

Ingrid Femdal

Samspillsmakt

Om makt og relasjoner mellom personer med psykiske helseutfordringer og ansatte innen psykisk helsearbeid i kommunen

Avhandling for graden philosophiae doctor

Trondheim, august 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Avhandling for graden philosophiae doctor

Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

© Ingrid Femdal

ISBN 978-82-326-4792-7 (trykt utg.)
ISBN 978-82-326-4793-4 (elektr. utg.)
ISSN 1503-8181

Doktoravhandling ved NTNU, 2020:222

Trykket av NTNU Grafisk senter

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Innen det psykiske helsefeltet har det skjedd en dreining fra en paternalistisk, institusjons- og medisinsk orientert tilnærming mot deinstitutionalisering og idealer som brukermedvirkning, personsentrert omsorg, likeverd og ressursorientert tilnærming. Slike endringer påvirker maktrelasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere.

Hensikt: Å utforske og beskrive hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling i samspillet mellom brukere med langvarig behov for bistand og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen (ansatte).

Metode: Avhandlingen er basert på to studier. Studie 1 bygger på 20 individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer (10 med brukere og 10 med ansatte). En seks trinns diskursanalyse, inspirert av Foucaults arbeid, ble benyttet i analysen. Ut fra de individuelle intervjuene ble det utarbeidet fem vignetter om maktrelasjoner til bruk i fokusgruppeintervjuer. Studie 2 bygger på tre fokusgruppeintervjuer med fire deltakere i hver gruppe (to brukere og to ansatte). Fokusgruppeintervjuene ble først analysert innholdsmessig ved bruk av diskursanalyse. Deretter ble de analysert med fokus på gruppeinteraksjonen.

Resultater: Avhandlingen belyser hvordan makt forhandles i en dynamisk samspillsprosess, og hvordan posisjonene brukere og ansatte snakker ut fra varierer. Rollene som bruker og ansatt muliggjør og begrenser hvilke posisjoner deltakerne snakker og handler ut fra. Posisjonene som trekkes fram er «igangsetter og pådriver for å fremme endring», «avhengig», «motstandsdyktig», «overtaler», samt «kunnskapsrik». Resultatene viser at brukermedvirkning involverer spørsmål om makt, endring og kontroll. De ansatte handler på ulike måter for å holde brukerne deltakende, foretaksomme, selvstyrte og aktive i arbeidet med å bedre egen helse. Resultatene viser at brukerne handler innen det samme diskursive rammeverket som de ansatte.

Resultatene viser videre at når deltakerne konstruerte betydningen av sted i psykisk helsearbeid i kommunen, var det knyttet til betydningen hjelpen hadde i recoveryprosessene for brukerne snarere enn det fysiske stedet hjelpen ble gitt. Stedet for psykisk helsehjelp i kommunen beskrives både som en mulighet og som en barriere for bedringsprosesser. Å finne

“det rette stedet” for psykisk helsehjelp er en kompleks og kontekstavhengig prosess, der hensikten med bistanden, relasjonen mellom bruker og ansatt, samt fleksible og individuelt tilpassede valg står sentralt.

I fokusgruppeintervjuene diskuterte deltakerne vignettene som ble presentert. Deltakerne viste engasjement i diskusjonene, uavhengig av om de hadde bakgrunn som brukere eller psykisk helsearbeidere. Til tross for stor grad av samstemthet, var det også ulike synspunkter og uenigheter i fokusgruppene da vignettene ble diskutert.

Diskusjon: Når posisjonene brukere og psykisk helsearbeidere i kommunehelsetjenesten inntar varierer i løpet av samhandlingen, påvirkes maktrelasjonen mellom dem. Diskurser kan konstituere den som snakker og den som lytter på bestemte måter, samtidig som det skapes rom for å forhandle fram nye posisjoner. Hvem som styrer og hvem som styres er ikke konstant i maktrelasjonene mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Å rette oppmerksomheten mot samspillet i maktrelasjoner ved bruk av diskursanalyse åpner en mulighet til å se hverdagspraksiser og «selvfølgeligheter» på nye måter. Maktrelasjoner utfordres i møte med idealer som brukermedvirkning, personsentrert omsorg og likeverd, som når makt ofte gjøres på tilslørte måter.

Avslutning: Å rette kritisk, undersøkende blikk mot maktrelasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere i kommunehelsetjenesten kan åpne for nye måter å betrakte maktrelasjoner på. Kritisk refleksjon over dagens maktrelasjoner kan styrke morgendagens praksiser i kommunalt psykisk helsearbeid.

ABSTRACT

Background: There have been major changes in mental health care, moving away from paternalistic, institutionally and medically oriented approaches towards deinstitutionalization and ideals such as user participation, person-centred care, equality and resource-oriented approaches. These changes affect power relations between users and mental health workers.

Purpose: To explore and describe how power is exercised in words and actions between users having a long-term need for assistance and mental health workers in the community mental health services (professionals).

Method: The thesis is based on two studies. Study 1 is based on 20 individual, semi-structured in-depth interviews (10 with users and 10 with professionals). Inspired by Foucault's work, we used a six-step discourse analysis. Based on the individual interviews, five vignettes about power relations were prepared for use in focus group interviews. Study 2 is based on three focus group interviews with four participants in each group (two users and two professionals). The focus group interviews were first analysed in terms of content, using discourse analysis. We then analysed them with a focus on the group interaction.

Results: The thesis sheds light on the way power is negotiated in a dynamic interaction process and how the positions from which users and professionals speak change. The roles of users and professionals enable and restrict the positions that the participants speak and act from. They speak from positions as “change enablers”, “dependents”, “resisters”, “persuaders” and “knowledge-holders”. The results show that user participation involves questions of power, change and control. The professionals act in various ways to keep users participating, enterprising, self-managed and active in improving their own health. The results show that users act within the same discursive framework as that of the professionals.

The overall impression is that the constructions of place are related to the place's meaning and potential for personal recovery and not to the physical place as such. The findings show how place can be constructed as a potential for and a barrier against recovery. To find “the right place” for mental health care is a complex and context-dependent process in which the

purpose of assistance, the relationship between users and the professionals and flexible and individually tailored choices are all crucial.

The participants in the focus group interviews discussed the vignettes that were presented. They participated in the discussions, irrespective of background, whether user or a mental health worker. Despite a great deal of consensus, there were also different views and disagreements between the participants as they discussed the vignettes.

Discussion: The power relations between users and professionals are affected by their positions. However, discourses may regenerate the person who speaks and the person who listens in specific ways and create new ways by which to negotiate new positions. In the power relationship between users and mental health workers, the controller and the controlled is mutually interchangeable. Focusing on the interaction of power relations through the use of discourse analysis offers an opportunity to see everyday practices and "self-explanations" in new ways. Power relations are challenged in the encounter with ideals like person-centered care and equality, such as in instances when power is exercised covertly.

Conclusion: A critical, analytical inquiry into power relationships between users and mental health workers in the municipal health service may result in new ways of conceptualizing power relations. Critical reflection concerning current power relations may enhance future practices in municipal mental health work.

FORORD

Det er mange jeg ønsker å takke nå når avhandlingen er ferdigstilt. Aller først vil jeg rette en helt spesiell takk til deltakerne i studien. De har sjenerøst stilt opp til intervjusamtaler med meg og bidratt med innsikt, erfaringer og klokskap. Uten dem kunne ikke denne avhandlingen ha blitt realisert. Tusen takk.

Professor John Arne Skolbekken ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU takkes spesielt. Han har fulgt meg gjennom hele prosessen med doktorgradsarbeidet og har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger på alt fra skjøre ideer til fragmenterte tekstutkast. Stor tålmodighet i kombinasjon med inspirerende veiledning har vært akkurat det jeg behøvde for å holde motet oppe og å fullføre arbeidet. Tusen takk.

Videre vil jeg rette en stor takk til biveileder førsteamanuensis Marit Solbjør for godt samarbeid om en av artiklene i avhandlingen, samt for innsiktsfull og inspirerende veiledning på sammenskrivingen. Takket være Marits grundige og gode innspill ble skriveprosessen spennende og lærerik.

En stor takk rettes til førsteamanuensis Ingrid Ruud Knutsen for god veiledning og godt artikkelsamarbeid. Jeg har lært mye om diskursanalyse og artikkelskriving gjennom hennes kloke, grundige og konstruktive innspill.

Tusen takk til Høgskolen i Østfold, avdeling for helse og velferd, for muligheten til å gjøre dette arbeidet. Det er et privilegium å få gjennomføre et doktorgradsarbeid. Takk for velvilje, støtte og tilrettelegging – selv om arbeidet tok litt lenger tid enn planlagt.

Jeg vil også takke gode kollegaer ved Høgskolen i Østfold for interesse, oppmuntring og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele arbeidet. Takk til Ragnhild Fugletveit for godt samarbeid, oppmuntring og nyttige tilbakemeldinger på tekstutkast.

Takk til familie og venner for interesse, støtte og omsorg. En ekstra stor takk til min kjære Erik som tålmodig har støttet og lyttet til meg, og bidratt på sin kloke, omsorgsfulle måte. Takk til Erlend (22), Simon (20) og Eivind (17), som har vokst opp med dette prosjektet, for adspredelse, glede og farge i hverdagen. Ille glad i dere!

Kråkerøy, februar 2020

Ingrid Femdal

Innhold

SAMMENDRAG	iii
ABSTRACT	v
FORORD	vii
1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Ståsted som forsker	3
1.3 Avgrensninger og presiseringer av avhandlingen	3
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	7
2.1 Sosialkonstruksjonisme	7
2.2 Diskurs og makt.....	10
2.3 Hvordan kan begrepet makt forstås?	11
2.3.2 Makt og maktrelasjoner i psykisk helsearbeid	12
2.3.3 Produktiv makt	14
2.3.4 Styring av andre mennesker	15
2.4 Foucaults fem forsiktighetsregler for studier av makt.....	18
3.0 PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN	19
3.1 Idealer, brytninger og problematikker innen psykiske helsearbeid	19
3.2 Fra institusjon til psykisk helsearbeid i kommunen	22
4.0 TIDLIGERE FORSKNING OM MAKTRELASJONER OG PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN	27
4.1 Makt og relasjoner.....	27
4.1.1 Endrede roller og rammer.....	27
4.1.2 Samhandling mellom brukere og psykisk helsearbeidere.....	28
4.1.3 Profesjonell praksis	30
4.2 Brukermedvirkning i et maktperspektiv	31
4.3 Avhandlingens forskningsspørsmål.....	35
5.0 METODE	37
5.1 Studie 1 – Individuelle intervjuer.....	37
5.1.1 Utvikling av intervjuguide	38

5.1.2	Inklusjonskriterier for deltakelse ved intervjuer	38
5.1.3	Erfaringer fra pilotintervjuet.....	39
5.1.4	Tilgang til forskningsfeltet og rekruttering	39
5.1.5	Utvalg og ramme for intervjuene	40
5.1.6	Gjennomføring av intervjuene.....	41
5.1.7	Kritisk diskursanalyse inspirert av Foucaults tenkning	42
5.2	Utvikling av studie 2	47
5.3	Studie 2 – Fokusgruppeintervjuer	47
5.3.1	Utarbeiding av vignetter til fokusgruppeintervjuene.....	48
5.3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse ved fokusgruppeintervju.....	51
5.3.3	Tilgang til forskningsfeltet og rekruttering	51
5.3.4	Utvalg.....	51
5.3.5	Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuer.....	52
5.3.6	Analyse av innhold og interaksjon ved fokusgruppeintervjuene	53
5.4	Etiske godkjenninger.....	55
6.0	PRESENTASJON AV RESULTATER FRA AVHANDLINGENS ARTIKLER.....	57
6.1	Artikkel 1.....	57
6.2	Artikkel 2.....	59
6.3	Artikkel 3.....	60
7.0	DISKUSJON	63
7.1	Valg av benevnelse i avhandlingen.....	63
7.2	Skiftende posisjoner i maktrelasjoner	67
7.3	Makt til å styre andre mennesker.....	72
7.4	Samspillsmakt	76
7.4.1	Makt som samspill mellom personer	76
7.4.2	Fra tilslørt makt til kritisk refleksjon over maktrelasjoner	78
7.5	Metoderefleksjon.....	79
7.5.1	Å studere maktrelasjoner ut fra et moderat sosialkonstruksjonistisk perspektiv	80
7.5.2	Å forske med og på PPH med langvarig behov for psykisk helsehjelp	82
7.5.3	PPH og psykisk helsearbeidere i samme fokusgruppe	87
7.5.4	Avhandlingens pålitelighet og gyldighet	89
8.0	AVSLUTNING	95
	REFERANSER.....	97

Artikler

Femdal, I., & Knutsen, I. R. (2017). Dependence and resistance in community mental health care - negotiations of user participation between staff and users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24:600-609. Doi: 10.1111/jpm.12407

Femdal, I. (2018). The right place? Users and professionals' constructions of the place's influence on personal recovery in community mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(26), 1-9. Doi: 10.1186/s13033-018-0209-z

Femdal, I., & Solbjør, M. (2018). Equality and differences: group interaction in mixed focus groups of users and professionals discussing power. *Society, Health & Vulnerability*, 9(1), 1-10. Doi: 10.1080/20021518.2018.1447193

Vedlegg

- Vedlegg 1 Godkjenning til at prosjektet gjennomføres
Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge
a) Godkjenning av prosjekt (ordinær)
b) Godkjenning av prosjektendring
- Vedlegg 2 Informasjonsskriv til leder av psykisk helsetjeneste i kommunen om
forskningsprosjektet «Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker
og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen»
- Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
«Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider
innen psykisk helsearbeid i kommunen» (felles til brukere og ansatte)
a) Individuelle intervjuer
b) Fokusgruppeintervjuer
- Vedlegg 4 Samtykkeerklæring
a) Individuelt intervju, felles til brukere og ansatte
b) Fokusgruppeintervju, felles til brukere og ansatte
- Vedlegg 5 Intervjuguide - individuelle intervjuer
a) Intervjuguide – bruker
b) Intervjuguide – ansatt
- Vedlegg 6 Intervjuguide - fokusgruppeintervjuer

Tabell-liste

Tabell 1: Demografiske data for deltakere ved individuelle intervjuer

Tabell 2: Valg av sted for de individuelle intervjuene

Tabell 3. Eksempel fra analyseprosessen, steg 1

Tabell 4. Eksempel fra analyseprosessen, steg 2-6

Tabell 5. Fem vignetter fra de individuelle intervjuene

Tabell 6: Sammensetning av deltakere ved fokusgruppeintervjuer

Tabell 7. Stevens rammeverk for interaksjonsanalyse

1.0 INNLEDNING

Denne avhandlingen har til hensikt å utforske og beskrive hvordan makt kommer til uttrykk i samspillet mellom brukere med langvarig behov for bistand og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen (ansatte). I dette kapittelet redegjøres det for bakgrunnen for valg av tema, eget ståsted som forsker, samt avgrensninger og presiseringer som er foretatt.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Helse- og sosialpolitikken overfor personer med psykiske helseutfordringer har endret seg betydelig de siste tiårene i en rekke vestlige land. I Norge markerer stortingsmeldingen «Åpenhet og helhet» (Sosial- og helsedepartementet, 1997) starten på en omfattende reform i det psykiske helsefeltet, med nedbygging av institusjoner, samt omorganisering av tjenester og tilbud. Omorganiseringen beskrives som et skifte fra segregering og institusjonalisering til integrering og normalisering der brukere skal sees som medborgere (Ekeland, 2011). De nye organisasjonsstrukturene og brukerrettighetene har medført endrede forventninger til hvordan psykisk helsearbeid gjennomføres (Reed, Josephsson, & Alsaker, 2018).

Relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere står sentralt i dagens psykiske helsearbeid (Helsedirektoratet, 2014b). Mellommenneskelige relasjoner beskrives som kjernen i psykisk helsearbeid, og flere understreker at betydningen av relasjoner har blitt betraktelig styrket de senere årene (Cutcliffe & Happell, 2009; Ljungberg, Denhov, & Topor, 2017; Ness, Borg, Semb, & Karlsson, 2014). I denne avhandlingen rettes fokus mot relasjonen mellom brukere med et langvarig behov for bistand og psykisk helsearbeidere i kommunen.

Endringene innen det psykiske helsefeltet kan forstås som diskurser. Innen tidligere diskursive systemer var psykiatriske institusjoner det best egnede stedet for behandling av personer med psykiske lidelser. Psykiatere og annet helsepersonell hadde den verdifulle kunnskapen om psykiske lidelser og behandlingen av disse. Videre sto diagnostisering av personer med psykiske lidelser og medisinsk behandling sentralt. Dette medførte blant annet personalstyrte praksiser og en passiv pasientrolle (Hammer, 2017), samt et asymmetrisk

maktforhold mellom den medisinske profesjons kunnskapshegemoni og mottakerne av hjelpen som tilbys (Ekeland, 2014).

De senere årene har det vært en reist en betydelig institusjons- og psykiatrikritikk (Ekeland, 2011). Kritikken har blant annet vært rettet mot bruk av diagnostisering av psykiske lidelser (Insel & Wang, 2010) så vel som organisering av tjenestene. Det har pågått en omfattende reform i det psykiske helsefeltet i Norge siden Stortingsmeldingen «Åpenhet og helhet» (Sosial- og helsedepartementet, 1997) ble utgitt. Stortingsmeldingen kan forstås som et brudd med tidligere tenkning og praksiser innen det psykiske helsefeltet fra offentlige myndigheters side (Karlsen, 2012). I Stortingsmeldingen tas det avstand fra en tidligere autoritær og personalstyrt praksis i psykiatriske institusjoner, og en passiv pasientrolle som mottaker av medisinsk behandling. Tjenestetilbudet skulle tvert imot desentraliseres og pasientrollen endres fra passiv mottaker til aktiv deltaker som forsøker å bedre egen helse (Sosial- og helsedepartementet, 1997). I 1998 kom «Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006» (Sosial- og helsedepartementet, 1998) med overordnede mål for hvordan psykisk helsevern skulle styrkes. Opptrappingsplanen for psykisk helse kan forstås som en omfattende helsepolitisk reform som har pågått over 10 år (1998-2008). Idealer som brukermedvirkning, likeverd, relasjonsbygging, mestring og ressursorientering har senere blitt løftet fram i en rekke offentlige dokumenter, både i inn- og utland (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2014b; Ministry of Health, 1993; World Health Organization, 2005; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Nye diskurser om brukere og behandlingen av dem har vokst fram. Disse er sentrale da de skaper praksiser blant annet innen psykisk helsearbeid i kommunen. Å fokusere på diskurser kan gi mulighet til å studere skiftende utsagn om relasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere, behandling av brukere, samt hvordan utsagnene oppstår og inngår i bevegelige prosesser der virkelighet formes og transformeres.

