

Hovedoppgave

Brukermedvirkning innen psykisk helse- og rusarbeid i dag – ambisjoner og hindringer.

Vår 2019

Veileder: Gerd Inger Ringdal

Kandidatnummer: 740582

PSYPRO4700

Psykologisk institutt, NTNU

Forord

I mange år jobbet jeg fulltid som miljøarbeider og miljøterapeut innen rusomsorgen i Oslo kommune. Etter at jeg begynte på profesjonsstudiet i psykologi har jeg jobbet i ferier og helligdager. Jeg opplevde personalgruppa og institusjonsleder som veldig empatiske og omsorgsfulle fagfolk, og ofte ble det sagt i personalgruppa at "vi jobber mer med hjerte enn med hode". I mange situasjoner gikk vi som miljøarbeidere veldig langt i å hjelpe en bruker, og ofte utenfor mandatet til institusjonen. Brukermedvirkning ble nevnt igjen og igjen, og viktigheten av den ble gjentatt på alle seminarer og kurs. Etter å ha jobbet 15 år i rusomsorgen kunne jeg fortsatt bli usikker på om personalet utøvet brukermedvirkning på daglig basis slik helsemyndighetene ønsket det. Jobben på institusjonen var omfattende, begrensningene mange og tiden strakk heller ikke til. Det man leste om i nasjonale veiledere kunne tidvis virke vanskelig å implementere i daglig praksis. Ambisjonene var alltid tilstede, men både egen opplevelse og tilbakemelding fra kollegaer var at implementeringen av brukermedvirkning i daglig arbeid ikke var uproblematisk, og til tider umulig. I daglig arbeid var det heller ikke tid til å reflektere over denne problematikken, men etter som årene gikk vokste det fram et behov for å få en bedre forståelse av begrepet brukermedvirkning, ikke minst fordi brukermedvirkning ble løftet fram som gullstandard i møte med denne pasientgruppen. Da det var tid for å skrive hovedoppgave var det ingen tvil om at jeg ønsket å fordype meg mer i begrepet brukermedvirkning.

Jeg ønsker å takke veilederen min, professor Gerd Inger Ringdal, som alltid har vært tilgjengelig. Tusen takk for raske tilbakemeldinger, konstruktiv kritikk og ikke minst de hyggelige samtalene på kontoret. Jeg vil også takke Børge Baklien, min tidligere kollega og nå førsteamanuensis ved Høgskolen i Innlandet for inspirasjon, moralsk støtte og gode tilbakemeldinger. Takk til Gunnar for kaffepausene og Shahrukh for kinobesøkene. Til slutt ønsker jeg å takke hele min familie, særlig Teresa og Sakander, som heier på meg fra sidelinjen når jeg nå fullfører profesjonsstudiet i psykologi med denne oppgaven.

M. Shoaib Khan
Trondheim, juni 2019

Sammendrag

Brukermedvirkning er blitt en lovfestet rettighet som hjelpeapparatet skal benytte seg av i møte med mennesker som sliter med psykiske lidelser og rusavhengighet. Arbeidet med å få fram brukerperspektivet innenfor psykisk helse- og rusarbeid har pågått i over 50 år, og brukernes perspektiv vektlegges mer og mer. Helsemyndighetenes ambisjon for brukermedvirkning i møte med psykisk helse- og rusproblemer og hvordan de tenker å ivareta og gjennomføre den er belyst i oppgaven. Rusavhengighet er hovedsakelig sett gjennom perspektivet til personer som utvikler alkoholavhengighet. Både Engels biopsykososiale modell og Arnsteins modell for borgerdeltagelse er brukt som teoretiske rammeverk og inspirasjon til dagens tenkning. For å forstå brukermedvirkning bedre er også begreper som empowerment og recovery diskutert i oppgaven.

Forskning og litteratur på brukermedvirkning viser at det er behov for mer forskning på temaet, og at brukermedvirkning ikke blir implementert i tilstrekkelig grad. utfordringer knyttet til brukermedvirkning i praksis har både mellommenneskelige og systemiske komponenter. Det kan virke som at både stigmatisering av brukergruppen og de byråkratiske rammene hjelpen blir gitt i, skaper hindringer for gjennomføringen av brukermedvirkning. Samfunnspsykologisk tenkning presenteres som en potensiell løsning. Recovery løftes frem som mulig arvtager etter brukermedvirkning, gitt at man anerkjenner hindringene som er nevnt i oppgaven.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for oppgaven	6
1.1.1 Historisk blikk på psykisk helsevern i Norge	7
1.1.2 Alkohol som rusmiddel	8
1.1.3 Alkoholbruk- og misbruk i samfunnet	9
1.2 Problemstillinger	10
1.3 Fremgangsmåte/metode	10
2.0 Brukermedvirkning	12
2.1 "Bruker"	12
2.2 "Medvirkning"	13
2.3 Brukermedvirkning – slik myndighetene ser det	14
2.4 Hvordan helsemyndighetene tenker å ivareta brukermedvirkning	14
2.5 Forskning og litteratur på brukermedvirkning	15
2.6 Utfordringer knyttet til gjennomføringen av brukermedvirkning i praksis	16
2.7 Empowerment og brukermedvirkning	18
3.0 Teori	20
3.1 Den biopsykososiale modellen	20
3.2 Arnsteins stige for medvirkning	21
3.3 Stigma	22
3.4 Recovery	22
4.0 Diskusjon 1	24
4.1 Arven etter den biopsykososiale modellen	24
4.2 Arven etter Arnsteins stige for medvirkning	25
4.3 Problemet med empowerment	25
4.4 Problemstilling 1	26
4.5 Problemstilling 2	27
4.5.1 Holdninger og fordommer	28
4.5.2 Stigmatisering av brukere med alkoholavhengighet	29
4.5.3 Mulige forklaringer på stigmatisering	29
4.5.4 Makt som problem	31
4.5.5 Byråkrati	32

5.0	Diskusjon 2 - Systemarbeid	34
5.1	Samfunnspsykologisk tenkning	35
5.1.1	Allianse	35
5.1.2	Forandring	36
5.1.3	Atmosfære for kunnskap	36
5.2	Samfunnspsykologisk arbeid	36
6.0	Diskusjon 3 - Brukermedvirkning i dag og i fremtiden	38
6.1	Problemstilling 3	38
6.1.1	Recoveryorienterte tjenester	38
6.1.2	Har recovery noen plass i dagens psykisk helse- og ruslandskap?	40
6.1.3	Er recovery gjennomførbart?	40
6.2	Fremtidens recoveryorienterte tjenester. Hva ønsker man svar på?	43
6.3	Fremtidens psykisk helse- og rusbehandling	44
7.0	Oppsummering og refleksjon	46
8.0	Referanser	48

1.0 Innledning

I nasjonal veileder "Sammen om mestring" omhandlende psykisk helse og rus skriver helsedirektoratet at brukeren har rett til å medvirke i egen behandling og at tjenesten plikter å involvere brukeren. På den måten blir brukermedvirkning en lovfestet rettighet som hjelpeapparatet ikke kan velge bort (Helsedirektoratet.no, 2017). Som kliniske psykologer vil man møte pasientgruppen som sliter med rusproblemer og psykiske problemer samtidig, både i spesialisthelsetjenesten og ikke minst i førstelinjetjenesten. Skal man tro på helse- og omsorgsministeren Bent Høie kan det faktisk se ut som flere og flere fremtidige psykologer vil jobbe i kommunene og i førstelinjen. Halvparten av kommunene i Norge mangler psykologer, men fra 2020 er det stilt krav om at kommunene skal ha psykologer (Regjeringen.no, 2017). Dette er en forlengelse av et arbeid som har pågått i noen år der man ser at kommunetilbudet blir rustet opp (Regjeringen.no, 2014).

Verken rusmidler eller psykiske lidelser får sentral plass i oppgaven da fokuset er på begrepet brukermedvirkning i møte med disse brukergruppene. Samtidig vil en slik oppgave diktere behovet for å tilby tilstrekkelig med bakgrunnsopplysninger for leser. Helsevesenet som fokuserer på psykisk helse er sett med historiske briller, og avhengighetsproblematikken er beskrevet fra alkoholperspektivet. Det er flere grunner til at alkohol er valgt som eksempel på rusmidler i denne oppgaven. For det første er alkohol et godt integrert rusmiddel med lange tradisjoner. Samtidig er det et inntrykk av at samfunnet jevnt over stiller høyere krav til en med alkoholavhengighet enn andre rusmidler. Sist men ikke minst, alkohol er et legalt rusmiddel med god tilgjengelighet, og som blir regulert av alkohollovgivningen, på samme måte som legemidler foreskrevet av lege blir regulert av Statens legemiddelverk (Lovdata.no, 2015). Illegale rusmidler derimot kommer inn under betegnelsen narkotika og medfører straffeansvar ved bruk og omsetning (Regjeringen.no, 2015). Dermed var det et bevisst valg i denne oppgaven å ikke ta stilling til det strafferettslige og det juridiske som medfølger illegale stoffer.

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Behovet for å se nærmere på begrepet brukermedvirkning er personlig og springer ut fra egen erfaring og nysgjerrighet. Dette behovet har vokst seg større og større de siste årene. Samtidig er det et begrep som er nokså fraværende på profesjonsstudiet i psykologi. Er det slik at brukerperspektivet slik det er formulert i nasjonale veiledere skal være forbeholdt yrker som jobber med sosialt arbeid, og at psykologer heller skal fokusere på utredning og behandling? Det er forventet at psykologer skal bidra med veiledning og kompetansehevende

opplæring til øvrig personalet, og ikke minst inneha folkehelseperspektivet. Derfor anses det som særdeles viktig at kommende psykologer ikke glemmer brukerperspektivet i møte med pasienter og brukere, uavhengig av om de jobber i spesialisthelsetjenesten eller i førstelinjetjenesten.

1.1.1 Historisk blikk på psykisk helsevern i Norge

Mellom 1800- og 1900-tallet var det en generell oppfatning i samfunnet at folk som var psykisk syke var påvirket av overnaturlige krefter. Ansvar for å ta vare på disse menneskene tilfalt familiene deres. Hvis byrden ble for stor ble de såkalte sinnssyke satt på legd, noe som innebar privatforpleining på gårder mot arbeidsdeltakelse knyttet opp mot gårdsdrift (Husøy, 2015). Første asylet ble bygget på Gaustad i Oslo i 1855, etter inspirasjon fra Europa og Nord-Amerika. Rundt århundreskiftet 1800-1900 var det så stor økning i antall pasienter at det fantes fire statsdrevne asyl samt syv privateide og offentlige asyler i Norge (Husøy, 2015). Grunnet kapasitetsproblemer og stor pågang av psykisk syke personer ble det på 1900-tallet opprettet private kolonier, som bestod av mindre boenheter, ofte på en gård. Etter den massive kritikken grunnet uverdige og ulevelige forhold ble det etterhvert opprettet pleiehjem for psykisk syke. I 1920 fantes det 21 asyler i Norge (Vold, 1999).

I 1912 ble lov om offentlige lægeforretninger vedtatt for å gi befolkningen tilgang til legetjenester, og for første gang ser man at vilkårene for psykisk syke mennesker blir forbedret selv om det ikke eksisterer noen form for brukermedvirkning. Med industrialiseringen og befolkningsveksten kom etterhvert sykehusene og etter andre verdenskrig ble helsedirektoratet etablert som en del av sosialdepartementet. Det ble økt fokus på å tilby mer effektive tjenester til befolkningen (Husøy, 2015). Sykehusloven i 1969 sørget for et mer helhetlig system for alle medisinske institusjoner og fordelte ansvaret over til fylkene. Med folketrygden som ble innført på 1960-tallet kunne mange psykisk syke som tidligere ikke kunne forsørge seg selv og var en byrde for sine familier, endelig forsørge seg selv og til og med skaffe seg egne boliger (Vold, 1999).

Både loven om psykisk helsevern i 1961 og lov om sosial omsorg i 1964 bidro til en ny retning i behandlingstilnærming, som miljøterapi og gruppeterapi. Til tross for dette var brukerperspektivet fortsatt fraværende på det tidspunktet. På 1970-tallet ble det etablert mange dagavdelinger der enkeltmennesker kunne få hjelp til sine problemer, og fra 1980-tallet kunne man se at fokuset var mer rettet mot sektorisering av psykisk helsevern med ønske om å integrere mennesker med psykiske lidelser ut i samfunnet (Husøy, 2015).

I 1982 ble begrepet brukermedvirkning politisk introdusert i Norge slik at det kunne forenkle de offentlige tjenestene, også helsetjenesten (Vatne, 1998). 16 år etter lanseringen av dette begrepet skriver Vatne (1998) at det kan være vanskelig å vite hva det betyr i praksis.

Distriktpsykiatriske sentre vokste fram på 1980-tallet og 1990-tallet og formålet var å skape et samarbeid med primærhelsetjenesten på den ene siden og sykehusene på den andre siden, med mål om at tjenesten skal fungere helhetlig for tjenestebrukere. I dag kan man anta at de fleste DPS-ene har en befolkningsdekning på omkring 60 000 mennesker, noe som er anslått som øvre grense (Husøy, 2015).

Det er verdt å merke seg at man skiller mellom psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Psykisk helsevern inneholder undersøkelser og behandling for psykiske lidelser innenfor spesialisthelsetjenesten (Braut & Andersen, 2016), mens psykisk helsearbeid er et begrep som har forankring i alle deler av offentlig sektor, som helseforetak, kommuner og fylker. Her er fokuset mer på folkehelseperspektivet og tankegangen er at god helse skapes best utenfor dagens forståelse av psykisk helsevern (Andersen, 2016). Brukerens stemme har endret seg mye i løpet av de siste to hundre årene, men siden 1960-tallet skjedde det spesielt store samfunnsendringer som både var av økonomisk og ideologisk art. Brukernes stemme og perspektiv har blitt mer og mer aktualisert (Husøy, 2015).

1.1.2 Alkohol som rusmiddel

Bruken av alkoholholdige drikker som rusmiddel har vært en integrert og viktig del av mange kulturer i tusenvis av år (McGovern, 2009), samtidig som vi vet at skadelig bruk av alkohol er et av de største rus- og samfunnsproblemene vi har i verden i dag (WHO, 2014).

I industrialiseringens første epoke ble alkoholen et symbol på fritid, og markerte dermed skillet mellom fritid og jobb. Etterhvert som den normale arbeidsdagen ble kortere, og nordmenn mer kjøpekraftige førte dette til høyere alkoholkonsum (Nesvåg, Ramvi og Tungeland, 1999). Omsetningen av alkohol i Norge har økt fra 4 liter alkohol per innbygger i 1967 til nesten 7 liter i 2008 (Edland-Gryt, Skretting, Lund Bye & Horverak, 2010). De siste årene kan man derimot se en stagnering, og i noen tilfeller en svak nedgang i omsetting av ren alkohol per person (SSB, 2018).

Samtidig ser man at alkoholbruk er identifisert som årsaken til mer enn 200 sykdommer, skader og helsetilstander med ICD-10 koder (Rehm et al., 2009). Utover egne skader og sykdommer vil skadelig bruk av alkohol kunne føre til sosiale problemer og økonomiske vansker, noe som igjen blir en del av et større samfunnsproblem (WHO, 2014). I følge store norske leksikon har ca. 8 % av Norges befolkning alkoholproblemer (snl.no, 2016). Disse tallene varierer noe. I følge Folkehelseinstituttet (2018) viste selvrapporterte

undersøkelser at 15% av den voksne befolkningen i perioden 2015-2017 hadde et alkoholbruk som kan sies å være risikofyllt. I 2016 ble det registrert 336 alkoholutløste dødsfall i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018). Til sammenligning mistet 135 mennesker livet i trafikkulykker på de norske veiene i 2016 (SSB, 2017). Med tanke på skadevirkningene alkoholmisbruk har på individet og samfunnet rundt, er det et relativt lite prioritert felt innenfor politikken (WHO, 2014). Regjeringen påpeker at alkoholen fører til store kostnader for den som bruker, for de som er rundt dem og for samfunnet. Ved siden av omsorgssvikt, frykt, ulykker, vold, og fosterskader nevner de at helsetjenestene også påføres store kostnader (Regjeringen, 2017).

