet tiltak. Dette ønsker ikke Petter. Han synes han har nok utfordringer med å bo for seg selv. Han setter ord på at han trenger tid på å fungere i nærmiljøet. Vi blir enige om å sette opp tre avtaler i uka for en treukersperiode, for å se om det kan være til hjelp for å bryte hans isolasjon.

Vi planlegger sammen med Petter at han skal komme seg ut av leiligheten på egenhånd de dagene han ikke treffer oss. Dette kan for eksempel være en gåtur i nærmiljøet, handling på dagligvarebutikken, eller å gå ut med søppel hvis det blir vanskelig med en lengre tur. Vi gjennomfører dette i tre uker, med tilbud om støttesamtaler på telefon hvis han skulle trenge hjelp til å komme seg ut. Det kommer frem at han synes det er veldig utfordrende å gå tur uten noe bestemt mål. Han blir da gående å lure på hva naboene tenker om ham, og at de vil undre seg over hva han skal der ute. Dette treukersprosjektet ga ingen synlig fremgang. Det var mange dager Petter ikke klarte å komme seg ut, til tross for støttesamtale på telefon.

Vi bruker neste time til å legge en ny plan. Petter sier nå at han kunne tenke seg å komme i gang med fysisk trening. Vi blir enige om å arrangere et møte med en kontakt i kommunen som har en treningsgruppe i nærmiljøet til Petter. Dette er en gruppe for personer som sliter med psykisk helse. Vi gjennomfører et fellesmøte med denne kontakten, hvor Petter får informasjon om tilbudet. Etterpå blir de enige seg imellom om at kontakten i kommunen skal ta kontakt med Petter på telefon / SMS, og komme innom Petter før neste gruppetrening, slik at han slipper å gå dit alene. Kontaktpersonen tar kontakt med Petter flere ganger, men Petter avlyser. Vi diskuterer nå andre løsninger med Petter. Vi blir enige om at Petter skal søke en støttekontakt i kommunen, med tanke på at de kan trene sammen. Videre blir vi enig om å søke om oppfølging av en person i kommunen, slik at Petter får flere treffpunkt, og flere muligheter og arenaer å trene på. Petter får tildelt en støttekontakt, som han treffer en gang. Han bestemmer seg etterpå for å si nei til tilbudet. Han forklarer det med at det er vanskelig å være sammen med en person som er yngre enn ham selv og som fungerer så mye bedre. Han synes det blir så åpenbart at han selv har mislykkes på alle områder i livet. Vi reflekterer sammen rundt dette, men han er tydelig på at han ikke ønsker støttekontakt, og at han ikke kommer til å skifte mening. Noe av det samme skjer når han får tilbud om oppfølging av en person i den kommunale oppfølgingstjenesten. Han takker først ja, men etter første avtale avlyser han videre avtaler. Vi har på nytt en refleksjon og diskusjon rundt dette, og vi i teamet er tydelige på at vi anbefaler ham å takke ja til tilbudet, men han bestemmer seg til slutt for å takke nei.

Vi er nå usikre på om vi skal klare å hjelpe Petter ut av hans isolasjon. Vi forslår å starte med busstrening, slik at han kan ha mulighet for å komme seg frem og tilbake til en eventuell fremtidig jobb. Han avviser ikke dette, men virker ikke entusiastisk. Ved spørsmål om hvor motivert han er på en prosentkala fra en til hundre svarer han under ti prosent. Vi spør samtidig

hvor motivert han er for å komme i gang med trening på samme skala, og svarer da at han er 90 % motivert for trening.

Vi blir nå enige om at vi skal bruke timene fremover til å trene spinning sammen på treningsstudio. Vi lager en avtale med treningsstudioet om å få en serie prøvetimer. Petter avlyser første avtale rett før vi skal hente ham, med den begrunnelse at han ikke har riktig treningsbukse. Han lar seg ikke overtale. Vi avtaler å bruke neste time til å dra på sportsbutikk. Når vi kommer til sportsbutikken ønsker Petter å gå inn alene. Han kjøper seg en ny treningsbukse og en treningsskjorte, og er svært fornøyd etter å ha gjennomført dette.

Første spinningtime starter vi med å ha treningstøyet på, slik at vi kan gå rett inn på spinningssykkelen uten å gå innom garderoben. Dette blir en vellykket time. Petter prøver å avlyse noen avtalte spinningtimer, men vi presser ham. Vi snakker sammen om hans isolasjon, og understreker at han må utfordre seg selv hvis han skal komme seg ut av denne livssituasjonen. Vi understreker at det vil bli svært utfordrende, og at han må gjøre jobben selv, men at vi vil støtte ham under hele prosessen. Petter blir etter hvert kjempefornøyd. Vi går på spinning sammen en fast time i uka. Dette er første aktivitet Petter har gjennomført på mange år, og han sier at det betyr veldig mye for ham. Han setter ord på at dette gir ham håp for fremtiden.

Etter diskusjon med oss bestemmer han seg for å kjøpe et års medlemskap i treningsstudioet. Han får tilbud om å få følge inn for å tegne medlemskap, men dette ønsker han å gjøre alene. Han forklarer at det vil føles enda mere utfordrende å ha med noen, for da vil han ikke fremstå som normal. Petter forteller at det er lettere å komme seg ut med søpla og å gå på butikken de dagene han har vært på spinningtime først. Han beskriver at han etter trening føler seg roligere både i kroppen og i hodet.

Vi deltar sammen med Petter på møte med NAV. De foreslår nå å flytte han fra køen på arbeidsplass ved skjernet bedrift, og over på et arbeidsrettet tiltak. De forteller at de har plass til ham om fire uker. Hvis han takke ja betyr det at han skal starte med et åtteukerskurs, i gruppe sammen med andre. Etter endt kurs vil han få hjelp til å finne en ønsket praksisplass i ordinær bedrift. Vi i teamet syntes dette hørtes for utfordrende ut, da Petter til daglig har problemer med å komme seg ut av leiligheten. Vi diskuterer det med Petter, men han syntes dette hørtes bra ut. Han sier han er motivert, og vi blir enige om at han skal prøve dette. Petter får samtidig den gode nyheten at han får taxirekvisisjon for å komme seg frem og tilbake.

Vi blir nå i fellesskap enige om å søke om et toukers opphold på døgnavdelingen ved Dps, for å jobbe mot deltagelse på det jobbrettede tiltaket. Petter får innvilget dette oppholdet, men han skriver seg ut etter en dag, da han synes det er for utfordrende å være innlagt. Han beskriver at det å måtte ha et personale med seg for å klare spise i kantina ble for belastende. Han forklarer dette med at han ønsker å fremstå som normal.

Når han starter på jobbrettet tiltak, støttet vi tett opp ved å tilby skyss frem og tilbake de første dagene, slik at utfordringen med å ta taxi ikke skal komme samtidig med kursstart. Petter er veldig glad da han har kommet seg igjennom dag en.

Petter klarer å gjennomføre dette åtteukersprogrammet, med mange opp- og nedturer. Han får hjelp med transport de første dagene, og støttesamtaler med teamet etter behov. Petter beskriver stor mestringsfølelse, og sier han nesten ikke tør å tro på det han har fått til. Han opplever mestring på flere arenaer samtidig, alt fra å ta taxi, være sammen med andre i gruppe, og å klare å slippe kontrollen over hva som skjer. Han beskriver samtidig stor redsel for å falle tilbake til isolasjonen i leiligheta, og å «bli som før»

Dette ble starten på veien ut i livet for Petter. Det ble mange utfordringer på veien, men han var svært motivert for å jobbe med utfordringene etter hvert som de kom. Petter er nå ute i arbeidspraksis der han utøver omsorg for andre. Dette gir ham stor glede, og han er overveldet over hva han faktisk mestrer. Han har fortsatt utfordringer med fritiden. Han opplever da at han går inn i samme mønsteret som tidligere, og samme rolle.

Han følges fortsatt opp av teamet, men nå med mere sporadiske timer etter behov. Han opplever at han har store og gode utfordringer med jobb, og at han vil vente med å utfordre seg mere på fritiden, inntil videre.

Jeg vil i neste kapittel beskrive metode i oppgaven.

3 METODE

Forskning krever at en gjør seg kjent med fagkunnskapen som eksisterer på det aktuelle området man ønsker å studere (Malterud, 2011). Kunnskapsinnsamlingen i oppgaven baserer seg på litteraturgjennomgang for å få økt kunnskap om muligheter med ambulant oppfølging i hjemmet og nærmiljøet, i tillegg til å kartlegge brukernes og tjenesteyternes opplevelser av hva som hemmer eller fremmer bedringsprosessen, og videre finne ut av om brukerne og tjenesteytere har en felles forståelse. Dessuten bruker jeg en pasientfortelling som eksemplifiserer praksiserfaring, og knytter dette opp mot forskningsresultatene.

3.1 Litteratursøk

Jeg vil her redegjøre for prosessen med innhenting av eksisterende kunnskap og hvilke kriterier som ligger til grunn for utvelgelse av relevante funn.

Tiden jeg har brukt på å innhente litteratur har bestått av flere faser. Første periode var valg av tema, og å formulere gode spørsmål om det jeg ønsker å vite noe om. Jeg startet å søke etter artikler og fagbøker i Oria. Søkeordene ble valgt ut fra emneord i kjernepartikler i feltet, samt sentrale begreper i problemstillingen: *Bedringsprosesser, recovery, ambulant behandling, brukererfaring, praksiserfaring*. Jeg fant relevant litteratur som hjalp meg til å finne relevante søkeord. Jeg søkte videre i Cochrane Library etter oversiktsartikler. Oversiktsartiklene sammenstiller konklusjoner fra relevante og likeartede undersøkelser om effekter av tiltak fra helsevesenet (Kilvik og Lamøy, 2007). Dette ble gjort for å få bakgrunnsstoff i oppgaven.

Jeg har foretatt litteratursøk i ulike databaser som Google scholar, Oria, Norart, Idunn., SveMed + Jeg har også gått igjennom litteraturlistene på de studiene jeg fant som relevante, og funnet kilder der. Studiene jeg fant som relevante gav svar på min problemstilling. Søkeordene som er brukt i ulike kombinasjoner er: *Bedringsprosesser, recovery, psykisk helsearbeid, psykisk helsetjeneste, alvorlig psykisk lidelse, oppsøkende team, ambulant behandling, hjemmebehandling, brukererfaring, praksiserfaring / recovery, service user, user experience, service user experience, professional experience, home treatment, assertive community treatment,*

outreach treatment, home treatment team, ambulatory mental health team, community mental health teams, mental health service.

Jeg har søkt etter litteratur som gir kunnskap om hvordan ambulant behandling kan påvirke brukernes bedringsprosesser, med utgangspunkt i brukernes erfaringer og fagfolks erfaringer. Det er både brukernes perspektiv og deres kunnskap jeg er opptatt av her, i tillegg til ekspertenes eller fagfolkens kunnskap og perspektiv. Dette har vært et sentralt kriterium for utvelgelse. I vitenskapelige databaser er det hovedsakelig kvalitativ forskning jeg har søkt etter, ettersom jeg søker å forstå og utdype erfaringer og opplevelse.

Jeg har til slutt valgt ut 20 relevante artikler fra det systematiske søket. Disse artiklene går direkte på temaet, og kan gi svar på min problemstilling. Disse artiklene er i hovedsak kvalitative. Jeg har funnet lite kvantitativ forskning på dette området, men den ene artikkelen jeg har trukket ut (Ruud, T, et al. 2014) er i hovedsak kvantitativt, det vil si at pasientene har svart på spørreskjema, men det er foretatt intervju med teamansatte, slik at studien også har en kvalitativ del.

Angående de artiklene jeg har trukket ut, varierer det hvem som er informanter. Jeg har 9 studier der brukerne har rollene som informanter, videre har jeg 6 studier der fagfolkene har rollen som informanter, også har jeg 5 studier der både brukere og fagfolk er informanter.