Til tross for idealet om likeverd i relasjonen, vil brukere og psykisk helsearbeidere ha ulike roller og forventninger rettet mot seg i relasjonen. Den ene har behov for bistand relatert til sin psykiske helse. Den andre forventes å yte bistand i tråd med ønsker og behov hos mottakeren av bistanden, og at dette gjøres på en profesjonell måte innenfor gitte rammer for psykisk helsearbeid i kommunen. Konstruksjoner om makt inngår i forestillingen om likeverd i relasjonen, både innen psykisk helsetjeneste så vel som i denne avhandlingen.

1.2 Ståsted som forsker

Forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige avgjørelser vil alltid påvirke forskningsprosessen og -resultatene. Derfor er det nyttig å reflektere over hvordan jeg som forsker kan ha påvirket arbeidet.

Ut fra min forforståelse hadde jeg en forventning om at relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere var preget av brukermedvirkning og likeverd, til tross for en asymmetrisk maktrelasjon. I tråd med Opptrappingsplanen (Sosial- og helsedepartementet, 1998) forventet jeg at mestring og ressurser ble satt i fokus, og at mindre vekt ble tillagt sykdom. Videre hadde jeg en forventning om at ansatte utøvde makten sin på en reflektert og sensitiv måte, med varhet for den andres opplevelse og situasjon.

Mitt syn på og vektlegging av ulike perspektiver i møte med fagfelt, forskning og deltakere i studien er farget av min bakgrunn som psykiatrisk sykepleier gjennom 26 år og høgskolelektor ved Høgskolen i Østfold de siste 22 årene. Jeg har blant annet arbeidet som psykiatrisk sykepleier i psykisk helsetjeneste i kommunen og i akuttpsykiatrien. Det var erfaringer fra dette arbeidet som først og fremst vekket min interesse for å forske på makt i relasjoner mellom personer med psykisk lidelse med langvarig behov for bistand og psykisk helsearbeidere i kommunen. Gjennom årene har jeg sett hvordan idealer som likeverd og brukermedvirkning har kommet inn og at preger dagens praksiser innen psykisk helsearbeid. Mens begrepene brukermedvirkning og likeverd i stor grad gjenspeiles i styringsdokumenter, er begrepet makt i liten grad til stede. Dette vekket nysgjerrighet hos meg. Gjenspeiler det hvordan relasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere oppleves av dem som står i slike relasjoner? Jeg antok at opplevelsene var nært knyttet til virkelighetsforståelsen brukere og ansatte har, hvilke situasjoner de står i og at det er avhengig av hvem de samarbeider med. Ut fra dette syntes det hensiktsmessig å benytte sosialkonstruksjonisme som teoretisk fortolkningsramme for avhandlingen. En nærmere beskrivelse av sosialkonstruksjonisme kommer i kapittel 2.1.

1.3 Avgrensninger og presiseringer av avhandlingen

I arbeidet med avhandlingen har det vært en rekke temaer og perspektiver ved maktrelasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere det kunne vært aktuelt å belyse. For å tydeliggjøre

avhandlingens hensikt, har det vært nødvendig å foreta noen avgrensninger og presiseringer. De fleste gjøres forløpende i teksten, men noen vil bli trukket fram allerede her i innledningen når det gjelder ordvalg og perspektiver.

Det har vært en stor utfordring å velge benevnelse for å omtale personer som har behov for hjelp fra psykisk helsetjeneste i kommunen. Slike benevnelser vil være konstruksjoner og kan gjenspeile ulike diskurser. Gjennom hele arbeidet med avhandlingen har jeg grublet over hvordan jeg skulle løse dette på en hensiktsmessig måte. Dette diskuteres under kapittel 7.1 «Valg av benevnelser i avhandlingen».

Det er et stort spenn i hvordan makt fremstilles og forstås. Innen psykisk helsearbeid blir makt gjerne assosiert med tvang og begrensning av frihet (Ørstavik, 2008). Makt kan også fremstilles som noe som kan brukes på akseptable og konstruktive måter i relasjoner (Juritzen & Heggen, 2006), som en produktiv kraft som virker gjennom å stimulere og engasjere til aktiv og velvillig samhandling (Juritzen, 2013, 2017). Ifølge Foucault (1980a) inngår makt i all menneskelig samhandling. Fra et slikt perspektiv vil makt alltid være involvert når brukere og psykisk helsearbeidere samhandler, om de er seg det bevisst eller ikke. Det er den relasjonelle makten på mikronivå, mellom brukere og psykisk helsearbeidere, som står sentralt i denne avhandlingen. Når begrepet maktrelasjoner benyttes i denne avhandlingen, er det for å understreke det relasjonelle perspektivet ved makt, samt å forstå makt som et omskiftelig spill der de involverte påvirker hverandres atferd uten at det kan forankres i noen evigvarende strukturer.

Det er flere andre perspektiver som kan ha betydning for maktrelasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider. Et slikt eksempel er pårørendeperspektivet. Av hensyn til avhandlingens omfang og for å kunne holde fokus på avhandlingens hensikt, vektlegges ikke pårørendeperspektivet i denne avhandlingen.

Recovery er et sentralt og aktuelt perspektiv innen psykisk helsearbeid (Bonney & Stickley, 2008; Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013; Slade et al., 2014; Slade, Amering, & Oades, 2008). Selv om begrepet recovery inngår i artikkel 2, vil ikke recovery-perspektivet få noen sentral plass i avhandling da det ikke ble vektlagt av deltakerne i studiene avhandlingen bygger på. Imidlertid omtales recovery-perspektivet i noen grad under 3.1 «Ideal, brytninger

og problematikker innen dagens psykiske helsearbeid», og noen poenger trekkes fram i diskusjonen. Gjennom denne avgrensingen holdes fokuset på maktrelasjoner mellom mennesker med psykiske helseutfordringer og psykisk helsearbeidere, og ikke primært på personenes bedringsprosesser.

Ut fra denne fremstillingen av bakgrunn for valg av tema, forskerposisjon og avgrensninger vil jeg belyse det teoretiske rammeverket for avhandlingen.

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapittelet presenteres sosialkonstruksjonisme som bakgrunn for å studere maktrelasjoner. Deretter knyttes diskurs til makt i psykisk helsearbeid. Det finnes en rekke ulike måter å forstå makt på. Makt vil her bli belyst ut fra et relasjonelt perspektiv, som produktiv kraft og som styring av menneskers vilje. Kapittelet avsluttes med en presentasjon av noen sentrale temaer i Foucaults maktforskning; fem såkalte forsiktighetsregler for studier av makt.

2.1 Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonisme er en bred og mangefasettert vitenskapelig retning (Alvesson & Sköldberg, 2009, s. 23). Det skilles gjerne mellom epistemologisk og ontologisk sosialkonstruksjonisme. Ifølge den epistemologiske sosialkonstruksjonismen bestemmes erkjennelsen av virkeligheten av sosiale omstendigheter, mens det ifølge den ontologiske sosialkonstruksjonismen utelukkende eksisterer i kraft av menneskets erkjennelse av den at virkeligheten eksisterer (Branholm Pedersen, 2012; Hesse-Biber & Leavy, 2011; Rasborg, 2013). Innen en moderat form for sosialkonstruksjonisme kan det sies å eksistere en objektiv verden uavhengig av den sosiale, hvor den sosiale verden skapes gjennom menneskelig interaksjon. Den sosiale verden skapes i kultur og samtid. I mitt arbeid plasserer jeg meg innenfor en moderat form for sosialkonstruksjonisme. Det betyr at jeg ikke kun forstår psykisk uhelse som en sosial konstruksjon, selv om tolkningen og forståelsen av den er preget av sosiale konstruksjoner. Andre faktorer, som tid og sted, påvirker forståelsen. Jeg er opptatt av hvordan makt snakkes og gjøres innen psykisk helsearbeid.

Berger og Luckmann (1967) argumenterer i det klassiske verket «The social construction of reality» for at mennesker samskaper og opprettholder sosiale fenomener gjennom sosiale praksiser, slik at den sosiale virkeligheten blir en dialektisk prosess hvor mennesker både er medskaper og produkt av den sosiale virkeligheten. Sosialkonstruksjonistiske arbeider har fokus på interaksjon og sosial praksis, noe som kan rette oppmerksomheten mot hvordan brukere og helsearbeidere samhandler i et kontekstuellt perspektiv.

Burr (2015) trekker fram fire grunnpremisser for en sosialkonstruksjonistisk epistemologi: 1) En kritisk innstilling til selvsagt viten, 2) kunnskap om at verden alltid vil være kulturelt og historisk påvirket, 3) kunnskapen vår om verden krever sosial interaksjon, og 4) innen hvert verdensbilde blir noen former for handlinger naturlige og andre utenkelige. Jeg vil nå se litt nærmere på hvert av de fire punktene, i møte med avhandlingens tematikk og hensikt.

1) Sosialkonstruksjonistiske tilnæringer er kritiske til kunnskap som blir tatt for gitt (Burr, 2015). Ut fra denne tilnærmingen er oppfatningene våre av virkeligheten aldri en direkte avspeiling av virkeligheten, men en fortolkning av den (Rasborg, 2013). Gjennom språket skaper vi representasjoner av virkeligheten (Winther Jørgensen & Phillips, 2002; Young & Collin, 2004). Menneskers virkelighetsforståelse forstås som kontinuerlig formet av opplevelser de har og situasjoner de befinner seg i. Ved å stille kritiske spørsmål kan makt i samspillet mellom brukere og psykisk helsearbeidere betraktes med «nye øyne» og på den måten utfordre tenkning som blir tatt for gitt. Foucault skriver: «There are times in life when the question of knowing if one can think differently than one thinks, and perceive differently than one sees, is absolutely necessary if one is to go on looking and reflecting at all» (Foucault, 1990, s. 8). Denne tilnærmingen utfordrer “sannheter” som blir tatt for gitt. Foucaults prosjekt er ikke å lete etter sannhet eller den ene, sanne virkelighet, men å stille spørsmål ved *hvorfor* og *hvordan* noe fremstår som sant eller virkelig.

2) Menneskers syn på kunnskap om verden vil alltid være kulturelt og historisk påvirket (Burr, 2015). Et sosialkonstruksjonistisk perspektiv legger til grunn at måten fenomener blir skildret og forstått på, ikke er en direkte konsekvens av hvordan verden er, men av de meningene samfunnet har tillagt fenomenene (Gergen, 1985). Slik konstrueres den sosiale verden gjennom menneskers praksiser. Hensikten med avhandlingen er ikke å peke på en universell, objektiv og verdifri sannhet, men å rette et kritisk blikk mot hvordan makt kommer til uttrykk i relasjoner mellom brukere og ansatte. Ifølge Gergen (2015) oppfordres det nettopp til å rette et kritisk blikk mot etablerte forståelser av hvordan verden er, ettersom kunnskap blir forstått som produkt av historisk og kulturelt situert samhandling.

3) Burr (2015) peker på sammenhengen mellom kunnskap og sosiale prosesser. Kunnskap skapes gjennom sosial interaksjon, og gjennom sosiale prosesser kan felles «sannheter» bli konstruert. Ut fra en slik forståelse, er ikke kunnskap noe brukere og ansatte har eller eier,

men noe som skapes i sosiale relasjoner mellom dem. I denne prosessen er maktrelasjonen mellom de involverte av betydning.

4) Det fjerde og siste premisset peker på sammenhengen mellom kunnskap og sosiale handlinger. Ut fra et bestemt verdensbilde blir noen handlinger mulige og naturlige, mens andre er utenkelige. Konstruksjonene vi skaper av verden er tett forbundet med maktrelasjoner (Burr, 2015), fordi maktrelasjonene får betydning for hva som forstås som tillatt for mennesker å gjøre og hvordan de rettmessig kan behandle andre. Dette premisset kan være med på å kaste lys over hva som oppfattes som tillatt i relasjoner mellom brukere og ansatte.

Sosialkonstruksjonisme og Foucault er blitt kritisert for å legge for stor vekt på betydningen av kunnskapskonstruksjoner, på bekostning av økonomiske, strukturelle og materielle faktorer (Hall, 1997). Samtidig er det verd å merke seg at det ikke har vært Foucaults hensikt å beskrive hva virkeligheten *er* (Hammershøj & Petersen, 2001). Konstruksjonismen er dessuten blitt kritisert for å bli kunnskapsrelativistisk og verdirelativistisk. Faren er at psykiske helseutfordringer bare ender opp som en kategori eller konstruksjon og ikke refererer til en objektiv realitet (Norvoll, 2013b), eller at den reelle lidelsen og smerten til den enkelte tapes av syne (Williams, 2001). Imidlertid vil et sosialkonstruksjonistisk perspektiv kunne rette blikket mot den enkelte person og vedkommendes opplevelse av hva som er viktig i møte med psykiske helseutfordringer. Dessuten kan konstruksjonisme stimulere til økt refleksivitet innen psykisk helsearbeid gjennom en kritisk og selvreflekterende holdning til det underliggende kunnskapsgrunnlaget for praksis, kulturer, maktforhold og konstruksjoner av den etablerte helsetjenesten (Norvoll, 2013b). Slik kan nye forskningsspørsmål og rekonstruksjoner av psykisk helsetjeneste dannes.

Makt er et sentralt begrep i denne avhandlingen, men da forstått som en sosial konstruksjon skapt innenfor bestemte diskursive rammer. Ut fra en sosialkonstruksjonistisk forståelse vil det ikke være *en* riktig forståelse av makt. Det har heller ikke vært noen ambisjon i denne avhandlingen å finne «den rette» forståelsen eller en definisjonen av makt, men å rette fokus mot hvordan makt konstrueres og utspilles mellom mennesker. Konstruksjoner av makt knyttes gjerne til ulike diskurser. I neste delkapittel belyses sammenhengen mellom diskurs og makt.

2.2 Diskurs og makt

Diskurs er et omfattende begrep som har blitt definert på mange ulike måter. Diskurs er blitt kalt talens makt (Flatseth, 2003). Foucault har vært sentral i utviklingen av diskursanalysen. Han ga ikke noen entydig definisjon av hva diskurs og diskursanalyse er, men fremholdt at begreper betydning formes og tilegnes gjennom hvordan de brukes. En diskurs inneholder et sett av felles antakelser som utgjør en forståelse eller oppfatning av noe, uavhengig av om det er noe som blir tatt for gitt eller er usynlig, ifølge Cheek (2000, s. 23). Et vesentlig spørsmål er hva diskurs *gjør oss i stand til å se*, snarere enn å definere hva diskurs *er*.

Som begrep synes diskurs å være anvendelig til å forstå menneskers handlinger og forståelser knyttet til deres hverdagsliv (Jørgensen & Phillips 1999). Det kan beskrives som «en samling utsagn i en bestemt sosial kontekst – samt skrevne og uskrevne regler for hva som kan og ikke kan sies i konteksten» (Boréus & Bergström, 2012, s. 17). Ifølge denne beskrivelsen viser diskurs både til det konkrete som blir sagt, og til rammene for hva det er rimelig å mene og tro innenfor et gitt fellesskap. En diskurs er ikke en beskrivelse av en empirisk virkelighet, men en forståelsesramme som muliggjør bestemte sosiale konstruksjoner. Diskursen oppstår i, blir utformet av og får konsekvenser for sosiale praksiser. Innen sosialkonstruksjonismen refererer begrepet «subjektposisjon» til prosessen der identitetene våre blir produsert (Burr, 2015). Identiteten blir etablert idet vi identifiserer oss med en subjektposisjon i en diskurs (Foucault, 1972), og diskursen setter grenser for hvilke subjektposisjoner som kan inntas. En bruker kan for eksempel ikke ta subjektposisjonen som ansatt i relasjonen.

Ifølge Foucault vil oppfatninger som er dominerende i et samfunn bli rådende som en konsekvens av den nære sammenhengen mellom kunnskap og makt (Foucault & Gordon, 1980). Makt er også tett knyttet til diskurs, og diskurser produserer normer for hva som oppfattes som sant. På denne måten kan man si at makt produserer sannhet, og at sannhet produserer makt. Foucault oppfordrer oss til å undersøke hvorfor noe fremstår som sant, istedenfor å lete etter sannheten.

I denne avhandlingen rettes fokus mot hvordan makt kommer til uttrykk i bruker-ansattrelasjoner i psykisk helsetjeneste i kommunen. Den nære sammenhengen mellom hvordan det snakkes om makt og hvordan makt gjøres, kan beskrives innen et

sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Innen dette perspektivet vil oppmerksomheten rettes mot hvordan språket er konstituerende og skapende for hvordan verden blir forstått. Det er med andre ord ikke en nøytral representasjon av virkeligheten. Å bruke språket kan forstås som sosiale handlinger, for eksempel ved at vi produserer posisjoner og meningssammenhenger, differensierer og kategoriserer (Willig, 2013). Ved å analysere diskurser rettes fokus mot hvordan skiftende utsagn oppstår og inngår i bevegelige prosesser der virkelighet formes og transformeres (Hammer, 2017).

2.3 Hvordan kan begrepet makt forstås?

Makt er et vidt begrep med en rekke ulike betydninger (Börjesson & Rehn, 2009; Engelstad, 2005), noe som fremkommer tydelig i forsøk på å avgrense, definere og forstå makt. I litteraturen skrives makt for eksempel fram som frihet fra undertrykkelse (Freire, 1970), som allstedsnærværende og produktiv kraft (Foucault & Gordon, 1980) eller med vekt på sosial kontroll. Ofte er det to ulike syn på makt som har blitt konstruert: makt som dominans, ofte beskrevet som «makt over», og det andre som makt som empowerment, ofte beskrevet som «makt til» (Haugaard, 2012). Ifølge Hawks (1991) refererer «makt over» til kapasitet eller evne til å påvirke atferd eller avgjørelser andre tar, en evne til kontroll. Det kan for eksempel være å få en annen person til å gjøre noe han eller hun ellers ikke ville gjort. «Makt til» gjelder effektivitet og inkluderer kapasitet eller evne til å oppnå målene, evne eller kapasitet til å handle eller få ting gjort (Hawks, 1991). «Makt til» innebærer respekt for den andre og den andres meninger, samt delt ledelse og deltakelse for alle parter i beslutningsprosesser. Det handler om et samarbeid mot et felles mål ut fra enighet og gjensidighet (Hawks, 1991).