1.1.3 Alkoholbruk- og misbruk i samfunnet

Å drikke alkohol er i seg selv verken ulovlig eller stigmatiserende. Det er en sosial atferd som assosieres med inklusjon i sosiale sammenhenger. I noen sammenhenger kan alkohol være et symbol på makt og status, og i noen forbindelser som for eksempel på forretningsmøter, fester og bryllup kan det til og med være akseptabelt med massiv drikking (Room, 2005). Mange bedrifter har arrangementer som sommeravslutninger, julebord og teamutviklingsarrangementer hvor alkoholen har en sentral plass (Nesvåg et al., 1999). Alkoholen blir brukt hovedsakelig i sosiale settinger hvor målet er å oppnå fellesskapsfølelsen og å fremme utviklingen av gode relasjoner (Nesvåg et al., 1999). De fleste som drikker alkohol forbinder rusen med nytelse. Selv om forbruket holdes på et forsvarlig nivå, som antas å ha positive egenskaper kan alkoholen også ha negative egenskaper. Det er trolig mulig å oppleve de positive egenskapene ved alkoholdrikking på individnivå, men på samfunnsnivå er ikke dette mulig (Gjelsvik, 2004). En av grunnene til at alkoholproblem regnes som en av de store utfordringene i samfunnet gjelder ikke kun på grunn av problemets omfang, men på grunn av manglende kunnskap og ambivalente holdninger i samfunnet (Duckert, Drozd & Kraft, 2011).

Skyldes de ambivalente holdningene den sterke kulturelle og tradisjonelle posisjonen alkoholen har i vårt samfunn? Når 1 av 10 nordmenn har et problematisk forhold til alkohol som rusmiddel kan man da kalle det for et utbredt problem? Grunnet legaliteten og den enkle tilgangen til alkoholholdige drikkevarer er det nærliggende å anta at hjelpebehovet ikke vil avta i fremtiden, og mange av disse personene vil få hjelp i førstelinjetjenesten. Helsemyndighetene er tydelige på at enhver person som oppsøker hjelp mot enten psykiske lidelser eller rusproblemer skal få medvirke i sin egen behandling. Økt brukerinnflytelse blir nevnt som det viktigste holdepunktet (Helsedirektoratet, 2014).

1.2 Problemstillinger

Med presentert informasjon som bakteppe vil det videre i oppgaven fokuseres mer på begrepet brukermedvirkning.

I denne teoretiske oppgaven er målet å lære mer om begrepet brukermedvirkning og forstå dets plass i dagens behandlingsapparat i møte med psykisk syke- og rusavhengige personer. Samtidig var det et ønske om å finne ut hvilken behandlingstilnærming det legges vekt på i dag med tanke på fremtiden. Det er derfor fokusert på følgende problemstillinger:

1. Hva innebærer begrepet brukermedvirkning og i hvor stor grad blir det implementert i møte med pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet?
2. Hvilke faktorer medvirker til at brukermedvirkning ikke fungerer i praksis?
3. Hvilke andre måter å jobbe på kan på sikt fremme brukermedvirkning?

1.3 Fremgangsmåte/metode:

Opgaven har en teoretisk form, og det teoretiske utgangspunktet har vært elementer fra pensum på profesjonsstudiet i psykologi. Det er lagt frem tre problemstillinger som blir besvart i løpet av oppgaven. Fremgangsmåten har vært å presentere leseren for nok bakgrunnskunnskap til å få innblikk i problematikken. Teorier som oppgaven er forankret i danner grunnlaget for forståelsen av brukermedvirkning slik helsemyndighetene ønsker at den skal være. For å svare utfyllende på problemstillingene ble diskusjonsdelen fordelt over tre kapitler. Svarene på problemstillingene og diskusjonen i oppgaven tar utgangspunkt i studier og undersøkelser som er gjort på emnet.

Alle søk på artikler, litteratur og studier omhandlende temaet brukermedvirkning er foretatt ved å bruke virtual private network (VPN) som tillater studenter og ansatte å koble seg på NTNUs nett. Søkene har ikke vært begrenset til noen nøkkelord. Styrker ved en slik fremgangsmåte er at man har økt grad av frihet med tanke på retning i oppgaven, og man får også rikholdig med informasjon. Jobben blir da å diskriminere og skille mellom relevant og ikke relevant informasjon. Samtidig må man være åpen på at egne erfaringer og bias kan være med på å styre søkene i en bestemt retning. Dette gjelder både bekreftelsesbias og tilgjengelighetsbias. Bekreftelsesbias handler om at vi mennesker oppsøker og fokuserer på informasjon som bekrefter og støtter vår egen oppfatning, men tilgjengelighetsbias handler om at enkelte opplysninger og informasjon skaper mer livaktige minner i oss, noe som igjen kan påvirke vår evne til å bedømme sannsynlighet. Når det er sagt så er gjort forsøk på at oppgaven skal speile deler av virkeligheten som eksisterer mange steder i helse-Norge. Selv om oppgaven presenterer en slags løsning for veien videre er det ikke gjort forsøk på å

generalisere, men heller å skrive så nyansert og informativt som overhodet mulig om et begrep de fleste har et forhold til.

Den neste delen i oppgaven tar for seg begrepet brukermedvirkning, dets plass i nasjonal veileder for psykisk helse og rus, og ikke minst se på litteratur og utfordringer knyttet til det.

2.0 Brukermedvirkning

Det var tankeprosessen rundt begrepet brukermedvirkning som var drivkraften og motivasjonen bak denne oppgaven. Derfor er dette kapittelet viet til dette begrepet. Både etymologien, helsemyndighetenes syn på begrepet samt litteratur og forskning på dette området blir presentert her.

2.1 "Bruker"

Bruker betyr å bruke, anvende eller nyte (Dahl, 2012). Definisjon på en bruker slik loven ser det noe annet enn pasient. En bruker er en "person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp" (pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, 1999). Begrepet pasient derimot er definert som "en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle" (pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, 1999). I tillegg blir også begreper som klient og kunde brukt i noen sammenheng, men disse begrepene har mindre bred støtte. I følge Larsen, Aasheim og Nordal (2006) er en «bruker» en person som benytter seg av relevante tjenester i en eller annen form.

Ser man på etymologien til begrepene blir det tydelig at de ikke er like gjeldende slik samfunnet er i dag. Begrepet pasient som kommer fra det latinske ordet "patiens" betyr en som er "tålmodig" og "utholdende", og i dagens kontekst betyr det at vedkommende godtar de regler og normer som måtte gjelde for en syk person og trer inn i en sykerolle (Bruusgaard, 2019). Begrepet klient kommer fra antikkens Roma og betyr "underordnet" og "avhengig" (snl, 2019), noe som beskrev den sosiale og politiske strukturen i Romerriket hvor klienten var underlagt en mektigere og sosialt høyerestående person (Andersen, 2018). Begrepet "bruker" er per lov ikke en pasient, og begrepet "kunde" har en handelsklang som ikke virker forenelig med verdigrunnlaget til tradisjonelle tjenesteytere (Hem, 2013).

Så hvem er brukeren i brukermedvirkning? Det kan virke som at begrepet brukermedvirkning blir brukt på både pasienter, pårørende og andre brukere når de berøres av en beslutning i hjelpeapparatet i helsetjenesten (Bahus, 2015). Selv om en bruker per definisjon ikke mottar helsehjelp sier forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator at "kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1" (2011). Det ser dermed ut som at pasient- og brukerbegrepet blir skilt fra hverandre i juridiske definisjoner, men de blir

også brukt om hverandre. Dette kan virke noe forvirrende. Dette kan også indikere at brukerbegrepet muligens ikke er helt ferdig definert. Når det er sagt, så er "bruker" muligens et mer aktivt begrep, i motsetning til pasient og klient som antyder en mer passiv rolle (Dahl, 2012). "Bruker" er også det begrepet som helsedirektoratet anvender når de snakker om medvirkning.

2.2 "Medvirkning"

Ordet "medvirke" er satt sammen av ordene med og virke og betyr blant annet å "virke sammen med for samme sak", hjelpe, støtte og bidra (UiB og språkrådet, 2018). Derimot har ordet medvirkning noe negativ klang da det er et begrep som ofte er brukt i Norge for å forklare delaktigheten i en kriminell handling. Man kan bli dømt for medvirkning til en kriminell handling som for eksempel drap (UiB og språkrådet, 2018). Man får ordene "virke med" hvis man bytter om på ordstillingen, og Dahl (2012) skriver at brukermidvirkning praktiseres når tjenesteytelse virker med brukeren, og ikke omvendt.

2.3 Brukermidvirkning – slik myndighetene ser det

Personer med psykiske problemer og eller rusproblemer har akkurat de samme pasientrettighetene som alle andre pasientgrupper (Regjeringen.no, 2014). Hovedansvar for denne pasientgruppen legges på de kommunale tjenestene, men oppfølging av spesialisthelsetjenesten. Som nevnt innledningsvis er brukermidvirkning en lovpålagt rettighet som helsepersonell ikke kan velge bort. I nasjonale veiledere for psykisk helse og rus skriver helsedirektoratet at brukernes ulike oppfatninger, erfaringer og behov skal komme til uttrykk og legges til grunn for beslutninger og utforming av behandlings- og tjenestetilbud (Helsedirektoratet, 2014). Vedrørende fremtidens primærhelsetjenester står det i stortingsmelding 26 at pasienters behov skal settes i sentrum, og at "ingen beslutninger om meg tas uten meg" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I følge helsemyndighetene kreves det endringer for å oppnå dette.

Nasjonale veiledere innen psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2014) skal danne grunnlaget for hvordan man skal jobbe med denne brukergruppen. Deres omtale av brukermidvirkning kan deles inn i tre deler.

1. Det skal bli lagt til rette for at pasienter som tjenestemottakere skal få mer innflytelse i behandlingen sin. Dette omhandler pasienters og brukers rett til å bli involvert i undersøkelse, behandling og valg av tilbud, jmfør pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1.

2. Tilbudet skal fremstå som likestillende. Her skal pasienten eller brukeren bli betraktet som likeverdig partner, slik at de får forsvarlig tilbud av god kvalitet tilpasset deres eget behov og ønsker.
3. Pasienten skal oppleve mestring. Her fokuseres det på delaktigheten til pasienten, og at det vil bidra til at de får et bedre tilpasset tilbud. Det legges vekt på at hvis pasienten eller brukeren skal kunne holde eller gjenvinne kontrollen over sitt eget liv skal de involveres i behandlingsprosessen slik at de får brukt sin kompetanse og ressurser. Ved å legge til rette for at enkeltindivider gis makt og innflytelse i eget liv øker evnen og muligheten for deltakelse og innflytelse i samfunnet.

2.4 Hvordan helsemyndighetene tenker å ivareta brukermedvirkning

I helsedirektoratets veileder (2014) står det følgende fem arbeidsmetoder som de mener skal bidra til å ivareta brukermedvirkning.

1. Det skal utarbeides en individuell plan sammen med bruker som skal gjenspeile brukernes behov og mål. Pasienter og brukere skal også få en koordinator, slik at de kan få hjelp til å koordinerte tjenester, og oppfordring til utarbeidelse av individuell plan. En koordinator skal også følge opp den enkelte bruker, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med den individuelle planen.
2. Nettverksmøter og åpne samtaler skal fokusere på brukernes ressurser, styrker og muligheter. Deres kompetanse anerkjennes på lik linje med fagfolkene og brukere får bestemme selv hvem som skal være med på møter.
3. Mer bruk av erfaringskonsulenter. Det er ansatte som enten selv har brukererfaring eller er pårørende til personer med rusproblemer eller psykiske helseproblemer. Dette skal bidra til å styrke brukerperspektivet i tjenestene.
4. Det å koble inn frivillige organisasjoner og/eller brukerorganisasjoner kan være nyttig, da personer med rusproblemer eller psykiske helseproblemer kan dra nytte av å møte andre som enten er eller har vært i lignende situasjon. Slike organisasjoner kan spille en viktig rolle i brukerens liv ved å gi råd, støtte, motivasjon samt virke som et positivt sosialt nettverk.
5. Selvhjelpsgrupper som fellesskap kan bidra til økt mestring i hverdagen og fungere som et positivt supplement til behandling. Veiledet selvhjelp eller assistert selvhjelp tar utgangspunkt i prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, og en mulig metode for systematisk samarbeid mellom pasient og helsepersonell (Helsedirektoratet, 2014).

Denne tenkningen er ikke ny. Helsemyndighetenes fremstilling av brukernes behov i sentrum og tiltakene for å ivareta disse behovene følger en tradisjon som kan spores tilbake

flere tiår. Før oppgaven presenterer det teoretiske rammeverket og inspirasjonskilden til dagens tenkning om brukervedvirkning blir det fokusert på noe av litteraturen som finnes om brukervedvirkning og hvorvidt det er implementert i henhold til helsemyndighetenes ønsker.

2.5 Forskning og litteratur på brukervedvirkning

Harrington, Noble og Newman (2004) så på resultater fra 20 intervensjonsundersøkelser som handlet om informasjonsformidling til pasientene i forkant av legekonsultasjonen. Halvparten av disse undersøkelsene var randomiserte, placebokontrollerte eksperimenter. Selv om undersøkelsene hadde litt ulik design var alle intervensjonene designet for å øke pasientdeltakelsen under konsultasjonene. Bortsett fra i to studier ble det fokusert på oppmuntring til å stille spørsmål, melde fra om sine bekymringer og få avklart misforståelser. I 15 av intervensjonene ble intervensjonene gjort i forkant av legetimene, mens 5 intervensjoner foregikk dagen før. Den mest anvendte intervensjonen var i skriftlig form etterfulgt av ansikt til ansikt-form og video.

Etter å ha gjennomgått alle studiene konkluderer Harrington et al. (2004) med at intervensjoner rettet mot pasienter bidrar til å øke pasientdeltakelsen, og at ved å motivere til pasientdeltakelse ser ut til å aktivere pasientene og gi dem økt følelse av kontroll over situasjonen. Kun fem av studiene målte 10 eller flere aspekter av kommunikativ atferd, og nesten halvparten av studiene målte kun en eller to kategorier. Harrington et al. (2004) påpeker at mye rikholdig data kan ha gått tapt ved den måten.

I en annen oversiktsartikkel så Griffin et al. (2004) på 35 studier av intervensjoner mellom lege og pasient i forkant av konsultasjoner og mer brukerorientert legeatferd under selve konsultasjonen. I 26 av studiene viste det seg å ha en positiv effekt på intervensjonsgruppen, og i 14 av dem var resultatene statistisk signifikante. De konkluderte med at framgangsmåter som kan brukes for å bedre samhandling mellom lege og pasient kan bidra til å forbedre pasientens helse.

Nesten et tiår etter at Vatne (1998) hevdet at det rådet ukklarheter omkring begrepet brukervedvirkning i praksis kom det en rapport fra Norsk institutt for by- og regionalforskning (NIBR) som langt på vei bekreftet denne påstanden. NIBR gjennomførte en undersøkelse av brukernes og pårørendes erfaringer med medvirkning og samordning i psykiatrien. Undersøkelsen ble gjennomført på oppdrag fra Norsk Forskningsråd i tidsperioden 2003/2004-2007. Sverdrup, Myrvold og Kristofersen (2005, 2007) benyttet seg av bottom-up perspektiv for å fokusere på brukernes egne behov, interesser, erfaringer, holdninger og rettigheter. Siden hensikten med prosjektet var å måle endring over tid ble det

gjennomført intervjuer i to faser. Den første rapporten ble offentliggjort i 2005 og den andre i 2007.

I den første rapporten kom det fram at ingen i behandlingsapparatet tok et helhetlig ansvar for brukerne, noe som skapte utrygghet hos dem. Brukerne ønsket mer medvirkning og innflytelse på egen behandling. Sverdrup, Myrvold og Kristofersen (2005) anbefalte etter den første rapporten å styrke primærkontaktrollen som kunne samordne tjenestetilbudet for brukerne. Den andre rapporten konkluderer med mye av det samme. Utryggheten som brukerne følte på kommer også til uttrykk denne gangen da ingen i behandlingsapparatet tar et helhetlig ansvar. Noen brukere rapporterte likevel at de følte seg trygge, og Sverdrup, Myrvold og Kristofersen (2007) anbefaler igjen viktigheten av primærkontakt som brukerne kan etablere en behandlingsrelasjon med. På grunn av de kvalitative metodene brukt i begge undersøkelsene ønsker ikke forskerne å generalisere. De opplever likevel at det er et stort behov for økt brukermedvirkning, bedre informasjonsflyt og de poengterer viktigheten av individuelle planer for brukerne.

I sin avhandling om brukermedvirkning i sosialtjenesten i Norge fant Jensen (2009) at blant annet pasientens nærvær i beslutningsøyeblikket fremmet anvendelsen av brukermedvirkning. Det som også virket positivt inn på medvirkning var interesse og engasjement hos pasienten omkring sitt eget behandlingsopplegg. Det som derimot virket hemmende på brukermedvirkning i følge Jensen (2009) var blant annet fravær av pasienten i beslutningsøyeblikket, at fagpersoner anså seg selv som eksperter og problemløsere og at de opplevde pasientenes forventninger til behandlingstilbudet som urealistiske.