For å vurdere artiklene jeg sto igjen med har jeg brukt kunnskapssenterets sjekkliste for vurdering av kvalitative artikler. I denne sjekklisten går man igjennom en del spørsmål, for å klargjøre om man kan stole på resultatene i artiklene, hva resultatene forteller og om resultatene vil være til hjelp i praksis. <http://www.kunnskapssenteret.no>

3.2 forforståelse

Det er et hermeneutisk prinsipp at jeg som forsker er opptatt av den forståelsen jeg har med meg inn i oppgaven (Krogh, 2012). Som person, og som sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid og som arbeidstaker ved et ambulant team ved Dps, har jeg med meg erfaringer og en forforståelse som kan påvirke hvordan jeg har valgt ut litteratur. Denne oppgaven har vært en prosess, og underveis kan min forforståelse ha påvirket det endelige resultatet. Pasienthistorien som er beskrevet i kapittel 2 har også innvirket på min forforståelse. Det har under hele prosessen

vært viktig for meg å være bevisst på at mine tidligere erfaringer og min forforståelse kan ha farget hva jeg har vektlagt i forskningsartiklene, hva jeg har fokusert på ved presentasjon av resultatene og i drøftingen av resultatene. For å kunne forstå virkeligheten er vi avhengige av en forforståelse. Alle har vi erfaringer, oppfatninger og kunnskap som vil påvirke vår forforståelse. Tolkningen av det som skjer rundt oss er preget av vår forforståelse, og dette skjer ofte ubevisst (Johannessen, Tufte, og Christoffersen, 2011). En kontinuerlig refleksjon rundt dette har derfor vært viktig under hele prosessen.

Psykiater Tom Andersen sier følgende om forforståelse:

Vores for-forståelse, som vi altså uungåelig har med os til enhver tid, vil innvirke på, hvad vi ser efter og lytter efter i vore forsøg på at forstå, og den vil også indvirke på hvordan vi ser og hører på det vi ser og hører, og det vil innvirke på hvordan vi forstår det vi beskriver (Andersen, 2010.s.148).

Resultatene fra studiene vil bli presentert i neste kapittel og videre sett i sammenheng med pasienthistorien.

4 PRESENTASJON AV FUNN

I det følgende kapitlet presenteres funnene fra litteratursøket. Hva opplever brukere og fagfolk at hemmer eller fremmer bedringsprosessen ved ambulant behandling? Er brukerne og fagfolkene enige? Funnene fra litteratursøket vil bli presentert tematisk, etter tre tema som utkrystalliserer seg som naturlige overskrifter. Disse temaene er:

- Behandlingsfokus og innhold
- Behandlingsrelasjon og autonomi
- Behandlingsrammer

Disse temaene er gjeldene både for funnene som beskriver brukererfaring og funnene som beskriver praksiserfaring.

4.1 Behandlingsfokus og innhold

4.1.1 BEHANDLINGSFOKUS

Det beskrives av flere brukere at de har fått bedre livsvilkår etter at de har fått ambulant oppfølging, og at flere anser den ambulante behandlingen som mer virkningsfull enn behandlingen de fikk tidligere. De utdyper dette med at de får støtte til å leve et godt liv til tross for psykisk sykdom (Lofthus et al, 2016).

Det at deres egen livssituasjon blir utgangspunkt for hva som er fokus i møtene, i motsetning til primært fokus på psykiske utfordringer, blir beskrevet som bra. Det formidles at de ved dette fokuset får større tro på sin egen bedringsprosess (Lofthus et al, 2016). Brukerne beskriver at det er bra med fokus på annet enn diagnoser og symptomer (Borg og Karlson, 2013.; Hultberg og Karlson, 2007.; Lofthus et al, 2016.; Olsø, Almvik og Norvoll, 2014.; Almvik, Sagsveen, Olsø, Westerlund og Norvoll, 2011).

En bruker tydeliggjør betydningen av å fokusere på annet enn sykdom, diagnose og symptomer slik:

Livet er jo mer enn symptomer. Det er også mestring og hva du får til i hverdagen, og å snakke om de gode tingene i livet – ikke bare sykdom (Borg og Karlson, 2013 s.108).

Brukerne beskriver det som viktig at det er deres behov og ønsker som står i sentrum. Fokus på hverdagslivet, alt fra samtaler, samvær, praktisk hjelp hjemme, hjelp til økonomi, aktivitet, arbeid og fysisk helse, og hjelp til å mestre hverdagen beskrives som god behandling (Hultberrg og Karlson, 2007) (Biong og Soggiu, 2015). Det formidles at når samtalen foregår i bilen, eller mens man utfører hverdagslige praktiske gjøremål blir samværet og samtalen mer lik en samtale mellom folk flest og ikke som en pasientsamtale, og at denne formen for samtaler oppleves som bra (Olsø et al, 2014). Brukerne beskriver det som at samtalen er en naturlig del av samværet, og går hånd i hånd med det praktiske (Herstad og Biong, 2011).

Det å fokusere mindre på diagnoser og symptomer, beskriver også tjenesteyterne som god behandling. De beskriver at det å bli kjent med brukerne og deres livshistorier krever mer enn kun å kartlegge et symptombilde (Almvik et al, 2011.;Sommer, Strand, Borg og Ness, 2013). Det å være en støttespiller for brukeren handler om å være tilstede der brukeren er, både psykisk og fysisk. Tjenesteyterne beskriver at de ved ambulans behandling får mulighet til å komme inn i brukerens liv og hverdag, og får innsikt i hva brukeren ønsker inn i livet sitt. Dette gir mulighet til å få større oversikt over hva som hemmer livskvaliteten, og videre sammen med brukeren finne fokus i møtene på det som bidrar i bedringsprosessen, og at dette kan være både samtaler og praktisk hjelp. Mange beskriver at de ønsker å være normale, og gjøre det som er vanlig i livet.

Dette sammenfaller med Petter i praksisfortellingen. Han gikk til poliklinisk konsultasjon i flere år uten å oppleve bedring i livskvalitet, eller funksjon. Han fikk samtaleterapi, med fokus på sin diagnose *engstelig unnnvikende personlighetsforstyrrelse*. Han klarte ikke å nyttiggjøre seg denne samtaleterapien på dette tidspunktet. Fokus på diagnose og symptomer gav ingen lindring for ham i denne fasen. Han trengte øvelse på det som bremset normal livsutfoldelse. Petter hadde vanskelig for å kommunisere de første månedene, og det virket som at han ikke likte så godt å bruke timene til primært å snakke. Han hadde lite å si, og hadde vanskelig for å sette ord på egne meninger, og svarte mye *vet ikke* hvis han fikk spørsmål. Det å kjøre bil, og snakke om løst og fast, fungerte bedre. Det å gå på spinningtime sammen, og deretter snakke om denne konkrete felles opplevelsen fungerte også veldig bra.

Patricia Deegan som fikk diagnosen schizofreni som 17-åring, har utdannet seg til psykolog og forsker, og hun jobber nå ved Boston University. Hun har egenerfaring og tung fagkompetanse. Hun definerer recovery, eller på norsk bedringsprosesser, slik:

Recovery er en prosess, en måte å leve på, en holdning og en måte å møte hverdagens utfordringer på. Noen ganger er kurs uberegnelig, og vi snubler, glir tilbake, omgrupperer og begynner på nytt igjen. Det avgjørende er å møte utfordringer handikappet setter, og å gjenetablere en ny og verdifull følelse av integritet og formål, både innenfor og utover handikappets begrensninger; håpet om å leve, arbeide og elske i et samfunn som man kan gi sitt betydningsfulle bidrag til (Deegan,1988).

Hun trekker oppmerksomheten bort fra sykdommen, og setter fokuset på selve livet. De allmenmenneskelige behov blir trukket frem, og utfordringene med å skape seg et godt liv.

4.1.2 BEHANDLINGSARENA

Brukerne beskriver det som positivt å få hjemmebesøk. De beskriver det som mer avslappende og trygt, synes det er lettere å sette ord på problemene, og de områdene som er viktig for dem (Bjørlykhaug og Redzovic, 2013.; Lofthus et al, 2016.; Hultberg og Karlson, 2007.; Biong og Soggiu, 2015.; Hultberg og Karlson, 2007.; Almvik et al, 2011). Det å få støtte til å oppsøke de «vanlige» samfunnsarenaene som butikken og biblioteket ble beskrevet som verdifullt. Samværet med de ansatte i vanlige hverdagslige aktiviteter underbygget følelsen av å være «normal» (Almvik et al, 2011.; Biong og Soggiu, 2015.; Lofthus et al. 2016.; Borg, 2009).

Brukerne beskrev at de erfarte det som at behandlingen var på deres premisser. De vanlige samfunnsarenaer gjorde noe med identiteten. I stedet for å bli plassert i en pasientrolle var du en trimkollega, en du går tur med hunden sammen med, eller en student. Informantene beskriver hverdagslivets alminneligheter som svært viktige. Siden brukerne ofte hadde vanskeligheter med å oppsøke de vanlige arenaene som butikker, kafeer og treningssentre, opplevde de det svært hjelpsomt at møtene med tjenesteyterne foregikk på hverdagens arenaer (Borg, 2009). Dette bekrefter (Almvik et al, 2011). Her beskriver brukerne at hverdagslig prat med utgangspunkt i en hverdagslig situasjon er bra. Flere beskriver at bilen er en plass hvor praten oppleves å gå lett. Holdningen blir ikke ovenfra og ned. Det å sitte side om side, stå i kø sammen, eller gjøre

praktiske ting sammen gjør det enklere å få de gode samtalene. Det beskrives som viktig å få hjelp til å komme seg til viktige avtaler som NAV, fastlege, tannlege etc. (Almvik et al, 2011).

En bruker beskriver det slik:

De hjelper meg så jeg kommer meg ut av leiligheten her. For her har jeg vært innesperra nå i – ja, det ... 2-3 år, kanskje ... hvor jeg ikke har turt å gå ut (Olsø et al, 2014. s.125).

Tjenesteyterne beskriver at besøk i hjemmet gir andre muligheter for behandlingen enn institusjonen og kontoret. Her ser man bilder av familie og venner og kan stille spørsmål om disse. Man kan snakke om møbler og interiør, og man får et bedre inntrykk av hvordan de har det. Tjenesteyterne beskriver at de får et mer helhetlig bilde enn når de møter pasienten ved en innleggelse, eller på et poliklinisk kontor. Det å være hjemme hos pasientene gir mulighet for å få et mer helhetlig bilde, og man kommer i bedre posisjon til å få en positiv utvikling (Herstad og Biong, 2011). De fleste fagpersonene fremhevet teamenes oppsøkende karakter og samværet gjennom hverdagslige aktiviteter som en hjelpsom arbeidsform (Olsø et al, 2014.; Ruud, et al. 2014). Dette bekrefter tjenesteyterne i Fugletveit og Hansen, 2013. Her beskrives det som viktig å tilpasse tjenestene til der brukerne har behov for tjeneste, og til de stedene brukerne selv mener de kan nyttiggjøre seg tjenestene – også noen ganger på kontoret.

Når vi ser på funnene viser de at brukerne ønsker hjelp til å kunne leve et vanlig liv. De beskriver at det er viktig å finne muligheter til å ha et liv til tross for psykiske utfordringer. Mange beskriver utfordringer med sosial angst og at de har vansker med å oppsøke de vanlige arenaene som butikker, kaféer og treningsstudioet. De beskriver det som svært nyttig å få hjelp til å innta og bruke disse arenaene.

Fagpersonene beskriver at det er viktig å møte brukerne som personer som har egne mål og drømmer. De er opptatt å bli godt kjent med brukeren og tilrettelegge hjelpen og støtten i forhold til hva den enkelte har som mål og drømmer. Når rammen er hverdagsarenaen beskrives det at brukernes utfordringer kommer tydeligere frem. I hjemmet beskriver tjenesteyterne at nye arbeidsformer vokser frem og at de får en annen forståelse som igjen fører til at flere eller andre løsningsstrategier trer frem. Tjenesteyterne beskriver at de opplever å være mer som seg selv, og at de prater på en mer naturlig måte, som igjen fører til at skillet mellom offentlig og privat rom blir mindre (Almvik et al. 2011).

Vi ser at både tjenesteyterne og brukerne synes det er meningsfullt å møtes i hjemmet, og i hjemlige arenaer. Brukerne og tjenesteyterne er tydelig på at hverdagslivet er av stor betydning, og derfor ikke bør bagatelliseres. Tjenesteyterne beskriver at når de ser hvor og hvordan brukeren bor så gir det et mer helhetlig bilde av situasjonen, og de får et helt annet bilde av brukeren. Tjenesteyterne beskriver at de får større bevissthet om brukeren som personer og dermed får større tilgang til informasjon, langt utover diagnoser og andre medisinske forhold.