Makt som uttrykk og dens funksjoner er i konstant endring, og makt har kraft til å forme, omforme og vedlikeholde sosiale ordninger (Engebretsen & Heggen, 2012). I litteraturen er det særlig to kontrasterende syn som er blitt belyst: makt som dominans og makt som empowerment (Haugaard, 2012). Tradisjonelt er makt blitt vurdert innen et juridisk eller hierarkisk system der makt er noe enkelte mennesker *besitter* (possessed), som autoritet, kontroll eller dominans over andre mennesker (Cutcliffe & Happell, 2009). Makt kan slik forstås som en statisk størrelse. Det betyr at makt ikke kan økes, men kan fordeles på andre måter (Helgesen, 2006; Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000; Ørstavik, 2008). Et sentralt

velferdspolitisk mål er å omfordele makt slik at brukernes medvirkning øker (Juritzen & Heggen, 2009).

Et annet perspektiv på makt, er makt som noe som *utøves eller anvendes* snarere enn noe som besittes eller kan fratras. Ifølge Foucault (1980a) kan makt forstås som en mobil og ustabil kraft, som følger en indre logikk. I teksten «The subject and power» beskriver Foucault makt som *handlinger som virker på handlinger* (Foucault, 1982, s. 219). Disse handlingene må ikke forstås som noe som virker direkte eller øyeblikkelig, men som noe som kommer til uttrykk i form av sosiale praksiser slik som i relasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Foucault beskriver makt som et allstedsnærværende og relasjonelt fenomen, og maktens ytterste og mest finmaskede nivå omtales som makt på kapillærnivå (Foucault, 1980a). Han beskriver maktens kapillærnivå eller mikronivå som der makten kommer til syne og utøves. Makt på kapillærnivå er i spill i relasjoner som ustabil og sirkulerende: «...circulation of effects of power through progressively finer channels, gaining access to individuals themselves, their bodies, their gestures and all their daily actions» (Foucault & Gordon, 1980, s. 151-152).

Å ha makt kan beskrives som å kunne være i posisjon både til selv å handle og å la andre handle, å ha valg og muligheter, i motsetning til avmakt (Sundet, 2006). Selv om det kan være ubehagelig å erkjenne det, har helsepersonell makt og utøver makt, ifølge Måseide (1991). Makt kan forstås som en nødvendighet for å være en profesjonell yrkesutøver. Det knyttes for eksempel til profesjonell kunnskap og ferdigheter, autoritet, selvtillit, og organisasjonsmessig struktur og kultur (Hagbager, Salsali, & Ahmadi, 2004). Andre mener at begrepet «partnership» eller kompaniskap er et velegnet begrep som fokuserer på maktdeling, delt beslutningstaking, brukerens autonomi, delt kunnskap, deltakelse, kommunikasjon og profesjonell kompetanse (Hook, 2006). Som det fremkommer her, settes gjerne makt i sammenheng med relasjoner mellom mennesker. Begrepet maktrelasjoner kan få fram konstruksjoner av makt mellom mennesker.

2.3.2 Makt og maktrelasjoner i psykisk helsearbeid

Maktrelasjoner kan beskrives som mobile, reversible og ustabile (Foucault, 1989). En maktrelasjon forutsetter en relasjon mellom frie subjekter – eller i hvert fall subjekter med en viss minimum av frihet, som har mulighet til å handle (Foucault & Lotringer, 1989). Vi kan

ikke være utenfor maktrelasjoner i samspill med andre mennesker (Foucault, 1980a), men vi kan påvirke maktrelasjonene (Foucault & Rabinow, 1997).

I diskurser om psykisk helsearbeid står relasjonens betydning sentralt (Department of Health and Social Care, 2011; Kirsh & Tate, 2006). Elstad and Hellzén (2010) viser at det er stor kompleksitet i psykisk helsetjeneste i kommunen og at det er behov for fleksible løsninger for å støtte mennesker i deres utfordringer i dagliglivet. I beskrivelser av hvordan mennesker med langvarige psykiske helseutfordringer kan få støtte i deres hverdagsliv, blir ofte brukermedvirkning og personsentrert omsorg trukket fram i litteraturen (Corrigan, 2002; Davidson & Roe, 2007). Betydningen av å skape en god relasjon mellom brukere og psykisk helsearbeidere som bygger på tillit blir sterkt vektlagt i litteraturen (Juhila, Hall, & Raitakari, 2016). Perkins og Slade (2012) fremholder at det er vanskelig å få en god relasjon dersom makt ikke blir anerkjent gjennom hele prosessen.

Språk er en sentral faktor i maktrelasjoner da språket vi bruker skaper den virkeligheten vi ser. En rekke ulike faktorer kan påvirke dialogen og dermed relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere, slik som at de har ulik kompetanse, ulike formelle roller og definisjonsmakt (Tveiten & Knutsen, 2011). Makten til å definere virkeligheten er knyttet til forskjellige sannhets- og kunnskapsregimer i et samfunn. Den ligger i diskursen, ifølge Foucault (1980a). Derfor oppfordrer han til å stille spørsmål ved hva som produserer og konstituerer makt, i stedet for å spørre om hvem som har makt. På samme måte kan vi rette blikket mot hva som produserer og konstituerer sannheter, fremfor å kjempe om å avgjøre hva som er sannhet (Faubion, 2002, s. 132).

Makt og motstand utgjør to motpoler (Øye, Øvre Sørensen, & Martinsen, 2018). Foucault viser at makt er tett sammenflettet med motstand når han skriver at;

«Der hvor det er makt, er det motstand, og likevel, eller snarere på grunn av dette, befinner denne motstanden seg aldri i en utvendig posisjon i forhold til makten. Må man si at man nødvendigvis er «i» makten, at man aldri «unnslipper» den (...)» (Foucault, 1999, s. 106).

Juritzen og Heggen (2006) peker på at begrepet makt lett absorberes i språket når det er snakk om kvalitet, effektivitet og evidens. De peker på maktens ubehag avtar når makt skjules i honnørord som respekt, empati, helhetlig omsorg og individuell autonomi (Juritzen & Heggen, 2006).

2.3.3 Produktiv makt

Til tross for at begrepet makt ofte har et negativt konnotasjonsinnhold kan makt også oppfattes som noe som er positivt ladet. Makt kan forstås som en kraft eller som menneskets indre kraft eller iboende styrke. Foucault har vært en sentral tenker i denne sammenheng. Han avviser ikke at undertrykkende makt finnes, men forsøker å unngå begrepet, fordi det skygger for muligheten til å belyse det relasjonelle, produktive og formende ved makten. Vold og tvang er aspekter og effekter av maktutøvelse, og kan forstås som teknikker som anvendes i maktreelasjoner (Foucault, 1994). Teknikkene har til hensikt å produsere en ønsket tilstand eller mål. Innen et slikt perspektiv forstås makt som en nødvendig, produktiv og positiv kraft i samfunnet som fremmer handlinger (Gaventa, 2003, s. 2).

Med begrepet «produktiv makt» viser Foucault at makt kan være noe mer enn en undertrykkende, dominerende, kontrollerende og negativ kraft (Gaventa, 2003).

« What makes power hold good, what makes it accepted, is simply the fact that it doesn't only weigh on us as a force that says no, but that it traverses and produces things, it induces pleasure, forms knowledge, produces discourse. It needs to be considered as a productive network which runs through the whole social body, much more than as a negative instance whose function is repression” (Foucault, 1980b, s. 119).

Ut fra dette perspektivet kan makt virke gjennom å stimulere, mobilisere og engasjere den som styres i samhandlingen (Juritzen, 2013). Foucault benytter seg av verbformen av makt, «pouvoir», som kan oversettes med «å være i stand til» når han skriver om makt. På norsk benytter Juritzen (2013) begrepet «å makte». Makten fungerer når den blir utøvd gjennom handling, og makt må først og fremst sees på som resultater av bestemte måter å se ting på, formet både av historie og kultur (Foucault, 1999).

Ifølge Scott (2008) finnes det to former for sosial makt: korrigerende og overtalende makt. Korrigerende makt virker gjennom straff og belønning. Overtalende makt benytter argumenter, appeller og fornuft for å overtale eller overbevise, slik at personen selv ønsker å handle på slik de som styrer ønsker (Scott, 2008). Dette kan forstås som en endring fra «makt til» til «makt over», til makt som noe *produktivt* ved at personen selv ønsker for eksempel den samme endringen selv.

2.3.4 Styring av andre mennesker

Selv om avhandlingen handler om makt og styring på kapillær- eller mikronivå, det vil si i møtet mellom enkeltmennesker, er det viktig å merke seg at det ifølge Foucault alltid er en forbindelse mellom den politiske styringen og selvstyringen og at de kan ikke utelukke hverandre (Hultqvist & Petersson, 1996, s. 26-27).

Tanker om makt som produktiv kraft videreutvikles og konkretiseres gjennom begrepet *governmentality*. Begrepet *governmentality* er en neologisme, oversatt fra det franske begrepet *governmentalité*, utviklet av Foucault. Begrepet lar seg ikke direkte oversette til norsk, til tross for en rekke forsøk. Styringsmentalitet er blitt foreslått som oversettelse, men ifølge Hammer (2017) kan det gi for idealistiske konnotasjoner. Andre benytter begrepet frihetsstyring (Juritzen, 2013). Selv vekslet Foucault mellom begrepene styringsrasjonalitet og styringskunst (Gordon, 1991, s. 3). Styringskunst er rettet mot en aktivitet eller praksis, det vil si noe vi gjør, og de betingelser som må oppfylles for å gjøre noe på en god måte. I Foucaults fremstilling viser til en styring av menneskers atferd, eller mer presist som en «styring av styring» (Foucault, 2002/1978, s. 32). Han beskriver det som en måte å strukturere andre menneskers handlingsrom på (Foucault, 1988). I denne avhandlingen benyttes begrepet *governmentality* da jeg ikke finner en oversettelse jeg mener er presis nok.

Foucault (1988) skiller mellom fire forskjellige typer teknologier: 1) produksjonsteknologi, som handler om produksjon av ting, 2) tegnteknologi som er knyttet til tolkning av tegn, symboler og meninger, 3) makt-teknologi som styrer gjennom at individers atferd underkastes bestemte dominansformer, og 4) selvteknologi som handler om hvordan individet styres til å styre seg selv. I denne avhandlingen vektlegges *makt- og selvteknologiene*, der hensikten er å styre individet og dets handlinger gjennom å skape bestemte subjektiviteter (Foucault 1988, 1991).

Styring kan forstås som en samlebetegnelse for praksiser, teknikker og prosedyrer som har som formål å forme, lede og påvirke menneskets atferd (Raffnsøe, Gudmand-Høyer, & Thaning, 2008). Gjennom styring er målet å påvirke atferden til brukeren i en bestemt retning. Frank (1998) peker på faren for at teknikker som utøves for å få mennesker til å endre seg fort kan bli maktpraksiser. Rose (1999, s. 4) påpeker at å styre handler om å anerkjenne den andres evne til å handle, samtidig som den kan brukes for å oppnå egne mål. Hos Foucault er *disiplinering* en maktform som handler om å forme individet i en bestemt retning. Styring gjennom disiplinering handler om å forme og styre menneskets vilje, tanke og sinnelag (Nilsson, 2009). Dette er en maktform som handler om å styre individets subjektivitet i en bestemt retning. Disiplineringsmakt kan også forstås som en normaliseringsmakt fordi den virker sammen med utelukkelses- og atskillellesprosedyrer som angir hva som er riktig/feil, akseptabel/ uakseptabelt og så videre (Wright Nielsen, 2009). Disiplinering forstås som en maktform som er forankret og utviklet i mange av samfunnets normaliserende institusjoner, slik som skoler, arbeidsplasser, psykiatriske og andre behandlingsinstitusjoner som utøves av for eksempel pedagoger, sosialarbeidere eller psykisk helsearbeidere.

I motsetning til disiplinering, retter styring seg mot teknikker individet kan bruke til å bearbeide seg selv. Selvteknikker handler om å skape eller forme subjekter som handler i tråd med styringens mål. Handlingsmulighetene styres ikke gjennom direkte kontroll, men gjennom å forme oppfatningen, viljen og trangen til å oppføre seg fornuftmessig. Slik gjøres maktutøvelsen mer akseptabel og ønskelig:

The exercise of power is a «conduct of conducts» and a management of possibilities (...) the government of children, of souls, of communities of families, of sick. (...) To govern in this sense, is to structure the possible field of action of others (Foucault & Faubion, 2002, s. 341).

I denne sammenheng fremstår ikke makt som påbud eller forbud, men som varianter av viten og kunnskap som bidrar til å forme hvordan den enkeltes vitens og forståelse av seg selv (Juritzen, 2017).

Foucault vektlegger to historiske linjer som leder fram mot governmentality som styringsform, som presenteres i neste avsnitt. Den ene linjen kommer fra den greske antikken og kalles «*selvets teknologier*». Et ideal i den greske antikken var individets ansvar for å arbeide med seg selv og ta ansvar for egen selvutvikling (Foucault & Rabinow, 1997). Den andre linjen som trekkes opp, kan føres tilbake til de tidlige kristne menighetene og kalles *pastoralmakt* eller *hyrdemakt* (Foucault & Rabinow, 1997). Menighetens leder ble sammenlignet med «den gode hyrde» som hadde ansvar gjennom å lede, føre og beskytte flokken, plikt og makt til å vise omsorg for hele flokken og for den enkelte til (Foucault, 1999). For Foucault betyr pastoralmakt at borgerne i dagens samfunn ikke styres gjennom eksterne tvangsmekanismer, men at de gjetes i tråd med mål som synes å være det beste for den enkelte. En forutsetning for pastoralmakten er å skape en nær og fortrolig relasjon slik at maktinnehaveren kan utøve denne makten (Järvinen, 2013).

Uttrykket «conduct of conduct» knyttes gjerne til begrepet governmentality (Foucault, 1982, s. 220-221; Gordon, 1991). Conduct kan forstås på ulike måter og betyr å føre, dirigere og guide (Dean, 2010). Begrepet knyttes gjerne til «to conduct oneself», som en form for selvledelse, men det kan også henvise til den artikulerede delen av atferden og handlingene våre (Dean, 2010). Det er nærmest uunngåelig at diskusjoner om forventet eller ønskelig atferd er vurderende eller normative, for eksempel hvordan brukere bør opptre i møte med psykisk helsearbeider. Ifølge Dean (2010) ligger det implisitt i slike diskusjoner at det er mulig - eller i det minste ønskelig - å regulere og kontrollere atferd rasjonelt. I tillegg forventes det at det er aktører som sikrer at reguleringen finner sted, som for eksempel psykisk helsearbeidere. Kort oppsummert handler dette om, med et visst overlegg, å forsøke å forme atferd i overensstemmelse med bestemte normsett og med bestemte mål for øye (Dean, 2010). Styring opererer gjennom våre ønsker, interesser og overbevisninger, og utøves med henblikk på skiftende mål med relativt uforutsigbare konsekvenser, effekter og resultater. Ansatte innen psykisk helsearbeid kan ha forventninger om at brukeren skal være aktivt deltakende for å styrke egen helse (Mancini, 2011). Når ansatte forsøker å produsere en ønsket tilstand eller mål gjennom for eksempel motivasjonsarbeid, kan det forstås som forsøk på styring av brukeren sin vilje.

2.4 Foucaults fem forsiktighetsregler for studier av makt

Noen sentrale temaer om makt i Foucaults arbeid (1980b) vil her bli beskrevet i fem forsiktighetsregler (precautions) for studier av makt. Den første forsiktighetsregelen peker på at makt bør forfølges på kapillærnivå, og ikke først og fremst som regulerte og lovmessige former av makt i ulike maktsentra. Oppfordringen om å forfølge makten på kapillærnivå kan innen psykisk helsefeltet handle om å studere makt i hverdagslivet og i sosiale praksiser. Andre forsiktighetsregel handler om å ikke etterspørre hvorfor noen søker makt eller vil dominere, men isteden studere makten der dens effekter realiseres og blir synlige (Foucault & Gordon, 1980, s. 97).

Tredje forsiktighetsregel handler om å ikke utelukkende se på personens eller gruppas dominans over andre, men å se på makt nettopp som noe som flyter eller sirkulerer, og som ikke er lokalisert (Foucault & Gordon, 1980, s. 98). Makten blir dermed ingen statisk egenskap, og det blir meningsfullt å studere makt i et samspill mellom de involverte personene. Fjerde forsiktighetsregel handler om at makt ikke utledes fra et senter og utover eller nedover i samfunnet, men at analysen begynner der makten fremstår gjennom sine mest ubetydelige mekanismer og følger disse mekanismenes historie, teknikker og taktikker (Foucault & Gordon, 1980, s. 99-100). I den femte og siste forsiktighetsregel nedtoner Foucault ideologiens betydning som viktige maktmekanismer. Han retter derimot blikket mot hvordan kunnskap blir dannet. Sammenhengen mellom makt og kunnskap aktualiseres gjennom disse mekanismene som ofte er utydelige, men raffinerte (Foucault & Gordon, 1980, s. 102). Selv om ytre rammer som for eksempel styringsdokumenter og økonomi kan påvirke makt på kapillærnivå, er det utøvelsen av makt - hvordan den spilles ut og sirkulerer mellom de involverte personene - og maktrelasjonene som står sentralt.

I neste kapittel presenteres psykisk helsearbeid i kommunen som kontekst for maktrelasjonene som studeres.

3.0 PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN

Dagens rådende diskurser om psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten har bakgrunn i feltets historiske fremvekst og konstitusjon, samt spenninger i samtiden. I dette kapittelet belyses sentrale idealer, brytninger og problematikker med vekt på maktrelasjoner, samt noen utfordringer ved dem. Deretter rettes blikket bakover for å vise noen trekk ved utviklingen av det psykiske helsefeltet som inngår i sentrale diskurser om psykisk helse i dag. Dette gjøres i hovedsak med bakgrunn i offentlige dokumenter og tidligere forskning på feltet. Målet er ikke å gå i dybden eller å gi et utfyllende bilde av feltet, men å løfte fram noen sentrale sider ved utviklingen fra institusjon til psykisk helsearbeid i kommunen. Dette gjøres ikke først og fremst for å beskrive hvordan ting *var*, men heller for å belyse *nåtiden* som bakgrunn for sentrale diskurser innen psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten.

3.1 Idealene, brytninger og problematikker innen psykiske helsearbeid

Synet på psykisk helse og behandling av personer med psykiske lidelser har endret seg gjennom tidene. Det rådende synet i et samfunn i en gitt periode vil påvirke hvilke oppfatninger som er gjeldende. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom holdninger, handlinger og språk. Dominerende diskurser gjenspeiles blant annet i statlige styringsdokumenter og påvirker organiseringen og utøvelsen av velferdstiltak (Askheim, 2017). Begrunnelsene for å etablere nye praksiser, behandlingsformer eller omorganisering har gjerne vært at det skal gi et bedre og mer humanisert tjenestetilbud. Ofte har målsettingen vært å forandre makt- og kunnskapsforhold i psykisk helsevern for å styrke tilbudet til de som trenger psykisk helsehjelp (Borg & Karlsson, 2011).