I sin doktoravhandling fokuserte Petersen (2009) på litteratur som undersøkte betydningen av brukermedvirkning i rehabilitering av psykisk syke mennesker, og konkluderer med at en slik medvirkning viser seg å ha en positiv innvirkning på brukernes opplevelse av kvalitet og deres tilfredshet. Det som er interessant er at i den avhandlingen blir forholdet mellom bruker og fagperson omtalt til å være forhandlingsorientert, om hva brukeren har mulighet til å ha innflytelse over og bestemme.

2.6 utfordringer knyttet til gjennomføringen av brukermedvirkning i praksis

Særlig når det gjelder brukermedvirkning i behandling av rusavhengige personer gjennomførte Fischer og Neale (2008) semi-strukturerte intervjuer (n=187) i to spesielle foretak og to rehabiliteringsboliger for rusavhengige. Tre måneder senere ble 59 stykker intervjuet på nytt. Personalet ble også intervjuet på alle de fire foretakene. De beskrev fem faktorer som var til hinder for å gjennomføre brukermedvirkning.

Det første var forventninger og behov fra den rusavhengige. De fant at en god del av hjelperne og noen brukere rapporterte at rusmisbrukere var manipulerende og upålitelige. Brukere kunne ha en del forventninger om enkle løsninger på deres problemer og personalet kunne oppleve at brukerne kunne ha urealistiske forventninger til hjelpeapparatet. På dette grunnlaget ønsket personalet å begrense brukerinvolvingen. Både brukere og ansatte rapporterte at man ikke kunne forvente at de skal ta ansvar for sine avgjørelser, særlig når en del rusavhengige viste tydelige tegn på kaotiske liv. De så også at en del brukere rapporterte at de trengte det motsatte av brukermedvirkning for å komme seg ut av avhengigheten.

Det andre punktet de nevnte var holdningene til hjelperne. Hvorvidt brukere fikk medvirket i sin egen behandling var avhengig av om personalet tilgjengelig hadde tro på en slik form for tilnærming eller ikke. Brukere bemerket at mange hjelpere så ned på dem og beskyldte dem for sin avhengighet. Slike holdninger promoterer ikke brukermedvirkning.

Det tredje de fant var dynamikken i behandlingen som i sin natur ikke fremmet brukermedvirkning. De fleste behandlingsopplegg har et byråkratisk format hvor alle parter spiller sin rolle. Behandlere har ekspertrollen, og de fant at mange brukere som viste usikkerhet eller hadde motvilje mot å medvirke i egen behandling overlot ansvaret til ekspertene. Behandlere beholdt sin autoritet og hadde siste ordet i et behandlingsopplegg, særlig hvis de opplevde at en bruker ikke samarbeidet.

Det fjerde punktet som kunne hindre brukermedvirkning var at mange behandlingsprogrammer, gjennom sine rutinemessige instruksjoner, var autoritære. Strengt regler og et rigid struktur føltes nødvendig for å takle uønsket atferd blant brukere.

Det siste de fant var strukturelle faktorer som påvirket tjenestetilbudet. Begrensede midler, budsjettkutt, begrenset mulighet for behandling og lange ventelister nevner de som noen av årsakene til at brukerne ikke fikk velge sin egen behandling (Fischer & Neale, 2008).

Haukelien, Møller og Vike (2011) nevner fire utfordringer som i følge dem hindrer brukermedvirkning. Det første er at brukerperspektivet er i konflikt med styringssystemene, og mengden ressurser avgjør graden av brukermedvirkning. Det andre de nevner er at med økt brukermedvirkning kan det skape økte og urealistiske forventninger til tjenestene, noe som kan medføre høyere økonomiske kostnader for bedriften. Det tredje er at brukere og pasienter ikke har mulighet til å utøve reell påvirkning. De skriver da også at hvis pasientene får reell innflytelse er det fare for at det kan bidra til ansvarsfraskrivelse fra tjenestestedene. Det siste de nevner er at brukerens interesser vil i noen tilfeller ikke samsvare med offentlige interesser.

Fischer og Neale (2008) hevder at det er vanskelig å imøtekomme individuell tilnærming i et rigid, strukturert behandlingsopplegg, hvor fagpersoner er forpliktet til å følge

juridiske retningslinjer samtidig som de skal ta høyde for pasientens behov. De skriver at brukermedvirkning ikke må forkastes som ide. Selv om det er begrensede muligheter for å involvere pasienter i behandlingsopplegg så bør ikke en slik tilnærming undervurderes. Både tid og pengeressurser er viktige når man skal overkomme kompleksiteten i dagens behandlingsopplegg av rusavhengige.

2.7 Empowerment og brukermedvirkning

Disse begrepene er brukt mye om hverandre, og er til dels tett beslektet. Empowerment er et viktig begrep som kan være vanskelig å definere, i likhet med brukermedvirkning. Det finnes mange definisjoner på empowerment, men kan oversettes til styrking og bemyndigelse, og etterstreber mobilisering av folks egne krefter samtidig som den ønsker å nøytralisere krefter som fremmer avmakt (Gulbransen, 2000). Kanskje den mest treffende definisjonen er "egenkraftmobilisering" eller "myndiggjøring" (Helsedirektoratet, 2014). I samme tidsperiode som Arnstein (1969) lanserte ideen om økt borgerdeltagelse opplevde de vestlige landene med USA i front et politisk oppgjør. Både studentopprøret, kvinnefrigjøringsbevegelsen og den amerikanske borgerrettighetsbevegelsen på 1970-tallet kom i kjølevannet av empowerment-begrepets oppgjør med positivismens dominans innenfor samfunnsliv og vitenskap på 1960-tallet (Rønning & Solheim, 1998). Selv om empowerment har sine politiske røtter fra radikal tenkning er det et begrep som også brukes innenfor markedsliberalistisk tenkning. Dermed blir det et begrep som befinner seg på hver side av det ideologiske spekteret innen politikken. Den venstreradikale tenkningen presenterer et rasjonale om at de kapitalistiske kreftene bidrar til å ekskludere et stort antall mennesker som ikke passer inn i den voksende markedsøkonomien. På den andre enden av den politiske skalaen tilbyr den kapitalistiske tenkningen sin ideologi som løsning mot den autoritære og kontrollerende velferdsstaten (Askheim, 2003).

Empowerment er en prosess hvor folk, organisasjoner og samfunn oppnår mestring i saker som angår dem (Rappaport, 1987). Med en slik forståelse kan empowerment både være en tilstand og en prosess (Orford, 2008). Mennesker strever mot en tilstand der man har tilstrekkelig makt til å tilfredsstillende egne behov og jobbe sammen mot kollektive mål (Prilleltensky, Nelson & Peirson, 2001). Det er dermed en mekanisme folk bruker for å oppnå større kontroll over egne liv. Samtidig kan man via empowerment oppnå en kritisk bevissthet over det sosiopolitiske klimaet og demokratisk deltakelse i samfunnet (Perkins & Zimmerman, 1995).

Sigstad (2004) skriver at begreper som livsverden, systemverden og empowerment er viktige for å forstå begrepet brukermedvirkning. Livsverden kan forstås som det enkelte

individets grunnleggende virkelighetsoppfatning og et utgangspunkt for en felles oppfatning av bestemte situasjoner i hverdagen (Sigstad, 2004). Systemverdenen derimot tilfører en annen dimensjon inn til denne sammenhengen da den er styrt av økonomi, regler og krav om effektivitet og kontroll. De profesjonelle tjenesteutøverne tilhører alltid et slikt system, og i en behandlingssituasjon er det en fare for at den profesjonelles erfaringer og verdier blir styrende (Sigstad, 2004). Empowerment er som nevnt et komplekst og sammensatt begrep. Selv om disse tre begrepene er viktige for å forstå brukervedvirkning fungerer de paradoksalt nok også som hindrer for brukervedvirkning. Larsen et al. (2006) skriver at brukervedvirkning bygger på teorien om empowerment, noe som gjør begrepet både politisk og ideologisk korrekt. De skriver videre om viktigheten av å anerkjenne arbeidsformen slik at begrepet kan omsettes i konkret handling fra de som tilbyr tjenester.

3.0 Teori

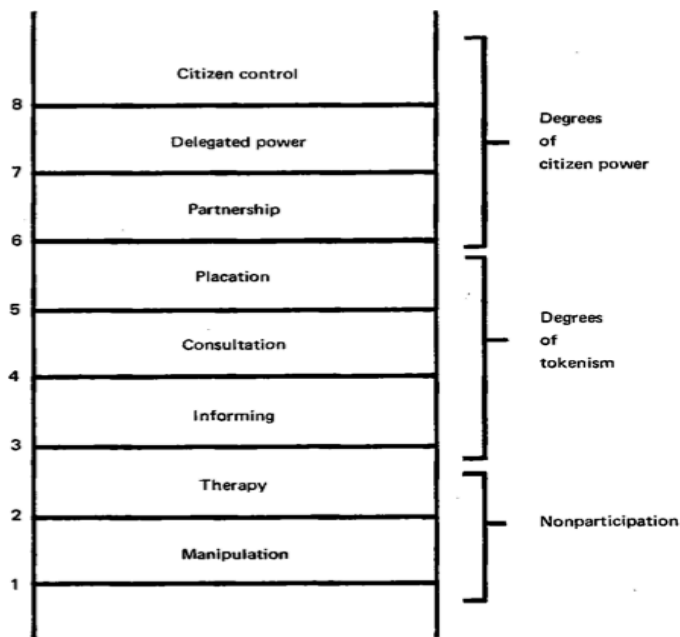
Denne delen av oppgaven er viet til teoriene og modellene som danner grunnlaget for oppgaven. Både modellen til Arnstein om økt borgerdeltagelse og den biopsykososiale modellen til Engel handler om å gi mennesker mer makt og økt innflytelse i deres egne liv. I tillegg til disse modellene er begrepet stigma beskrevet, da det blir relevant i diskusjon senere i oppgaven, samt recoveryorientert tenkning som utgjør det siste diskusjonskapitlet.

3.1 Arnsteins stige for medvirkning.

I 50 år har Arnsteins modell (figur 1) som omhandler borgerdeltagelse stått som en målestokk for enhver som ønsker å lage det ideelle tilbudet, det være seg individuelle behandlere, institusjoner eller helselovgivningen (Tritter & McCallum, 2006).

I "Ladder of Citizen Participation" skriver Sherry R. Arnstein (1969) om ulike grader av innflytelse som borgere i et samfunn kan ha om beslutninger som påvirker deres liv. Modellen ble presentert i form av en stige. Hun deler stigen i tre deler bestående av til sammen åtte trinn. De nederste to trinnene inneholder ingen deltagelse fra borgere i et samfunn og er dermed blottet for enhver form for brukermedvirkning. Her ønsker makthaverne å heller manipulere og kurere borgere fremfor å la de få innflytelse. De midterste tre trinnene inneholder ulike grader av interaksjon med borgere, men som egentlig er en symbolsk handling. Her handler det om å gi informasjon til folket, benytte seg av beroligende og forsonende retorikk og invitere borgere med på konsultasjoner. Beslutningsmakten er fortsatt hos makthaveren, og i beste fall har borgerne fått en opplevelse av å bli lyttet til, selv om ingen reell brukermedvirkning har funnet sted. De øverste tre trinnene plasserer borgerne i en posisjon hvor de faktisk har mulighet til å være med på beslutningene som omhandler dem. Dette kan være i form av å inngå samarbeid med borgerne, delegerer deler av makten til dem slik at man til slutt ender opp med et system hvor det er full borgerkontroll.

Arnstein (1969) peker fingeren til makthaverne som i utgangspunktet applauderer ideen om at borgere i et samfunn skal være delaktige i beslutninger som angår dem som et hjørnestein i et demokrati. Den samme applausen stilner når svakerestilte i samfunnet ber om slik deltagelse. Arnstein (1969) sier videre at det handler om å distribuere makta slik at borgere uten politisk eller økonomisk makt kommer i posisjon hvor de blir hørt og tatt med i beslutninger.



Figur 1. Åtte trinn i Arnsteins modell om borgerdeltagelse (Arnstein, 1969, s. 217).

Arnsteins modell bevisstgjør at virkelighetens tjenestetilbud ofte er maktutøvelse som kun er kamouflert som borgerdeltagelse eller brukermedvirkning. Modellen til Arnstein viser dermed at det kan lønne seg å være kritisk til et tjenestetilbud da mye av det som blir omtalt som brukermedvirkning ikke trenger å være det.

3.2 Den biopsykososiale modellen

George L. Engel lanserte i 1977 den biopsykososiale modellen som et alternativ til den tradisjonelle biomedisinske modellen da han mente at biomedisinen ekskluderte sosiale, psykologiske og atferdsmessige dimensjoner i møte med mennesker (Falkum, 2008). Som indremedisiner anerkjente Engel den biomedisinske tilnærmingens bidrag til forståelse av sykdom, men samtidig tok han avstand fra tendensen om å se på mennesker mekanistisk hvor sykdommer oppstår nærmest som naturfenomener uten psykologisk eller sosial kontekst (Falkum, 2008). Selv om pasienten og behandleren er kulturelt sett bundet til den biomedisinske tradisjonen, så vil pasientens behov alltid være av den psykososiale karakteren (Engel, 1977). På samme måte som man ser en diabetespasient i sammenheng med kosthold, alkoholvaner, stress og andre livsstilsfaktorer (Falkum, 2008) bør man også se en rusavhengig eller en psykisk syk person i lyset av hans eller hennes livshistorie, arbeid, sosiale faktorer som omgivelsens toleranse og biologisk sårbarhet.

Engel (1977) oppfordret dermed å bryte med den biomedisinske tenkningen og argumenterte for at den tankegangen manglet medmenneskelighet. Han påstod at behandlere som skulle hjelpe pasienter med helseplager var utelukkende interessert i prosedyrer, og at de

manglet sensitivitet vedrørende de personlige problemene pasientene levde i til daglig. Han kalte de medisinske institusjonene som kalde, upersonlige og uten pasientomsorg. Forslaget hans var derfor å se lenger enn de biologiske markørene fordi hvorvidt en pasient er syk eller ei blir ofte diktert av kulturelle, sosiale og psykologiske hensyn (Engel, 1977).

Hvis man i en behandlingssituasjon betrakter pasienten og brukeren i en sosial kontekst, åpner opp for at vedkommende kan komme med egne bidrag, egne erfaringer, meninger og holdninger, sitt unike kulturelle ståsted og sine religiøse overbevisninger, så åpner man opp for en brukermedvirkning. Så langt er essensen i helsedirektoratets veileder i tråd med den biopsykososiale modellen. Når det er nevnt så kan det se ut som at brukermedvirkning i praksis ikke blir implementert like godt som myndighetene ønsker det.

Mange mennesker som ender opp i et uføre blir avhengig av andres hjelp for å klare seg. En håper jo at hjelpetringen til fagfolk og samfunnet generelt skal være i samme størrelsesorden som hjelpebehovet til den psykisk syke eller rusavhengige. Det ser dessverre ikke slik ut, og det er mer vanlig at en del mennesker blir utstøtt fra det sosiale fellesskapet på bakgrunn av deres sykdom.

3.3 Stigma

Senere i oppgaven er det vist til litteratur der mennesker med psykiske lidelser eller rusavhengighet blir stigmatisert mer enn andre grupper. Begrepet stigma brukes relativt likt i dag som i gamle Hellas, der begrepet har sin opprinnelse. Goffman (1963) skriver at den eneste forskjellen fra i dag er at grekerne brukte stigma om mennesker som ble fysisk merket med kniv eller at de ble brennmerket. Dette signaliserte for samfunnet at den merkede personen var enten forræder, kriminell eller slave. I dag blir ingen fysisk merket, men begrepet signaliserer i dag en slags vanære over den som blir merket med denne usynlige merkelappen. Goffman (1963) forklarer at stigma i dag er den skamfølelsen som en person kan oppleve når vedkommende ikke evner eller makter å oppfylle andres krav.

De negative konsekvensene av alkoholavhengighet er ikke begrenset til fysisk helse, men påvirker også den sosiale atferden, den sosiale interaksjonen og sosiale omgivelser på en negativ måte (Klingemann, 2001). Dette forverrer kun brukerens situasjon og forhindrer at vedkommende kommer i kontakt med profesjonell hjelp. Stigmatiseringen leder ofte til sosial ekskludering av en brukergruppe som har særlig behov for hjelp og støtte (Room, 2005).