Petter i pasienthistorien hadde levd i isolasjon i mange år, og opplevde store utfordringer med å komme seg ut. I begynnelsen av vår behandlingsrelasjon ville han ikke ha besøk hjemme, men foretrakk bilen som arena, eller at vi oppsøkte andre arenaer. Han hadde ikke tatt buss på flere år, ikke handlet klær i butikker, ikke vært på treningsstudio, og vært svært lite på tur i nærmiljøet eller i marka. Ingen av de vanlige hverdagssystemene som vi tar som en selvfølge var en selvfølge for ham. Vi foreslo turer i marka, på bibliotek, kafe, kino, osv. Han klarte ikke å velge, eller å si noe om hva han ønsket. Han hadde ikke erfaring fra disse arenaene i voksen alder, og kunne derfor ikke si noe om hva han ønsket. Ambulant behandling gav mulighet til at vi sammen kunne jobbe med dette, og utforske disse arenaene sammen. Det å få støtte til å begynne på et helt vanlig treningsstudio, og gjøre en helt vanlig aktivitet som vanlige folk gjør, beskrev han som veldig stort. For ham ble det starten på å jobbe seg ut av isolasjonen. Han formidlet at dette gav håp for fremtiden.

4.1.3 PRAKTISK HJELP I HVERDAGEN

Ved at tjenesteyterne deltar i hverdagsaktiviteter beskriver brukerne at de opplever at tjenesteyterne har forhåpninger til dem, og tillitt til at de skal mestre. I (Olsø, Almvik og Norvoll, 2014) blir det beskrevet at det å gjøre hverdagslige aktiviteter sammen bidrar til et mer likeverdig samarbeid med tjenesteutøverne. Det å få hjelp til praktiske utfordringer i hverdagen som regninger osv., samtidig med en god prat, oppleves formålstjenelig. I det hele tatt å komme seg ut av leiligheten og ut på butikken, eller å løse ensomhets problem ved å komme seg ut på andre arenaer i samfunnet, kjennes verdifullt. Brukerne formidler at de opplever i større grad å bli akseptert og inkludert i lokalsamfunnet (Krupa et al., 2005.; Olsø et al. 2014.; Bjørgen og Westerlund, 2009.; Almvik et al. 2011). Hos brukerne kan det se ut som at samtalen er en naturlig del av samværet, og går hånd i hånd med det praktiske (Herstad og Biong, 2011).

Tjenesteyterne sier de tar tak i pasientens drømmer, håp og ønsker, og blir en medvandrer for å støtte personen i hans livsprosesser. Det beskrives at samtale ikke alltid er nok alene. Noen ganger trenger brukeren praktisk hjelp som å komme seg til en aktivitet, hjelp til økonomi, eller å få orden i huset. Ander ganger er det både samtale og praktisk støtte samtidig (Biong og Herrestad, 2011).

Tjenesteyterne beskriver at de opplever det nyttig å gjøre praktiske ting med brukeren, de uttrykker at når møtene foregår på ulike arenaer som hjemme hos brukeren, kafeer, i skogen, og bilen så beskrives det at det blir lettere å forstå hvordan brukerne har det i hverdagen. Det gjør det lettere å gi hjelp etter brukernes behov og ønsker (Olsø et al. 2014). Noen ganger blir det gjort helt konkrete ting for at det skal bli bedre, for eksempel det å hjelpe med å vaske og rydde i hjemmet, for å kunne få det bedre mot helg. Visualisere hva som skal til for å nå målet er også et godt hjelpemiddel (Herstad og Biong, 2011) (Ruud et al. 2014).

Både brukerne og fagpersonene beskriver det som virkningsfullt og meningsfullt å møtes utenfor institusjon. Brukerne beskriver at hjelp til praktiske ting i hverdagen er med på å fremme bedringsprosessen. De formidler at de trenger mer enn bare en samtale. Mange har problemer med å få utført praktiske ting i hverdagen, samtidig som de sliter med psykiske problemer, og at det å få hjelp til praktiske utfordringer beskrives som bra. Det kan se ut som at tjenesteyterne er mer opptatt av samtalen i seg selv, mens brukerne ser på samtalen som en naturlig del av samværet, og at samtalen kommer naturlig inn sammen med praktiske gjøremål. For å bidra til økt livskvalitet i vanskelige livssituasjoner er det for noen brukere avgjørende å få en annen behandling enn bare poliklinisk konsultasjon og institusjonsbehandling.

Petter i praksisfortellingen hadde behov for støtte til å gjøre alle disse vanlige tingene som man tar som en selvfølge når man kan det. Det å gå på restaurant og betale med kort, eller det å finne frem i et treningsstudio, det å vite hvor man skal gå i garderoben og få låst et skap med kort og ikke med nøkkel, osv. Det tok lang tid før han våget å gi oss innsikt i hvor isolert han var, hvor lite nettverk han hadde og derav hvor lite erfaring han hadde i å manøvrere seg rundt i samfunnet.

Å mestre hverdagslivets utfordringer er mulig fordi vi har opparbeidet oss praktisk kunnskap, ferdigheter og erfaringer. Vi har med oss erfaring fra vår sosiale sammenheng, og vårt

miljø. Hverdagslivets utfordringer kan ofte tas som en selvfølge når man først mestrer det. Disse utfordringene krever det tid å identifisere, av bruker og tjenesteyter sammen (Borg, 2009).

4.2 Behandlingsrelasjon og autonomi

4.2.1 BEHANDLINGSRELASJON

Det beskrives at relasjonen mellom bruker og hjelper er det som betyr mest i terapien (Krupa et al, 2005.; Gullslett, Karlson, Forinder, og Borg, 2013.; Hultberg og Karlson, 2012.; Biong og Soggiu, 2015.; Haugen og Almvik, 2009.; Fugletveit og Hansen, 2013). En god behandlingsrelasjon blir beskrevet på mange forskjellige måter. Det viser seg at det er andre erfaringer med relasjonen ved ambulant behandling, enn ordinær behandling ved institusjonsterapi. I en hverdagssammenheng opplever brukerne at det blir en kortere vei til en god relasjon. Behandlingsrelasjonen beskrives å romme muligheten for mer enn et tradisjonell pasient-terapeut-forhold, som gjensidig respekt, og likeverd (Krupa et al, 2005.;Gullslett et al, 2013.; Hultberg og Karlson, 2012.; Biong og Soggiu, 2015.; Haugen og Almvik, 2009.; Fugletveit og Hansen, 2013).

Brukerne beskriver tjenesteutøverne som noe mer enn tjenesteytere ved ambulant oppfølging. Det beskrives at de ansatte stiller opp utover det man er vant med i annen behandling på institusjon (Bjørngen og Westerlund, 2009.;Gullslett et al.2013.; Haugen og Almvik, 2009). Behandlerne oppleves engasjert på en måte de ikke har opplevd tidligere, det ble beskrevet som at de gikk ut over det de har erfart som den tradisjonelle hjelperollen (Fugletveit og Hansen. 2013.; Krupa et al,2005.; Bjørngen og Westerlund, 2009). Mange brukere av ambulante tjenester har et lite nettverk, og flere forteller at de ansatte fyller et tomrom de opplever å ha i livet sitt. Noen beskriver at de føler seg betydningsfulle og verdifulle når de får besøk hjemme, og at de bruker tid på deg, og møter deg med verdighet og respekt (Gullslett et al. 2013.; Krupa et al,2005). For noen blir teamdeltagerne beskrevet som mor, far, bror, og en god nabo(Krupa et al.2005). Tidsaspektet i relasjonen blir presentert som betydningsfullt. Det beskrives som svært viktig med samarbeid over tid, og flere beskrev det som svært viktig at kontakten gikk over flere

år. Brukerne opplever utholdenheten fra hjelpernes side som signaler om at de bryr seg og synes det er verd å bruke tid på brukernes bedringsprosess (Biong og Soggiu, 2015.; Lauveng 2005).

I Gullslett et al., 2013, uttrykkes det at det å få snakke med samme fagperson fra gang til gang er god hjelp. Å unngå å måtte begynne på nytt fra gang til gang, og slippe å gjenta det som ble sagt på forrige møte blir beskrevet som god behandling (Biong og Soggiu, 2015.; Gullslett et al. 2013).

Noen beskriver at det er greit å forholde seg til flere enn en fast kontaktperson, men det beskrives som vesentlig å ikke måtte forholde seg til så mange (Gullslett et al, 2013., Gullslett, Karlson, Forinder, og Borg, 2013.; Gullslett et al, 2013.; Biong og Soggiu, 2015.; Drake & Deegan, 2008.; Krupa et al, 2005). Noen brukere mener det kan bli for mange personer å forholde seg til når alle i teamet er involvert i behandlingen, og at det er ubehagelig at så mange har opplysninger om dem (Drake & Deegan, 2008.; Krupa et al, 2005).

Behandlingsrelasjon blir beskrevet som mer likeverdig når kontakten foregår hjemme eller i nærmiljøet. Man kan presentere seg på en annen måte, som en person, og ikke en pasient (Almvik et al. 2011).

Det er bred enighet blant tjenesteyterne at en god relasjon må ligge i bunnen for å være til god støtte for brukerne og deres bedringsprosess (Bjørlykhaug og Redzovic, 2013.; Sommer et al.2013). Tjenesteyterne beskriver at i en hverdagsammenheng blir det kortere vei til en god relasjon, og at det oppleves som man kommer tettere på hver enkelt bruker. Det beskrives som at relasjonen oppleves nærmere når man jobber ambulant enn når man jobber på sengepost / poliklinikk (Bjørlykhaug og Redzovic, 2013.; Sommer, Strand, Borg og Ness, 2013).

Å komme i posisjon beskrives av tjenesteyterne som et sentralt begrep. I det ligger det blant annet at man jobber med å få tillit. Det beskrives at det av og til er det kan være vanskelig å komme i posisjon og få en god relasjon (Herstad og Biong, 2011). Det å være ærlig og dele av egne erfaringer beskrives å styrke likeverd og gjensidighet i relasjonen., og videre det å si ifra om egne grenser (Sommer et al, 2013).

Tjenesteyterne mente at det var viktig å bruke mye tid for å få tillitt, og for å bli kjent. Når man kommer tettere innpå hverdagslivet til den enkelte, kommer man i posisjon til å få høre om, og bli kjent med brukernes mål og drømmer. Det ble også oppfattet som viktig å bevise at man er

til å stole på, og videre å vise at man kommer igjen og igjen. Dette er mennesker som mange har opplevd å bli sviktet i livet (Sommer, Strand, Borg og Ness, 2013). Det å være sammen i hverdagssituasjoner, og bruke tid sammen oppleves som gunstig for relasjonen (Fugletveit og Hansen, 2013.) Dette samsvarer med funnene i (Sommer, Strand, Borg og Ness, 2013), der en tjenesteyter beskrev det slik:

Vi er der over tid, også kan vi gjøre de filletingene som betyr noe, for det er faktisk det pasienten har lyst til å ha. Og de tingene, som ikke er veldig sånn behandlingsrettet, er også med på å bygge relasjonen (Sommer et al.2013 s.40).

Funnene i forskningsartiklene viser at både tjenesteytere og brukere er enige om at god relasjon mellom bruker og tjenesteyter er viktig for bedringsprosessen ved ambulant behandling. Blant annet blir kontinuitet, god kjemi, og følelse av likeverd og respekt nevnt som viktige momenter i en god relasjon av både tjenesteytere og brukere. Både tjenesteytere og brukere løftet frem at samværet foregikk gjennom hverdagslige aktiviteter og at dette førte til at de fikk et mer personlig forhold til hverandre. Fagpersonene blir beskrevet som mer ydmyke av brukerne. Tjenesteyterne beskriver det som lettere å involvere pårørende på en naturlig måte og i en naturlig setting (Bjørlykhaug og Redzovic, 2013). En god relasjon blir karakterisert ved respekt og lydhørhet, også til nettverket (Borg og Karlsen, 2011; Fugletveit og Hansen, 2013; Biong og Soggiu, 2015).

Petter i pasienthistorien trengte lang tid før han følte seg trygg i relasjonen til oss i teamet, den langsiktige relasjon måtte ligge i bunnen før Petter var klar til å sette ord på hva han ønsket å jobbe med, og var klar for å vise sine mest sårbare sider. Etterhvert kunne han møte opp på vanskelige dager hvor han hadde mye angst og følte seg i dårlig form.