Kommunalt psykisk helsearbeid skal bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for brukeren (Sosial- og helsedepartementet, 1998; Sosial- og helsedirektoratet, 2005) gjennom likeverd i relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a; Helsedirektoratet, 2014b; Sosial- og helsedirektoratet, 2005), brukermedvirkning, personsentrert omsorg, likeverd og resursorientert tilnærming (Ministry of Health, 1993; World Health Organization, 2005; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Ifølge Verdens helseorganisasjon, WHO, (2013b, s. 14) skal psykisk helsearbeidere blant annet lytte til brukerens forståelse av sin situasjon og hva de

mener kan hjelpe dem til bedre helse. Brukere og psykisk helsearbeidere skal samarbeide som likeverdige partnere, der ansatte tilbyr valg i forhold til behandling og fremgangsmåter.

Nye organisasjonsstrukturer og brukerrettigheter har ført til endrede forventninger til psykisk helsearbeid (Reed et al., 2018). Som et brudd med en autoritær, paternalistisk tenkemåte styrt av helsepersonell, løftes idealer som brukermedvirkning, likeverd, relasjonsbygging, mestring og ressursorientering fram (Ministry of Health, 1993; World Health Organization, 2005; Sosial- og helsedepartementet, 1997). WHO beskriver kjernevirksomheten innen psykisk helsearbeid som det å lytte og respondere på enkeltpersoners forståelse av sin tilstand og hva som hjelper dem å til å få det bedre. Det handler videre om likeverd og å tilby valg i forhold til dem som yter bistand og behandling, gi hverandre oppmuntring og følelse av tilhørighet, i tillegg til kompetansen helsearbeiderne kan tilby. Dette ideologiske skiftet fra en paternalistisk tenkemåte over mot individfokus og likeverd har ført til forventning om en mer aktiv rolle som bruker med rettigheter og ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2014a, 2014b; Juhila, Hall, Günther, Raitakari, & Saario, 2015).

Brukerfokus innen psykisk helsearbeid er ikke noe nytt. På 1970-tallet foregikk det en ideologisk og verdmessig debatt der brukergruppas rettigheter ble vektlagt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006). Begreper som «medbestemmelse» og «medinnflytelse» ble benyttet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005-2006), og brukernes rettigheter skulle styrkes gjennom interesseorganisasjoner, råd og utvalg. Fra å beskrive brukermedvirkning på systemnivå ble medvirkningstenkningen på 1990-tallet utvidet til å fokusere på individnivået (Askheim, 2017). Individuelle brukerrettigheter ble lovfestet gjennom Lov om pasient- og brukerrettigheter i 1999 (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c) (endret til Pasient- og brukerrettighetsloven i 2011). Samtidig med at brukerrettighetene styrkes, vektlegges plikt- og ansvarsdimensjonen: Brukerne har selv et medansvar egen helse og velferd (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998-1999).

En tradisjonell tilnærming for hva som var egnet behandling for brukere var knyttet til de profesjonelles ansvar, makt og kontroll over tjenestene (Slade, 2017). Praksisene var gjerne sykdomsorientert og rettet mot å redusere symptomer, samt at det ble forventet og verdsatt at personen tilpasset seg behandlingen. Helsepersonells modellmakt har blitt kritisert for at den

marginaliserer den subjektive erfaringen og at «sannheten» knyttes til diagnose og instruktiv behandling (Ekeland, 2004).

En vesentlig dreining av maktrelasjonen mellom brukere og ansatte kommer til uttrykk med recovery-perspektivet. Begrepet recovery har blitt trukket fram i offentlige veiledere og faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012, 2014b) de senere årene. Recovery er et begrep med store ideologiske skiller både for hvordan recovery skal forstås, hvordan kunnskap om recovery og recoveryorienterte praksiser skal utvikles, samt om det kan eller skal måles (Borg et al., 2013). Recovery kan for eksempel vise til en ide, en bevegelse, en filosofi, et sett av verdier, et paradigme eller politikk (Turner, 2002). I tillegg kan det bety ulike ting for ulike mennesker. Davidson og Roe (2007) skiller mellom «recovery from mental illness» og «recovery in mental illness». “*Recovery from mental illness*” springer ut fra årelang forskning rettet mot at mennesker med psykiske helseproblemer blir symptomfrie og ikke faller tilbake til pasientrollen (Davidson & Roe, 2007). “*Recovery in mental illness*” har røtter i brukerbevegelser og fokuserer på retten til et verdig liv uavhengig av hvordan symptombelastning og funksjon blir vurdert klinisk. Fokuset rettes mot å skape seg et godt liv til tross for vedvarende psykiske helseutfordringer. Et hovedskille mellom disse to forståelsene av recovery handler om recovery betraktes som resultat eller prosess. Recovery in-perspektivet beskrives som «et paradigmeskifte fra patologi til en grunnlagsforståelse av at mennesker med psykiske helseproblemer kommer seg, og at en støttende sosial og kulturell kontekst er viktig for bedringsprosessen» (Borg et al., 2013, s. 40). Anthony (1993, s. 15) trekker fram recovery som en personlig, individuell prosess der en endrer egne mål og verdier: «Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness.» Sitatet viser at det ikke kun er én måte å erfare personlig bedring på for alle med psykiske helseplager. Det som fungerer for noen på et tidspunkt i prosessen vil ikke nødvendigvis være til hjelp for andre i en annen situasjon. Ut fra et recoveryorientert perspektiv handler det ikke om å bli «frisk» eller symptomfri, eller bedring som resultat av profesjonell eksperthjelp. Personen selv anses som ekspert på seg selv med personlig ansvar og valgmuligheter, der empowerment og personsentrert bistand fokuseres (Slade, 2017).

En ønsket dreining mot å fremme helse og å fokusere på de friske sidene ved mennesker, fysisk så vel som psykisk, kommer til uttrykk gjennom benevnelser som Frisklivsentraler og «Friskliv og mestring» i kommunen. Oppfølging av personer med psykiske lidelser inngår som en del av målgruppene. Frisklivsentralene er en anbefalt måte å organisere kommunens arbeid på, og har blant annet til hensikt å bidra til å redusere sykdomsbyrde og sammenhengende helsetjenester (Helsedirektoratet, 2011).

3.2 Fra institusjon til psykisk helsearbeid i kommunen

Diskurser som til enhver tid er dominerende vil angi retning for hvordan fenomener som makt og psykiske helseutfordringer skal omsettes i praksis. Omorganiseringer innen psykisk helsevern har gjerne hatt som mål å forandre de hierarkiske maktstrukturene i forhold til profesjoner, organisering av tjenestene og manglende innflytelse fra brukere og deres familier (Borg & Karlsson, 2011). I dette avsnittet vises sentrale trekk ved utviklingen av forsøkene på demokratisering, likhet og fellesskap. Utviklingen av det psykiske helsefeltet skjer og har skjedd i «et komplisert samspill mellom økonomi, ideologiske endringer, forskning og faglige endringer» (Ekeland, 2011, s. 9). Reformene som har preget det psykiske helsefeltet har forandret betingelsene for feltets utvikling. I tillegg er det fastsatt nye rammer for aktørenes deltakelse. Intensjonen er ikke å redegjøre for dette på en fyllestgjørende måte, men å vise noen sentrale trekk som kan ha betydning for maktrelasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere i kommunen.

Tenkningen rundt hvilke hjelpebehov brukere har og hvor hjelpen bør gis har endret seg gjennom tidene. I perioden fra 1850 til 1970 ble institusjoner for mennesker med det som ble forstått som alvorlige psykiske lidelser utbygd i stort omfang, ut fra en forståelse av at de trengte å få ro, og for at de skulle holdes atskilt fra samfunnet forøvrig (Husøy, 2012).

Radikale endringer har skjedd siden den gang. Blant annet har psykisk helsefeltet gjennomgått flere reformer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Målet for reformene har vært å tilpasse offentlige tjenester bedre til befolkningens behov og utnytte ressursene bedre (Rasmussen, 2011). Reformene har forandret betingelsene for utviklingen i feltet og gitt nye rammer for aktørenes deltakelse (Karlsson, 2015).

Den medisinske sykdomsmodellen var dominerende innen psykiatrien, både som helsetjeneste og fagfelt fram til 1950-tallet (Norvoll, 2013a). En omfattende debatt om psykiatrien som vitenskap og som sosial institusjon fulgte, og en sterk og omfattende kritikk ble rettet mot en ensidig medisinsk forståelse av psykiske lidelser, den psykiatriske institusjon og dens sosiale funksjon (Norvoll, 2013a). Siden 1950-tallet har *deinstitusjonalisering* dominert psykiske helsereformer i den vestlige verden, og en omfattende nedbygging av psykiatriske institusjoner begynte i store deler av Europa og USA (Knapp, McDavid, Mossialos, & Thornicroft, 2007; Perry, 2016). I Norge, Sverige og Danmark skjøt denne prosessen fart på 1970-tallet (Øverås, 2000). Nedbyggingen er i tråd med Verdens helseorganisasjons oppfordring til alle verdens land om å bygge ned institusjonene og bygge ut primærhelsetjenesten (World Health Organization, 2001). WHO argumenterer med at det vil gi bedre omsorg, styrke livskvaliteten hos pasientene, gi bedre ivaretagelse av menneskerettighetene og at det er mer kostnadseffektivt enn behandling i spesialisthelsetjenesten (World Health Organization, 2001). Videre hadde omorganiseringen til hensikt å bedre den sosiale integreringen og inkludering av (Sosial- og helsedepartementet, 1997; World Health Organization, 2001), samt å styrke den enkeltes mestring av hverdagens utfordringer.

Det har pågått en omfattende reform i Norge siden 1998 innen det psykiske helsefeltet. Stortingsmelding 25, «Åpenhet og helhet – Om psykiske helsetjenester og tjenestetilbudene» (Sosial- og helsedepartementet, 1997), kom etter årelang kritikk av psykisk helsevern i Norge, både institusjonskritikk og kritikk av en ensidig medisinsk modell i forståelsen av psykiske lidelser (Gjertsen, 2007). Stortingsmeldingen markerte en vesentlig endring i norske myndigheters syn på hvordan personer med psykiske lidelser bør behandles. Brukermedvirkning står sentralt i den nye organiseringen, og pasientrollen skulle endres fra passiv mottaker av medisinsk behandling til aktiv deltaker i arbeidet med å bedre egen helse. I tillegg skulle tjenestene desentraliseres slik at flere får hjelp i bostedskommunen sin, i nærheten av der de bor eller i eget hjem. I tillegg skulle det tverrfaglige samarbeidet rundt forebyggende oppgaver og øremerking av kommunale stillinger bli prioritert (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Målet var å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv, samt å gi økt livskvalitet og stimulere til aktiv deltakelse i samfunnslivet (Sosial- og helsedepartementet, 1997, s. 26).

Stortingsmelding 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1997) ble fulgt opp av Stortingsproposisjon 63, Opptrappingsplanen for psykisk helse. Tilgjengeligheten til tjenestene skulle økes, samtidig som kvaliteten skulle bedres og brukere skulle få større innflytelse på behandlingstilbudene.

Kommunene ble løftet fram som den viktigste arenaen for forebygging, oppfølging og behandling av brukere. Dette var hovedargumentet for at opptrappingsplanperioden ble utvidet fra 2006 til 2008 (Finansdepartementet, 2010). Kritikken mot Opptrappingsplanen har særlig rettet seg mot tre forhold. For det første rettes det mot at det politiske løftet ikke tok tak i utfordringene knyttet til kunnskap og forståelse av psykiske lidelser, slik at sykdomsbegrepet fikk råde og legge premissene for behandlingen som ble tilbudt. For det andre ble ikke perspektiver ved kultur tatt alvorlig nok, slik at forestillinger om «vi og dem» fikk fortsette og at fagpersonene satt på den rette kunnskapen. Og for det tredje, ble ikke makt og avmakt tatt på alvor, noe som førte til fortsatt paternalistiske holdninger og mangel på brukerinnflytelse (Ørstavik, 2008).

Det politiske og faglige grunnlaget i Stortingsmelding 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1997) og Opptrappingsplanen (Sosial- og helsedepartementet, 1999) er blitt videreført i dokumenter som «Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014b) og «Veileder for kommunale frisklivsentraller» (Helsedirektoratet, 2016). Samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), og kan forstås som en forlengelse av Opptrappingsplan for psykisk helse. En intensjon i samhandlingsreformen var nettopp å flytte tjenester nærmere der folk bor, noe som medførte ytterligere nedbygging av døgntilbud i spesialisthelsetjenesten til fordel for oppbygging av kommunale tilbud.

Utviklingen i Norge speiler den internasjonale utviklingen. Retten til et selvstendig liv og lokalsamfunnsbaserte tjenester vektlegges i artikkel 19 i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne: «Persons with disabilities have access to a range of in-home, residential and other community support services, including personal assistance necessary to support living and inclusion in the community, and to prevent isolation or segregation from the community» (United Nations, 2006). Dette innebærer at alle personer

med funksjonsnedsettelse har rett til å bo i lokalsamfunnet, velge hvor de vil bo og ha tilgang til boligjenester og hjemmetjenester i tillegg til andre tjenester som gis lokalt.

WHO ga ti anbefalinger til sine medlemsland i «World Health Report» der det fremgår at behandling og omsorg skal skje i primærhelsetjenesten, koordinering av helsetjenester, at lokalsamfunn, familie og brukere skal involveres og få økt kunnskap, samt å utvikle ressursene den enkelte innehar (World Health Organization, 2001). Argumentene for dette var at denne type omsorg gir bedre livskvalitet, i større grad ivaretar menneskerettighetene og er mer kostnadseffektivt enn behandling i spesialisthelsetjenesten.

Som følge av Verdens helseorganisasjons arbeid undertegnet alle helseministerne i verdens helseorganisasjons Europaregion en deklarasjon (Helsinkideklarasjonen for mental helse - Mental Health Declaration for Europe) i 2005. Der forpliktet de seg til å ha en aktiv politikk og lovgivning på psykisk helseområdet, og å følge opp prioriterte tiltak (World Health Organization, 2005b). Handlingsplanen for mental helse (Mental Health Action Plan for Europe 2005-2012) som ble utarbeidet med bakgrunn i Helsinkideklarasjonen vektlegger særlig menneskerettigheter, tilgjengelighet til tjenester i lokalsamfunnet, retten til å bli møtt med respekt, samt kunnskapsbaserte og effektive tjenester (World Health Organization, 2005a). En oppfølgingsplan for perioden 2013-2020 kom i 2013 (World Health Organization, 2013b). Den vektlegger blant annet betydningen av brukermedvirkning, og forebyggende og helsefremmende sider ved helsetjenestene i tillegg til god styring og organisering av tjenestene (World Health Organization, 2013b).

EU-kommisjonen publiserte i 2005 «Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union» (European commission, 2005). Rapporten ble fulgt opp med lanseringen av en europeisk pakt for mental helse og velvære i 2008. Pakten inneholdt fem prioriterte områder; forebygging av selvmord, psykisk helse og utdanning blant unge, arbeidsplassen og psykisk helse, psykiske helse blant eldre og til slutt hindring av stigma og sosial eksklusjon (European Union, 2008). Til tross for satsningen på psykisk helsetjenesten i kommunen, kan personalet ha med kunnskap, holdninger og rutiner fra gamle strukturer over i kommunal helsetjeneste.

I neste kapittel vil tidligere forskning om maktrelasjoner i konteksten av psykisk helsearbeid bli presentert.

4.0 TIDLIGERE FORSKNING OM MAKTRELASJONER OG PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNEN

I dette kapittelet blir maktrelasjoner og psykisk helsearbeid i kommunen belyst gjennom tidligere forskning. Først rettes blikket mot makt og relasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Deretter belyses brukermedvirkning i et maktperspektiv, før kapittelet munner ut i avhandlingens hensikt og forskningsspørsmål.

4.1 Makt og relasjoner

Den sentrale betydningen relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider har innen psykisk helsearbeid er beskrevet i en rekke forskningsarbeider (Cutcliffe & Happell, 2009; Ljungberg et al., 2017; Ness et al., 2014). Makt i relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere påvirker samspillet mellom dem og utviklingen av relasjonen (Ljungberg et al., 2017). I relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider blir troen på at brukeren kan bli bedre, kunnskap og forståelse, mestringsopplevelse, samt veiledning og praktisk bistand beskrevet som sentralt (Biringer, Davidson, Sundfør, Ruud, & Borg, 2017). Endringene i det psykiske helsefeltet har de senere årene medført endringer i rollene og rammene for brukere og ansatte. Det påvirker også maktrelasjoner, noe som vises i forventninger til samhandling, personlige egenskaper og holdninger.

4.1.1 Endrede roller og rammer

Roller til sykepleiere og andre miljøarbeidere har endret seg med de ytre rammene ved deinstusjoniseringen av psykiske helsetjenester (Bachmann, Michaelsen, & Vatne, 2019). Deinstusjoniseringen har ført til nye behandlingsformer og intervensjoner (Bergmark, Bejerholm, & Markström, 2017), og endret hvordan maktrelasjoner og brukermedvirkning kommer til uttrykk i praksis. Mye forskning om maktrelasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere er utført i institusjoner (Griscti, Aston, Warner, Martin-Misener, & McLeod, 2017). Ulik kontekst kan medføre at det er ulike problematikker som aktualiseres i maktrelasjonene.

Maktrelasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere påvirkes av stedet hjelpen ytes. Det kan være utfordrende for ansatte å finne balansen mellom det de betegner som å være en slags gjest i brukeren hjem, samtidig som de skal være profesjonelle yrkesutøvere (Karaniola, Kaikoushi, Doulougeri, Koutrouba, & Papathanassoglou, 2018). I relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider er det gjerne den ansatte som styrer samtalen. Samtidig viser en studie at brukere i større grad tok initiativ i samtalen med psykisk helsearbeider i eget hjem (Karaniola et al., 2018).

Nærhet i relasjoner mellom bruker og ansatte kan endres når roller og rammer endres. Endringen kan beskrives som en styrke, men også som en utfordring. Psykisk helsearbeidere i kommunehelsetjenesten beskrev det å ha et personlig forhold til brukeren som viktig, men at det innebar en risiko ved at relasjonen kunne bli for nær (Ljungberg et al., 2017). Deltakerne beskrev det som viktig å balansere mellom å holde avstand og opprettholde grenser for å motvirke risikoene. Grensesetting trekkes fram som et komplekst fenomen og at det er viktig at grensesetting gjøres på en fleksibel måte (Ljungberg et al., 2017). Studier fra både institusjon og kommunehelsetjeneste peker på de ansattes behov for å holde en viss distanse til brukerne, både med begrunnelse i brukernes behov (Hem & Heggen, 2003; Scanlon, 2006) og for egen del (Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2013). Å finne denne balansen kan være krevende for de ansatte (Hem & Heggen, 2003).