3.4 Recovery

Recovery er et begrep som fortjener plass i samtalen om brukermedvirkning, og som det blir tatt opp i diskusjon senere, er recovery muligens begrepet det bør fokuseres på når

man skal inkorporere brukerperspektivet innenfor psykisk helse og rus. Recovery er et engelsk ord som beskriver prosessen med å komme seg, eller å gjenvinne noe som er tapt. Det er etterhvert også et godt innarbeidet begrep i forskningslitteraturen og brukermiljø om psykisk helse og rus (Thompson, Knutsen, Johansen, Borg & Karlsson, 2019). Direkte oversatt til norsk betyr recovery gjenoppretting, bedring og at noe blir funnet igjen.

Recovery kan sees på som en naturlig evolusjon fra både Engels (1977) og Arnsteins (1969) bidrag. Anthony (1993) sammenligner bedringsprosessen etter en fysisk skade med en psykisk lidelse. Det å gjenopprette fungering etter en fysisk skade betyr ikke nødvendigvis at man er kvitt alle skadene eller symptomene. På samme måte kan en person med en psykisk lidelse få en meningsfull tilværelse selv om lidelsen ikke er "kurert". Recovery sees på som en dypt personlig prosess for den som enten har en psykisk lidelse eller rusproblem, og den omhandler endring i atferd, verdisyn, følelser, mål og egenskaper. Recovery ønsker å fremme budskap om at det er mulig å leve et liv i tilfredshet selv om man er begrenset av en lidelse.

Videre hevder Anthony (1993) at recovery ikke bare handler om å komme seg etter en sykdomstilstand. Personer som lider av psykiske lidelser må ofte etterstrebe bedring fra en tilstand der de er ofre for stigmatisering, der de ikke har hatt like muligheter til jobb og utdanning som andre i samfunnet. Recovery skal virke som en injeksjon mot knuste drømmer og håpløshet som ruslidelser og psykisk sykdom kan føre med seg, og han kaller recovery for en kompleks og tidkrevende prosess.

Når det er foretatt systematiske gjennomganger av litteratur identifiserer man 5 elementer som er med i alle recoveryprosesser. Connectedness (tilknytning), hope and optimism (håp og optimisme), identity (identitet), meaning in life (mål og mening) og empowerment, som gir akronymet CHIME (Slade, 2017).

4.0 Diskusjon 1

Diskusjonsdelen er fordelt over de tre neste kapitlene. Både problemstilling 1 og 2 blir forsøkt besvart i det første diskusjonskapittelet. Det andre diskusjonskapittelet omtaler systemarbeid og samfunnspsykologisk tenkning, som er et viktig element i folkehelseperspektivet. Problemstilling 3 som omhandler tiltak som kan fremme brukermedvirkning i fremtiden fortjener plass i siste diskusjonskapittel.

4.1 Arven etter den biopsykososiale modellen

Med bakgrunn i den presenterte litteraturen kan det virke fordelaktig å tenke mer helhetlig rundt en bruker eller pasient. Med helhetlig i denne sammenhengen menes at man i tillegg til den biomedisinske tilnærmingen også tenker psykologiske og sosiale forhold. Selv om Engel (1977) presenterte en forståelsesmodell som er mye brukt som rammeverk, særlig i forståelsen av psykiske lidelser, virker det som den ikke er blitt implementert i tilstrekkelig grad. Selv om noe av kritikken mot Engels modell påpeker at den ikke tar høyde for pasientens subjektive opplevelse av sykdom (Malt, 2019), ser man at denne problemstillingen fortsatt er høyst tilstede i dag. Engel (1978) hevdet at selv om pasienten og behandleren kulturelt sett var bundet til den biomedisinske modellen, ville pasientens behov alltid være av den psykososiale karakteren. I det inngår det selvfølgelig å betrakte personen i dens sosiale kontekst, men også verdsette personen som et likeverdig subjekt. I følge Ekeland (2011) vil avstandene til andre mennesker vokse hvis man reduserer subjektet (den andre) til noe objektivt (det andre), og at denne avstanden vil kun øke mulighetene for manipulering, kontroll og inhumanitet.

Etter å ha gjennomgått artikler publisert i *The Lancet* i tidsperioden 1978-1982 og 1996-2000 konkluderer Alonso (2004) med at forskning og litteratur på psykologiske eller sosiale faktorer som forklaringsmodell på sykdom økte ikke. Hun hevder at det ikke er økt fokus på holistisk tenkning nå enn for 20 år siden, og at alle tegn tyder på at den biopsykososiale modellen ikke er blitt implementert i praktisk arbeid. Kanskje den viktigste grunnen til at den biomedisinske modellen dominerer, til tross for kritikken de får for sin reduksjonistiske tilnærming, er at den biopsykososiale modellen krever mye av behandleren. Det er dermed lettere å forholde seg mekanistisk til mennesker og fokusere på sykdomstegn og symptomer.

4.2 Arven etter Arnsteins stige for medvirkning

Det er åpenbart at Arnstein (1969) har inspirert mange som ønsker et mer likestilt og maktfordelt helseapparat. Samtidig er det viktig å ikke se på en slik modell i et vakuum. På 50 år har samfunnet endret seg ganske mye. Tritter og McCallum (2006) kritiserer Arnsteins modell for å være overforenklet og endimensjonal. Kritikken deres går også ut på at Arnsteins stige for medvirkning presenterer en lineær og statisk modell som ikke har overføringsverdi til dagens helsevesen og hjelpeapparat. Til det er modellen for unyansert og tar ikke høyde for behovene til pasientene eller helsearbeidere. Tritter og McCallum (2006) skriver at modellen til Arnstein ikke tar høyde for at noen brukere kanskje ikke ønsker å bidra til medvirkning eller befinner seg i en posisjon der de ikke er i stand til å medvirke. De påpeker at i et multikulturelt samfunn der samfunnsstrukturen er alt annet enn enkel bør det være opp til et bredt spekter av brukere å forhandle seg fram til den ønskede graden av medvirkning.

Enhver teori og modell må tåle tidens tann og tåle å bli utfordret og kritisert. Selv om Tritter og McCallum (2006) sin kritikk på mange måter er berettiget står Arnsteins stige for medvirkning fortsatt som et viktig arbeid og som kan overføres til mange ulike arenaer der brukermedvirkning og rettferdig maktfordeling er sentrale tema. Artikkelen til Arnstein gir en stemme til de mest marginaliserte i samfunnet, og beskriver hvordan de kan bli utnyttet av makthaverne. Da beveger man seg på en samfunnspsykologisk tenkning, og mye av den tenkingen har sine røtter fra den tiden da Arnstein utviklet sin modell og hvor man utfordret status quo slik at maktmisbruk ikke skulle gå upåaktet hen.

4.3 Problemet med empowerment

Noe av kritikken til hvordan empowerment er blitt brukt innenfor samfunnspsykologien rettes mot tendensen til å blande den faktiske makten med den psykologiske eller den opplevde. I følge Riger (1993) vil ikke opplevelsen av empowerment nødvendigvis resultere i økt innflytelse eller kontroll. På den måten ender man opp med å støtte den eksisterende tilstanden fremfor å utfordre den. Et annet poeng som Riger (1993) kommer med er at empowerment er blitt et begrep som kun omhandler individuelle verdier, mestring og kontroll, fordi de nevnte verdiene er høyere verdsatt i det amerikanske samfunnet. Vi vet at Europa og deriblant Norge er ganske tilbøyelige og mottagelige for trender og tankesett fra USA. I følge Francescato og Tomai (2001) er det behov for en samfunnspsykologi i Europa som er mer tilpasset våre borgere, akkurat som den amerikanske er tilpasset deres borgere. De påpeker kontrasten mellom tankesettene hvor man i USA mener at enhver person "skaper seg selv" og at "alle er født fri", og dermed har en mer

individualistisk tilnærming. Den europeiske tilnærmingen er mer i retning av at enhver person er født i en sosial omgivelse innebygd i en historisk skapt hierarki.

En slik tankegang tilsier at en person som strever etter å komme i maktposisjon eller mobilisere egenkraft kan kun gjøre det ved hjelp av kollektiv støtte, og at det er mulig for fellesskapet å kjempe for de personlige og de sosiale rettighetene til enkeltindivider. Dette betyr at vi må ha en brukermedvirkning og empowerment som bygger på våre tankesett og våre verdier, og som passer våre borgere. Etter norske forhold må man finne ut av hvem som må samarbeide for at brukeren skal få tilfredsstillende hjelp. Når det er sagt så er det ikke alltid lett for ulike tiltak å samarbeide godt sammen. Akkurat denne problematikken løftes ytterligere i diskusjonskapittel 2.

4.4 Problemstilling 1

Den første problemstillingen etterspør hva brukermedvirkning som begrep innebærer og dets implementering i behandlingssituasjon. Dette temaet ble belyst i kapittel 2.0, brukermedvirkning. Det blir tydelig at "bruker" er det begrepet som oftest blir brukt, mest sannsynlig fordi det er et mer aktivt begrep enn pasient, klient og deltager (Dahl, 2012). Brukermedvirkning handler om hvordan brukere deltar i og får innflytelse på beslutningsprosesser. Den kan også brukes som et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre helse- og omsorgstjenestene (Coulter, 1999). Dette gjør man ved å få fram erfaringer, synspunkter og betraktninger fra brukeren selv (Bahus, 2015). Brukermedvirkning skal kunne brukes på både individnivå og systemnivå. Brukermedvirkning på individnivå omhandler den enkeltes muligheter og rettigheter der de kan være med på å påvirke sitt eget hjelpetilbud. På systemnivå handler brukermedvirkning om når hjelpeapparatet og representanter for brukeren involveres i samarbeid om hvordan tjenestene bør utformes for å møte brukernes behov (Askheim, 2017). Brukermedvirkning kan også utøves på politisk nivå, og her er det viktig at brukere eller brukerorganisasjoner blir involvert i prosesser før politiske beslutninger fattes (Larsen et al., 2006).

Hvis man ser på helsemyndighetens (Helsedirektoratet, 2014) forståelse av brukermedvirkning ser man at de ønsker å tilrettelegge for økt innflytelse for brukerne i deres egen behandling, regulere maktforholdet mellom bruker og behandler til å bli mer likeverdig og tiltak som gir brukeren mer makt over og økt mestring i sitt eget liv. Så langt er deres forståelse av brukermedvirkning helt i tråd med den biopsykososiale modellen (Engel, 1977) og i tradisjon med modellen om økt borgerdeltagelse (Arnstein, 1969). Selv om det er mye litteratur tilgjengelig på begrepet brukermedvirkning er det betydelig mindre litteratur på hvordan det er implementert i arbeid med psykisk helse- og rus. Empowerment som begrep

blir ofte brukt i samme åndedrag med brukermedvirkning i litteraturen, men er et langt mer politisk ladet begrep. Recovery derimot inneholder empowerment-aspektet, men oppleves mer som videreføring av brukermedvirkning.

Akkurat i hvor stor grad brukermedvirkning blir implementert i dagens helsevesen er litt vanskelig å måle. Det er derimot en del indikasjoner på at praksisen rundt om i landet ikke reflekterer ambisjonene til helsemyndighetene. De fleste har likevel et forhold til begrepet brukermedvirkning. Undersøkelser viser at økt pasientdeltagelse kan bidra til å gi pasientene økt opplevelse av kontroll over deres situasjon (Harrington et al., 2004), og at den samhandlingen kan forbedre pasientens helse (Griffin et al., 2004). De siste 20-30 årene har det blitt påpekt gang på gang at det er behov for økt fokus på brukermedvirkning (Vatne, 1998; Sverdrup et al., 2005, 2007). Under lanseringen av de nye pakkeforløpene innen psykisk helse og rus hevder helsedirektoratet (2017) at tilbakemeldingen fra pasienter og brukere er at de har mangelfull innflytelse i behandlingsopplegget. I en ny SINTEF-rapport (Ose, Kaspersen, Ådnanes, Lassemo & Kalseth, 2018) påpekes det behov for økt autonomi til brukere og god relasjon til behandlere over tid som viktige momenter.

Til tross for økt fokus på dette området de siste årene, så er beskjeden klar. Brukermedvirkning er ikke blitt implementert tilfredsstillende i henhold til myndighetenes ambisjoner. Til tross for tilsynelatende bred enighet om at det er behov for endring i retning økt brukerdeltagelse og økt brukerinvolvering i behandling ser man at endringen uteblir, eller i beste fall skjer svært sakte. I SINTEF-rapporten (Ose et al. 2018) kommer det i det minste fram at det blir bevilget mer penger til formål knyttet til brukermedvirkning.

Et annet spørsmål vedrørende manglende implementering av brukermedvirkning dukker opp. Kan det ha seg slik at brukermedvirkning er en politisk styrt retning fremfor vitenskapelig? Er det slik at vitenskapen og forskningen prøver å hente inn forspranget som det politiske begrepet "brukermedvirkning" har hatt i Norge i snart 40 år? Artikkelen til Orlinsky, Rønnestad og Willutzki (2004) påstår faktisk det motsatte. De skriver at 50 år med psykoterapiforskning viser at endring kan nås ved å ta utgangspunkt i pasientens erfaringskunnskap og ikke i terapeutenes fagkunnskap. Valla (2010) skriver også at det er viktig at terapeuten har tiltro til behandlingen og at man kan oppnå effekt gjennom å aktivere placebo, håp og forventninger hos pasienten.

4.5 Problemstilling 2

Hvilke faktorer medvirker til at brukermedvirkning ikke fungerer i praksis? Hvis man klarer å identifisere eventuelle hindringer må det vel bli enklere å finne en løsning som muliggjør helsemyndighetenes ambisjon om reell brukermedvirkning. Noen av svarene på

denne problemstillingen kan man finne i holdninger som eksisterer i samfunnet og i oppbygningen av den byråkratiske modellen.

4.5.1 Holdninger og fordommer

Psykisk syke og rusavhengige personer er oftere stigmatiserte i samfunnet enn andre grupper, også av helsepersonell (Keyes et al., 2010; Schomerus et al., 2011; Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel & Garretsen, 2013). Folk som har problemer med alkohol blir faktisk mer stigmatiserte enn folk med psykiske lidelser. Som om det ikke er nok at de har problemer med sin rusavhengighet og eller psykisk lidelse, men de blir i tillegg også offer for allmennhetens betraktninger om dem som avvikende og annerledes, og dermed ekskludert fra det store fellesskapet. Kan samfunnets holdninger mot marginaliserte grupper være en forklaring på hvorfor det er så vanskelig å implementere brukermedvirkning?

I vår kultur er alkoholproblemer og rusproblemer generelt fortsatt skam- og skyldsbelagt, og et tema som man kvier seg for å bringe opp (Duckert et al., 2011). Samtidig har de fleste en formening om hvorfor rusproblemene oppstår og hva den rusmiddelavhengige må gjøre for å kvitte seg med avhengigheten (Lossius, 2012). De fleste assosierer nok rusavhengighet med narkotiske stoffer, og ikke alkoholavhengighet. I realiteten skiller ikke atferdsmønsteret til en alkoholavhengig så vesentlig fra annen rusmiddelavhengighet (Skretting, Bye, Vedøy & Lund, 2015).

Historier som blir presentert til allmennheten i media er ofte unyanserte og handler ofte om et "oss og dem" perspektiv, noe som gjør det lettere å glemme at dette kan gjelde "oss alle" (Lossius, 2012). Uten å vite hvorfor en person gjør som han eller hun gjør tyr man til egne forklaringsmåter og tolkninger. Denne mekanismen kommer ofte til uttrykk via verbale utsagn og handlinger (Raaheim, 2002).

Når man danner seg en formening om en annen person som er tuftet på mangelfull og i mange tilfeller feilaktig informasjon, kaller vi det for fordommer. Man uttaler seg generaliserende om hele grupper av mennesker uten å kjenne dem det gjelder. Slike uttalelser har som oftest kun en liten kjerne av sannhet, og disse overgeneraliseringene er typiske for fordommer (Raaheim, 2002). Disse fordommene baserer seg på ideer eller stereotypier man har om medlemmene i den gruppa, og når uttrykt gjennom atferd, kaller vi det for diskriminering (snl, 2017). Når mennesker er tilbøyelige til å handle ut fra slike stereotypier vil dette få uheldig utfall i arbeid med utsatte grupper.