4.2.2 PASIENTENS AUTONOMI

Brukerne formidler at autonomi er sentralt i en god behandlingsrelasjon. Forutsetning for å oppleve autonomi synes å være at brukeren får definere målene ut i fra hva som er viktig for dem, og at de temaene, og de målene som brukerne selv synes viktig, ble satt i fokus (Biong og Soggiu, 2015.;Soggiou og Biong, 2014.; Almvik et al. 2011.; Biong og Soggiu, 2015.; Krupa et al, 2005).

Det blir beskrevet at relasjonen blir mer likeverdig og preget av personlig kontakt ved ambulant behandling, som igjen påvirker behandlings- og bedringsprosessen i positiv retning. En bruker formulerte det som at nå var det han som satte premissene på hva samværet skulle bestå i. Han opplevde at dette ble stor kontrast til det han hadde erfart ved tidligere innleggelsler. Der opplevde han å måtte delta på rutinepregede aktiviteter i regi av en sykehusavdeling (Olsø, Almvik og Norvoll, 2014). Videre formidler flere brukere at det er viktig å oppleve at tjenesteyterne har tillitt og forventning til innsats og ferdigheter (Bjørger og Westerlund, 2009).

Det beskrives at tillitt utvikles gjennom åpne diskusjoner om hva som kan gjøres, og ved å føle seg sett og forstått. Det å bli tatt på alvor, og å oppleve seg anerkjent i relasjonen beskrives som betydningsfullt. Andre brukere beskriver det som en følelse av å bli behandlet med respekt og likeverd (Hultberg og Karlson, 2007). Ansvarliggjøring, blir av mange brukere beskrevet som veldig viktig. Å ha en følelse av egenkontroll, men samtidig motta tips og råd blir av flere beskrevet som bra. Det at tjenesteyterne ikke snakker for mye, beskrives av noen som viktig for å ha en opplevelse av å ha styringen, og en følelse av at det er ens eget prosjekt. Noen beskriver det som at samtalen skal oppleves som den er mellom likeverdige partnere (Hultberg og Karlson, 2007). En bruker sier at hun opplever mye større fokus på brukervedvirkning hjemme, sammenlignet med akuttavdelingene hun hadde vært innlagt på. For å beskrive sin opplevelse av hjemmebehandling bruker hun ordene tillit, respekt, hensyn mestring, selvrespekt (Bjørlykhaug og Redzovic, 2013).

Tjenesteyterne beskriver brukervedvirkning som sentralt i den ambulante behandlingen. De beskriver at det å støtte brukerne til å mestre egne liv beskrives som essensielt. I Borg og Karlson, 2013 beskriver tjenesteyterne at de opplever det som bra å kunne vise tillit og tro på at brukeren og nettverket har evne til å klare seg. Ved å bygge på mestringsstrategier i hjemmet gir det muligheter for brukeren å i større grad være selvstendig, og å oppleve å kunne ta vare på seg selv. Brukerne får brukt sin egen ferdighets- og kunnskapsbase for å klare seg (Borg og Karlson, 2013). I (Biong og Herstad, 2011), beskriver tjenesteyterne at det er det viktig å få åpnet det fastlåste, og å hjelpe brukerne til å se nye muligheter og veier, og være med å finne og formidle håp. Det å identifisere brukerens ønske om bevegelse blir beskrevet som essensielt, og at videre at brukerens ønske om endring må ligge i bunn. Målet blir beskrevet som å hjelpe brukeren til å finne tilbake til mening, og forstå seg selv som ansvarlig.

Funnene viser at både brukere og tjenesteytere setter autonomi i behandlingsrelasjonen hos brukeren høyt. Tjenesteyterne beskriver at brukermedvirkning er sentralt ved ambulant behandling og at det oppleves virksomt for bedringsprosessen, det beskrives at ved å bygge på mestringsstrategier hos brukeren i hjemmet gir det muligheter for brukeren å i større grad være selvstendig, og å oppleve å kunne ta vare på seg selv. Brukerne formidler at autonomi er sentralt i en god behandlingsrelasjon, og at forutsetning for å oppleve autonomi og brukermedvirkning synes å være at brukeren får definere målene ut i fra hva som er viktig for dem, og at de temaene, og de målene som brukerne selv synes viktig, ble satt i fokus. Videre beskriver de viktigheten av å få tildelt ansvar, og å bli behandlet med respekt og likeverd.

I pasienthistorien kommer det tydelig frem at målene for bedring måtte være Petter sine. I perioder der vi som behandlere syntes bedringsprosessen tok for lang tid, fikk vi gjennomslag for noen ukeplaner der målene var mer våre enn Petter sine. Dette for at vi som tjenesteytere hadde en oppfattelse av at Petter på dette tidspunktet selv ikke så veien videre. Vi la planer for angsteksponering i nærmiljøet som ikke førte frem. Petter klarte ikke å gjennomføre. Når Petter etter en stund kom på banen med egne mål som han var motivert for, som trening og jobb, da klarte han å gjennomføre planen, men med mye støtte av oss på veien.

Petter avslo også vårt forslag om busstrening. Vi argumenterte for at dette ville være svært nyttig når han fikk seg jobb, men Petter var tydelig på at han ikke var motivert for dette. Det viste seg etterhvert at da Petter kom så langt at han fikk seg en arbeidspraksis, ble han mer motivert for å ta buss. Han klarte da med hard jobbing, å ta buss alene, med oss på sidelinjen som heiagjeng. Han ble utfordret av oss på flere områder, men bedringsprosessen skjøt først fart når han konsentrerte seg om det han var mest motivert for. Dette viser at det er svært viktig å finne brukernes egne mål og ønsker, for å lykkes.

4.3 Behandlingsrammer

4.3.1 FLEKSIBILITET I BEHANDLINGSRAMMER

Brukerne beskriver at fleksibilitet gjør at de opplever å få en menneskelig støtte, mer enn det de forbinder med en profesjonell relasjon (Fugletveit og Hansen, 2013). Tilgjengelighet blir

beskrevet som viktig, spesielt det å kunne få hjelp på helg og kveld, og det at noen tar telefonen når de ringer (Gullstlett et al.2013.; Krupa et al. 2005). Tidsaspektet blir presentert som betydningsfullt. Det beskrives som svært viktig med samarbeid over tid, og flere beskrev det som svært viktig at kontakten gikk over flere år. Brukerne opplever utholdenheten fra hjelpernes side som signaler om at de bryr seg og synes det er verd å bruke tid på brukernes bedringsprosess (Biong og Soggiu, 2015). Lauveng (2005).

Fleksibilitet i forhold til timeavtaler og lengde, og videre hva timene skal brukes til, oppleves som viktig. At det er mulighet til å få en god prat, få følge på NAV-kontoret, en tur i marka, eller noe praktisk som må ordnes. Brukerne beskriver at det er ønskelig at tjenesteyterne tilpasser seg brukernes behov, og at det kan innebære at samværet brukes til noe helt annet enn det som var tenkt i utgangspunktet (Borg & Karlson, 2013; Fugletveit og Hansen 2013).

Tjenesteyterne beskriver at de opplever at tett og langsiktig oppfølging oppleves som god behandling for brukerne, men at det å opparbeide og etablere en god relasjon krever tid, og resultatene er vanskelige å måle (Olsø, Almvik og Norvoll, 2014.; Sommer, Borg og Ness, 2013.; Ruud, T, et al. 2014). Tjenesteyterne beskriver at motivering og det å legge til rette for læring oppleves som ressurskrevende, men med resultat av at flere brukere etter hvert klarte å håndtere sosiale situasjoner utenfor hjemmet sitt i mye større grad (Olsø et al. 2014).

Allsidighet og fleksibilitet beskrives som viktig i praksisen. Økt krav til resultat og effektivitet oppleves som truende for ønsket praksis (Sommeret al, 2013). Tjenesteyterne beskriver at de må ha gode rammer og fleksibilitet for å kunne gi god hjelp, som nok tid til hver enkelt bruker og at man kan variere med besøk etter hva brukerne har behov for. Det vektlegges at hver ansatt ikke har for mange å følge opp, og at man har nok tilgjengelige biler. Tjenesteyterne ønsker å tilpasse hjelpen og kontakten etter hver enkelt brukers behov, og ut ifra situasjonen. Lokalmiljø, levekår, åndelige og sosiale og kulturelle sider av livet bør være i fokus, men da må man må man ha handlingsrom for å kunne legge til rette for dette (Almvik et al, 2014).

Fleksibilitet er beskrevet som viktig av både brukere og tjenesteytere. Det kan se ut som at tjenesteyterne er mer opptatt av rammevilkårene i systemet, sånn som at det er økonomiske rammer til å følge opp over tid, og at de kan gi avtaler etter brukernes behov. Både tjenesteyterne og brukerne var enige i at tidsaspektet i behandlingsrelasjonen var svært betydningsfullt. Det ble

beskrevet som svært viktig med samarbeid over tid, og flere beskrev det som viktig at kontakten gikk over flere år. Brukerne beskrev det som betydningsfullt at det var fleksibilitet i hva timene kunne brukes til slik at det var mulighet til for eksempel å få følge på NAV-kontoret, få en god prat, en tur i marka, eller noe praktisk som må ordnes.

Petter i pasienthistorien trengte fleksible rammer for å komme seg ut av isolasjonen. Det virket som utslagsgivende at vi over flere måneder hadde mulighet for å gå sammen med ham på treningsstudioet, og ta en spinningtime sammen en gang i uka. Videre hadde han behov for støtte da han skulle flytte inn i egen leilighet. Han hadde verken familie eller nettverk som kunne hjelpe ham. Han trengte praktisk hjelp til å handle møbler og interiør, og til å takle angsten sin når han skulle gjennomføre det. Sist og ikke minst trengte han en behandlingsrelasjon som kunne gå over år, og ikke måneder.

5 DISKUSJON

5.1 Perspektivskifte

Helsepolitikken overfor mennesker med psykiske lidelser har endret seg de siste tiårene og brukermidvirkning har blitt vektlagt sammen med lokal behandling og en samarbeidsorientert rolle mellom bruker og behandler. Nedbygging av institusjoner, og nye måter å organisere tjenester og tilbud på, som ambulant behandling, har vokst frem. Dette handler også om å skifte perspektiv, fra ekskludering til inkludering, og videre fra hovedvekt på lidelse til hovedvekt på selve mennesket. Samfunnet har ambisjon om å legge til rette for brukermidvirkning, integrering og medborgerskap. Dette er understreket igjennom lovverk og retningslinjer (Stortingsmelding 25, Pasientrettighetsloven, 1999, og Shdir, 2006).

I opptrappingsplanen blir det beskrevet slik:

En person med psykiske problemer må ikke bare sees som pasient men som et helt menneske med kropp, sjel og ånd. Nødvendig 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 utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av alle tjenestene (Sosial- og helsedepartementet, 1997-1998.s.4).

Når vi ser på forskningslitteraturen Jfr. kapittel 4. så ser vi at både brukere som mottar ambulant behandling og tjenesteyterne som gir ambulant behandling er svært enige i at det å fokusere på støtte i å mestre hverdagen, og videre ha mindre fokus på sykdom, symptomer og diagnose, fremmer bedringsprosessen (Borg og Karlson, 2013.;Hultberg og Karlson, 2007.; Lofthus et al, 2016.; Olsø et al. 2014.; Biong og Soggiu, 2015).

Jfr. kapitel 4. så ser vi at dette også sammenfaller med Petter i praksisfortellingen. Han gikk til poliklinisk konsultasjon i flere år uten å oppleve bedring i livskvalitet eller funksjon. Fokus på diagnose og symptomer fikk ham ikke ut av isolasjonen. Han hadde ikke forutsetning til å mestre det normale hverdagslivet i nærmiljøet, da han hadde vært svært isolert i hele sitt voksne liv. Han trengte praktisk øvelse på det som bremsede normal livsutfoldelse. Vi ser at den tyske filosofen Hans Georg Gadamer (1900-2002) var tidlig ute med å engasjere seg mot den medisinske ekspertkunnskapen. Han mente at denne snevret inn menneskers livsområder, som medførte at sykdom har blitt betraktet som en biologisk funksjonsforstyrrelse, som handler om kropp, eller diagnoser, og mindre om personens liv eller kontekst. Han formidlet at det tradisjonelle helsebegrepet ikke favnet helse slik som den oppleves av den enkelte i hverdagen. Han mente det var uhensiktsmessig å dele mennesket opp i kropp og sjel, somatisk og fysisk, og at helse er en helhetstilstand der vi finner vår mening i den i den verdenen vi lever i. Dette gir gode argumenter for viktigheten av å se på å se mennesket som en helhet, og at det er viktig å stimulere til engasjement og egenaktivitet (Gadamer, 2003).