Det forventes fleksibilitet i fordelingen av ansvar mellom bruker og psykisk helsearbeider (Rise, Westerlund, Bjørgen, & Steinsbekk, 2014). Brukerne ønsket en trygg og forutsigbar relasjon tilpasset etter svingninger i de psykiske helseutfordringene brukerne har (Rise et al., 2014; Solbjør, Rise, Westerlund, & Steinsbekk, 2013). I perioder med store utfordringer i den psykiske helsen vektla brukerne behovet for trygg, stabil og forutsigbar relasjon. I perioder med færre symptomer oppga brukerne at de kan ta mer ansvar, og ønsket økt påvirkningsmulighet og medvirkning (Rise et al., 2014). Endringer i diskursene om psykisk helsearbeid i kommunen, samt roller og rammer, skaper forventninger om samhandling mellom brukere og psykisk helsearbeidere.

4.1.2 Samhandling mellom brukere og psykisk helsearbeidere

Når begrepet samhandling blir benyttet i en rekke nasjonale styringsdokumenter rettes det gjerne mot ulike instanser og organisatoriske nivåer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009,

2011, 2017; Helsedirektoratet, 2014b). Maktrelasjonen fremkommer gjennom helse- og sosialarbeideres beskrivelser av hva som karakteriserer samarbeidet mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helse og rus i kommunen (Ness et al., 2014). Her trekkes det fram det å gå veien sammen med brukeren ved å benytte forhandlende dialog, kontinuitet i relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere, samt hjelp til å håndtere de mange instansene som inngår i brukeren i hjelpeapparat (Ness et al., 2014). Det å forstå brukere som partnere beskrives som viktig for sykepleiere i psykisk helsetjeneste i kommunen (Karanikola et al., 2018). For å finne gode måter å samhandle på, blir det å ta utgangspunkt i brukerens situasjon, håp og drømmer beskrevet som sentralt (Biringer et al., 2017; Ness et al., 2014). Samhandlingen i maktrelasjoner kan for eksempel komme til uttrykk gjennom forhandlinger. I maktrelasjoner inngår det skiftende forsøk på å kontrollere hverandre gjennom forhandlingsprosesser (Ness et al., 2014). En studie av Reed et al. (2018) viser at psykisk helsearbeidere i kommunen gir fleksibel og individuell støtte nettopp ved å forhandle med brukeren.

Ulike nasjonale styringsdokumenter peker på målet om selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I dette ligger en forventning om at personen selv skal ønske og dermed ville gjøre det som skal til for å bli selvstendig og uavhengig av hjelp. Helsearbeideres forventninger om at brukerne skal være aktive og engasjert i å bedre sin egen psykiske helse vises i ulike studier (Mancini, 2011; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001) og kan bli forstått som en forpliktelse den enkelte borger har. Brukeren snakker også om å være aktivt involvert i egen behandling og konstruerer det å dele makt med de ansatte i form av delt beslutning som en dynamisk prosess (Laugharne, Priebe, McCabe, Garland, & Clifford, 2012, s. 502).

Juhila et al. (2015) viser at psykisk helsearbeidere konstruerer brukerne som forbrukere ved at de tilbyr bestemte alternativer og forventer at brukeren skal ta valg i tråd med hva helsearbeiderne forventer. Brukeren på sin side, responderer gjerne på dette ved å gå inn i rollen som forbruker og svare på disse valgmulighetene. Til tross for dette, foreslår helsearbeiderne valg på vegne av brukeren eller de godtar ikke brukerens svar, og viser overfor brukere at svaret ikke var i tråd med deres forventninger (Juhila et al., 2015). Når brukerens valg ikke blir akseptert og det isteden oppstår forhandling partene imellom, viser

det at samhandlingen bærer preg av paternalistisk kontroll snarere enn at brukeren fungerer som en autonom beslutningstaker.

Broer, Nieboer og Bal (2014) beskriver makt som noe som kan gjøres på en rekke ulike måter, i former som er mer eller mindre tilslørt. Det kan være vanskelig å sette ord på makt som er tilslørt i relasjoner mellom bruker og psykisk helsearbeider. Ifølge Cheek (2000) kan uartikulert utøvelse av makt være like viktig som makt som synliggjøres og beskrives. Makten spilles ut og påvirker – også når den er usynlig eller ikke-artikulert (Broer et al., 2014).

4.1.3 Profesjonell praksis

Personlige egenskaper hos både brukere og psykisk helsearbeidere løftes fram som sentralt i maktrelasjonene. Studier fra psykisk helsetjeneste i kommunen og institusjoner viser at brukerne satte pris på de ansattes kompetanse (Laugharne et al., 2012). Spesielt verdsatte brukerne når ansatte ikke fylte rollen som profesjonell på en hierarkisk måte (Williams & Tufford, 2012), men at de kunne være litt personlige (Laugharne et al., 2012; Ljungberg, Denhov, & Topor, 2015). Eksempler på det kunne være å fortelle noe fra eget liv, gjøre vanlige ting sammen eller å snakke sammen om ting som ikke har med behandling å gjøre (Laugharne et al., 2012). Psykisk helsearbeideres evne til å inngi tillit beskrives som en vesentlig faktor i relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider (Denhov & Topor, 2012; Juhila et al., 2016; Laugharne et al., 2012). Studier viser videre at brukerne beskriver tillit som en vesentlig faktor for relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider (Denhov & Topor, 2012; Laugharne et al., 2012), og at det å opparbeide seg tillit tar tid (Denhov & Topor, 2012). Dybdeintervjuer av personer med psykose viser at brukerne betrakter tillit som en toveisprosess med ansvar delt mellom pasient og psykisk helsearbeider (Laugharne et al., 2012).

Det kan være et misforhold mellom holdninger som ansatte gjerne ønsker å ha, og det de viser gjennom sine praksiser. Studier viser at ulike yrkesgrupper innen psykisk helsearbeid i institusjoner så vel som i kommunalt arbeid kan ha negative og stigmatiserende holdninger til brukerne (Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson, 2013; Mestdagh & Hansen, 2014). Stigma innen psykisk helse blir gjerne knyttet til kunnskap (ignoranse), holdning (fordommer) og atferd (diskriminering), ifølge Thornicroft, Rose og Kassam (2007). Selv om mange studier viser at psykisk helsearbeidere har et positivt syn på brukerne, viser Wahl og Aroesty-

Cohens (2010) studie at ansatte kan ha et ønske om sosial avstand fra brukerne på nivå med befolkningen for øvrig. Negative og nedlatende holdninger i samfunnet og blant helsepersonell kan overføres og internaliseres hos brukerne. Forventninger om diskriminering og stigmatisering kan føre til at brukerne begrenser egen deltakelse på ulike områder i livet (Ye et al., 2016). Dessuten kan brukerne være mer sårbare for stigmatisering når de ikke er i et beskyttet miljø som en institusjon kan representere (Mestdagh & Hansen, 2014).

Det er også vist at ansatte tar makten sin for gitt i relasjoner med brukere, og at det forsterker inntrykket av asymmetri i maktrelasjonen (Bender, Clune, & Guruge, 2009). I slike sammenhenger konstrueres brukerne som relativt maktesløse i forhold til den som gir bistand ved at de har færre rettigheter og valgmuligheter, samt at de stilles overfor en forventning om at de føyer seg etter dem som bestemmer i situasjonen (Richards, Holttum, & Springham, 2016). Asymmetrien i maktrelasjonen kommer videre til syne ved journalskriving. Det er psykisk helsearbeidere som skriver journal om brukerne, ofte uten at den det gjelder vet hva som blir skrevet. Karlsens studie (2012) viser at synsinger og meninger tar plassen fra presise faglige beskrivelser i dagens pasientjournaler, og at det er behov for et skriftlig språk som kan sette ord på relasjonsarbeidet på en nøyaktig måte.

4.2 Brukermedvirkning i et maktperspektiv

Brukermedvirkning fremstilles som et sentralt mål i velferdspolitik (Askheim, 2017; Hodge, 2005). Selv om begrepet brukermedvirkning ofte blir benyttet og diskutert innen psykisk helsearbeid, brukes det ikke på en konsistent måte i litteraturen (Jørgensen & Rendtorff, 2018; Tambuyzer, Pieters, & Van Audenhove, 2014). Evalueringer og forskning viser at det er stor variasjon i hvordan psykisk helsetjenester innlemmer brukermedvirkningsidealene (Elstad & Eide, 2009). Begrepet brukermedvirkning kan for eksempel ha fokus på ulike nivåer, servicen eller system eller på individuelt nivå (Elstad & Eide, 2009; Lawn, 2015). En konsekvens av dette er at konteksten og kompetansen som er nødvendig for å utøve brukermedvirkning blir utydelig (Mental Health Commission, 2002). Helsedirektoratet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) skriver at brukermedvirkning betyr at brukerne skal delta i å utforme tilbudet i samarbeid med helsearbeiderne, for å øke forbedringene og kvaliteten i tjenestene.

Begrepet brukermedvirkning fremstilles som dynamisk og frigjørende (Stickley, 2006), som et ubestridt gode, noe det tas for gitt at brukere og psykisk helsearbeidere ønsker og skal fremme i sine praksiser (Mancini, 2011; Nelson et al., 2001). Tiltak skal utarbeides i samarbeid med mottakeren, og ut fra vedkommende sine ressurser og behov (Helsedirektoratet, 2017). Gjensidig respekt, dialog og beslutninger tatt i fellesskap beskrives som grunnleggende elementer i brukermedvirkning (Rise, 2012). Beslutningstaking beskrives som en utfordrende, men sentral faktor ved brukermedvirkning, der respekt og dialog var like viktig som hvem som tar den endelige beslutningen (Rise, 2012).

Ifølge Askheim (2017) trekkes det ofte et hovedskille mellom en «rettighetsorientert» (demokratisk) og en «konsumentorientert» brukermedvirkningsdiskurs. Ut fra en rettighetsdiskurs har individet rett til innflytelse over eget liv ved at det er en fullverdig samfunnsborger. Konsumentdiskursen peker på at enkeltindividet best kjenner sine behov og dermed er den beste til å velge tjenestene hun eller han trenger. Tjenester som er fleksible og tilpasset den enkelte står sentralt i begge formene for brukermedvirkningsdiskurs (Askheim, 2017).

Når makt i relasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere i kommunen beskrives i ulike studier og styringsdokumenter, gjøres dette ofte uten eksplisitt å benytte begrepet makt. Derimot blir maktsamspillet mellom brukere og psykisk helsearbeidere ofte knyttet til begreper som empowerment og brukermedvirkning i rådende helsepolitiske diskurser og i faglitteraturen (Masterson & Owen, 2006; Ministry of Health, 1993; Mizrahi, Humphreys, & Torres, 2009; World Health Organization, 2005; Rivest & Moreau, 2015; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Brukermedvirkning bygger på ideer som demokrati, forbrukerrettigheter og individuelt ansvar (Mizrahi et al., 2009). Ada og Stickley (2007) gjør oppmerksom på at politisk retorikk kan påvirke brukernes medvirkning og rollen til sykepleiere innen psykisk helsearbeid.

Det er blitt gjort en rekke forsøk på å oversette empowerment til norsk, som egenkraftpotensial (Karlsen, 2012), maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv (Tveiten, Onstad, & Haukland, 2015). Jeg velger å benytte det engelske begrepet da jeg ikke anser de norske begrepene jeg har funnet som dekkende nok.

Empowerment er et begrep som ofte gis et positivt innhold (Bradbury-Jones, Sambrook, & Irvine, 2008). Samtidig kan brukere og psykisk helsearbeidere ha ulik forståelse av hva som er et godt liv for brukerne og hvilke virkemidler som kan benyttes (Larsen, Nordal, & Aasheim, 2006). Juhila et al. (2015) mener at brukerne blir konstruert som kunder når de blir gitt valgalternativer i situasjoner der beslutninger skal tas. Ifølge Laitila, Nummelin, Kortteisto og Pitkänen (2018) betyr brukermedvirkning at brukerne blir behandlet med respekt, lyttet til og at de kan påvirke behandlingen og omsorgen de mottar i samarbeid med de ansatte.

Omsorg har tradisjonelt sett har blitt sett på som grunnverdien i arbeidet med personer med psykiske lidelser. Imidlertid kan det gi hjelperen autoritet som i neste omgang kan umyndiggjøre mottakeren av hjelpen. Et eksempel på det kan være der hjelperen vurderer hva som er best for brukeren i en situasjon der brukeren har sviktende dømmekraft. Paternalisme kan beskrives som når en person bestemmer over en annen person på samme måte som en far bestemmer overfor sitt barn, ifølge Beauchamp og Childress (2013). En slik forståelse av paternalisme viser makt og dominans med gode hensikter. I motsetning til autoritær, paternalistisk hjelp styrt av helsepersonell, fremmes idealer som brukermedvirkning, likeverd, relasjonsbygging, mestring og ressursorientering (Ministry of Health, 1993; World Health Organization, 2005; Sosial- og helsedepartementet, 1997). Endringen fra passiv mottaker til mennesker som samhandler beskrives som en situasjon med mindre makt og kontroll for de ansatte og mer kontroll og ansvar for brukerne (Elstad & Hellzén, 2010). Slik kan paternalisme fremstilles som en trussel for mottakerens autonomi ved at det kan føre til en umyndiggjøring av personen (Henriksen & Vetlesen, 2006).

For å kunne utvikle praksiser som bygger på likeverdige partnerskap, håp og selvbestemmelse må det en omgjøring til - «a transformation of services, practices and the paradigm within which they are delivered» (Slade et al., 2014). Den enkeltes egne forventninger, ønsker, mål og håp er det sentrale for samarbeidet (World Health Organization, 2013b). Innholdsmessig kan empowerment fremstilles som evnen til å ta kontroll over faktorer som påvirker eget liv, noe som mobiliserer kraft eller etablerer motmakt (Askheim, 2012). Begrepet illustrerer forsøket på å endre den patriarkalske hjelperelasjonene (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, & Maizels, 2018). Woltmann og Whitley (2010) peker på at relasjonsaspektet i

beslutningstaking er sentralt, og at det kan være viktigere å samarbeide om beslutningsprosessen enn selve innholdet i resultatet de kommer fram til.

Brukermedvirkning har vokst fram som en motbevegelse til ensidig profesjonell styring av helsetjenestene, og kan forstås som en måte å overkomme maktulikhetene på. Maktrelasjoner er sentralt i en rekke beskrivelser av brukermedvirkning. Forskning viser at personsentrert omsorg og brukermedvirkning vektlegges innen psykisk helsetjeneste i kommunen (Thornicroft & Tansella, 2005). Reorganisering fra store institusjoner til psykisk helsearbeid i kommunene kan virke inn på forventningene til brukermedvirkning. Reorganiseringen hadde blant annet til hensikt å gi brukerne økte rettigheter og ansvar i forhold til om de hadde vært i institusjon (Elstad & Eide, 2009), og at brukernes mål og forventninger skal styre samarbeidsprosessen (Biringer et al., 2017). Samtidig forventes det at brukerne skal ønske å medvirke, at de skal være motiverte og aktive i å bedre egen psykiske helse (Elstad & Eide, 2009; Karlsen, 2012; Mancini, 2011; Nelson et al., 2001). Dette får konsekvenser for forventningene til hvordan psykisk helsearbeidere skal fylle sine roller. Personer med psykose ønsket å være aktivt involvert i behandlingen de mottar og de så på det å ta beslutninger sammen med de ansatte som en dynamisk prosess der maktbalansen bør variere, avhengig av graden av psykiske helseutfordringer, viser en studie av Laugharne et al. (2012). Allikevel viser flere andre studier at brukerne får begrenset innflytelse i egen situasjon (Ayo, 2012; Brown & Baker, 2012), og at dette gjerne er økonomisk begrunnet (Ayo, 2012).

Brukermedvirkning kan fremstilles et slags partnerskap der brukerne deltar i og får innflytelse på beslutningsprosesser (Hansen & Ramsdal, 2015). Delt beslutningstaking er et eksempel på et slikt partnerskap. En slik prosess krever blant annet aktiv deltakelse fra både bruker og tjenesteyter, informasjonsdeling og reelle valg av løsninger. Delt beslutningstaking bidrar til at brukeren opplever at maktrelasjonen endres ved at både bruker og psykisk helsearbeider deler synspunkter og enes om valg av handling (Grim, Rosenberg, Svedberg, & Schön, 2016). Til tross for gode intensjoner om delt beslutningstaking og brukermedvirkning kan brukerne oppleve at de allikevel ikke inngår i samarbeidet som likeverdig partner. Brukerne har kjempet for å bli oppfattet som kompetente og likeverdige personer når det gjelder brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid både i kommuner og institusjoner. I denne kampen følte de seg underlegne, kontrollert og utelatt i brukermedvirkningen, viser en studie av Dahlqvist Jönsson, Schön, Rosenberg, Sandlund og Svedberg (2015).

Til tross for at delt beslutningstaking og brukermedvirkning beskrives som svært sentralt, viser forskning at brukermedvirkning blir unngått i en rekke situasjoner. Et eksempel på dette er når det vurderes at brukeren er i en dårlig fase av sin sykdom, under argumenter som at brukeren har manglende innsikt, mangel på evne til å uttrykke seg verbalt og problemer med å samarbeide (Solbjør et al., 2013). Brukermedvirkning ble redefinert i slike situasjoner, og de ansatte tok ledelsen gjennom å bruke strategier som ga brukerne informasjon, motivasjon og redusert valgmulighet. Flere studier viser at psykisk helsearbeidere fortsatt styrer hvordan brukermedvirkning skal utformes og utøves, og at dette begrenser den reelle brukermedvirkningen (Borg, Karlsson, & Kim, 2009; Broer et al., 2014; Hodge, 2005; Karlsen, 2012). Broer et al. (2014) advarer mot å kun fokusere på diskurser som viser hva som hindrer klientens stemme, da det kan gi en feilaktig fremstilling av situasjonen.

Mens psykisk helsearbeidere tidligere hadde rolle som ekspert, terapeut eller omsorgsperson, endres rollen nå mot å samhandle med brukeren (Mancini, 2011). En diskurs om delt ekspertposisjon synliggjøres gjennom beskrivelser av helsepersonell og brukere er eksperter på hver sine felt, samt idealet om å oppnå likeverdighet og likestilling av kunnskap (Strøm & Fagermoen, 2011). En annen diskurs som kommer til uttrykk er diskursen om brukeren som ekspert på seg selv, i kraft av egne erfaringer (Helsedirektoratet, 2017; Millar, Chambers, & Giles, 2016; Slade, 2017). Dette perspektivet beskrives som sentralt for å få til et godt samarbeid mellom den som gir og den som mottar hjelp (Russo & P, 2009). Fra at brukerne er blitt tilskrevet en passiv mottakerrolle, fremstilles de nå som aktive deltakere i behandling (Klausen, 2016).