4.5.2 Stigmatisering av brukere med alkoholavhengighet

Goffman (1963) skriver om merkelappen om annerledesheten, skamfølelsen og ringvirkninger av dette i alle aspekter av livet til den som blir stigmatisert. I en oversiktsartikkel viste Van Boekel et al. (2013) at de fleste profesjonelle helsearbeidere i undersøkelsen uttrykte negative holdninger overfor brukergruppen med rusproblemer. I en annen oversiktsartikkel undersøkte Schomerus et al. (2011) opplevelsen av stigmatisering, både hos alkoholavhengige og psykisk syke mennesker. Deres søk ble foretatt i PubMed, PsychINFO og Web of Science, og de endte opp med 33 relevante publikasjoner til slutt, fra Amerika, Europa, New Zealand, Ethiopia og Brazil. Etter å ha gjennomgått de fleste formene for stigmatisering på kryss av studiene fant de at mennesker med alkoholavhengighet blir i langt mindre grad ansett som psykisk syke sammenlignet med lidelser som depresjon og schizofreni. Oversiktsartikkelen viste at folk med alkoholproblemer i langt større grad blir holdt ansvarlig for sine problemer sammenlignet med spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser. Keyes et al. (2010) undersøkte om oppfattelsen av stigmatisering var assosiert med mindre sannsynlighet for å motta behandling av alkoholproblemer. De fant at folk som opplevde stigmatiserende holdning fra samfunnet grunnet sitt alkoholproblem oppsøkte i mindre grad hjelpetilbudet. De fant at nærhet til bruker og familierelasjon til en person med alkoholproblemer var viktige faktorer som predikerte mindre stigmatisering, og bidro også til å redusere stigmatiserende holdninger.

Er det mulig å finne forklaringer på hvorfor det er sånn, og hvorfor hjelpeapparatet behandler de syke på en åpenbart uhensiktsmessig måte?

4.5.3 Mulige forklaringer på stigmatisering

Siden man finner tendenser i allmennheten og hos helsepersonell til å forhåndsdomme og stigmatisere denne brukergruppen kan det være interessant å se om det er noen iboende mekanismer i oss som mennesker som trigger de reaksjonene i møte med en rusavhengig. Det er viktig å minnes at ulike fagfelt vil se på stigma fra sitt respektive ståsted, metodene som brukes for å oppnå den forståelsen blir diktert av den faglige og teoretiske overbevisningen man har, og resultatene vil følgelig reflektere dette ståstedet.

I følge Crocker, Major og Steele (1998) anses de stigmatiserte gruppene å være i besittelse av noen attributter som formidler en sosial identitet, og som igjen anses som mindre verdt og devaluert i en spesifikk situasjon. Med den logiske tilnærmingen kan for eksempel kjønn, hudfarge, en annen religiøs tilhørighet og en funksjonshemming være nok til at noen blir stigmatisert og sett på som annerledes. Selv ikke professorer, homoseksuelle, folk med

kreft eller overvekt unnslipper fenomenet, og kan være eksempler på mennesker som i en gitt setting blir stigmatiserte.

Crocker et al. (1998) hevder at det ikke er et bestemt trekk eller én definerende kvalitet som entydig peker ut en person eller en gruppe som stigmatisert. Videre hevder de at både kollektive representasjoner og delte meninger som folk tar med seg i situasjonene er viktige, og at selvtilliten til den som blir stigmatisert blir konstruert i den situasjonen. Så det å skille seg ut i seg selv medfører ikke nødvendigvis noen negative konsekvenser for en, men meningsinnholdet man konstruerer i disse situasjonene kan bidra til at man opplever stigma som negativt.

Link og Phelan (2001) definerer stigma som en kombinasjon av merkesetting, tap av status, adskillelse, stereotypier og diskriminering, og presiserer at for at stigmatiseringen skal kunne finne sted må det foreligge en maktutøvelse. Stafford og Scott (1986) sin definisjon av stigma er at en gruppe med mennesker står i opposisjon til normen i en sosial gruppe.

Mens overnevnte forklaringer går mer inn på opplevelse av å tilhøre en stigmatisert gruppe og maktutøvelse, fokuserer Kurzban og Leary (2001) på evolusjonsperspektivet for å finne en mulig forklaringsmodell. Deres definisjon ligner veldig på det som er nevnt over, men de forklarer den stigmatiserte sosiale ekskluderingen med menneskelig evolusjon. En mulig forklaring som de skisserer er at vi mennesker har som mål å sikre vår egen overlevelse og reproduksjon. Derfor skriver de at vi mennesker er kognitivt tilpasset til å velge bort sosial omgang med individer som kan være farlige eller være bærere av smittsomme patogener. Phelan, Link og Dovidio (2008) beskriver stigmatisering som både urettferdig og et samfunnsproblem.

Selv om brukermedvirkning har vært en overordnet målsetning i velferdspolitikken i mange år skriver Askheim (2009) at det er rikelig dokumentasjon på at målsetningen langt fra er nådd. Han påpeker at diskrepansen mellom helseovgivning og virkeligheten sannsynligvis er større innenfor russektoren enn i andre velferdsområder. Hvilke hindringer møter en bruker som også har rusproblemer? I følge Askheim (2009) blir rusbrukere behandlet som ikke-verdige trengende da holdningen i samfunnet er at de er selvforskyldte i sine problemer, i motsetning til funksjonshemmede som anses som verdige trengende da de ikke kan lastes for sine problemer. Videre mener Askheim (2009) at det ikke-verdige bildet av rusmisbrukere forsterkes og opprettholdes av media, som omtaler den brukergruppen som upålitelige og som helt annerledes enn oss normale mennesker. På bakgrunn av disse holdningene tillater man ikke at rusmisbrukere selv får beslutte hvordan de skal komme seg ut av problemet sitt. At brukere får medvirke i egen behandling oppleves som snillisme og at samfunnet og hjelpeapparatet gir etter for rusliberalisme. Askheim (2009) skriver at

hjelpeapparatet rangerer pasienter og brukere akkurat på samme måte som samfunnet rangerer borgere. En ikke-verdig trengende blir ikke prioritert, og brukermedvirkning blir ikke implementert som på andre brukere.

Kan det å bli bevisst på egne holdninger bidra til å endre vår tilnærming til denne brukergruppen? Kanskje det vil være med på å gi en bredere forståelse av hvorfor profesjonaliteten og medmenneskeligheten til helsearbeidere må vike for medfødte og naturlige reaksjoner.

Selv om folk med rusavhengighet og psykiske lidelser må lære seg å takle sin situasjon, ligger en del av ansvaret hos omgivelsene og samfunnet rundt. Det å ekskludere andre er en maktutøvelse der maktforholdet ikke er likt fordelt. I en pasient-behandler relasjon er også maktbalansen skjev. Det kan være interessant å se litt nærmere på makt som begrep da helsemyndighetene (2014) helt klart ønsker at brukere skal inneha like mye makt som behandlere. Kan en løsning være å justere maktforholdet i en slik relasjon?

4.5.4 Makt som problem

Ikke så ulikt som Arnstein (1969) mener Ørstavik (2008) at makt som tilsløres under andre navn er et problem, og skriver at et av de største problemene innenfor psykiatrien var å hjelpe og kontrollere folk på samme tid. Dette blir beskrevet som et så stort problem at selv de mest radikale miljøterapeuter, som utviste en forakt for makteliter, bidro til at maktforskjellen mellom bruker og hjelper ble opprettholdt. Ørstavik (2008) mener at siden makt er en statisk størrelse betyr det at den bare kan fordeles annerledes, og ikke økes. Videre sier hun at i diskusjonene om at brukere og pårørende skal få økt innflytelse er det ingen som diskuterer hvem som skal få mindre innflytelse som følge av dette. Ørstavik (2008) skriver at hjelpepersonell ikke skal få mulighet til å velge når brukere skal få mulighet til å medvirke i deres egen behandling, for da skjer ikke maktforskyvningen, den bare forsterkes.

Enhver person ønsker å ha en viss mengde med makt, makt til å foreta egne valg, til å påvirke andre og mulighet til å sette grenser hvis man opplever overtramp. Selv matbutikker skaper illusjon om at kundene har makten og de etterstreber å formidle i sin markedsføring at «kunden har alltid rett». Butikkene vet at de tjener på å ha en vennlig profil der inntjening og profitt ikke skinner gjennom like lett, men er gjemt bak en vennlig og behagelig fasade. Som kunde har man friheten til å vrake en butikk fremfor en annen, eller klage hvis man føler seg dårlig behandlet. Heldigvis er valgmulighetene mange. Rusmisbrukere er derimot en brukergruppe som er langt mer desperate når de trenger hjelp, og de kan ikke alltid velge og vrake mellom tilbud. Desto viktigere er det at tjenesteytere ikke misbruker sin makt og posisjon mot en gruppe som ikke nødvendigvis kan shoppe hjelp fra et annet sted. Særlig

personer som har psykiske vansker eller rusavhengighet er i en sårbar posisjon når maktmisbruk og ovenfra-og-ned holdning er kamuflert bak begrep som brukervedvirkning. Bare fordi brukere sier seg enig i fagpersonens vurdering trenger ikke bety at de faktisk er enig med den.

For at makten ikke skal bli misbrukt og det skal være likestilt mellom pasient og behandler må forholdene være lagt til rette for dette. Det at fagpersoner ser på seg selv som problemløserer virker hemmende på brukervedvirkning (Jensen, 2009), og kan til dels sees i lyset av maktmisbruk da man lukker øynene for erfaringskompetansen hos brukeren selv. Et annet element som kan utjevne maktbalansen er nærhet til brukeren i beslutningsøyeblikket (Jensen, 2009). Det er kanskje paradoksalt at systemet der man skal utøve brukervedvirkning ikke er klar til å støtte ambisjonen. Derfor er det minst like interessant å rette blikket mot det politiske klimaet og se om rammene er tilstede for å kunne tilby forsvarlig hjelp til psykisk psyke og rusavhengige personer.

4.5.5 Byråkrati

I følge Askheim (2017) har de partipolitiske skillene i Norge vært av mindre betydning enn i de fleste land. Videre argumenterer Askheim (2017) for at brukervedvirkning slik vi kjenner i dag kan rammes inn i et sosialdemokratisk tankesett, uavhengig av skiftende regjeringer. Slagordet "Gjør din plikt. Krev din rett" ble lansert av Einar Gerhardsen under gjenreisningsarbeidet etter krigen, og Arbeiderpartiet videreførte dette med slagordet «Alle skal med» under valgkampen i 2007. Askheim (2017) skriver at de samme prinsippene gjelder her, at alle har rett til en plass i velferdssamfunnet, men samtidig handler det også om ansvarliggjøring omkring egen helse og at man er en aktiv og deltakende samfunnsborger. I følge Askheim (2017) viderefører den sittende regjeringen den samme retorikken om brukervedvirkning, men den tilbyr også en retorikk som ikke har vært tydelig før. Den store forskjellen hos Solberg-regjeringen er at de mener det er en innskrenkning av den individuelle friheten hvis den offentlig har monopol på å levere velferdstjenester.

Mange av eksemplene nevnt tidligere i oppgaven omhandler brukervedvirkning på individnivå. I følge Valla (2010) mangler det ikke på de gode intensjonene fra fagfolk, men likevel ser man at brukervedvirkning er vanskelig å omsette i praksis. I lyset av det som er nevnt overfor kan muligens disse utfordringene være at dagens organisasjonsstruktur ikke støtter en slik modell. Kan det være en løsning å se på brukervedvirkning på systemnivå eller politisk nivå?

Karlson (2015) legger fram to bekymringsområder vedrørende hvorfor brukervedvirkning ikke praktiseres slik nasjonale veiledere tilsier. Det første som nevnes er

at fagpersoner får redusert autonomi da mange er disiplinert inn i praksiser som er fundert i markedsliberalistisk tenkning, og ikke på kunnskap, erfaringer og forskning. I stede for å følge helsepolitiske føringer som fokuserer på brukernes rettigheter og medvirkning må fagpersonene være lojale mot systemene. Det andre punktet er at alle systemer er i dag underlagt krav om økonomisk og kunnskapsmessig effektivisering, standardisering og byråkratisering. Dette kommer til uttrykk ved at alt og alle kan måles med fokus på det kvantitative. Man bruker ordet produksjon om tjenestene i arbeidet med psykisk helse, og fokuset er dessverre på å redusere ventelister, antall konsultasjoner, økonomisk inntjening, gjennomstrømming av brukere, budsjettkontroll og innsparinger (Karlson, 2015).

Omsorg og behandling forstås på en reduksjonistisk måte, og "det som teller er det som kan telles". På den måten blir det individuelle arbeidet marginalisert i alt hjelpearbeidet (Martinsen, 2005). Effektiviteten innen psykisk helsearbeid kommer til uttrykk i raske utredninger, diagnostisering og deretter en foreskrevet behandling. Dette er med på å forsterke ekspertveldet, og underminerer betydningen av tid, relasjonelt samarbeid og faglig skjønn (Joranger, 2009). De økonomiske styringsmodellene virker inn på de kliniske praksisene når man skal jobbe med psykisk syke mennesker. Dette kan bidra til at brukere mister tilliten til fagpersonen hvis det er merkbart at fagpersonen har andres interesser i tankene. For at brukerne skal oppnå autonomi må fagpersonene være autonome (Ekland, 2004).

Blant faktorer som virker hemmende på brukermedvirkning er at alle, både behandlere og pasienter, er innforstått med at de er en del av et behandlingsopplegg hvor behandlere helt klart er tildelt ekspertrollen. Der er det ikke rom for usikkerhet eller motvilje fra pasientenes side. Det blir begrensede muligheter for å implementere brukermedvirkning i et system som også må ta høyde for juridiske retningslinjer (Fischer & Neale, 2008). Hvis brukerperspektivet anses å være i konflikt med styringssystemene (Haukelien et al., 2011), hvordan skal man da implementere brukermedvirkning i praksis?

Det finnes dessverre ikke noe enkelt svar på dette spørsmålet. Hvis man oppsummerer den andre problemstillingen er det tydelig at det er to hovedfaktorer som utpeker seg som hindre for praktisering av brukermedvirkning, stigmatisering og systempolitisk hindring. På den ene siden ser man at det er et utbredt problem at mennesker blir stigmatisert og ekskludert på bakgrunn av deres psykiske helse og/eller deres rusavhengighet. På den andre siden kan det se ut som at vi ikke har et system som per dags dato kan tillate gjennomføring av brukermedvirkning i henhold til ambisjonene helsemyndighetene snakker om. Diskusjonen videre vil adressere dette problemet. Neste kapittel vil derfor omhandle hvordan fremtidens psykologer kan og bør posisjonere seg i samfunnet slik at de kan peke på de systemiske hindringene for gjennomføring av brukermedvirkning.

5.0 Diskusjon 2 - Systemarbeid

Den tredje problemstillingen fordrer at man har et fremtidsrettet blikk om brukermedvirkning. Før blikket blir rettet mot fremtiden og før oppgaven takler den siste problemstillingen, anses det som viktig å se litt nærmere på systemarbeid. Siden byråkratiske utfordringer kan bidra til å hindre brukermedvirkning i praksis bør fremtidens psykologer inneha nok kunnskap om temaet sånn at de er rustet til å tenke på problemene fra andre perspektiver enn det individfokuserede.

Det er pålagt å benytte seg av brukermedvirkning på systemnivå i henhold til Lov om helseforetak som kom i 2001 og Lov om Arbeids- og velferdsforvaltningen som kom i 2006 (Askheim, 2017). Så hvem er potensielle samarbeidspartnere for denne brukergruppen? Spesialisthelsetjenesten, førstelinjetjenesten, fastleger, institusjoner som tilbyr medikamentell og sosial rehabilitering, fastleger og NAV for å nevne noen. I tillegg kommer de ideelle og frivillige organisasjonene, for ikke å glemme arbeidsgivere, kreditorer skattemyndighetene, politiet og pårørende. Listen er lang.

Mange tilbud til disse brukerne er styrt ut i fra at symptomene skal dempes, og ikke at menneskene som trenger hjelp skal utvikles (Baklien, 2010). Det er åpenbart at det ikke er tilstrekkelig å jobbe med brukermedvirkning på individnivå. Den hjelpetrengende kan ikke kun være prisgitt ekstra innsats fra en storsinnet omsorgsperson. Den hjelpetrengende kan ikke belage seg på omsorgspersoner som går utover hjelpetiltakets mandat for at vedkommende skal få muligheten til å medvirke i egen behandling. I tidligere eksempler ser man at ved siden av stigmatiserende holdning fra samfunnet, møter den brukergruppen på faktiske systemiske hindringer. Vi har unektelig et fantastisk velferdssamfunn i Norge, men det kan se ut som at det byråkratiske systemet ikke helt klarer å tilby reell brukermedvirkning slik det hevder at det har ambisjoner om. Det utdannes dyktige fagfolk innen helse og omsorg hvert eneste år. Sosionomer, ergoterapeuter, sykepleiere, vernepleiere, leger og psykologer jobber alle i et system som er regulert av juridiske og økonomiske rammer og retningslinjer. Ofte handler det ikke om viljen til å hjelpe folk, men hvorvidt det er mulig på tvers av hjelpeapparatet. Det har alltid vært fokus på at fagfolk må utvikle seg til å bli enda dyktigere og holde seg oppdaterte på fagfeltet sitt. Det bør være like stort fokus på at brukermedvirkning ikke blir et ord som blir brukt for å legitimere og pynte sine virksomheter med, men en del av mandatet. Skal man hjelpe folk i desperasjon må man også se nærmere på systemet som er opprettet for å hjelpe dem.