Den medisinske disiplinen psykiatri styres fortsatt i stor grad av de psykiatriske institusjonene i Norge. Det naturvitenskapelige perspektiv har lang tradisjon og høy status (Ekeland, 2001). Forståelsen er biomedisinsk forankret, der naturvitenskapelige og medisinske modeller dominerer, og det stilles diagnoser og iverksettes behandling ut ifra dette. De psykiske utfordringene blir sett på som sykdom, og behandlingsmodellen har en ekspert, som skal gjøre den syke frisk. Eksperten blir mere ekspert og det er ekspertens forståelse som er grunnlaget for behandlingen, å gjøre den andre frisk (Ørstavik, 2008).

I opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) blir helsepolitiske mål tydeliggjort. Personer som erfarer psykiske helseproblemer skal ha mulighet til å leve et verdig og trygt liv i lokalmiljøet, som befolkningen generelt, og at selvstendighet, og evne til å mestre eget liv skal være et mål. Hvis dette målet skal oppnås må tjenestetilbudet og behandlingen sees i et slikt perspektiv. Det spesifiseres slik:

- *en tilfredsstillende bolig og å kunne bo med verdighet, og med tilstrekkelig bistand der dette er nødvendig*

- *å delta i meningsfylt aktivitet, i form av vellykket tilbakeføring til arbeidslivet, eller der dette permanent eller midlertidig ikke er mulig; annet meningsfylt aktivitetstilbud*
- *å inngå i en sosial sammenheng med familie og venner, og bryte sosial isolasjon*
- *å ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans og utvikling på den enkeltes egne premisser og i et meningsfylt fellesskap* (Sosial- og helsedepartementet, 1997-1998.s.4).

Dette samsvarer med Verdens Helseorganisasjon som vektlegger helse som en ressurs i hverdagen, og ikke et mål i seg selv. Individet skal kunne realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet (WHO, 1986). Anerkjennning av den enkeltes ressurser og kompetanse vil være gode strategier for å hjelpe brukerne til å håndtere sine psykiske kriser. Dette vil innebære en mere samfunnsorientert fagpersonrolle. Det kan se ut som at de ambulante teamene i stor grad tar hensyn til reorienteringen og at holdningen til de ansatte, innholdet i tjenesten, og hvordan de møter pasientene i hjemmet er mere i tråd med perspektivskiftet.

En livskontekstforståelse bidrar til å ta oppmerksomheten bort fra sykdom og lidelse, og bidra til større interesse for ressurser og mestring og gode løsninger (Borg, 2009).

Bedringsprosess, (på engelsk recovery), kan beskrives som at det handler om å skape seg et meningsfullt og tilfredsstillende liv, slik som personen selv definerer det, med eller uten symptomer og problemer som kan komme og gå (Shepherd, Boardman & Slade, 2008). Det å se på den større sammenhengen bidrar til en mer helhetlig innsikt i brukerens situasjon, og hans problem, og hvorfor problemet er et problem, og hva som er til hjelp og hvorfor. Det å inkludere hverdagslivet bidrar til en helhetlig forståelse, slik at både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer blir tatt med i betraktningen, da alle disse faktorene virker inn på bedringsprosessen (Davidson & Strauss, 95).

Jfr. Kapittel 4.1 så ser vi at ambulant behandling gir andre muligheter enn behandling ved institusjon. Fagfolkene beskriver at det er enklere å invitere brukerne til å fortelle om livserfaring i stedet for sykdomserfaring, og å møte brukerne som personer med egne mål, ønsker og drømmer, slik at de kunne tilrettelegge hjelpen så godt det lot seg gjøre i forhold til den enkelte sine interesser og egne behov. Det ser videre ut til at det blir lettere for brukeren å fortelle om hva som skal til, hva man ønsker av fagpersonen for å gå veien videre, og fagpersonen kan tilby

hjelp på bestilling fra brukeren, i stedet for å tilby et standardisert tilbud. Brukerne på sin side beskriver det som betydningsfullt å få hjelp med fokus på mestring og en meningsfull hverdag i nærmiljøet, og de vektlegger spesielt at det er nyttig å kunne få praktisk hjelp.

Ut ifra dette kan det virke som den det ambulante behandlingstilbudet har kommet langt på veien til å skifte perspektiv fra ekskludering til inkludering, fra hovedvekt på lidelse til hovedvekt på selve menneske, fokus på menneske med psykisk lidelse og hele deres livssituasjon. Både tjenesteytere som gir ambulant behandling og brukere som mottar ambulant behandling beskriver at menneskelig adferd og uttrykk bør forstås i den enkeltes hverdagssammenheng, det kontekstuelle perspektiv, der psykisk lidelse forstås i den sammenhengen det oppstår i.

Ambulante oppfølgingsteam ble realisert for å nå målene i opptrappingsplanen for psykisk helse, og for å fremme uavhengighet, selvstendighet, og evnen til å mestre eget liv. En motvekt mot institusjonaliseringen som skjedde med en del psykiatriske pasienter med lange behandlingsopphold i psykiatriske sykehus (Helsedirektoratet, 2006.; Aakerholt, 2010).

5.2 Hverdagslivets betydning

En arbeidsform som bidrar til god behandling sett fra ambulante tjenesteytere og brukere er relasjonsorientert, med hverdagsorientert hjelp på hverdagsarenaer. Den er individuelt tilpasset og lite byråkratisk (Audun Pedersen, 2014, s.100). Dette er i samsvar med hva brukere og tjenesteytere beskriver i kapittel 4.

Kapitel 4.1 viser at både brukere og tjenesteytere er tydelig på at hverdagslivet er av stor betydning, og derfor må tillegges stor betydning. Tjenesteyterne beskriver at og når de ser hvor og hvordan brukeren bor, så gir det et mere helhetlig bilde av situasjonen, og de får et helt annet bilde av brukeren. Tjenesteyterne beskriver at de får større bevissthet om brukeren som person og dermed får større tilgang til informasjon, langt utover diagnoser og andre medisinske forhold (Aakerholt 2010). Tjenesteyterne får en unik mulighet til å treffe familie, naboer og øvrig nettverk, og ta del i samhandlingen mellom pasienten og personene i nettverket. Tjenesteyter kommer inn i hverdagslivet til brukeren. Dette gir informasjon som man ikke ville fått på et

kontor. Litteraturen (Jfr. kapittel 4.1) viste at tjenesteyterne og brukerne var samstemte i at det var meningsfullt og virkningsfullt å ha fokus på mestring i dagliglivet. Mange av brukerne knyttet dette spesielt til sine problemer med sosial angst som hadde stor innvirkning på mye av deres hverdag, de beskrev behov for hjelp for praktisk å mestre utfordringer i hverdagen. Dette er brukere som har utfordringer med å nyttiggjøre seg andre tilbud i hjelpeapparatet (Almvik et al. 2011).

Dette så vi også i pasienthistorien med Petter, jfr. kapittel. 4. Petter hadde levd isolert i mange år, og opplevde store utfordringer med å komme seg ut. Ingen av de vanlige hverdagssystemene som vi tar som en selvfølge var en selvfølge for ham. Han hadde ingen eller lite erfaring fra arenaer som bibliotek, kafe, kino, treningsstudio og marka, etc. i voksen alder. Ambulant behandling ga mulighet til at vi kunne jobbe med dette, og utforske disse arenaene sammen. Det å få støtte til å begynne på et helt vanlig treningsstudio, og gjøre en helt vanlig aktivitet som vanlige folk gjør, beskrev han som veldig stort. For ham ble det starten på å jobbe seg ut av isolasjonen. Han formidlet at dette ga håp for fremtiden.

Dette synes jeg beskrives godt av Amund Aakerholt i ACT håndboken:

Hvordan kan vi forstå et menneske når vi fjerner det fra dets vanlige miljø, fra dets familie og nabolag for så i konteksten av en sykehusavdeling å ha som oppgave å identifisere symptomer på et psykisk helseproblem (ACT håndbok s12, 2010).

Vanlige samfunnsarenaer ble av brukerne fremhevet som positivt fremfor de profesjonelle. Dette handlet kanskje også om at her var det muligheter til å være «vanlig»? Dette så vi i pasienthistorien med Petter. Han ønsket fremfor alt å være normal, og det virket som det ga ham stor motivasjon for bedring. Han ønsket hverken støttekontakt eller å introduseres for kommunale treffsted, eller brukerstyrte sentre. Han ønsket å trene på det å oppsøke arenaer der alle vanlige folk ferdes, som for eksempel treningssenter. Han klarte ikke, eller muligens ønsket ikke, å møte opp i en treningsgruppe som var tilrettelagt for personer med psykiske utfordringer, men han klarte etter hvert å møte opp på et vanlig treningssenter, og å delta på spinning time der han og vi som tjenesteytere deltok på lik linje som alle de andre som var på treningsstudioet.

Hjemmet som arena for behandling kan gi mer informasjon om brukeren og nettverket enn når møtene foregår i profesjonelle kontekster. Tjenesteyter kommer inn i hverdagslivet til

brukeren. Dette gir informasjon som man ikke ville fått på et kontor. Informasjon om hverdagsliv, mestring og reelle utfordringer tilrettelegger for at ulike arbeidsformer kan vokse frem. Dette kan gi utvidet forståelse og flere eller andre løsningsstrategier (Borg og Karlson, 2013). I pasienthistorien med Petter kom dette tydelig frem. Hans grad av funksjonshemming i hverdagssammenheng var vanskelig å forstå ut ifra poliklinisk behandling. Det er mulig han ikke hadde ord for å formidle dette, eller at han fremfor alt annet ønsket å fremstå som normal, og at det derfor ble svært sårbart å sette ord på graden av sine utfordringer. Hans isolasjon fra alle de vanlige samfunnsarenaer, og videre at han enkelte dager ikke klarte å gå ut med søppelet, ble vanskelig å løse fra en poliklinikk.

Når tjenesteytere skal gi hjelp med hjemmet som arena, vil det være viktig å utøve forsiktighet, da man kan bevege seg inn i en sone som for noen kan føles svært privat, og det kan for noen virke påtrengende (Martinsen, 2006). Petter i pasienthistorien satte klare grenser for hvor han ville møte oss den første tiden. Han ønsket ikke at vi skulle komme hjem til ham i den perioden han bodde sammen med mor og brødre. Det var greit at vi hentet ham på en parkeringsplass et stykke borte fra huset. Når han etter hvert fikk sin egen bolig, ønsket han å motta besøk der, men ikke til enhver tid.

5.3 Relasjonens betydning

I den senere tid har en utstrakt psykoterapiforskning vist at de relasjonelle kvalitetene i terapien har større betydning for bedring enn de spesifikke terapeutiske teknikkene i seg selv (Duncan og Miller, 2000). Det bekreftes av den gjennomgåtte litteratur i kapittel 4.2. som viser at dette også er gjeldende ved ambulans behandling. Relasjonens betydning for opplevelsen av god hjelp var et av de mest fremtredende observasjonene (Krupa et al, 2005.; Gullslett et al, 2013.; Hultberg og Karlson, 2012.; Biong og Soggiu, 2015.; Haugen og Almvik, 2009.; Fugletveit og Hansen, 2013).

De relasjonelle kvalitetene som beskrives som hjelpsomme av brukere og fagpersoner i studiene bryter med de tradisjonelle og ofte mer distanserte profesjonelle yrkesrollene i det psykiske helsearbeidet. Både tjenesteyterne og brukerne i de ambulante teamene synes det var positivt å være sammen i mer alminnelige sammenhenger, og at de da utviklet et tettere og mer personlig forhold til hverandre (Almvik et al, 2014.; Krupa et al, 2005.; Gullslett et al, 2013.;

Hultberg og Karlson, 2012.; Biong og Soggiu, 2015., Haugen og Almvik, 2009.; Fugletveit og Hansen, 2013).

Hvordan utvikles gode relasjoner mellom tjenesteytere og brukere? Bordin (1979) har definert terapeutisk relasjon, eller også kalt relasjon innen terapi. Han hevder at den terapeutiske relasjonen består av tre elementer: Gjensidig enighet om målet for terapien mellom tjenesteyter og bruker, enighet om arbeidsoppgaver underveis i prosessen, og at et emosjonelt bånd mellom fagperson og bruker må være tilstede (Bordin79).