4.3 Avhandlingens forskningsspørsmål

Ut fra gjennomgangen av tidligere forskning, ser det ut til å være lite forskning med fokus på hvordan makt sirkulerer eller gjøres i relasjonen mellom bruker og ansatt i hverdagslivet og sosiale praksiser innen psykisk helsearbeid i kommunen. Hensikten med denne avhandlingen er å utforske og beskrive hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling i samspillet mellom brukere med langvarig behov for bistand og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen, som beskrevet under 1.1 Bakgrunn for valg av tema. Som vist, finnes det en rekke studier som viser idealene som fremmes innen dagens psykiske helsevesen,

brukermedvirkning og relasjoner mellom brukere og ansatte innen psykisk helsearbeid. I dette arbeidet inngår makt i relasjonene, også når innholdet i maktrelasjonene ikke artikuleres eksplisitt. Med bakgrunn i gjennomgangen av diskurser om maktrelasjoner i psykisk helsearbeid i kommunen og tidligere forskning på området, er det utledet to forskningsspørsmål ut fra studiens hensikt:

- 1) Hvordan snakker brukere og psykisk helsearbeidere om makt i relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere?
- 2) Hvordan beskriver brukere og psykisk helsearbeidere at makt gjøres i relasjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere?

Disse to forskningsspørsmålene viser at det er hvordan brukere og psykisk helsearbeidere snakker om makt og hvordan makt gjøres, som er avhandlingens fokus. Det handler altså om hvordan makt kommer til uttrykk gjennom ord og handling i maktrelasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere.

Kapittel 5 vil vise hvordan jeg har gått fram for å studere hensikten og forskningsspørsmålene.

5.0 METODE

Med bakgrunn i avhandlingens hensikt og forskningsspørsmål er det valgt et kvalitativt design basert på intervjuer med brukere og psykisk helsearbeidere. Målet var å rette fokus mot den enkelte deltakerens opplevelse og konstruksjoner av maktrelasjoner i psykisk helsearbeid i kommunen. I analyseprosessen ønsket jeg å rette et kritisk, undersøkende blikk mot hvordan maktrelasjoner kan fortolkes. Det er derfor valgt å benytte kritisk diskursanalyse inspirert av Foucault, samt interaksjonsanalyse til intervjuene.

Avhandlingen bygger på to studier. Studie 1 er basert på individuelle, diskursive intervjuer. Et diskursivt intervju beskrives som en aktiv form for intervju som er rettet mot det språklige og sosiale samspill i intervjusituasjonen (Brinkmann & Kvale, 2015). I diskursive intervjuer er det ønskelig å få frem forskjeller (Ellingsen & Drageset, 2010; Potter & Wetherell, 1987) og intervjuere betraktes som aktive deltakere (Potter & Wetherell, 1987). For å få en dypere forståelse av utvalgte resultater fra intervjuene, ble avhandlingen utvidet med studie 2, som bygger på fokusgruppeintervjuer. På denne måten ble avhandlingen endret underveis, fra kun å bygge på individuelle intervjuer til også å innbefatte fokusgruppeintervjuer.

I tillegg til individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer, er det benyttet feltnotater som er skrevet rett etter intervjuene. Det redegjøres for forberedelser, tilgang til forskningsfeltet, datainnsamling og analyse av data for begge studiene. Deretter presenteres etiske vurderinger ved den valgte fremgangsmåten.

5.1 Studie 1 – Individuelle intervjuer

Studie 1 bygger på individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer der brukere og psykisk helsearbeidere sine erfaringer med makt i relasjoner i psykisk helsearbeid i kommunen undersøkes. I diskursive intervjuer rettes oppmerksomheten mot hvordan kunnskap og sannhet skapes, og på maktrelasjonene i diskurser (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne intervjuformen syntes hensiktsmessig for å få fram hvordan brukere og psykisk helsearbeidere snakker om hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling.

5.1.1 Utvikling av intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide for de individuelle intervjuene ble utarbeidet (vedlegg 5a og 5b). Intervjuguiden var lik uavhengig av om deltakerne hadde erfaring som brukere og psykisk helsearbeidere, bortsett fra avkrysningsdelen for demografiske data. Årsaken til dette var at jeg ønsket å samtale med alle deltakerne om de samme temaene. Delen med bakgrunnsdata fikk ulik utforming da inklusjonskriteriene for deltakelse var ulik for brukere og psykisk helsearbeidere. Hensikten med intervjuguiden var å ha en overordnet plan for hva jeg skulle spørre om. Det var viktig at intervjuguiden ble utformet slik at den var fleksibel og ga rom for å følge opp deltakernes svar. Intervjuguiden ble derfor utformet med temaer jeg kunne alternere mellom og ikke ferdig formulerte spørsmål. Det ga mulighet til å følge opp svar fra deltakerne og fordypning i deres synspunkter (Denzin & Lincoln, 2018).

5.1.2 Inklusjonskriterier for deltakelse ved intervjuer

Initialt ønsket jeg ikke å ha med diagnoser som rekrutteringskriterium, da diagnoser kan virke stigmatiserende og opprettholde fordommer. Etter krav fra REK Midt om å avgrense prosjektet ved hjelp av diagnoser, falt valget på noen diagnoser som var aktuelle for en rekke brukere i psykisk helsearbeid i kommunen. For å delta måtte brukere ha fått diagnosen psykose, bipolar lidelse, moderat eller tung depresjon. De måtte ha samtykkekompetanse, vært registrert som bruker med behov for hjelp fra psykisk helsetjeneste i kommunen i to måneder eller mer og være minimum 18 år. De måtte ha hatt kontakt med en helsearbeider i psykisk helsetjeneste i kommunen minst fem ganger og minst én gang annenhver uke. Det var fordi jeg ønsket å intervju mennesker i arbeidsfør alder som hadde erfaring med psykisk helsearbeid i kommunen over tid og av et visst omfang. I tillegg måtte deltakerne beherske norsk. Det var ønskelig med deltakere av begge kjønn. Brukere ble forespurt om deltakelse av en psykisk helsearbeider som kjenner personen godt slik at de ikke ble forespurt i en periode som var helsemessig krevende.

Ansatte som deltok måtte ha treårig bachelorutdanning innen helse- og sosialfag. Dette er en stor gruppe helsearbeidere som arbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen. De måtte ha arbeidet i 50% stilling eller mer innen psykisk helsearbeid i kommunen, og arbeidet på nåværende arbeidssted i minst seks måneder. Dette var fordi det var ønskelig at deltakerne hadde arbeidet i psykisk helsearbeid i kommunen over tid og av et visst omfang. Også her var det ønskelig at deltakere av begge kjønn deltok. Deltakerne måtte beherske norsk.

For begge gruppene var det ønskelig å invitere både kvinner og menn til å delta, da dette kunne tenkes å berike mangfoldet av konstruksjoner av makt i relasjoner mellom brukere og ansatte. Jeg oppfordret de som hjalp til med rekrutteringen om å gi tilbudet til både kvinner og menn. At deltakerne måtte beherske norsk ble satt som kriterium da det ville gjøre det enklere å kommunisere på et felles språk i intervjusituasjonen, og fordi faren for språklige misforståelser ville kunne reduseres.

5.1.3 Erfaringer fra pilotintervjuet

Før de individuelle intervjuene startet ble det gjennomført et pilotintervju. Hensikten var å prøve ut og forbedre intervjuguidene etter tilbakemelding fra deltakeren. Deltakeren i pilotstudien var en bekjent av en tidligere kollega som oppfylte inklusjonskriteriene for deltakelse som ansatt. Hun var kjent med pilotintervjuets hensikt og ga skriftlig informert samtykke (vedlegg 4) på linje med de øvrige deltakerne i studie 1.

Da intervjuet var gjennomført, ga deltakeren tilbakemelding på innholdet i intervjuet og hvordan intervjusituasjonen hadde vært. Dette var verdifulle tilbakemeldinger som blant annet medførte justering av intervjuguidene. En slik justering var å benytte en liste med aktuelle temaer istedenfor å ha ferdig formulerte spørsmål. På den måten var det lettere å følge deltakernes fremstillinger og å komme med oppfølgingsspørsmål. Videre ble jeg oppmerksom på betydningen av å etterspørre eksempler på hvordan brukere og psykisk helsearbeidere samhandler. Gjennom eksemplene kom deltakerens beskrivelser av hvordan makt ble utøvd fram. Resultatene fra prøveintervjuet er ikke benyttet i avhandlingen da rekrutteringsmåten var en annen enn i studie 1 for øvrig, samt på grunn av bekjentskap.

5.1.4 Tilgang til forskningsfeltet og rekruttering

For å få tilgang til forskningsfeltet ble virksomhetsleder eller en person i tilsvarende stilling i seks kommuner av ulik størrelse kontaktet. Jeg informerte kort om prosjektet og ba om tillatelse til å sende en henvendelse på e-post med ytterligere informasjon om prosjektet (vedlegg 2). En kommune hadde ikke anledning til å delta og fem kommuner takket ja. Brukere og psykisk helsearbeidere som ønsket å delta fikk skriftlig forespørsel med informasjon om studie 1 (vedlegg 3). Deretter fikk jeg navn og telefonnummer til ansatte som

oppfylte kriteriene for deltakelse i studien. De jeg fikk navn og telefonnummer til hadde samtykket til å delta i studie 1 og at kontaklinformasjon kunne utleveres til meg. Jeg kontaktet dem og vi avtalte tid og sted for intervjuene. Videre fikk jeg navn og telefonnummer til ansatte som hadde kontakt med personer som oppfylte kriteriene som bruker. De ga meg navn og telefonnummer til brukerne som hadde samtykket til å delta i studien og at kontaklinformasjon kunne utleveres til meg. Jeg ringte dem og avtalte tid og sted for intervju. Deltakerne kom fra fem små, mellomstore og store kommuner på Østlandet.

5.1.5 Utvalg og ramme for intervjuene

Jeg ønsket å intervju deltakerne om maktrelasjoner mellom brukere og helsearbeidere i psykisk helsearbeid i kommunen. Utvalget besto av ti brukere og ti psykiske helsearbeidere som ble intervjuet individuelt. Grunnen til at det var ønskelig å rekruttere deltakere fra kommuner med variasjon i innbyggerantallet, var for å øke muligheten for variasjon i hvordan makt kommer til uttrykk i relasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Kommunen med lavest innbyggerantall var på ca 4500, mens kommunen med høyest innbyggerantall var på ca 81000.

Tabell 1: Demografiske data for deltakere ved individuelle intervjuer

Individuelle intervjuer	Brukere	Psykisk helsearbeidere
Antall deltakere, ut fra kjønn	7 kvinner 3 menn	8 kvinner 2 menn
Gjennomsnittsalder	47,3 år	48,4 år
Aldersspenn	31-61 år	36-61 år
Varighet på psykisk helsehjelp innen kommunen	4-25 år	
Omfang av bistand ved intervjutidspunktet	3 ganger i uken – annenhver uke	
Gjennomsnittlig lengde på arbeidserfaring		21,5 år
Bachelorutdanning, psykisk helsearbeidere		7 sykepleiere 3 vernepleiere
Videreutdanning innen psykisk helsearbeid		9 av 10

Deltakerne fikk spørsmål om de ønsket å bli intervjuet i lokalene til psykisk helsearbeid i kommunen eller på intervjuerens arbeidsplass. Som det fremgår av tabell 2 var det tre brukere som ble intervjuet i eget hjem, etter eget ønske.

Tabell 2: Valg av sted for de individuelle intervjuene

Sted for intervju	Brukere	Psykisk helsearbeidere
Grupperom eller kontor i kommunens lokaler	6	9
Intervjuerens arbeidsplass	1	1
Eget hjem	3	0

Det ble servert kaffe, te og mineralvann ved intervjuene som foregikk i kommunens lokaler. Flere deltakere kommenterte at det var hyggelig å bli tilbudt drikke. Når intervjuene foregikk hjemme hos deltakere, ble jeg tilbudt servering. Servering og småprat om her-og-nå-situasjonen ble en del av den uformelle praten før intervjuene startet.

5.1.6 Gjennomføring av intervjuene

Innledningsvis informerte jeg om at det ikke finnes «riktige» eller «gale» svar, men at jeg var ute etter *denne* deltakerens synspunkter og forståelse. Hensikten var å vise at jeg var interessert i det deltakeren tenkte og mente, og ikke det de trodde jeg ønsket å høre.

Deretter gikk vi gradvis over på refleksjonsspørsmål, som dannet kjernen i intervjuet. Her kunne deltakerne gå i dybden på deler av forskningstemaet. Intervjuene ble gjennomført som en samtale der jeg fulgte opp det deltakerne fortalte om som var relevant for studiens hensikt og forskningsspørsmål. Dette medførte at intervjuene bar preg av å være samtaler mellom deltaker og intervjuer, og ikke fortonet seg som utspørring. Åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål til deltakernes uttalelser ga spontane og fyldige svar, og tilførte interessante perspektiver. Intervjuguiden ble brukt som en huskeliste til å formulere spørsmål under intervjuene. Intervjuene ble avsluttet med avrundings spørsmål. Her spurte jeg

deltakerne om hvordan det hadde vært å delta på intervjuet, og om de hadde noen spørsmål til meg før vi avsluttet.

Samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd og transkribert verbatim av meg. At intervjuene ble tatt opp medførte at jeg kunne konsentrere meg om og følge opp det deltakerne sa. Intervjuene varte fra 45-90 minutter.

Rett etter at intervjuene ble gjennomført skrev jeg feltnotater fra det enkelte intervjuet. Feltnotatene ble skrevet i stikkordsform, og viste detaljer fra situasjoner, kroppsspråk og følelser som kom til uttrykk under intervjuet.

5.1.7 Kritisk diskursanalyse inspirert av Foucaults tenkning

Kritisk diskursanalyse inspirert av Foucaults tenkning er valgt til å analysere de individuelle intervjuene, ut fra avhandlingens hensikt og forskningsspørsmål. Foucault fremholdt at begreper betydning formes og tilegnes gjennom hvordan de brukes. Diskursanalyse basert på Foucaults tenkning har nettopp til hensikt å undersøke hvilke ulike måter å betrakte verden på som er mulige, samt hvilke subjektposisjoner som er mulige (Willig, 2013). Den gir rom for å studere hvilke effekter for subjektivitet en subjektposisjon innen en viss diskurs har, samt å tydeliggjøre sosiale prosesser som involverer legitimering og makt (Willig, 2013). Dette var hensiktsmessig for å studere hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling i relasjoner mellom mennesker med langvarige behov for psykisk helsehjelp og psykisk helsearbeidere i kommunen. I kapittelet om psykisk helsearbeid i kommunen ble det trukket fram noen sentrale diskurser som inngår i utviklingen av det psykiske helsefeltet.

Foucault utviklet ikke en entydig diskursanalytisk metodologi. Basert på hans tenkning har Willig (2013) utarbeidet en seks stegs modell for diskursanalyse. Modellen kan bidra til å identifisere og kartlegge diskurser som blir brukt i en tekst, subjektets posisjon, samt å utforske diskursenes implikasjoner for subjektivitet og praksiser. Imidlertid representerer den ikke en fullstendig analyse av Foucaults tankegods. For eksempel fremkommer ikke Foucaults tenkning om historie og utvikling av diskurser over tid.

Jeg vil nå vise den analytiske strategien, Willigs seks stegs-modell, som analysen av de 20 individuelle intervjuene i studie 1 bygger på. Underveis illustreres trinnene som er benyttet ved å gi eksempler.

Steg 1: Diskursive konstruksjoner

Første steg var å identifisere studiens diskursive objekt (Willig, 2013). I studie 1 var det maktrelasjoner diskursanalysen dreide seg om. Det transkriberte materialet ble lest. Deretter tydeliggjorde medforfatter (Ruud Knutsen) og jeg hvordan maktrelasjoner ble konstruert i teksten, og lette etter ulike måter deltakerne snakket om og reflekterte over maktrelasjoner i praksis. Det handlet ikke bare om å lete etter nøkkelord, men å bli oppmerksom på både implisitte og eksplisitte referanser som knyttet til maktrelasjoner. Vi lette etter andre begreper som kunne være knyttet til maktrelasjoner, og konstruksjoner som ikke var med. Deretter ble ulike diskursive konstruksjonene av maktrelasjoner gruppert.

Steg 2: Diskurser

Når de ulike måtene det diskursive objektet ble konstruert på i teksten er identifisert, rettes fokus mot forskjellene mellom dem, ifølge Willig (2013). Teksten ble gruppert ut fra hvilke konstruksjoner vi syntes hørte sammen og hvilke overgripende diskurser som fremkom. Deretter vurderte vi likheter og forskjeller. Egen forståelse om hvilke diskurser som finnes i samfunnet vårt, kunnskap fra forskning og annen litteratur, samt utsagn fra intervjuene ble knyttet sammen.

Steg 3: Handlingsmuligheter i teksten

I dette analysesteget er hensikten å undersøke de diskursive kontekstene konstruksjonene av objektet springer ut fra (Willig, 2013). Rent konkret innebar det at vi spurte oss hva det tjener til å konstruere objektet på en spesifikk måte på et bestemt sted i teksten. Hvilken funksjon har det, og hvordan relaterer det seg til andre konstruksjoner av objektet i teksten? Dette steget kan forstås som en klargjøring av det sagtes handlingsdimensjon ved at det er hvilke handlingsmuligheter som blir mulige gjennom konstruksjonene som undersøkes.

Steg 4: Subjektposisjoner

Dette steget har til hensikt å klarlegge hvilke subjektposisjoner som blir muliggjort gjennom de ulike diskursive konstruksjonene av objektet (Willig, 2013). En subjektposisjon innen en

diskurs innebærer en posisjon som gir opphav til en struktur av rettigheter og plikter for de som er posisjonert der. I dette steget ble det tydeliggjort at diskurser konstruerer så vel subjekt som objekt. Subjektposisjoner skiller seg fra roller ved at det snarere foreskriver et diskursivt område man kan snakke og handle ut fra, snarere enn en rolle det handles ut fra. Dessuten har subjektposisjon direkte betydning for opplevelsen av subjektivitet. Etter å ha identifisert handlingsmuligheter i teksten, forsøkte vi å tydeliggjøre hvilke subjektposisjoner som var mulige innen ulike diskurser.

Steg 5: Praksiser

I dette steget klargjøres relasjonen mellom diskurs og praksis (Willig, 2013). Vi stilte spørsmål ved hvilke handlingsmuligheter som fantes og hvilke som utelukkes gjennom bestemte diskurser. Ved at diskurser foreskriver bestemte måter å se og oppleve verden på gjennom subjektive posisjoner, blir noen måter og snakke og handle på mulig, og andre ikke. Ut fra de ulike subjektposisjonene som ble identifisert, undersøkte vi hvilke handlinger som er mulige og umulige innen de ulike subjektposisjonene.