En ting som kjennetegner denne brukergruppen er at de blir kasteballer i hjelpeapparatet, noe som medfører at disse personene har langt hyppigere akuttinnleggelser

og avrusninger. Disse personene blir også ofre for tvangsinnlegger, og de er ofte i kontakt med politiet fordi de blir betegnet til å ha utagerende atferd (Evjen, Øiern & Kjelland 2003). Veldig ofte ser man at denne brukergruppen ikke passer inn i eksisterende tjenestetilbud. Det blir dermed tydelig at psykologer kan, og ikke minst bør jobbe systemisk. Dette betyr at man som fagperson må gjøre mer enn å kun hjelpe den enkelte i individuell terapi. Dette betyr også at man som fagperson må påse at hjelpeapparatet tar brukernes perspektiver på alvor. Man kan til og med jobbe opp mot ulike hjelpeapparat som kan ha hver sin egen forståelse av begrepet brukermedvirkning. De har alle hvert sitt mandat som kan skape begrensninger og hindringer for den som søker hjelp. For at hjelpeapparatet og helsemyndighetene skal gjøre alvor av implementering av brukermedvirkning må bistand og hjelp koordineres slik at de ulike instansene kan samarbeide, og ikke minst samhandle om å gi et helhetlig tilbud.

5.1 Samfunnspsykologisk tenkning

Samfunnspsykologer kan påta seg rollen som bindeleddet mellom de ulike hjelpeapparatene. De kan jobbe mot og påse at det ikke oppstår interessekonflikter og kommunikasjonsproblemer når man kobler inn mange ulike tiltak i hjelpeapparatet i forbindelse med en bruker. Nelson og Prilleltensky (2010) presenterer tre punkter som kan bidra til å styrke denne samhandlingen.

5.1.1 Allianse

I det første punktet handler det om å skape en allianse, og består av 8 trinn. Som samfunnspsykolog må man sørge for å være en inkluderende vert for samarbeidsgruppa. Man må etablere en felles visjon for hele gruppa som alle kan jobbe mot å oppnå. Når man bygger allianse er det viktig å benytte seg av ressursene i gruppa uavhengig av status og ekspertise, sånn at alle får kommet med sine ideer og tanker. Det gjelder å være lyttende slik at man i ro og mak kan se på de presenterte problemstillingene i lyset av både evidensbasert forskning og lokal empiri og kunnskap. Deretter gjelder det å finne løsninger som sikrer at gruppen handler etter behovene til den som trenger hjelp. Det er viktig å evaluere prosessen sammen med samarbeidsgruppa underveis slik at det er enighet om den valgte retningen. Det neste trinnet handler om å anerkjenne behovet for endring, implementere nye ting og foreta endringene i tråd med evalueringene. Det siste trinnet innebærer at når man skaper positive endringer må man sørge for at de vedvarer og ikke forsvinner som en forbigående trend (Nelson & Prilleltensky, 2010).

5.1.2 Forandring

Det andre punktet som omhandler forandring består av 4 trinn. Først og fremst handler det om å skape en helhet i arbeidet slik at det blir lettere å takle problemer på flere plan. Man må praktisere empowerment og brukermedvirkning ved å fordele makten til pasientgruppen. Her kan man identifisere og nyttiggjøre seg av skjulte ressurser som ellers ikke ville kommet til syne. Til slutt er det viktig å sikre at endringene kan fortsette og ikke stoppe opp. Dette kan kun skje hvis samfunnspsykologen skaffer den nødvendige informasjonen omhandlende materialer, mennesker, omgivelser, og sosiale og politiske ressurser (Nelson & Prilleltensky, 2010).

5.1.3 Atmosfære for kunnskap

Det tredje punktet som nevnes handler om å skape en atmosfære av kunnskap. Her er det viktig at man lærer av både vellykkede og mislykkede intervensjoner. Man evaluerer og ser på resultatene av disse intervensjonene. Jobben til en samfunnspsykolog blir å påse at kunnskapskultur vedvarer og blomstrer (Nelson & Prilleltensky, 2010).

Disse tre punktene bidrar også til å påpeke at samarbeid og samhandling er to forskjellige ting. Man kan være god på samarbeid, men likevel ikke få til samhandling, som er essensielt i møte med brukere. Samarbeid er noe mer konkret hvor man gjør arbeidet hver for seg og foretar beslutninger uavhengig av de man samarbeider med. Samhandling blir derimot mer prosessuelt, der man ved siden av å samarbeide sammen også løser oppgaver i fellesskap. En samhandling fordrer også at det er likeverdige relasjoner mellom tjenestene og brukerne (Ness, 2016).

5.2 Samfunnspsykologisk arbeid

Psykologer har lange tradisjoner med å jobbe i kommunene og tenke samfunnspsykologisk. Pendelen dreide i retning spesialisthelsetjenesten på 1980-tallet og 1990-tallet, med utbyggingen av DPS-er. Den samme pendelen ser man dreie tilbake til samfunnspsykologisk tenkning og tilbud om lavterskelhjelp til folk som har lette til moderate plager med psykisk helse og rus. Slike forebyggende tiltak viser seg å være veldig verdifulle. Samfunnspsykologer kan gjøre viktig folkeopplysningsarbeid rettet mot den øvrige befolkningen slik at det blir økt bevissthet rundt fordommene som fører til stigmatisering. De kan med sin kunnskap tilby individuell terapi til de som trenger det. De er også en ressurs når det gjelder å løfte blikket og se på systemfeil som skaper de samme samfunnsproblemerne år etter år. Det å bruke sin psykologkunnskap til å kjenne igjen destruktive mekanismer i samfunnet, påpeke de og starte en intervensjon bør være en del av samfunnsoppdraget.

Dermed kan man håpe på at byråkratiet etterhvert vil følge brukeren, og ikke omvendt. For brukere kan behandlingsapparatet oppleves som en uoversiktlig informasjonsjungel det er vanskelig å finne fram på. Her har man en utfordring som går ut på hvordan man kan forenkle informasjonstilgangen og dermed hverdagen for brukere i langt større grad enn det vi ser i dag. Samfunnspsykologene kan som sagt bidra til å skape en allianse mellom tiltakene og brukeren, men også mellom tiltakene, slik at de følger den enkelte brukeren. De må selv posisjonere seg slik at de kan påpeke viktigheten av empowerment og brukermedvirkning, og dermed ta rollen som brobygger mellom praktisk kunnskap basert på erfaring og ekspertkunnskap basert på faglitteratur. Målet bør være at brukeren opplever seg som like mye verdt som hjelperne og at brukerperspektivene får like mye vekt som fagkunnskap hjelperne sitter med. En slik allianse kan også bidra til å forskyve det tradisjonelle maktforholdet mellom behandler og bruker, til å gå fra ovenfra og ned-forhold til å bli mer likeverdige.

Er det mulig å tenke seg at det kanskje har vært for mye fokus på individuell terapi, og at psykologene har glemt å betrakte pasienten i sosial kontekst? Er det i det hele tatt mulig å implementere en helhetlig tilnærming til mennesket? Tidligere i oppgaven ble psykisk helsevern i Norge presentert i historisk perspektiv. Det er sjeldent at systemer utvikler seg i et vakuum, og Orford (2008) skriver at Reagen-perioden i USA fokuserte ekstra mye på individualisme. Han mener at moderne psykoterapi er i ferd med å gjøre den samme feilen, altså å individualisere personlig nød uten nødvendigvis å ta hensyn til verden folk lever i. Den kollektivistiske- og fellesskapstenkningen har viket mer og mer i Europa og Norge fremfor individualisert tenkning. Orford (2008) antyder at kollektivismen fortsatt gir en bismak i munnen fra den tiden da vi opplevde den individualiserte friheten som motsatsen til den politiske kollektivismen i Sovjet og Øst-Europa.

6.0 Diskusjon 3 - Brukermedvirkning i dag og i fremtiden

Denne delen er i sin helhet viet til å besvare den tredje problemstillingen. Selv om recovery er presentert tidlig i oppgaven vil temaet bli presentert og diskutert mer dyptgående under denne delen, særlig når recovery utpeker seg som en potensiell arvtaker etter brukermedvirkning.

6.1 Problemstilling 3

Hvilke andre måter å jobbe på kan på sikt fremme brukermedvirkning i tråd med helsemyndighetenes anmodning og ambisjon? Tidlig i oppgaven ble helsemyndighetenes ambisjon om brukermedvirkning nevnt, hvor de skriver at pasientens behov skal være i sentrum. De skriver også at det kreves endringer for å oppnå dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Hvordan skal man få til det? Recovery er kanskje den mest dekkende og plausible tilnærmingen for å se på hvordan dagens og morgendagens brukermedvirkning kan, og bør være.

6.1.1 Recoveryorienterte tjenester

For at recovery skal skje må pasienten eller brukeren plasseres i førersetet slik at de deltar i alle avgjørelser som omhandler dem. Endringene som myndighetene nevner må skje på samfunnsnivå hvor mangfold og forskjellighet aksepteres og inkluderes og hvor man ser på helse som fysisk, psykisk, sosial og ikke minst eksistensiell (Thompson et al., 2019). Begrepet recovery tilbyr mange ulike måter å tenke på, arbeide på og praktisere på. Det åpner opp for at den som ønsker det kan tenke på det som en gjenvinnelsesprosess, for andre kan det handle mer om aksept for livsutfordringer, mens noen kan faktisk velge å forbli marginalisert og annerledes (Thompson et al., 2019). Den eneste veien til et friskere og fullverdig liv er at tjenestetilbudene anerkjenner brukernes egne drømmer og håp for fremtiden. På den måten vil man møte mennesker som et subjekt i møte med et annet subjekt, det vil si som likeverdige mennesker (Baklien, 2010).

Recovery har sine røtter fra vestlige land som Amerika, Storbritannia og Australia. Akkurat som man må tenke på norske forhold og norsk kultur når man kontekstualiserer kunnskaper og praksiser fra empowerment-begrepet, må recovery også oversettes til norske forhold. Spørsmålet er om recovery kan tilby noe nytt eller i det minste redusere diskrepansen mellom helsemyndighetenes ambisjoner og dagens praksis. I følge Thompson et al. (2019) presenterer recovery både noe som er tradisjonelt og kjent og noe som er nytt. Siden recovery kommer fra den humanistiske og sosiale tradisjonen påvirker det synet på mennesket, og

anerkjenner at alle mennesker utvikles i sosiale relasjoner mellom hverandre, lokalmiljøer og i samfunnsstrukturer. Dette er med på å skape en anerkjennelse av at sosial klasse, etnisitet, seksuell legning, kjønn, religion og utdanning er faktorer som er med på å skape forskjeller og ulikheter mellom enkeltmennesker og grupper. Thompson et al. (2019) skriver at recovery ikke kan implementeres i dagens psykisk helse- og rustjenester, men heller utvikles gjennom samhandling og samarbeid. Erfaringsmedarbeidere, det vil si personer med egne erfaringer med psykisk helse- og rustjenester må ansettes på lik linje med fagpersoner, og at man da kan se faktiske endringer når tjenestetilbudet skal utvikles. På samme måte som erfaringskonsulenter trenger opplæring må fagpersoner også få opplæring i hvordan de skal bruke sin fagkunnskap. Thompson et al. (2019) presiserer at disse endringen ikke kan begrenses til enkle enheter eller institusjoner, men skje i hele organisasjoner, og dernest på system- og samfunnsnivå.

En annen ting som skiller recovery fra dagens brukermedvirkning kan være at med brukermedvirkning følger en forventning om at brukere skal kunne bestemme selv og dermed bli i stand til å leve et normalt liv. Spørsmålet som mange kanskje glemmer å stille er hva et normalt liv innebærer. Som fagperson kan det være fristende å ta føringen i brukerens bedringsprosess, og rettferdiggjøre det med at man som en ansvarlig fagperson bør gå foran som et godt eksempel. Litteratur og forskning om recovery viser at det å bli symptomfri eller bli kvitt alle problemene sine ikke er løsningen. Folk lever veldig ulike og mangfoldige liv, og selv om fagfolk kan innbille seg at de fleste ønsker seg et A4-liv, er det nærmest umulig å definere hva et A4-liv er for den enkelte (Karlsson & Borg, 2017). I recovery kan man til dels også finne motsvar på kritikken til Tritter og McCallum (2006) mot Arnsteins (1969) modell, hvor de hevdet at modellen ikke tok høyde for at noen brukere ikke ønsket å medvirke i egen bedringsprosess eller at de ikke var i stand til det. Thompson et al. (2019) skriver at recovery blir en personlig og sosial prosess der den hjelpetrequende over tid lærer å hjelpe seg selv både av egen hjelp og med hjelp fra andre, og hvor fagpersonen plasserer seg ved siden av brukeren, og ikke foran dem. På den måten vil brukeren få et verdig liv som "innbygger", og ikke som "psykisk syk" eller som "rusavhengig".

Recoveryorientert tenkning har vokst mye i løpet av de siste 30 årene. En av de største pådriverne bak recoverytenkningen er Patricia Deegan. Hun har doktorgrad i klinisk psykologi, men har også personlig erfart å bli diagnostisert med en schizofrenidiagnose da hun var 17 år gammel. Hun ble medisinerert på antipsykotika og institusjonalisert, med beskjed om at det var hennes liv nå, og at hun måtte stå på medikamenter resten av livet. Deegan (1988) skriver om sine tanker og følelser i etterkant av dette, og forteller at hun ikke aksepterte en slik skjebne. Hun bestemte seg for å komme i posisjon der hun kunne hjelpe

andre som var i lignende situasjon. Hun beskriver recovery som en livsprosess, en holdning og en måte å tilnærme seg de hverdagslige utfordringene på. Hun skriver at det er en verdighet i recovery og kan derfor ikke påtvinges pasienten. Pasientene må bruke den tiden de trenger og foreta sin egen reise.

6.1.2 Har recovery noen plass i dagens psykisk helse- og ruslandskap?

Recovery blir nevnt som et viktig element i handlingsplanen til WHO (2013) i møte med psykisk helse og rus, og ikke minst nødvendig i utvikling av morgendagens behandlingstilbud. Helt i tråd med Engel (1977) sin biopsykososiale modell påpeker handlingsplanen til Verdens Helseorganisasjon viktigheten av å se mennesket i kontekst og i relasjon til andre mennesker. Når man betrakter recovery som en rettighet enhver samfunnsborger har kan man begynne å se på hvordan man skal finne tilbake til borgerrollen igjen (Thompson et al., 2019). De påpeker at kombinasjonen av praksiskunnskap og praksisutøvelse hos fagfolk er et felt som trenger mer forskning. Utfordringen blir selvfølgelig at dagens gullstandard innen forskning ikke vier nok oppmerksomhet og ressurser til omgivelsene for recoveryprosesser og hjelpearbeidet. Thompson et al. (2019) hevder at vi ikke lever i et personorientert samfunn, et samfunn der fagfolk viser åpenhet for at personen som trenger recovery trenger å ta ting i eget tempo, og åpenhet for at ulike forhold kan gi bedring. Derimot skriver de at det finnes holdepunkter for at samfunnet vårt er planorientert. Et slikt samfunn vil gi seg til kjenne ved å være velregulert, og der fagpersonene vil oppleve det som vanskelig å planlegge og strømlinjeforme samarbeidsprosessene.

Både i lyset av den biopsykososiale modellen (1977) og Arnsteins stige (1969) er det tydelig at recovery plukker opp mye av budskapet og presenterer det i ny språkdrakt. Den har i tillegg flere dimensjoner enn bare brukermedvirkning eller brukerperspektiv. Den går lenger og problematiserer stigmatiseringen av de marginaliserte gruppene. Dermed blir recovery å betrakte som en nødvendig oppgradering av begrepet brukermedvirkning. Den er bedre tilpasset dagens samfunn og fremstår som mye mer enn bare en ambisjon fra fordums tid.