Ut ifra funnene i forskningsartiklene jfr. kapittel 4.1 ser det ut til at dette er elementer som både tjenesteytere og brukere trekker frem som positive ved relasjonen. Brukerne beskriver at relasjonen til tjenesteyterne som jobber ambulant blir annerledes enn relasjonen til tjenesteytere i institusjon. Relasjonen blir beskrevet som likeverdig, og at brukeren føler seg som en fullverdig deltager i samarbeidsrelasjonen og om hva som skal være fokus i samarbeidet. Det beskrives at når kontakten foregår hjemme eller i nærmiljøet opplever både tjenesteytere og brukere at de fremstår mere som personer i forholdet til hverandre i motsetning til å inneha pasient og behandler rollen (Almvik et al. 2011). Kjemi, følelse av likeverd, respekt, og at relasjon varer over tid og har kontinuitet, blir nevnt som viktige momenter i en god relasjon, både av tjenesteytere og brukere.

Petter i pasienthistorien jfr. kapittel 4. trengte lang tid før han følte seg trygg i relasjonen til oss i teamet. Den langsiktige relasjon måtte ligge i bunnen før Petter var klar til å sette ord på hva han ønsket å jobbe med, og var klar for å vise sine mest sårbare sider. Etterhvert som vi ble bedre kjent klarte han møte opp på vanskelige dager, hvor han hadde mye angst og følte seg i dårlig form. Enighet om målene i arbeidsrelasjonen viste seg å være viktig. I starten av samarbeidsrelasjonen var motivasjonen til oss i teamet ofte større en motivasjon til Petter. Vi trodde i noen situasjoner at vi var enige om målene, men det viste seg underveis at Petter ikke var nok motivert, og at han egentlig ønsket noe annet. Utfordringen var at Petter i starten av samarbeidet ikke var klar over selv hva han ønsket, og måtte ha litt tid før han kunne si noe om sin motivasjon. Når vi ble bedre kjent, ble det lettere for Petter å være tydelig på hva han ønsket, og det ble lettere for oss å justere oss i takt med at Petter fant ut av sine mål.. Vi ser her at både gjensidig enighet om målet for terapien mellom tjenesteyter og bruker, enighet om arbeidsoppgaver underveis i prosessen, og at et emosjonelt bånd mellom fagperson og var

momenter som var til stede i relasjonen til Petter. Dette sammenfaller med Bordin sin definisjon av terapeutisk relasjon.

Arnhild Lauveng har som tidligere referert erfaring både som pasient og som psykolog og fagperson. Hun skriver i sin bok *Unyttig som en rose* (2006) blant annet om sine relasjoner til hjelpepersonell under sykdommen, og hvor komplekse relasjonene og rollene kan være. Hun beskriver hvor viktig det er å oppleve respekt og bli tatt på alvor som medmenneske, og ikke bli møtt med medlidenhet.

Lauveng forteller i boken om sin relasjon til en bestemt terapeut mens hun var pasient. Lauveng opplevde i denne relasjonen en vanskelig balanse mellom privatliv, vennskap og profesjonell virksomhet / terapi. Hun ble invitert hjem av denne terapeuten på fritiden, og fikk hilse på hennes familie. Arnhild beskriver at det ble et liksomvennskap. Til å begynne med opplevde hun at det var fint å bli invitert, og å få spesialbehandling, men etter hvert opplevde hun det forvirrende. Det ble for Lauveng en utydelig grense mellom privatliv, og hva som var profesjonell virksomhet. Lauveng beskriver at det er veldig lett å ha sosial kontakt med terapeut hvis man får lov. Mange brukere har begrenset nettverk, begrenset sosial omgang, og noen har begrensede ressurser. Lauveng uttrykker at det ikke er terapeutenes oppgave å dekke behovene for vennskap, nærhet og nettverk, men å snakke med brukerne om det de mangler i livet, og hva som hindrer dem i å få det. Hun skriver «Min jobb er ikke og serverer fisken, bare å gi råd om kunsten å fiske» (Lauveng, 2006. s.17).

Man ser her at relasjon mellom fagperson og bruker er en balansekunst, og at det er behov for kontinuerlig refleksjon og veiledning for å kunne balansere dette forholdet. I ambulant behandling blir forholdet mellom terapeut og bruker beskrevet som mindre distansert, og for noen mere vennskapslignende. Hvor går grensen mellom nærhet og avstand, og grensene mellom å være terapeut og venn?

5.4 Fra ekskludering til inkludering

Medborgerskap og brukermedvirkning representerer et skifte i grunnlagstenkningen, og beskrives som nært knyttet til bedringsperspektiv (Sommer et al. 2013).

Når vi ser på omdreiningen i opptrappingsplanen mot lokalbaserte tjenester er dette mere enn en organisatorisk endring. Det er et uttrykk for endring i synet på psykiske lidelser, og hva som er viktig for bedringsprosessen. Sosial- og helsedirektoratet (2006) har utarbeidet en plan for brukermedvirkning i Opptrappingsplanen for psykisk helse. De overordnede målene er:

- *Brukere og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og på systemnivå*
- *Brukeres erfaringer med og forståelse av psykiske lidelser er en del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser og gjenspeiles i anbefalinger av tiltak/ behandlingsveiledere. (Shdir, 2006.s.14).*

Brukermål på individnivå:

- *Brukere har innflytelse på egen behandling*
- *Brukere har tillit til egen behandler / tjenesteutøver og opplever å bli møtt med respekt Brukere har tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og nettverksetablering (Shdir, 2006.s.14).*

Vi ser at både brukere og tjenesteytere i kapittel 4.2.beskriver viktigheten av brukermedvirkning og brukerperspektiv, og mye av det de trekker frem som positivt sammenfaller med målene til Sosial og Helsedirektoratet, 2006. Brukerne beskriver først og fremst et behov for å bli møtt som en aktiv deltager i sitt eget liv, og i sin bedringsprosess, og videre å bli sett på som en person i en hverdagssammenheng. Brukerne vektlegger at de får definere målene ut i fra hva som er viktig for dem., og at de temaene og målene som de synes er viktig, blir satt i fokus (Biong og Soggiu, 2015.; Soggiou og Biong, 2014.; Almvik et al. 2011.; Gullslett, Winsnes, og Borg, 2010.; Biong og Soggiu, 2015.; Krupa et al.2005). Dette er også i tråd med hva tjenesteyterne beskriver som viktig. jfr. kapittel 4.2. Her beskriver tjenesteyterne at brukermedvirkning er sentralt ved ambulant behandling og at det oppleves virksomt for

bedringsprosessen. Det beskrives også at det å bygge på mestringsstrategier i hjemmet kan gi økt selvstendighet til brukeren, og at han i større grad opplever å kunne ta vare på seg selv. Dette innebærer at tjenesteyteren stiller sin faglige kompetanse til rådighet samtidig som brukeren blir verdsatt som ekspert på seg selv på grunnlag av sine erfaringer (Almvik et al. 2011.; Borg, 2009).

Når perspektivene endres, og medborgerskap og brukervedvirkning er i fokus, blir den enkeltst brukerkompetanse grunnleggende for å kartlegge hva som kan føre til bedring (Borg, 2009). Den norske psykologen Rolf Sundet (2007) skriver at brukerne ønsker fagpersoner som følger og ikke leder. De vil ha tjenesteytere som er lyttende, støttende og som kan godta at brukeren kan ta sine egne valg, og at de også kan ta feil. Han skriver videre at brukerne ønsker at tjenesteyterne kan bevege seg utenfor den profesjonelle rollen, og være fleksible for hva de kan bidra med.

Brukermedvirkning forutsetter en myndiggjøring av bruker. Hvis man skal gi makt til noen som ikke har det, så betyr det at andre må gi denne makten fra seg. Makt kan ikke økes hos en part uten at den andre parten gir noe fra seg. Ved å anerkjenne at det er brukeren som sitter med løsningen, og jobbe sammen for å finne konkrete bidrag som kan være til hjelp, får vi brukermedvirkning (Ørstavik, 2008). Dette er i tråd med det den norske psykiateren Tom Andersen sier. Han skriver at forandring må være et ønske som kommer fra brukeren selv, og at forandring ikke kan påtvinges av andre. Brukeren vet selv hva som skal forandres, hvordan det kan gjøres og han vet selv når forandringen har inntruffet (Andersen, 1999).

Den medisinsk-psykiatriske-modellen har innebygget elementer som kan føre til dehumanisering og avpersonifisering, fordi pasienter lett kan reduseres til sykdom, og at den ikke tar tilstrekkelig hensyn til den kunnskapen pasienten har om sin sykdom og heller ikke den spesielle situasjon han/hun befinner seg i (Hummelvoll, 2012). Ørstavik (2008) stiller spørsmål om tiden er inne til å si farvel til en dominerende diagnostisk kultur, og presentere en brukerkultur? Hun undrer på om ikke tiden nå for legene å gi fra seg definisjonsmakten, da muligheten til å diagnostisere påvirker både innflytelse, makt og påvirkning.

I et mestrings- og brukerperspektiv vil brukerkunnskap og helsefag være likeverdige kunnskaper. Brukerkunnskap er den erfaring som brukeren har opparbeidet seg individuelt, og videre den oppsummerte brukerkunnskapen som finnes. Den ene kunnskapen er ikke ment å erstatte den andre, men at begge kunnskapene er nødvendig for å skape et godt behandlingstilbud,

og for å tilrettelegge for et meningsfullt og godt liv. Brukerrollen ved ambulant behandling ser ut som den i stor grad har endret seg fra mottaker til deltager, og brukerne beskriver at de ved ambulant behandling opplever å ha større innflytelse på sitt liv. Hva skjer når brukeren skal være en likeverdig og aktiv del av pasient behandler forholdet (Rogan, 2014, s.20)?

Petter i pasienthistorien tok sine egne valg i behandlingsforløpet, som vi i teamet til tider var uenige i. Han takket nei både til støttekontakt og til oppfølging i kommunen. Vi var i tvil om dette var riktige valg. For oss i teamet så disse tilbudene ut som gode løsninger som kunne gi Petter mere støtte og hjelp til å øve på utfordringer i hverdagen. Petter vurderte absolutt begge tilbudene, men takket til slutt nei fordi han ikke følte seg komfortabel med å skulle ha denne hjelpen. Vi hadde i forkant refleksjoner og diskusjoner med Petter der vi la frem vårt faglige syn. Han tok deretter selv en beslutning på hva han ønsket. Han forklarte valget med at han i størst mulig grad ønsket å være normal.

Petter tok sine egne valg i behandlingsprosessen etter refleksjon og diskusjon med oss i teamet, og for ham ble dette en riktig løsning. Vi i teamet var i perioder skeptiske, både av ressursmessige og faglige hensyn. Vi mente at Petter kunne trenge mere behandling og hjelp for å «sette fart på bedringsprosessen», men godtok at Petter var den som tok valgene. Hvis vi hadde tatt sjefsrollen i behandlingsrelasjonen kunne vi ha stilt krav til Petter om å ta imot denne behandlingen hvis han fortsatt ønsket videre hjelp fra oss. Det ble en faglig diskusjon på teamet, og vi som var kontakter til Petter fikk myndighet til å bestemme. Vi var enige om at Petter måtte ta de valgene som var riktig for ham. Her ble det anerkjent at det var brukeren som satt med kunnskap om hva som var best for ham. Vi jobbet videre sammen for å finne ut hva som ville være best hjelp. Her satt brukeren i «førersetet». Vi i teamet opplevde her dilemmaer som går på ressurser og rammer.

H. Singstad (2004) har i sin doktorgradsstudie skrevet om emnet brukermedvirkning. Hun skriver at brukermedvirkning på systemnivå krever endring av strukturelle rammevilkår, og at det tilrettelegges for et demokratisk arbeidsmiljø. Det betyr at myndighet må delegeres nedover i organisasjonen slik at beslutningene i størst mulig grad kan tas av brukeren og fagfolket i deres felles samarbeid. Hun skriver videre at brukeren og tjenesteyteren representerer forskjellige livsverdener og at brukermedvirkning på individnivå forutsetter at tjenesteyter og bruker har en dialog der man deler opplevelser og oppfatninger rundt pasientens situasjon. Her kan det bli

uenigheter og det er viktig at hver part får beholde sin selvstendighet (Singstad, 2004). Selv om rettigheter knyttet til brukermedvirkning i helsetjenesten er nedfelt i loven, vil det være fagfolkene som vurderer når og på hvilke områder brukermedvirkning skal skje (St.meld. nr. 34 (1996–97)). Vi ser her at det finnes et maktforhold, og at det må erkjennes av begge parter.