Steg 6: Subjektivitet

Dette steget har til hensikt å klargjøre relasjonen mellom diskurs og subjektivitet. Diskurser muliggjør bestemte måter å se og å oppleve verden på. Willig (2013) beskriver steg 6 som det mest spekulative i modellen, ettersom det her stilles spørsmål som: Hva innebærer det for den subjektive opplevelsen å innta en viss posisjon i en viss diskurs? Hva kan tenkes og føles ut fra en viss subjektposisjon i en viss diskurs? Da språket ikke blir betraktet en direkte veg til tanken, kan det bare spekuleres i hva subjektet kan tenke, kjenne og erfare ut fra ulike posisjoner. Vi kan ikke slå fast at det faktisk er på en bestemt måte. Det ble reflektert over hvilke konsekvenser for opplevelsen av subjektivitet en subjektposisjon innen en viss diskurs kan ha.

Dette kan fremstå som en lineær prosess. Det har det imidlertid ikke vært. Forfatterne har gått fram og tilbake mellom steg 2-6 da dette har tydeliggjort sammenhengene for oss. Analysen i artikkel 1 og artikkel 2 er gjennomført med denne fremgangsmåten. Jeg vil vise med et eksempel fra artikkel 1, «Dependence and resistance in community mental health care – negotiations of user participation between staff and users», hvordan analysen er utviklet.

Eksempelet er oversatt og utdypes mer her enn i artikkelen. Tabellen her er delt i to her, tabell 3 og 4, for å tydeliggjøre analyseprosessen.

Tabell 3 viser en beskrivelse av steg 1, diskursive konstruksjoner, og hvilke posisjoner i forhandlinger (det diskursive objektet) vi så som mulige ut fra intervjutekstene: Aktivere andre og den som fremmer endring, den avhengige, den motstandsdyktige, den som overtaler og den kunnskapsrike. Analysen er gjennomført for hver av disse posisjonene.

Tabell 3. Eksempel fra analyseprosessen, steg 1

Steg	Beskrivelse av steget	Eksempler på det diskursive objektet: Posisjoner i forhandlinger
Steg 1 Diskursive konstruksjoner	Identifisere det diskursive objektet. Hvordan blir det konstruert i teksten? Hvordan snakker og reflekterer deltakerne over det diskursive objektet?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Igangsetter og pådriver for å fremme endring 2. Avhengighet 3. Motstandsdyktig 4. Overtaler 5. Kunnskapsrik

Jeg velger videre å ta for meg punkt 1, Igangsetter og pådriver for å fremme endring, som er uthevet. Dette punktet er dannet på bakgrunn av flere sitat fra intervjuene. Ett av dem er sitatet: “Noen ganger vet de ikke helt vet hva de vil. Og da må vi prøve å finne ut hvor de befinner seg. Vil de klare å mestre det å gjøre en oppgave før de kommer neste gang? Vil de mestre det å ta en telefon, ta bussen eller sånne hverdagslige ting?” (Emma, sykepleier). Den videre analyseprosessen av dette sitatet følger steg 2 til 6, som vist i tabell 4.

Tabell 4. Eksempel fra analyseprosessen, steg 2-6

Steg	Beskrivelse av stegene	Eksempler fra transkripsjonene fra intervjuene
Steg 2 Diskurser	Finne ulike diskursive konstruksjoner av objektet Forskjeller mellom konstruksjonene	Ekspertdiskurs der de profesjonelle: <ul style="list-style-type: none"> - er pådriver, forventer at mål settes og oppnås - tar ansvar og krever endring - avgjør om brukernes valg er akseptable Brukermedvirkningsdiskurs <ul style="list-style-type: none"> - ønsker at brukerne kommer med forslag for å stimulere til deltakelse.
Steg 3 Handlingsmuligheter i teksten	Undersøke de diskursive kontekstene konstruksjonene av objektet springer ut fra.	Økonomisk begrunnelse (rasjonalitet), behov for å skrive ut pasienter. <ul style="list-style-type: none"> - fremmer og forventer at brukerne handler slik at de kan bli uavhengige av hjelp. - oppfordre brukerne til å ta ansvar og bli aktive.
Steg 4 Subjektposisjoner	Klarlegge hvilke subjektposisjoner som blir muliggjort gjennom de ulike diskursive konstruksjonene av objektet.	Sykepleiere tar rollen som den som aktiverer andre og den som fremmer endring gjennom rollen som hjelper og ekspert. Brukerne konstruerer seg som aktive og deltakende i å fremme egen helse. Brukerne forhandler om hva som er gyldig kunnskap.
Steg 5 Praksiser	Klargjøre relasjonen mellom diskurs og praksis. Hvilke handlingsmuligheter som finnes og hvilke som utelukkes gjennom bestemte diskurser.	De ansatte vurderer brukernes atferd som akseptabel eller ikke akseptabel. Brukerne er redde for å miste tilbudet som psykisk helsehjelp. Eksempler på at sykepleiere unnlater å agere selv om utfallet er uønsket.
Steg 6 Subjektivitet	Klargjøre relasjonen mellom diskurs og subjektivitet.	Forhandler ut fra ulike roller. Belyser avhengighet, motstand, overtalelse og kunnskap.

Analysearbeidet har blitt gjort manuelt, da det har gitt tilstrekkelig oversikt over tekstmaterialet.

5.2 Utvikling av studie 2

I informasjonsskrivet til lederne av psykisk helsearbeid i kommunen (vedlegg 2) tilbød jeg å komme tilbake og formidle resultater fra studie 1. Dette var det fire distrikter som benyttet seg av. Innlegget ble lagt til et personalmøte eller et møte der både brukere og psykisk helsearbeidere var invitert. Resultatene ble presentert mens analyseprosessen pågikk. Det var to årsaker til dette. Det ene var at det ikke skulle gå for lang tid fra intervjuene til presentasjonen fordi presentasjonen da kunne miste interesse i feltet. Det andre var muligheten for å kunne bruke tilbakemeldingen i det videre analysearbeidet.

Formidlingen av resultater var ikke kun knyttet til distriktet intervjuene hadde funnet sted og de var anonymisert. Dette understreket jeg i innledningen, slik at tilhørerne ikke skulle kunne tilbakeføre resultatene til brukere eller psykisk helsearbeidere i sitt distrikt. Hovedtrekk ved resultatene og direkte sitat ble presentert, og tilhørerne deltok i en diskusjon om resultatene. Ved at brukere og psykisk helsearbeidere hadde erfaring som mottakere og bistandsyttere av psykisk helsehjelp, var innspillene i stor grad knyttet til en praktisk hverdag. De fortolket for eksempel utfordringer i maktrelasjoner i lys av holdninger de hadde møtt, tidsknapphet, mangel på egnede rom og forventninger fra ledelsen om å effektivisere hjelpetilbud. Innspillene bidro til en bevisstgjøring hos meg, samt at de ga inspirasjon til artiklene avhandlingen bygger på. De verdifulle innspillene medførte at jeg under det videre analysearbeidet fant det fruktbart å diskutere resultater mer inngående med brukere og psykisk helsearbeidere. Dette var starten på at forskningsprosjektets studie 2 ble utviklet, der brukere og psykisk helsearbeidere ble invitert til å delta i fokusgrupper for å diskutere utvalgte resultater fra de individuelle intervjuene.

5.3 Studie 2 – Fokusgruppeintervjuer

Fokusgruppeintervjuer ble vurdert som velegnet til å diskutere utvalgte resultater fra studie 1 av flere årsaker. For det første ønsket jeg mer kunnskap om brukere og psykisk

helsearbeideres perspektiver på de utvalgte resultatene. Fokusgruppeintervjuer er det en form for intervju der deltakerne samles for å diskutere ett eller flere temaer eller fokus (Hesse-Biber & Leavy, 2011; Krueger & Casey, 2015; Stewart & Shamdasani, 2015). For det andre kan fokusgrupper være en effektiv måte å samle inn opplysninger fra flere personer på (Launsø, Rieper, & Olsen, 2017; Stewart & Shamdasani, 2015). Det kan gi en form for datagenering fordi data skapes av flere deltakere samtidig. Utvalgte resultater kan diskuteres, og det kan oppleves som mindre truende å delta enn ved individuelle intervjuer når det er oppfatninger, ideer og meninger som diskuteres (Krueger & Casey, 2015). Det gir en mulighet til både å få en dypere forståelse for resultatene i de individuelle intervjuene, samtidig som samspillet i fokusgruppene også kunne vise hvordan makt gjøres gjennom interaksjonen mellom deltakerne. For det tredje kan fokusgruppeintervjuer få fram interaksjonen mellom deltakerne når de diskuterte temaer om maktrelasjoner. I fokusgruppeintervjuer skapes det interaksjon mellom deltakerne gjennom samtale om de utvalgte fokusene (Barbour, 2007; Halkier, 2016), og det er den sosiale interaksjonen som er kilden til data i fokusgruppeintervjuer (Morgan, 2010, s. 718).

Brukere og psykisk helsearbeidere ble invitert til blandede fokusgrupper da det var ønskelig å få fram ulikheter i ferdigheter, perspektiver og kunnskap, slik Paulus og Nijstad (2003) påpeker. I fokusgrupper vil deltakerne gjerne sammenligne hverandres erfaringer og forståelser i gruppeprosessene (Halkier, 2016). For å få til dette på en konstruktiv måte viser Stewart og Shamdasani (2015) til betydningen av at gruppedeltakerne er kompatible, det vil si at de har likheter når det for eksempel gjelder behov, personlighet og holdninger.

5.3.1 Utarbeiding av vignetter til fokusgruppeintervjuene

De 20 individuelle intervjuene resulterte i et stort tekstmateriale. Etter en grundig gjennomlesning ble det gjort et utvalg av temaer og utsagn som ble utarbeidet til vignetter. Utvalget er basert på områder og temaer som ble vektlagt av deltakerne i de individuelle intervjuene.

Vignetter som handlet om maktrelasjoner ble utarbeidet til fokusgruppeintervjuet. Hensikten var at deltakerne skulle vurdere, reflektere over og diskutere vignettene og på den måten belyse maktrelasjoner. Metoden ble utviklet på 1950-tallet (Rossi & Nock, 1982) og den blir gjerne brukt til å kartlegge bestemte typer vurderinger og handlingsvalg (Egelund, 2010).

Vignettstudier forekommer i ulike varianter. Felles for dem er det at de for det første bygger på vignetter, som er korte historier som alle deltakerne skal referere til og reagere på. For det andre er vignettene rettet mot holdninger som stammer fra for eksempel profesjonelle prinsipper og moralske handlinger som grunnlag for valg mennesker gjør (Egelund, 2010, s. 128). I denne avhandlingen er vignettene et kort utdrag fra et av de individuelle intervjuene, i form av et sitat eller begrep. Jeg valgte vignetter som alle deltakerne kunne relatere seg til, uavhengig av om de hadde erfaring som brukere og psykisk helsearbeidere. Ved utvelgelse av innhold i vignettene ble sitat som viste ulike sider ved maktforholdet vektlagt.

Tabell 5. Fem vignetter fra de individuelle intervjuene

Tema	Vignett
1 Sted (hjemme)	<p>Intervjuer: <i>Er det som å få en gjest?</i> Bruker: <i>Nei, det syns jeg ikke. Det er noe helt annet. Når hun kommer trenger jeg ikke stresse med husarbeid, få panikk og sånn. Når du har gjester vil du gjerne gi et bra inntrykk av deg selv. Det trenger man ikke når man har folk som er herfra. Man trenger ikke å ringe å si at jeg ikke orker besøk, og så er det fordi du ikke orket husarbeidet. Man ser ikke bare på henne som en venn, men som noe profesjonelt.</i></p>
2 Kunnskap	<p>User: <i>Hvis jeg spør om en ting, så gir ikke han meg svaret. Han sier at jeg må finne svaret selv. At han hjelper meg med å finne ut hva jeg faktisk mener selv. Det er også veldig frustrerende: Kan du ikke bare gi meg svar? Jeg er takknemlig for at han behandler meg sånn også. Han viser meg respekt. Han har tro på meg. Det er godt å kjenne at jeg kan klare det selv.</i></p>
3 Makt	<p>Psykisk helsearbeider: <i>Vi bruker ikke makt her</i></p>
4. Å være brukerens talsperson	<p>Bruker: <i>Når jeg skal i møte med NAV, er ikke jeg så sikker på at jeg kan ivareta mine interesser. Derfor har jeg en avtale om at T skal være med meg til NAV og føre min sak. Det har hun gjort så det holder. Hun sier ifra at B trenger å ha det sånn og sånn. Det eneste som fungerer. Det tar NAV hensyn til. Det er en positiv utnyttelse av makt. Da er vi der sammen, hun og jeg.</i> <i>I: Tror du de hører mer på det fordi hun er fagperson?</i> <i>D: Helt klart. Helt opplagt.</i> <i>I: Det gjør du bevisst?</i> <i>D: Ja. Jeg vil hun skal være med. De hører nok på meg og, men hun har mye mer tyngde.</i></p>
5 Begrep (om personen som mottar hjelp)	<p>Ansatte sier: <i>Bruker, person, kroniker</i> Brukere sier: <i>Pasient, bruker, klient</i></p>

5.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse ved fokusgruppeintervju

Det var de samme inklusjons- og eksklusjonskriteriene som for de individuelle intervjuene som ble benyttet ved fokusgruppeintervjuene. Det eneste kriteriet som kom i tillegg var at brukere og psykisk helsearbeidere i samme gruppe ikke skulle være i eller ha vært i en bruker-ansatt-relasjon (jfr tilbakemelding fra REK, vedlegg 1b).

5.3.3 Tilgang til forskningsfeltet og rekruttering

Ledere i psykisk helsearbeid i kommunen hjalp til med å finne personer som oppfylte inklusjonskriteriene for å delta i fokusgruppene. Først etter at de forespurte hadde takket ja til å delta, ga lederen meg navnet på en eller to av psykisk helsearbeiderne. Det var psykisk helsearbeideren jeg fikk navnet på som avtalte hvor og når vi skulle møtes til fokusgruppeintervju med de andre deltakerne. Det ble benyttet samme inklusjonskriterier som ved de individuelle intervjuene, for både brukere og psykisk helsearbeidere.

5.3.4 Utvalg

Hver fokusgruppe besto av deltakere fra én kommune. Da det var tre fokusgrupper representerte tre kommuner. Hver fokusgruppen besto av to brukere og to psykisk helsearbeidere. I gruppe 1 og 2 var det henholdsvis en mann med psykiske helseutfordringer og en mannlig psykisk helsearbeider, mens de øvrige deltakerne var kvinner.

Tabell 6: Sammensetning av deltakere ved fokusgruppeintervjuer

Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3
2 brukere (1 mann, 1 kvinne)	2 brukere (2 kvinner)	2 brukere (kvinner)
2 psykisk helsearbeidere (2 kvinner)	2 psykisk helsearbeidere (1 mann, 1 kvinne)	2 psykisk helsearbeidere (kvinner)
4 deltakere	4 deltakere	4 deltakere

5.3.5 Planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuer

Jeg ønsket å intervju tre fokusgrupper for å få flere grupperes synspunkter på vignettene, og valgte å følge Krueger og Casey (2015) sin anmodning som sier at en tommelfingerregel er å planlegge tre til fire fokusgrupper. Fokusgruppeintervjuene ledes av en moderator eller ordstyrer. I tillegg er det gjerne med en fasilitator som assisterer moderatoren under intervjuene (Stewart & Shamdasani, 2015). I studie 2 var det kun jeg som intervjuet. Årsaken til det var at når fokusgruppene var små, var jeg redd to intervjuere ville bli for dominerende. Det var en fordel at jeg har erfaring med å lede grupper, samt at jeg har erfaring som moderator og fasilitator fra andre studier. Jeg opplevde at deltakerne var trygge og at alle deltok aktivt i diskusjonene.

Fokusgruppeintervjuene foregikk i kommunens lokaler. Ved gruppeintervjuene ble det servert kaffe, mineralvann og oppskåret frukt eller kake for å skape en god atmosfære. Intervjuene ble innledet med småprat før jeg ønsket velkommen og takket for at de ville delta. Vi presenterte oss kort for hverandre, jeg informerte om studie 2 og planen for gjennomføring av intervjuet, samt innhentet informert samtykke. Det viste seg at noen av deltakerne hadde kjennskap til hverandre fra tidligere, selv om de ikke var i eller hadde vært i en bruker-ansatt-relasjon. Frivillighet ved deltakelse og konfidensiell behandling av intervjuene ble vektlagt. Jeg informerte om hensikten med studie 2 og fokusgruppeintervjuet, og det var åpent for spørsmål. Videre informerte jeg om at det ikke var “riktige” eller “gale” svar, men at nettopp deres uttalelser var viktig for studie 2. Deretter ble deltakerne bedt om å slå av mobiltelefoner, og jeg sa fra da opptakstyret ble igangsatt.

Intervjuet ble gjennomført ved at jeg delte ut et ark til hver av deltakerne med en vignett. Morgan, Fellows og Guevara (2008) foreslår bruk av «stimulusmateriale», slik som bilder, fortellinger, bilder og filmer som måter å stimulere samtalen ved starten av et fokusgruppeintervju. Jeg leste vignetten høyt, og oppmuntret dem til å snakke om den seg imellom. Både brukere og psykisk helsearbeidere deltok aktivt i diskusjonen av vignettene, uavhengig av om uttalelsen i vignetten kom fra brukere og psykisk helsearbeidere. Vignettene ble vektlagt ulikt i gruppene, ut fra hva deltakerne ble opptatt av og hva de allerede hadde snakket om i fokusgruppa. Deltakerne diskuterte innholdet i vignettene ved å reflektere over hva den som hadde uttalt vignetten kunne tenkt eller ment med utsagnet, men også ved å trekke inn egne erfaringer med psykisk helsearbeid.

Jeg var oppmerksom mot alle deltakerne ved bruk av blikk, nikk, smil, spørsmål og gjennom oppmuntring til å delta i diskusjonene. Samtidig var jeg vår for eventuelle reaksjoner under intervjuene. Intervjuet ble avsluttet med at deltakerne ble bedt om å reflektere over hvordan det hadde vært å delta i intervjuet, samt makten mellom oss som deltok i intervjuet.