6.1.3 Er recovery gjennomførbart?

Det finnes ikke et enkelt ja-nei svar på dette spørsmålet. Recovery må først og fremst sees i lys av økende fokus på brukermedvirkning de siste årene. Som vi har belyst tidligere er det en diskrepans mellom det som er helsemyndighetenes ambisjon om brukermedvirkning og de faktiske forholdene. Er det mulig å tette igjen dette gapet med recovery-tenkningen? De samme utfordringene som Jensen (2009), Petersen (2009), Vatne (1998), Fischer og Neale (2008), Haukelien et al. (2011) og Sverdrup et al. (2005, 2007) poengterer i forbindelse med

brukermedvirkning eksisterer for recovery også. Borg og Karlsson (2011) skriver at brukerperspektivet med autonomi og reell brukermedvirkning ikke er særlig fremtredende innenfor dagens kunnskapsgrunnlag og praksiser i psykisk helsearbeid. En av årsakene som nevnes er at dagens kunnskapsparadigmer som har fått stor innflytelse innenfor spesialisthelsetjenesten oftest baserer seg på randomiserte kontrollerte studier, altså gullstandard innenfor medisinsk og psykologisk forskning. Dette bidrar til å danne bakgrunnsteppe for dagens rådende kunnskapsgrunnlag og dermed gjeldende praksis. Resultatet blir at man ender opp langt unna føringer som helsemyndighetene og helsedirektoratet har understreket.

New public management (NPM) er enda et element som til tross for sin grunnprinsipp om å være motsatt til byråkratisk og fagstyrt ledelse har vist seg å være en dyr modell å vedlikeholde. Modellen er hentet fra en markedsliberalistisk ideologi innen offentlig sektor (Ekelend, 1999). Hvordan viser den seg i dagens kommunehelsetjeneste? De siste årene har det blant annet vært økt fokus på konkurranseutsetting, privatisering og stykkprisfinansiering innenfor den kommunale sektoren som et resultat av NPM-prinsipper.

Innen spesialisthelsetjenesten innebærer dette at sykehusene og DPS-ene blir finansiert etter diagnoserelaterte grupper, altså etter hva slags diagnose pasienten har. Arbeidsintensive bedrifter vil i et slikt system være mer aktuell for konkurranseutsetting (Hansen, 2018). Kostnadsreduksjonen vil først og fremst ramme lønns- og arbeidsforholdene. Det er ikke utenkelig at innstramming av lønnskostnader også reduserer kvaliteten på tjenestetilbudet.

Konseptet om privatisering handler om at det offentlige lar markedet ta over ansvaret for en tjeneste, som for eksempel en institusjon. Dermed blir de ansvarlige både på etterspørselssiden og produsentsiden. Privatisering er ofte forbundet med redsel blant ansatte om at private profittmotiver skal prioritere lavere produksjonskostnader og høyt utbytte (Hansen, 2018).

Når man snakker om stykkprisfinansiering snakker man om at en tjeneste, innen spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten mottar en fast betaling for hver pasientkonsultasjon, og i praksisen vil det innebære at tjenester og hjelpetiltak ikke vil motta et fast beløp der de etter evne og de økonomiske rammene prøver å få til så mange konsultasjoner og behandlinger som de klarer. I stedet vil tjenester motta penger for hver produserte konsultasjon eller tjeneste (Magnussen, 2016).

Hvis helsehjelp blir en vare som skal selges på lik linje med produkter ellers, dukker de økonomiske spørsmålene opp. Man står i fare for å begynne å tenke i retningen av lønnsomme og ulønnsomme pasienter (Borg & Karlsson, 2011). Den faglige motstanden mot NPM handler også om at det ikke alltid er ønskelig med betalingssystemer som regulerer

forbruket av tjenestene, da mange av oppgavene må tilpasses hver enkelt bruker på grunn av sin sammensatte og kompliserte natur (Hansen, 2018).

Konseptet om recovery er relativt nytt i Norge, men det finnes større internasjonalt miljø med mye kompetanse på området. Når recovery blir brukt slik det er meningen fungerer den som reell brukermedvirkning.

Recoveryorientert tenkning har også fått en del kritikk. Først og fremst omtales recovery som den siste trenden innen psykisk helse- og rusarbeid. Mange antyder at recovery ikke gjelder deres pasienter, at man tenker på recovery bokstavelig som en bedring i medisinsk forstand eller at det ikke er mulig å bruke recovery da mange medisinske tilstander krever behandling under tvang. Andre argumenter går i retning av at recovery kun handler om å gjøre folk uavhengige og normale, og at syke folk kun kan bidra til samfunnet etter at de er behandlet eller rehabilitert. De økonomiske argumentene hevder at recoveryorientert tenkning vil bety kutt i midlene eller føre til stengning av tiltak (Slade et al., 2014).

I Slade et al. (2014) er denne kritikken besvart. Når man ser på recovery som en trend antyder man at den kommer til å forsvinne like fort som den dukket opp. Dette virker nokså historieløst når man forstår forutsetningene og tradisjonen bak denne tenkningen som etterhvert strekker seg tilbake over 50 år. Ved å antyde at recovery ikke passer ens egne pasienter viser man i beste fall en rigid holdning til egne evner som terapeut, og i verste fall ikke åpenhet for andre impulser. En del behandlere gjør det enkelt for seg selv ved å kun tenke på recovery som ren medisinsk bedring der psykososiale elementer er fraværende. Selv om det er en forestilling om at recovery ikke passer inn i mange behandlingsformer grunnet sykdommens natur viser Slade et al. (2014) at det ikke er tilfelle, og at man i de fleste land går bort fra behandling under tvang, deriblant Norge (Ness, Steen, Reichelt & Walby, 2016). Kritiske røster som mener at recovery kun handler om uavhengighet til brukeren ser kanskje ikke at de er med på å frata brukeren deres prosess om å finne tilbake til livet og samfunnet som en likeverdig og respektert borger.

Recovery handler om å skape inkluderende samfunn hvor alle har en plass, uten stigmatisering, ekskludering eller sanksjoner. De som påstår at brukere ikke kan bidra til samfunnet glemmer at de fleste mennesker i dag finner mening med hverdagen og bidrar i samfunnet ved å jobbe og betale skatt. I følge Slade et al. (2014) er det bedre med incentiver om jobb fremfor velferdskutt som straff. Tilrettelegginger og mulighet til å fortsette å jobbe til tross for lidelsen vil være den beste måten de aller fleste kan bidra i samfunnet på.

Nasjonalt Kompetansesenter for Psykisk Helsearbeid (NAPHA) har utgitt et heftet i samarbeid med Mike Slade (2017) som ser på forskjellene mellom tradisjonelle tjenester og recoveryorienterte tjenester.

TRADISJONELL TILNÆRMING	RECOVERY TILNÆRMING
Verdier og maktforhold	
(Tilsynelatende) verdinøytral	Verdiorientert
Profesjonelt ansvar	Personlig ansvar
Kontroll	Valgmulighet
Makt over mennesker	Fremmer makt over eget liv
Grunnprinsipp	
Vitenskapelig	Humanistisk
Patografi	Biografi
Psykopatologi	Belastende erfaringer
Diagnose	Personlig mening
Behandling	Vekst og utvikling
Behandler og pasient	Faglige eksperter og erfaringseksperter
Kunnskapsgrunnlag	
Randomiserte kontrollerte studier (RCT)	Veiledende narrativer
Systematiske kunnskapsstudier	Basert på erfaringskunnskap
Akontekstuell	I en sosial kontekst
Praksis	
Beskrivelse	Forståelse
Fokus på sykdom	Fokus på personen
Sykdomsorientering	Ressursorientering
Basert på symptomreduksjon	Basert på håp og drømmer
Personen tilpasser seg behandlingen	Hjelpen tilpasses personen
Belønner passivitet og «behandlingstro»	Fremmer empowerment
Ekspert koordinerer tjenestene	Selvstyring
Mål med tjenesten	
Bekjempe sykdom	Fremme helse
Bringe under kontroll	Egenkontroll
Compliance/»Behandlingstro»	Valg
Gjenopprette normaltilstand	Endring

Figur 2. Tabell fra "100 veier til recovery" (Slade, 2017, s. 16).

6.2 Fremtidens recoveryorienterte tjenester. Hva ønsker man svar på?

I arbeid med denne oppgaven fremstår kanskje recovery som den beste metoden innenfor brukerorientert arbeid og uttrykker den biopsykososiale modellen og Arnsteins stige for medvirkning på en dekkende måte. Så fremt midlene finnes slik som i mange velferdsstater i vestlige land er det fullt mulig å jobbe recoveryorientert. Selv om CHIME-rammeverket ser ut til å fungere på tvers av kulturer (Slade et al., 2012) er det likevel uvisst hvor generaliserbar modellen vil være. Videre forskning og studier må ta i betraktning at utvikling av recoveryorienterte tjenester kan ha elementer som er mer i favør enkelte kulturer,

da særlig kulturer hvor modellen er utviklet. Videre kan det være interessant å se på hvordan recovery fungerer i kollektivistiske kulturer fremfor individualistiske. Mange land der kollektivismen står sterkt har ikke tilfredsstillende velferdsordninger, og der betydning av familie som enhet er mye viktigere for individets velferd enn her i Norge. Særlig u-land som sliter med å dekke de grunnleggende helsetilbudene til sin befolkning kan få vanskeligheter med å tenke recoveryorientert (Hanlon, Wondimagegn & Alem, 2010 i Slade et al., 2014).

Ved å fokusere på recovery i forskning kan man bygge opp solid kunnskap om hvordan man best kan implementere recovery i behandling. Forskningen kan også gi svar på hvilke faktorer som hindrer recoveryorientert tenkning. Som det ble nevnt tidligere i oppgaven blir brukermidvirkning som begrep oppfattet veldig forskjellig av hjelpeapparatet, og i mange situasjoner er brukerne prisgitt hvem de møter og hvordan de økonomiske rammene er. Recovery kan stå i fare for å havne i samme båsen.

6.3 Fremtidens psykisk helse- og rusbehandling

Det er ingen grunn til å tro at recovery ikke skal fungere i Norge. Helsemyndighetene har nylig utgitt en nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020 (Helsedirektoratet, 2017). Hensikten med de nye forløpene er å tilby likeverdige tilbud til brukere, og på den måten ønsker helsemyndighetene å løse variasjonen i ventetid, utredning og behandling. Her innrømmer de at tilbakemelding fra brukere vitner om lite sammenhengende og koordinerte tjenester og mangelfull innflytelse i sin egen behandling. Helsedirektoratet ønsker med dette å igjen fokusere på økt brukermidvirkning og brukertilfredshet, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, unngå unødig ventetid, tilby likeverdig tilbud til pasienter samt ivareta deres somatiske helse (Helsedirektoratet, 2017). Mange av elementene som nevnes her kan man kjenne igjen fra "Sammen om mestring", som er nasjonal veileder i psykisk helse og rus (Helsedirektoratet, 2014). De nye pakkeforløpene kommer i kjølevannet av resultater fra innføringen av pakkeforløpene for kreft, som viste at over 70% av behandlingsforløpene ble gjennomført til angitt tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Det en form for betryggelse å lese at helsemyndighetene velger å fokusere på de rette tingene, men samtidig så har man lest dette før. Helse- og omsorgsdepartementet (2016) trekker fram to viktige mål, økt forutsigbarhet og mindre forskjellsbehandling for brukeren. Haugland og Sjølie (2018) peker på dobbeltkommunikasjon fra helsemyndighetenes sin side. De poengterer at økt fokus på resultater etter innføring av pakkeforløp for kreft kan stå i kontrast til forutsigbarhet og mindre variasjon, mål som nå blir vektlagt for pakkeforløpene i psykisk helse og rus. Hva er så hensikten med å innføre pakkeforløpene? Vil

brukermedvirkning bli tatt vare på, og vil recoveryorientert tenkning være mulig? I tiden som kommer vil dette garantert bli gjenstand for diskusjon og evaluering. Kan den nye organiseringen være diktert av økonomi og ønske om raskt avsluttede saker? Haugland og Sjølie (2018) skriver at de per dags dato ikke er bekymret for om fagpersonene skal få redusert autonomi eller om brukeren ikke skal bli møtt på sine individuelle behov. Det de derimot omtaler som bekymringsfullt er signalet fra helsemyndighetene om at den store omveltningen og omorganiseringen er tenkt gjennomført uten at tjenestene skal øke ressursbruken. De første signalene som kommer lover imidlertid ikke godt. Visepresidenten i norsk psykologforening, Heidi Tessand (2019) skriver i et debattinnlegg at tilbakemelding fra psykologene er at krav som stilles dem ikke henger sammen med ressursene. Helseminister Bent Høie blir anmodet om å ta dette på alvor. Dette er ikke oppskriften på et sunt behandlingssystem når behandlere begynner å miste troen på om de klarer å gi riktig og tilstrekkelig behandling i henhold til deres faglig vurdering. Som Ekland (2004) skriver, for at brukerne skal oppnå autonomi må fagpersonene være autonome.

Hvorvidt tjenestetilbudene vil klare å imøtekomme kravene om pakkeforløpene samtidig som recoveryorienterte tenkningen er ivarett ventet å se. Det eksisterer muligens en frykt om at recoveryorientert tenkning ikke er en valid måte på å jobbe på, og at man derfor står i fare for å miste midler til fremtidig drift av tiltaket. Derfor etterlyses det behov for mer forskning som kan undersøke hvorvidt recoveryorientert praksis fungerer. I en fersk undersøkelse (Fowler et al., 2018) brøt forskerne med den tradisjonelle behandlingforskingen på psykoselidelser når de skulle undersøke effekten av sosial recovery-terapi. Der valgte de å fokusere på antall timer i meningsfull aktivitet fremfor å studere symptomreduksjon. De fant at personer som mottok sosial recovery-terapi brukte 26 timer i uken på meningsfulle aktiviteter sammenlignet med kontrollgruppens 18 timer. Dette er veldig spennende og Fowler et al. (2018) påpeker også behovet for mer forskning på recovery før man kan trekke noen konklusjoner ut av det. Elvik (2019) skriver at de tradisjonelle behandlingstilnærmingene er modne for en tilpasning i retning recoveryorientert tankegang. Larsen et al. (2006) anbefaler interessante virkemidler. Ved siden av å påpeke behovet for mer brukerfokus i forskningen kommer de med en spennende anbefaling. De skriver at profesjonsutdanningene bør vektlegge studentens personlige kompetanse og erfaringer som ledd i yrkesutøvelsen.

7.0 Oppsummering og refleksjon

De gjeldende nasjonale retningslinjene innen psykisk helse og rus innledet oppgaven, hvor målet var å lære mest mulig om brukervedvirkning og hvordan den er implementert i dagens praksis. Som kommende psykolog syns jeg det er lite fokus og forskning på brukervedvirkning, brukerinvolvering eller recovery i regi av NTNU. Selv om nasjonale føringer innen psykisk helse og rus er tydelige på at brukerens behov skal settes i sentrum ser man at det ikke alltid er tilfelle. Det er dessverre for stor diskrepans mellom helsemyndighetenes ambisjon og virkeligheten innen psykisk helse- og rusbehandling. Denne diskrepansen oppleves nok mye større når man vet at inkorporering av brukervedvirkning er blant hovedelementene i enhver handlingsplan, veileder og offentlig tilstandsrapport. Tanken bak brukervedvirkning har eksistert i minst 50 år, og er dermed ikke en helt ny idé. Både Arnstein (1969) og Engel (1977) kan betraktes som forløpere til dagens tenkning om brukervedvirkning. Deres budskap kan virke som en selvfølge og er helt i tråd med dagens tenkning. Deres bidrag kom også i en tid der den sterke og radikale brukerbevegelsen vokste frem som en motsats til de tradisjonelle behandlingstilnærmingene. Det er slik vi forventer at tjenestetilbud skal være i en velferdsstat. Likevel kan det se ut som at man ikke har lik forståelse av begrepet brukervedvirkning. Kanskje det ikke er så rart da det virker som begrepet i seg ikke har en klar definisjon, og man klarer ikke helt å bestemme seg for hvorvidt man skal omtale en tjenestemottaker som bruker eller noe annet.