I pasienthistorien så vi at vi som tjenesteytere som samarbeidet med Petter fikk delegert ansvar til å bestemme hvorvidt vi skulle fortsette med behandlingen i samme grad som før, selv om Petter takket nei til andre behandlingstilbud. Myndighet ble delegert ned til tjenestenivå. Her var det en skjevhet i maktforholdet mellom Petter og oss tjenesteytere. Vi hadde myndighet til å vurdere hvorvidt han skulle få samme behandlingstilbud. Vi hadde en dialog med Petter der han formidlet sin situasjon og hvorfor han ikke ønsket behandlingstilbudene han fikk. Vi på vår side argumenterte for hvorfor vi syntes han skulle takke ja til disse tilbudene. Etter denne dialogen tok Petter en beslutning på at han ville takke nei til begge tilbudene. Her fikk begge parter etter min mening beholde sin selvstendighet. Petter tok en beslutning på grunnlag av felles refleksjon og diskusjon.

Lauveng (2006) sier at forholdet mellom terapeut og pasient aldri kan bli likeverdig, og at det for henne opplevdes mest ryddig når man er åpen om at denne forskjellen fins. Terapeuten vil alltid ha mere makt enn brukeren. Hvis man later som man er jevnbyrdige kan ansvarsforholdet lett bli utydelig. Utvikling av et liksomvennskap kan tilsløre at det finnes maktforskjell, og for mange kan grensene bli utydelige.

5.5 Behandlingsrammer

Deinstitusjonalisering og ambulant behandling krever omstilling. Behandling flyttes, og det blir andre arbeidsmåter som krever en annen organisering i forhold til tradisjonell institusjonsbehandling. Den gamle sykehusmodellen hadde fokus på sykdom og institusjonen som arena, mens ambulant behandling har som mål å ha fokus på mestring på de arenaene der brukeren til vanlig oppholder seg (Ekeland, 2004). Har vi rammer til å gi denne behandlingen?

Borg (2009) stiller betimelig spørsmål ved dilemmaet at helsetjenesten på den ene siden skal være brukerorientert med fokus på brukernes ønsker og behov, og på den andre siden skal

forholde seg til standardiserte prosedyrer og følge nasjonale retningslinjer som er diagnosebasert (Borg, 2009).

De standardiserte prosedyrene som baserer seg på evidensbasert kunnskap forstått som den beviste og rette behandling eller metode, er omstridt i fagmiljøene. Evidensbasert kunnskap er hentet fra undersøkelser i utvalgte grupper, og i en annen sammenheng enn der pasienten bor og lever. At det er evidens for en metode, innebærer at den er dokumentert effektiv for bestemte problemer, under benevnte betingelser, men ikke at den fungerer i en hverdagskontekst. Er det troskap til metodene og standardiserte behandlingsforløp som er viktigst, eller er det viktigst å etablere en tillitsfull relasjon med fokus på brukernes mål og ønsker i livet (Ekeland, 1999)?

Brukerne etterspør alt annet en standardiserte prosedyrer. Jfr. kapittel 4.3 så ser vi hva tjenesteytere og pasienter nevner som viktige rammer for å kunne gi god behandling. Både tjenesteytere og brukere var enige i at tidsaspektet i behandlingsrelasjonen var svært betydningsfullt. Det ble beskrevet som svært viktig med samarbeid over tid, og flere beskrev det som viktig at kontakten gikk over flere år. Brukerne beskrev det som betydningsfullt at det var fleksibilitet i hva timene kunne brukes til, slik at det var mulighet til for eksempel å få følge på NAV-kontoret, få en god prat, en tur i marka, eller å få hjelp til noe praktisk som må ordnes. Det kunne se ut som at tjenesteyterne var mere opptatt av rammevilkårene i systemet, for eksempel økonomiske rammer til å følge opp over tid, at de hadde nok biler å kjøre ut med og at de ikke hadde for mange brukere slik at de hadde fleksibilitet til å gi avtaler ut ifra brukernes behov.

Som vi ser i pasienthistorien hadde Petter behov for fleksible behandlingsrammer i sin bedringsprosess.

Petter trengte lang tid før han følte seg trygg i relasjonen til oss i teamet, og den langsiktige relasjon måtte ligge i bunnen før han var klar til å sette ord på hva han ønsket å jobbe med, og å vise sine mest sårbare sider. Etterhvert klarte han å møte opp på vanskelige dager hvor han hadde mye angst og følte seg i dårlig form. Petter levde svært isolert, og hadde invalidiserende angst da han kom inn som bruker i teamet. Vi brukte lang tid på å bli kjent og opparbeide en god relasjon, noe som virket helt nødvendig for at Petter skulle våge å gå inn i den krevende arbeidsprosessen som sto foran ham, sammen med oss i teamet. Oppfølgingen av Petter har vart i to og et halvt år. Hadde rammene vært for stramme kunne det vært et mulig utfall at behandlingsforholdet til Petter ble avsluttet på grunn av at han ikke profiterte på behandlingen.

Etter det første året med behandling hadde vi ikke så mange målbare resultater, han var fortsatt isolert imot sitt ønske. Hvilke konsekvenser ville det fått hvis det ble fremtvunget en avslutning av behandlingen da? Hadde en kommunal bolig med base kunne blitt resultatet? Dette ville ikke være noe Petter ønsket. Han hadde et mål om å leve et liv som en vanlig borger, og for ham var ikke det å leve i en bolig med base. Det var heldig både for Petter og oss tjenesteytere at vi hadde rammer til å fortsette behandlingen. Hvis Petter ikke hadde fått tilstrekkelig tid til å jobbe seg ut av sin isolasjon, med støtte fra tjenesteytere som han hadde en trygg langsiktig relasjon til, så er det vanskelig å si hvor han hadde vært i dag. Petter er nå i arbeidspraksis som omsorgsarbeider, han jobber i full stilling, og får svært gode tilbakemeldinger både av kollegaer og arbeidsgiver. Petter selv beskriver håp for fremtiden.

Det å opparbeide og opprettholde en trygg og god relasjon preget av tillit og trygghet er tidkrevende. Dette er en arbeidsinnsats som er lite målbar, og det er vanskelig å vise til resultater. Når man ikke har målbare resultater å vise til, gjør det det utfordrende for fagpersoner når helsevesenet stadig har økt krav til effektivitet og resultatmåling (Borg og Karlson, 20011).

Fagpersoners vurderinger av hva som er god og bedringsfremmende praksis bygget på erfaringskunnskap står i fare for å bli underkjent i et system der helsehjelp blir en vare som skal gå i balanse. Et styringssystem med krav om standardisert helsehjelp kan påvirke behandlingstilbudet på grunn av økonomiske rammer og videre svekke tjenesteyternes autonomi. Den subjektive erfaringskunnskapen, og selve relasjonsarbeidet får ofte dårligere kår under slike omstendigheter (Ekeland, 2004).

Utøvelse av nye tjenester på nye plasser medfører ikke nødvendigvis at holdninger og kunnskap om behandling endres. Når rammebetingelser og tjenester endres bør ikke da innholdet i tjenestene og kunnskapsgrunnlaget endres i samsvar med nye mål og intensjoner (Borg, 2007)?

5.6. Faglig kompetanse

Når brukerens rolle endres og blir mere deltagende, så er det en naturlig følge at behandlerrollen endres i takt. Fagfolk har tradisjonelt sett visst mere om pasienten, enn pasienten

selv. Et skifte fra paternalistisk praksis til en praksis som støtter pasientens autonomi krever en holdningsendring. Vi må kanskje gå bort fra begreper som pasient og bruker, og gå over til begrep som person, eller menneske. Det er grunnfestet i bedringsperspektivet (recoveryperspektivet) at mennesker med psykisk lidelse først og fremst er et menneske, det betyr at man ikke skal defineres ut ifra behov for hjelp eller diagnoser (Anthony, 2003).

En endring av behandlingsrollen fra ekspert til medvandrer kan føre til usikkerhet i forhold til egen kompetanse. Det å finne ut av hva som er institusjonelle krav som er formet av tradisjonell behandling og praksis, og hva som kreves i konteksten i brukerens hjem og nærmiljø kan være utfordrende. For noen kan det være vanskelig å bevege seg inn på hverdagsarenaene sammen med brukeren. Tryggheten som er knyttet til å ha en objektiv ekspertrolle forsvinner, og man kan lett føle seg sårbar og avkledd (Almvik et al, 2014).

Psykiske problemer og bedringsprosesser er komplekst. Hvordan skal tjenesteyterne vite at hjelpen de gir har god standard? Mål som det å klare å gå på butikken, eller å klare å gå ut med søppelet, kan være store skritt, men det er vanskelig å formidle dette til andre, og det er vanskelig å måle på standardiserte instrumenter for psykisk helse. Man ser hvordan pasienten fungerer i hjemmemiljøet og hvilke ressurser som finnes der, og hva som skal til for å gi god behandling, men praksisen er vanskelig å beskrive eller måle fordi den er så individuelt tilpasset.

I resultatene, Jfr. kapittel 4., henviste brukerne lite til tjenesteyternes metoder og modeller. Brukerne etterspurte i stor grad menneskelige egenskaper hos tjenesteyterne, som respekt, likeverdighet, ydmykhet og tålmodighet (Krupa et al, 2005.; Gullstett et al, 2013, Hultberg og Karlson, 2012.; Biong og Soggiu, 2015.; Haugen og Almvik, 2009.; Fugletveit og Hansen, 2013.; Olsø, Almvik og Norvoll, 2014). Brukerne beskriver videre hverdagslige trivialiteter som svært viktig, og at de kan utgjøre vendepunkter i behandlingsprosessen. Hvordan skal kunnskapsutvikling og forskningsmetoder klare å få gitt dette en fortjent plass i kunnskapshierarkiet?

Det vil være viktig å ha kunnskapsutvikling og forskningsmetoder som synliggjør dette. Det vil stille krav til tjenesteyterne om at de anerkjenner denne brukerkunnskapen, anvender den, og setter søkelys på den. Brukererfaringer med hva som hjelper, er kunnskap som bør løftes frem og bringes inn i faglige diskusjoner (Borg, 2009).

Å etablere et godt samarbeid; å involvere brukerne i deres bedringsprosesser; å finne en felles forståelse av hva det skal arbeides med, blir viktig. Hvis fagpersonene i tillegg trekker inn faglige vurderinger og anvender metoder som er tilpasset den enkelte bruker og den enkelte situasjon, da vil de fremstå som eksperter på sitt fagfelt, og brukerne som opplever psykiske problemer fremstår som eksperter på sitt liv. Med et slikt perspektiv har tjenesteyteren med seg en holdning der brukerens kunnskap sees på som like viktig som sin egen fagkunnskap (Sundet, 2007.; Hatling, 2011).

6 AVSLUTNING

Jeg har i denne oppgaven sett på hva brukere og fagfolk opplever hemmer eller fremmer bedringsprosessen ved ambulans behandling. Igjennom oppgaven har det kommet frem at brukerne beskriver at ambulans behandling gir andre muligheter enn behandling ved institusjon, og at det for mange er en hjelp for å kunne leve sitt liv i hjemmet og nærmiljøet til tross for problemene og utfordringene de har. De beskriver det som fremmede på bedringsprosessen å få hjelp med fokus på mestring og en meningsfull hverdag i nærmiljøet. Det å kunne være «normal» og gjøre det som folk flest gjør i hverdagen ble av mange poengtert som viktig for å leve et godt liv.

Bedringsstudier bidrar til å utvide og utvikle forståelse av brukernes livssituasjon og egen innsats for å håndtere utfordringer i hverdagen. Gjennom å legge vekt på brukererfaringer og brukerperspektivet blir den enkelte brukers ressurser og ferdigheter tydeligere. Fagfolkene beskriver at de opplever det riktig og meningsfullt å møte brukerne som personer med egne mål, ønsker og drømmer, og at ambulans behandling muliggjør å tilrettelegge hjelpen bedre i forhold til den enkeltes interesser og egne behov.