Både ideen om full borgerdeltagelse der man ikke blir ført bak lyset av makthavere, og ideen om at mennesket ikke bare kan kategoriseres binært som "syk" eller "ikke syk" er essensielle for brukervedvirkning. Det finnes litteratur fra de senere årene som både finner fordelene med brukervedvirkning og litteratur som peker på utfordringer. Litteratur som kan gi en forklaring på hvilke faktorer som bidrar til å skape hindringer for brukervedvirkning peker i flere retninger. Særlig to hovedretninger er nevnt i denne oppgaven. På den ene siden har man grunnleggende holdninger og fordommer i samfunnet om at folk med enkelte psykiske lidelser og rusproblemer er mindre verdt enn andre. Enhver person som avviker fra en bestemt norm kan bli offer for stigmatisering. Denne annerledesheten sanksjoneres ofte med sosial ekskludering. Stigmatisering virker veldig nedbrytende for en person som er hjelpetrengende, og terskelen for å be om hjelp øker ytterligere. Det er også lavere terskel i samfunnet for å akseptere en psykisk lidelse eller en ruslidelse som en del av identiteten til den personen, noe som skjer i langt mindre grad med andre sykdommer som diabetes eller kreft. Vi vet at stigmatisering som fenomen eksisterer i samfunnet, og vi vet også hvordan en

del brukere blir omtalt i media. Det ser dessverre ut som at helsepersonell og øvrig hjelpeapparat heller ikke klarer å unnslippe dette fenomenet.

En annen faktor som skaper hindringer er den tradisjonelle maktbalansen som har eksistert i helsevesen i alle år, dog mye tydeligere på begynnelsen og midten av 1900-tallet. Brukerbevegelsen har gjort opprør, og makthavernes monopol på alle former for beslutninger er blitt kraftig utfordret de siste årene. Selv om maktbalansen er forskjøvet betraktelig de siste årene i favør brukere og pasienter, er det grunn til å tro at det fortsatt er en utfordring. Ingen betviler at leger, psykologer og andre helsepersonell har en maktposisjon. Hvordan man forvalter denne makten vil være nøkkelen til å skape bedre og rausere relasjoner. En relasjon som bygger på respekt og medmenneskelighet og en genuin interesse for å hjelpe den andre. Hos fagfolk kan dette muligens handle om frykt og uvisshet om hva slags helsevesen man får hvis man gir fra seg deler av makten.

Etter å ha satt seg inn i problemstillingene i oppgaven kan det argumenteres for at en helsepsykologisk tenkning om helsefremmende tiltak for pasienten må gå hånd i hånd med samfunnspsykologisk tilnærming der man ser på samfunnsstrukturene pasienten må leve i. Kun da vil man kunne tilby helhetlig hjelp til folk som sliter med psykisk helse- og rusproblemer. Det å avdekke behovene, påpeke manglene, være pådriver for samarbeidsfremmende tiltak og ikke minst jobbe systemisk bør være en del av samfunnsoppdraget til kommende psykologer. Politiske og juridiske føringer, begrensede økonomiske ressurser, høyere krav til effektivitet og ulike mandat er alle hindringer i veien for å realisere brukervedvirkning. Under arbeidet med denne hovedoppgaven ble det tydelig at systemet ikke legger til rette for dette. Selvfølgelig finnes det eksempler på god brukervedvirkning, men man ønsker ikke at de positive opplevelsene til brukerne skal bli anekdoter som kun omhandler isolerte hendelser. Man ønsker ikke brukervedvirkning som den ene solskinnshistorien, men heller som en selvfølgelighet. Implementering av brukervedvirkning bør være regelen fremfor unntaket, og man bør etterstrebe et klima der fravær av brukervedvirkning ikke bare blir akseptert, men heller registrert som avvik.

Hvis man krever en definisjon eller forklaring på brukervedvirkning vil man få ulike svar. Recoveryorientert tenkning utmerker seg som en verdig arvtager etter brukervedvirkning. Ved å være både mål- og prosessorientert klarer Recovery å romme essensen av både brukervedvirkning og empowerment. Man ser også et økende krav fra helsemyndighetene om å implementere recoveryorientert praksis. Det er anbefalt at tenkningen om recovery skjer hånd i hånd med samfunnspsykologisk tenkning. Det som absolutt ikke må skje er at recovery lider samme skjebne som brukervedvirkning.

8.0 Referanser

- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counseling*, 53(2), 239-244.
- Andersen, A. J. W. (2016). Psykisk helsearbeid. I Store medisinske leksikon. Hentet 10. juni 2019 fra https://sml.snl.no/psykisk_helsearbeid.
- Andersen, Ø. (2018). Klient: romerriket. I Store norske leksikon. Hentet 26. februar 2019 fra https://snl.no/klient_-_romerriket.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), 11.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>.
- Askheim, O. P. (2009). Brukermedvirkning–kun for verdige trengende? Om brukermidvirkning på rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(01), 52-59.
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(02), 134-149.
- Bahus, M. K. (2015). Brukermedvirkning. Store norske leksikon. Hentet 26. februar 2019 fra <https://snl.no/brukermidvirkning>.
- Baklien, B. (2010). Livet på lavterskeltiltak i Oslo kommune. Noen betraktninger fra «dobbelprosjektet». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(4), 321-329.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery–og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(04), 314-323.
- Braut, G. S. & Andersen, A. J. W. (2016). Psykisk helsevern. I Store medisinske leksikon. Hentet 10. juni 2019 fra https://sml.snl.no/psykisk_helsevern.
- Bruusgaard, Dag. (2019). Pasient. I Store medisinske leksikon. Hentet 26. februar 2019 fra <https://sml.snl.no/pasient>.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership?: Patients have grown up—and there's no going back.
- Crocker, J., Major B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In Gilbert, D, Fiske, S.T & Lindzey, G (Eds), *The handbook of social psychology* (pp. 504-533). New York: McGraw-Hill.
- Dahl, T. (2012). Ambulant brukerstyrt samarbeid. I K. Lossius (red.). *Håndbok i rusbehandling*, 345-362.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial rehabilitation journal*, 11(4), 11.

- Duckert, F, Drozd, F & Kraft, P. (2011). Alkoholproblemer på arbeidsplassen - en arena for tidlig intervensjon via nye medier. *Tidsskrift for norsks psykologforening*, 48(1), 767-773.
- Edland-Gryt, M., Skretting, A., Lund, M., Bye, E. K. & Horverak, Ø. (2010). Rusmidler i Norge 2010: Statistikk. Hentet 26. november, 2015, fra http://www.sirus.no/wp-content/uploads/2015/01/Rusmidler_i_Norge_2010.pdf.
- Ekeland, T. J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *TIDSSKRIFT-NORSK PSYKOLOGFORENING*, 36, 1036-1047.
- Ekeland, T. J. (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. Arbeidsnotat 6/2004. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier
- Ekeland, T. J. (2011). Ny kunnskap-ny praksis. Et nytt psykisk helsevern.
- Elvik, I. (2019). Personlig recovery. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 416-421.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1978.tb22070.x>.
- Evjen, R., Øiern, T., & Kjelland K. B. (2003). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen.
- Fowler, D., Hodgekins, J., French, P., Marshall, M., Freemantle, N., McCrone, P., ... & Singh, S. (2018). Social recovery therapy in combination with early intervention services for enhancement of social recovery in patients with first-episode psychosis (SUPEREDEN3): a single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 41-50.
- Fischer, J., & Neale, J. (2008). Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. *Drugs: education, prevention and policy*, 15(2), 161-175. <https://doi.org/10.1080/09687630701391604>.
- Folkehelseinstituttet (2018). Hentet 23. april 2019 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/nakotikautloste-dodsfall-2017/>.
- Folkehelseinstituttet, (2018). Hentet 16. april 2018 fra <https://www.fhi.no/hn/statistikk/rusmiddelstatistikk/alkoholutloste-dodsfall-i-norge-i-2016/>.
- Folkehelseinstituttet (2018). Hentet 27. april 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/#risikofylt-drikkemoenster-audit>.

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011). Helse- og omsorgsdepartementet, 16. desember 2011 nr. 1256. Hentet 26. februar 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=brukermedvirkning>.
- Francescato, D., & Tomai, M. (2001). Community psychology: should there be a European perspective?. *Journal of community & applied social psychology*, 11(5), 371-380.
- Gulbrandsen, P. (2000). Styrking—det rette norske begrep for empowerment. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 120(23), 2737.
- Gjelsvik, R. (2004). Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol. Bergen, Rokkansenteret.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- Griffin, S. J., Kinmonth, A. L., Veltman, M. W., Gillard, S., Grant, J., & Stewart, M. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 595-608.
- Hansen, Tore. (2018). New Public Management. I Store norske leksikon. Hentet 1. juni 2019 fra https://snl.no/New_Public_Management.
- Harrington, J., Noble, L. M., & Newman, S. P. (2004). Improving patients' communication with doctors: a systematic review of intervention studies. *Patient education and counseling*, 52(1), 7-16.
- Haugland, K. K. & Sjølie, H. (2018). Pakkeforløp i psykisk helse-og rusfeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(01), 2-3. DOI: 10.18261/issn.1504-3010-2018-01-01.
- Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). Brukermedvirkning i helse-og omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser. Nasjonal faglig retningslinje. Hentet 04. mai 2019 fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>.
- Helsedirektoratet (2014). Sammen om mestring. Hentet 25.10.2015 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>.
- Helsedirektoratet (2017). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus*. Hentet 3. juni 2019 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Meld. St. 26 (2014-2015). Melding til stortinget. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (NOU 2014: 9). Oslo:

- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Oppstartkonferanse for psykisk helse og rus*. Hentet 3.juni 2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oppstartkonferanse-for-psykisk-helse-og-rus/id2511411/>.
- Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskrift for norsk legeforening*, 133: 821. Hentet 25. februar 2019 fra <https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2013--821.pdf>.
- Husøy, G. (2015). Brukerperspektiv i psykisk helsevern-retorisk eller reelt? Utvikling sett i et historisk lys. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(04), 317-324.
- Jenssen, A. G. (2009). Brukermedvirkning i sosialtjenesten. *NTNUtrykk: Trondheim*.
- Joranger, L. (2009). Moderne forvaltningsidealer og psykiatrimakt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12), 1186-1190.
- Karlson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet—om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 153-162. DOI: <https://doi.org/10.7557/14.3719>.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal akademisk.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Link, B., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 172(12), 1364-1372.
- Klingemann, H., & Gmel, G. (2001). Introduction: Social consequences of alcohol—the forgotten dimension?. In *Mapping the social consequences of alcohol consumption* (pp. 1-9). Springer, Dordrecht.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological bulletin*, 127(2), 187.
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). Plan for brukermedvirkning. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. *Rapport*, 4, 2006.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 363-385.
- Lossius, K. (Ed.). (2012). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utgave. Gyldendal akademisk.
- Lovdata.no. (2015). Lov om legemidler mv (legemiddeloven). Hentet 26. november, 2015, fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132/KAPITTEL_8.
- Magnussen, Jon. (2016). stykkprisfinansiering. I Store medisinske leksikon. Hentet 1. juni 2019 fra <https://sml.snl.no/stykkprisfinansiering>.
- Malt, U. (2019). Biopsykososial Modell. I Store medisinske leksikon. Hentet 10. mars 2019 fra https://sml.snl.no/biopsykososial_modell.

- Martinsen, K. (2005). Omsorg i sykepleien—en morals utfordring. I: Martinsen, Kari. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- McGovern, P. E. (2009). *Uncorking the past: The quest for wine, beer, and other alcoholic beverages*. Univ of California Press.
- Nelson, G., & Prilleltensky, I. (Eds.). (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Palgrave Macmillan.
- Ness, E, Steen, O., Reichelt, J. G. & Walby, F. A. (2016). *Reduksjon av tvangsinnleggelses fra legevakt*. Tidsskrift for norsk psykologforening, s. 624-631.
- Ness, O. (2016). *Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell?* Hentet 20. juni 2019 fra <https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell>.
- Ness, O., Edwards, V. I., & Karlsson, B. (2017). Reell brukervedvirkning eller bare ord? En forskningsbasert evaluering av bruk av tjenstedesign i brukervedvirkning ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus.
- Nesvåg, S., Ramvi, E., & Tunngland, E. (1999). Arbeidslivet i forandring. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, 16(3), 191-203.
- Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus*. John Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E., Ronnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5, 307-389.
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., Ådnanes, M., Lassemo, E., & Kalseth, J. (2018). Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2018. Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. *SINTEF Rapport*.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 26. februar 2019 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#§1-3.
- Perkins, D. D., & Zimmerman, M. A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American journal of community psychology*, 23(5), 569-579.
- Petersen, K. (2009). *Brugerinddragelse i rehabilitering: en kvalitativ undersøgelse af borgerens perspektiv* (Doctoral dissertation, Aarhus Universitet).
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: one animal or two?. *Social science & medicine*, 67(3), 358-367.
- Prilleltensky, I., Nelson, G., & Peirson, L. (2001). The role of power and control in children's lives: An ecological analysis of pathways toward wellness, resilience and problems. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11(2), 143-158.
- Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. 2. opplag. Fagbokforlaget.

- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology*, 15(2), 121-148.
- Regjeringen.no, (2014). Hentet 11. april 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/>.
- Regjeringen.no, (2014). Hentet 11. april 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/kommunalt-rus-og-psykisk-helsearbeid/id2344815/>.
- Regjeringen.no. (2015). Lovgivning på rusfeltet. Hentet 25. november, 2015, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygginglovgivning/id449058/>.
- Regjeringen.no, (2017). Hentet 11. april 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-kreve-psykolog-i-alle-kommuner/id2547054/>.
- Regjeringen.no, (2017). Lovgivning på rusfeltet. Hentet 25. november, 2015, fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/forebygginglovgivning/id449058/>.
- Regjeringen, (2017). Hentet 17. april 2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/innsikt/alkohol/id2528164/>.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233.
- Riger, S. (1993). What's wrong with empowerment. *American journal of community psychology*, 21(3), 279-292.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*, 24(2), 143-155.
- Rønning, R., & Solheim, L. J. (1998). *Hjelp på egne premisser?: om brukervedvirkning i velferdssektoren*. Universitetsforlaget.
- Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2011). The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 105-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/aggq089>.
- Sigstad, H. M. H. (2004). PROFESJON OG SAMFUNN. Kronikk - Brukervedvirkning. Alibi eller realitet?. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 124(1), 63-64.
- Skretting, A., Bye, E. K., Vedøy, T. F., & Lund, K. E. (2015). Rusmidler i Norge 2014: Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing, doping og tjenestetilbudet. Hentet 26. november, 2015, fra <http://www.sirus.no/wp-content/uploads/2015/03/RIN2014norsk.pdf>.

- Slade, M. (2012). Recovery research: the empirical evidence from England. *World Psychiatry, 11*(3), 162.
- Slade, M. (2017). 100 råd som fremmer recovery.
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 21*(4), 353-364.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry, 13*(1), 12-20.
- Snl (2019). Store norske leksikon. Hentet 26. februar 2019 fra <https://snl.no/klient>.
- Stafford, M. C., & Scott, R. R. (1986). Stigma, deviance, and social control. In *The dilemma of difference* (s. 3). Springer US.
- Sverdrup, S., Kristofersen, L. B., & Myrvold, T. M. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse*. Norsk institutt for by-og regionforskning.
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M., & Kristofersen, L. B. (2007). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter. Norsk institutt for by-og regionforskning.
- Tessand, H. (2019). Hentet 24. juni 2019 fra <https://www.dagsavisen.no/debatt/helseminister-vi-har-gjort-jobben-din-for-deg-1.1542155>.
- Thompson, T., Knutsen, T., Johansen, C., Borg, M., & Karlsson, B. (2019). Gatelagsfotball som Recovery på banen—«Verdens beste ettervern?».
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health policy, 76*(2), 156-168.
- Universitetet i Bergen og språkrådet (2018). Bokmålsordboka. Hentet 27. februar 2019 fra https://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=medvirkning&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=begge.
- Valla, B. (2010). Brukers medvirkning i psykoterapi—behov for kompetanseutvikling. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 47*(4), 308-314.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence, 131*(1), 23-35.
- Vatne, S. (1998). Pasienten først? Om medvirkning I et omsorgsperspektiv. Bergen: Fagbokforlaget.
- VG (2008). Hentet 8. mars 2019 fra <https://www.vg.no/forbruker/helse/i/byoKe/hanssen-rusmisbrukere-har-det-jaevlig-i-norge>.

- Vold, B. (1999). Psykiatriens historie, del 1. Den store institusjonsoppbyggingen. *Samfunnsspeilet 1* (SSP9901). Hentet 1. mai 2019 fra <https://ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/9901/2.shtml>.
- World Health Organization, & World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. (2014). *Global status report on alcohol and health, 2014*. World Health Organization.
- WHO (2013). *Mental health action plan 2013 – 2020*. Hentet 30. mai 2019 fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(02), 111-119.