Et bedringsperspektiv på vekst og positiv utvikling ved alvorlige psykiske lidelser skiller seg fra tradisjonelle tilnærminger ved at levde erfaringer gjøres til utgangspunkt for tenkning og teoretisering. Hvilke konsekvenser vil denne tenkningen ha for det fremtidige behandlingstilbudet? Den enkeltes individuelle erfaringer og ressurser i en hverdagslivskontekst synes å være viktig som en motvekt mot psykiatriens vektlegging av objektivitet, medisinske symptomer og diagnoser, og videre at behandlingen gis uten å ta hensyn til den enkeltes livssammenheng og hverdagslivskontekst. Er det en god løsning å utvikle kunnskapen om bedringsprosesser til metoder og modeller for å tilpasse seg samfunnets krav om dette? Brukerne har ikke etterspurt dette, de etterspør praksiser der de kan være aktører i sitt eget liv. De etterspør fagfolk som fremstår som personer, som gir av seg selv, og som har en åpen holdning til hva som hjelper, og ikke fremstår som distanserte profesjonelle. Fagfolkens evne til å samhandle kan ha

større betydning enn spesifikke behandlingsteknikker. Brukerne selv sier at det er viktig at fagpersonen er opptatt av hvordan de psykiske problemene påvirker livene deres, og at dagliglivets betydning blir vektlagt og ikke undervurdert. Menneskelige egenskaper reduserer selvsagt ikke betydningen av faglig kompetanse eller klinisk erfaring.

7 REFLEKSJONER

I arbeidet med denne oppgaven har det vært nødvendig å ta en del valg, både med tanke på innhold, oppbygging og struktur. Det vil komme noen kritiske refleksjoner rundt noen av valgene som er tatt underveis. «Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen» (Malterud, 2011, s.19).

Jeg har valgt å skrive en forholdsvis lang pasienthistorie, dette for å få belyst utfordringer og dilemmaer fra praksishverdag. Det at historien ble så lang kan ha gjort det vanskelig for leseren å holde tråden.

Kapittel fire med forskningsresultater og kapittel fem med diskusjon kunne jeg ha valgt å slå tsammen til et kapittel Jeg ser i etterkant at det kunne gjort oppgaven mere oversiktelig. Under skrivingen av oppgaven vurderte jeg det annerledes.

Jeg har i gjennom oppgaven gjentatte ganger fremstilt det biomedisinske perspektiv som utilstrekkelig i forhold til å kunne ivareta mennesker som opplever psykiske problemer. Det er mulig at jeg i oppgaven har fremstilt dette for ensidig.

Jeg har kort drøftet noen utfordringer rundt bedring og bedringsprosesser, men et mere kritisk blick kunne vært interessant.

LITTERATURLISTE

Almvik, A. & Borge, L.(Red.).(2014). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid.* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T.M., Westerlund, H, &Norvoll, R. (2011). Å lage farger på livet til folk: God hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*,02, 155-162.

Andersen, T (2010). *Reflekterende prosesser.* Dansk Psykologisk Forlag.

Anthony, W. (2003). Expanding the evidence base in an era of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(1), 1-2.

Biong, S. Herrestad, H., (2011). “Som å åpne noe som er fastlåst” Begrepet håp I krisehåndtering og hjemmebehandling I lokalt basert psykisk helsevern. *Klinisk Sygepleie*, 2, 45-54.

Biong, S., Soggiu A.S., (2015). “Her tar de tingene i henda og gjør noe med det”. Om recovery-orienteringen I en kommunal ROP-tjeneste, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 50-60.

Borg, M. (2007). *The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems.* (Ph.D.), University of Science and Technology, Trondheim.

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 452–459. Nedlastet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=79458&a=2

Borg, M., & Karlson. B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena-muligheter og begrensninger i lokalt basert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.2, 105-115.

Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser.* Oslo: Kommune forlaget.

Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapssammenstilling.* (Rapport nr. 4/2013). Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for

psykisk helsearbeid. Hentet fra <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>.)

Borg, M., & Karlson, B. (2010). Å arbeide I menneskers hjem-dilemmaer I humanistiske praksiser I psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for dansk sykepleierforskning*, (2&3), 57-53.

Bjørngen, B, & Westerlund, H. (2009). Bruker Spør Bruker (BSB)Evaluering av Psykiatrisk Ambulant rehabiliteringsteam(PART). KBT Midt Norge, 2009.Hentet fra: <http://www.brukererfaring.no/PDF%20BsB%20rapporter%20ISBN/Rapport%20Bruker%20Spør%20Bruker%20PART%202009%20Elektronisk.pdf>

Bjørlykhaug, K, I., Redzovic, S., (2016). Borte bra, hjemme best? En kvalitativ studie av voksne brukers opplevelser i møte med ambulante akutt team og ambulante oppfølgingsteam I psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 3,221-231.

Bordin, E. S. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. London: John Wiley and sons Ltd. (Dgfs.s58)

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York (NY): New York University Press.

Davidson, L. Strauss, J.S. (1995). Beyond the biopsychosocial model: integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry* 58:44-55.

Deegan, P. E. (1998). Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1988, Vol.11(4), pp.11-19

Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33 (66), 29-35.

Drake, R.E. & Deegan, P.E. (2008). Are assertive community treatment and recovery compatible? Commentary on "ACT and recovery: integrating evidence-based practice and recovery orientation on assertive community treatment teams". *Community Mental Health Journal*. Feb; 44(1):75-7.

Duncan, B.L., & Miller. S.D. (2000). *The Heroic Client: Principles of Clientdirected, Outcome-Informed Therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Ekeland, T. J. (2001). Den biomedisinske arkitekturen som maktdiskurs. *Fokus på familien*, 29, 308-323.
- Ekeland, T.J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. (Arbeidsnotat nr. 6/2004) Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Ekeland, T.J. (2011). *Ny kunnskap-ny praksis. Et nyttskykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse .2011:1.
- Fugletveit, R., Hansen V.G. (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, Vol.10.Nr.3.
- Gadamer, H.G. (2003). *Den gåtfulla hälsan*. Falun: Dualis Förlag AB.
- Gjertsen, A. (2007). Åpenhet og helhet ti år etter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 44, nummer 6, 2007, side 755-760.
- Glover, H. (2005). Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-4.
- Gullslett, M.K., Karlsson. B, Forinder, U., og Borg, M. (2013). Ambulant akutt team- Et sikkerhetsbelte for mennesker I psykisk krise? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*,2, 3-16.
- Hansen, G.V., (2013). Fleksibilitet gir brukertilpassete tjenester. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 209-218.
- Hatling, T. (2011). Psykisk helearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 143- 153.
- Hatling, T. (2016) Psykisk helsearbeid må videre-om teoretisering, standardisering, akademisering og ressurser. I: B. Karlson(red)*Det går for sakte i arbeidet med psykisk helse og rus* (s.213-225). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haugsjerd, S., Jensen, P., Karlson, B., & Løkke, J.A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse-å forstå, beskrive og behandle*.3. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Haugen, K., Almvik, A (2009). Drømmehjelpa- Finnes den? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6, 330-338.

Helsedirektoratet (2008). Mennesker med alvorlig psykisk lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Rapport I.S.-154.Oslo. Helsedirektoratet. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/mennesker-med-alvorlige-psykiske-lidelser-og-behov-for-serlig-tilrettelagte-tilbud-vurdering-av-omfang-og-behov-samt-forslag-til-tiltak>

Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>).

Helsedirektoratet. (2014). *Organisering og praksis i ambulante akutt team ved distriktpsykiatriske sentre-(DPS)* (Rapport IS -2156). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/244/Organisering-og-praksis-i-ambulante-akutteam-ved-distriktpsykiatriske-sentre-IS-2156.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. meld nr. 47 (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.

Herrestad, H., Biong, S. (2011). Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser I fastlåste situasjoner: Om håpefull praksis I et ambulant akuttpsykiatrisk team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2,109-119.

Hopkins, C. &Niemic.S(2007). *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 310-318

Hultberg, K.B., Karlson, B. (2007) Brukererfaringer med kriseintervensjon I eget hjem. *Tidsskrift for den norske psykologforeningen*,7, 900-905.

- Hummelvoll, J.K. (2010). Praksis nær forskningsetikk. I Hummelvoll, J.K Andvig, E., Lyberg, A. (Red.) *Etiske utfordringer i praksis nær forskning*. (s.17-32). Oslo Gyldendal Akademisk.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo Gyldendal Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte P.A., Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Karlson, B., Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- Kilvik, A. og Lamøy, L.I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag. En håndbok*. Trondheim: Tapir Akademiske Forlag.
- Krogh, T. (2012). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal.
- Krupa, T., Estabrook, S., Hern, L., Lee, D., North, R., Percy, K., Von Brieson, B., & Wing, G. (2005). How do people who receive Assertive Community Treatment experience this service? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 18-24.
- Lauveng, A. (2006). *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen forlag.
- Leiphardt, L & Barnes, M. (2005). The Client Experience of a Sensitive Community Treatment: A Qualitative Study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28,4/3, 2005
- Lofthus, A.M., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J, C., Lauveng, A., Clausen, H., Ruud, T., Heiervang, K, S. (2016). Are Users Satisfied with Assertive Community Treatment in spite of Persons Restrictions? *Community Ment Helth*, 52, 891-897.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsø, T, M., Almvik, A., Norvoll, R. (2014). Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 2, 121-131.
- Pedersen, A. (2014). Recovery som fagperspektiv og praksisfelt. I A.Almvik, & L. Borge (Red.) *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. (s.99-120). Bergen: Fagbokforlaget

Rogan, T. (.2014). Fra Opptappingsplan til samhandlingsreform. I A.Almvik, & L. Borge (Red.). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid.* (s.15-28). Bergen: Fagbokforlaget.

Ruud, T., Clausen, H., Heiervang, K. Stuen, H.K., Odden, S., Landheim, A.(2014). *Utprøving av ACT-team I Norge. Hva viser resultatene?* Nasjonal kompetansetjeneste ROP. Akershus Universitetssykehus. Hentet fra:
https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Sluttrapport%20evaluering%20ACT-Team_endelig.pdf

Shepherd, G., Boardman, J. & Mike Slade. (2008). *Making recovery a reality.* Sainsbury Centre for Mental Health. Hentet fra:
<https://www.centreformentalhealth.org.uk/Handlers/Download.ashx?IDMF=e94d8999-4010-4a5e-a5d8-0c3f1eb2d0e6>

Sigstad, H. M. H. (2004). Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskrift Norsk Lægeforen nr.* 1, s. 63–64.

Slade, M., Adams, N& O`Hagan, M. (2012) Recovery: past progress and future challenges. *International Review of Psychiatry*;24(1), 1-4.

Sommer, M, S., Strand, M., Borg, M., & Ness, O. (2013). Medvandrer og hverdagshjelper. Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukers medborgerskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*,01, 36-45.

Sosial og Helsedirektoratet (2006). *Plan for brukermidvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse.* Oslo: Sosial og helsetjenester. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bukermidvirkning-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplan-for-psykisk-helse>

Sosial- og helsedepartementet (1997-1998). *Om opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.*St.prp.nr. 63(1997-1998). Oslo: Sosial -og helsedepartementet. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Sosial og helsedepartementet (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* St. melding nr. 25(1996-97). Oslo: Sosial -og helsedepartementet Hentet fra:

https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/

St.meld. nr. 34 (1996–97). *Lov om pasientrettigheter. 3. Resultater og erfaringer fra Regjeringens handlingsplan for funksjonshemmede og veien videre*. Rundskriv 1–60/2000. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-34_1996-97/id191142/

St.meld. nr. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Sundet, R. (2007). Brukerperspektivet og den terapeutiske relasjon-betydninger for terapeutisk arbeid. I: A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A-G. Tuseth, og T. Fjeldstad(red.). *Klienten -den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*, 312-327. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Veseth, M. (2014). Folk blir bedre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 51, nummer 1, 2014, side 29-35

Wampold, B., & Imel, Z.E. (2015). The great psychotherapy debate. New York: Routledge.DGFS kap. 3)

Wilken, R. (2007). Recovery from Psychosis: A Growing Body of Knowledge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 9, 658666.

Winness, M.G., Borg, M., Kim, H.S. (2010). Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *Journal of Mental Health*, 19, 75-87.

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

Aagaar, J., Nielsen, K.M., (2011) Clinical outcome of Assertive Community treatment (ACT) in rural area in Denmark: A case -control study with a 2-year follow -up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 5, 299-305.

Aakerholt, A. (2010). *ACT-håndbok*. Nasjonal Kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. KoRus- Øst. Kompetansesenter Rus.