Intervjuene varte omtrent 90 minutter og ble transkribert verbatim av meg. Til forskjell fra individuelle intervjuer kan fokusgrupper både ha individuelle data (enkeltdeltakeres utsagn), gruppedata (hva fokusgruppa mener), og interaksjonsdata (dialoger), skriver Duggleby (2005). I likhet med de individuelle intervjuene skrev jeg feltnotater rett etter at fokusgruppeintervjuene ble gjennomført. Også her ble de ble skrevet i stikkordsform. Detaljer fra situasjoner, pauser, kroppsspråk, stemmebruk og følelser som kom til uttrykk under intervjuet var spesielt viktig for å studere interaksjonen i gruppene. Dette inngikk som min forståelse i analysene av intervjuene.

5.3.6 Analyse av innhold og interaksjon ved fokusgruppeintervjuene

Analysen av fokusgruppeintervjuer starter når intervjuene starter, ifølge Stewart og Shamdasani (2015). Selv om analysen startet under intervjuet, foregikk hoveddelen av den etter intervjuene og feltnotatene var skrevet.

Analysen fra fokusgruppeintervjuene var todelt og ble utført av medforfatter Marit Solbjør og meg. Først ble intervjuene analysert innholdsmessig ved bruk av diskursanalyse, som ved de individuelle intervjuene. Begge leste intervjuene før vi sammenlignet fortolkninger av analysene vi hadde utarbeidet individuelt. Gjennom innholdsanalysene ble vi oppmerksom på at analyse av utsagn kunne bli begrenset og kanskje til og med misvisende dersom enkeltutsagn ikke ble analysert og fortolket i lys av gruppeinteraksjonen de fremkom i. Når uttalelser fra en enkeltdeltaker av gangen blir trukket fram kan det gi inntrykk av at individuelle synspunkter kan isoleres fra interaksjonen mellom gruppedeltakerne (Duggleby, 2005; Wibeck, Dahlgren, & Öberg, 2007). Imidlertid må enkeltutsagn forstås i kontekst når de utvikles i et fokusgruppeintervju. I denne fasen hadde jeg fokus på både hva som ble konstruert på individnivå (enkeltdeltakeres utsagn), og hva som ble konstruert på gruppenivå (hva fokusgruppa mener).

Etter innholdsanalysen ble fokusgruppeintervjuene analysert med fokus på gruppeinteraksjonen. Til tross for at fokusgruppeintervjuer er en hyppig anvendt metode, er sosiale interaksjoner og hvordan disse påvirker data i liten grad beskrevet (Grønkjær, Curtis, Crespigny, & Delmar, 2011; Moen, Antonov, Nilsson, & Ring, 2010). Interaksjonen mellom deltakerne kan stimulere deltakerne og dermed skape data som ellers ikke ville kommet fram (Papastavrou & Andreou, 2012). Det finnes ulike metoder for å analysere interaksjonen i fokusgrupper, som for eksempel konversasjonsanalyse (Wilkinson, 2006), bruk av klassifikasjonskategorier (Rothwell, 2010) og ved analyse av interaksjonen under intervjuet. Vi valgte å benytte en guide utarbeidet av Patricia Stevens (1996), som er basert på Martha Ann Careys (1995) idé. Vi benyttet de 12 spørsmålene i guiden for å analysere teksten.

Tabell 7. Stevens rammeverk for interaksjonsanalyse (Stevens, 1996, s. 172)

1. How closely did the group adhere to the issues presented for discussion?
2. Why, how and when were related issues brought up?
3. What statements seemed to evoke conflict?
4. What were the contradictions in the discussion?
5. What common experiences were expressed?
6. Were alliances formed among group members?
7. Was a particular member or viewpoint silenced?
8. Was a particular view dominant?
9. How did the group resolve disagreements?
10. What topics produced consensus?
11. Whose interests were being represented in the group?
12. How were emotions handled?

Vi brukte de de 12 spørsmålene for å undersøke hvordan deltakerne forholdt seg til vignettene, hvordan de forholdt seg til hverandre, og om det var motsetninger og uenigheter i fokusgruppene. Ut fra dette ble det utviklet temaer som innholdet i intervjuetekstene ble presentert ut fra (Femdal og Solbjør, 2018).

5.4 Etiske godkjenninger

Prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Studie 1 som bygde på individuelle intervjuer med brukere og psykisk helsearbeidere hadde den prelimnære tittelen «Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen». Prosjektet ble godkjent 07.11.11 (vedlegg 1a). I studie 2 søkte vi om å gjennomføre fokusgruppeintervjuer med brukere og psykisk helsearbeidere i de samme gruppene. Endringen ble godkjent 31.07.13 (vedlegg 1b) under forutsetning av at deltakerne ikke har eller har hatt en relasjon som brukere og psykisk helsearbeidere, samt at det måtte fremgå tydelig av informasjonsskrivet at både brukere og psykisk helsearbeidere var deltakere i de samme fokusgruppeintervjuene. Dette ble deretter presisert i forespørselen om deltakelse i forskningsprosjektet (vedlegg 3b).

Alle deltakerne har gitt skriftlig informert samtykke. I tillegg var det anledning til å stille spørsmål før intervjuene startet. Deltakerne ble informert om at det var frivillig å delta, at all informasjon vil bli behandlet konfidensielt og at de kunne trekke seg fra studien når som helst uten at det ville få noen konsekvenser for dem. Det ble videre opplyst om at det ikke lenger ville være mulig å trekke seg fra studien etter at deler av materialet var publisert, og at forskeren ikke ville få kjennskap til det om de ikke ønsket å delta. For deltakere med brukererfaring ble det understreket at det ikke ville få noen konsekvenser for den videre hjelpen fra psykisk helsearbeid i kommunen om de ønsket å trekke seg fra studien. Det de fortalte i intervjuet ville heller ikke få konsekvenser for hjelpen da jeg har taushetsplikt for det som blir sagt i intervjuene, samt at jeg står ansvarlig for å behandle det som blir sagt konfidensielt.

Lydfilene fra intervjuene er oppbevart på en datamaskin uten tilgang til nett. I tillegg har jeg transkribert alle intervjuer slik at lydfilene og dermed muligheten til å kjenne igjen deltakernes stemmer eller det de fortalte ikke skal være tilgjengelig for andre. Intervjuene har fått bokstaven B for brukere og A for ansatte og et tall, etter rekkefølgen på transkripsjonene. De informerte samtykkene og rådataene er innelåst i henhold til gjeldende bestemmelser, og det er kun jeg som har tilgang på det. Dette gjelder både de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene.

I dette kapitlet har jeg vist metodiske vurderinger og valg som er gjort i avhandlingen.
Videre ønsker jeg å kort presentere de tre artiklene avhandlingen bygger på.

6.0 PRESENTASJON AV RESULTATER FRA AVHANDLINGENS ARTIKLER

I dette kapittelet presenteres sentrale resultater fra de tre artiklene som er publisert. Den første artikkelen belyser makt i relasjoner ved å fokusere på ulike posisjoner brukere og psykisk helsearbeidere benytter i forhandlinger seg imellom. Den andre artikkelen belyser hvordan konstruksjoner av møtested påvirker maktrelasjonen mellom bruker og ansatt, og hvordan det påvirker brukerens muligheter til bedring i sine psykiske helseutfordringer. Den tredje og siste artikkelen retter fokus mot interaksjonen mellom brukere og psykisk helsearbeidere i fokusgruppene når de diskuterer vignetter som handler om maktrelasjoner.

Til tross for at artiklene har ulike fokus, har de også en rekke fellestrekk. Et fellestrekk er fokuset på maktrelasjoner mellom og psykisk helsearbeidere, det Foucault omtaler som makt på kapillærnivå. Artiklene har også til felles at de har psykisk helsearbeid i kommunen som forskningsfelt, og at de bygger på en forståelse av makt som et produktivt og formende fenomen, inspirert av Foucaults tenkning.

6.1 Artikkel 1

Femdal, I., & Knutsen, I. R. (2017). Dependence and resistance in communitypsychiatric health care - negotiations of user participation between staff and users. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24:600-609. Doi:10.1111/jpm.12407

Brukermedvirkning står sentralt innen psykisk helsearbeid i dag. Implementeringen av brukermedvirkning beskrives som en dreining fra helsehjelp preget av en paternalistisk holdning til helsehjelp der brukernes stemmer skal bli hørt i samhandling med helsearbeiderne. Hvordan brukermedvirkning utføres er imidlertid mangelfullt beskrevet. Hensikten med artikkelen er å undersøke hvordan brukermedvirkning blir forhandlet i relasjonen mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Brukermedvirkning blir forhandlet mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Både brukere og psykisk helsearbeidere var opptatt av relasjonen dem imellom. Resultatene viser hvordan de forhandlet ut fra ulike subjektposisjoner. De snakket ut fra posisjon som igangsetter og pådriver for å fremme endring (activator and promotor of change), avhengig (dependent), motstandsdyktig (resistant), overtaler (persuader), samt kunnskapsrik (knowledgeable). Ønsket om å være «flink klient», at de ansatte skulle være fornøyd med dem, kunne medføre at brukeren handlet på tvers av egne ønsker. Det var kun ansatte som inntok posisjon som igangsetter og pådriver for å fremme endring som en del av forhandlingene. Subjektposisjonene motstandsdyktig, overtaler og kunnskapsrik var posisjoner både brukere og psykisk helsearbeidere snakket ut fra.

De ansattes har forventinger om at brukere skal være aktive i arbeidet med å bedre egen helse, og at brukermedvirkning involverer spørsmål om makt, endring og kontroll. En bruker var redd for konsekvensene dersom hun ikke var «flink klient», og at hun derfor handlet i tråd med de ansattes forventninger på tross av egne ønsker. De ansatte handler på ulike måter for å holde brukerne aktive, deltakende, foretaksomme og selv-styrt. Brukerne handler innen det samme diskursive rammeverket som de ansatte. Brukermedvirkning der forventningen er at brukerne skal være aktive, deltakende, foretaksomme og selvstyrt kan forstås innen diskurs om ansvarliggjøring.

De ansatte uttrykker at de ønsker å samarbeide med brukerne ved å delta i forhandlinger og gi rom for brukermedvirkning. Mens brukermedvirkning er blitt forstått som en måte å erstatte paternalistisk makt på i psykisk helsearbeid, viser artikkelen at makt fortsatt opptrer i relasjonene, ofte på mer tilslørte måter.

Refleksjon over ulike subjektposisjoner i samhandling mellom brukere og psykisk helsearbeidere kan øke bevisstheten om hvordan makt forhandles. Dette kan gi en bedre forståelse for dynamikken i samarbeidet mellom brukere og psykisk helsearbeidere, samt gi mulighet for å bruke makt på produktive måter.

6.2 Artikkel 2

Femdal, I. (2018). The right place? Users and professionals' constructions of the place's influence on personal recovery in community mental health services. *International journal of mental health systems*, 12(26), 1-9. Doi:10.1186/s13033-018-0209-z

Lokalbaserte tilbud som psykiske helsearbeid i kommunen har blitt utbygd og videreutviklet de siste tiårene, mens institusjonskapasiteten har blitt kraftig redusert. Dette er i tråd med anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon. Allikevel har det vært lite fokus på hvilken betydning valg av sted har for recovery i forhold til hverdagens utfordringer. Hensikten med artikkelen er å undersøke hvordan brukere og psykisk helsearbeidere konstruerer stedets betydning for recovery innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Deltakernes konstruksjoner av sted var knyttet til betydningen hjelpen hadde i brukerens recoveryprosess snarere enn det fysiske stedet hjelpen ble gitt. Resultatene viser at stedet for psykisk helsehjelp i kommunen ble betraktet både som en mulighet og som en barriere for recovery. Når deltakerne snakket om sted som en mulighet for recovery, var det ofte knyttet til brukerens autonomi og en god relasjon mellom brukere og psykisk helsearbeidere, og ikke lokalisasjon. Valg av sted ble beskrevet som en mulighet til å øve på ferdigheter som var utfordrende for brukerne. Fleksible, individuelt tilpassede løsninger ble trukket fram som viktig for å øve på utfordrende ferdigheter. Ansatte beskrev også hjemmet som en arena for å observere og vurdere brukerens psykiske helse.

Konstruksjoner av sted som barriere var både knyttet til følelsesmessige så vel som praktiske forhold. Både brukere og psykisk helsearbeidere opplevde steder og situasjoner der de var utrygge, noe som kan forstås som en barriere for brukerens recovery. Brukere som følte seg overkjørt av de ansatte i eget hjem, beskrev dette som ekstra sårbart og utfordrende. De ansatte snakket noen ganger ut fra effektivitetshensyn og egen utrygghet når de valgte kontaktsted med brukerne. Valg av sted kunne også utgjøre en barriere når det skapte avstand i form av fysiske forhold som venterom og faste plasser på den ansattes kontor.

Paternalisme preger fortsatt valg av sted for psykisk helsehjelp. Dette kommer til uttrykk når de ansatte avgjør møtested når brukeren og den ansatte er uenige om dette. I deltakernes konstruksjoner av stedets betydning for recovery fremgår det at kontekst og samarbeid mellom brukere og psykisk helsearbeidere er sentralt, i tillegg til at det er betydningsfullt å velge sted ut fra hensikten med hjelpen.

6.3 Artikkel 3

Femdal, I., & Solbjør, M. (2018). Equality and differences: group interaction in mixed focus groups of users and professionals discussing power. *Society, Health & Vulnerability*, 9(1), 1-10. Doi:10.1080/20021518.2018.1447193

Fokusgruppeintervjuer er en forskningsmetode som blir hyppig anvendt innen kvalitative studier i helsefagene. Til tross for at det finnes en rekke studier som fokuserer på interaksjonen i fokusgrupper, er det få som viser samhandlingen i blandede fokusgrupper mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Hensikten med denne artikkelen er å undersøke hvordan brukere og ansatte i blandede fokusgrupper samhandler når de diskuterer makt i relasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere.

Resultatene blir presentert i tre hovedtemaer: 1) Hvordan fokusgruppedeltakerne forholdt seg til vignettene, 2) Hvordan deltakerne forholdt seg til hverandre, samt 3) konflikter og uenigheter i fokusgruppen når deltakerne diskuterte vignettene.

Det var ikke noe fast mønster for hvem som startet diskusjonen etter at en ny vignett ble presentert. Vanligvis startet diskusjonen ved at deltakerne beskrev hva de tenkte seg at personen bak vignetten kunne ha tenkt eller ment. Deltakerne diskuterte også vignettene ut fra sin rolle som brukere eller psykisk helsearbeidere. I alle gruppene ble erfaring som bruker anerkjent som viktig kunnskap.

I starten var deltakerne litt forsiktige med å ta ordet, men etter hvert ble deltakerne mer aktive. Noen avbrøt hverandre og snakket i munnen på hverandre når de ble engasjert, uavhengig av

om de hadde erfaring som brukere og psykisk helsearbeidere. Deltakerne diskuterte også vignettene ut fra sin egen erfaring som brukere og psykisk helsearbeidere ved å bruke ord som «vi» og «dem». Dette forstås som at de identifiserte seg med rollen sin utenfor intervjusettingen da de diskuterte i fokusgruppene. Deltakerne støttet hverandre på tvers av om de hadde erfaring som brukere eller psykisk helsearbeidere. Videre viser resultatene at deltakerne ble påvirket av moderators tilstedeværelse i gruppa. Det kom tydelig fram da en deltaker mot slutten av intervjuet tok initiativ til at gruppa kunne hjelpe moderator med å finne en benevnelse på hva hun skulle kalle deltakerne i studien. Til tross for at det ikke var noen store konflikter i gruppene, var det mindre konflikter og uenigheter mellom deltakerne. Nye argumenter kom fram og ble diskutert når deltakerne sa imot hverandre. Noen ble stille i slike situasjoner, mens andre ble mer entusiastiske, og noen skiftet mening.

Artikkelen viser at fokusgrupper bestående av brukere og psykisk helsearbeidere kan være et verdifullt bidrag til utviklingen av kunnskap om gruppeinteraksjon i forskning innen psykisk helsearbeid.

I kapittel 7 diskuteres resultater fra artiklene opp mot studiens hensikt og forskningsspørsmål, med påfølgende metoderefleksjon.

7.0 DISKUSJON

I dette kapittelet tydeliggjøres avhandlingens hovedpoeng og hvilken innsikt avhandlingen har ledet fram til. Avhandlingens hensikt er å utforske og beskrive hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling i samspillet mellom brukere med langvarig behov for bistand og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. De to forskningsspørsmålene har fokus på hvordan brukere og psykisk helsearbeidere snakker om makt og hvordan makt gjøres i relasjonen mellom bruker og psykisk helsearbeider. Hensikt og forskningsspørsmål diskuteres opp mot forskningsfeltet og tidligere forskning.

Først blir utfordringer ved valg av benevnelse på deltakerne i studiene diskutert. Deretter diskuteres det hvordan skiftende posisjoner kan påvirke maktrelasjoner mellom brukere og psykisk helsearbeidere. Fokus rettes videre mot makt til å styre andre mennesker, med kommunalt psykisk helsearbeid som kontekst. Ut fra arbeidet med avhandlingen har begrepet samspillsmakt, som også er avhandlingens tittel, blitt utviklet. Begrepet samspillsmakt beskrives i korte trekk og diskuteres.

Videre blir metodiske valg diskutert. Disse er inndelt i fire hovedområder; 1) å studere maktrelasjoner ut fra et moderat sosialkonstruksjonistisk perspektiv, 2) å forske med og på brukere med langvarig behov for psykisk helsehjelp, og 3) brukere og psykisk helsearbeidere i samme fokusgruppe. Kapittelet avrundes med 4) avsluttende refleksjoner om metodiske valg.

7.1 Valg av benevnelser i avhandlingen

Gjennom avhandlingen har jeg møtt endel utfordringer ved valg av begreper og benevnelser. Valg av begreper handler også om makt, og kan avspeile diskurser jeg som forsker er farget av. Samtidig har det vært det nødvendig å velge noen begreper for å utforske og beskrive maktrelasjoner. Rådende diskurser i samfunnet kan komme til uttrykk gjennom hvilke begreper som brukes og hvordan de brukes, slik at noe forstås som akseptert å si og annet ikke. Mens noen begreper går ut av bruk, kommer nye begreper til. Botslangen (2015) kaller det en begrepskamp der nye begreper erstatter de gamle, og der nye objekter kommer til syne i de gamles sted.

Min største utfordring ved valg av begreper var å finne en benevnelse på de av deltakerne som er i behov av psykisk helsehjelp. Benevnelsen jeg har valgt å benytte er personer med psykiske helseutfordringer, og jeg vil bruke forkortelsen PPH videre i avhandlingen. Den er ikke ideell, men jeg vil nå argumentere for hvorfor og hvordan jeg endte opp med å benytte den.

I utgangspunktet ble benevnelsen deltakere benyttet om alle som deltok i studiene. Imidlertid er det noen ganger hensiktsmessig å skrive om deltakerne ut fra erfaringsbakgrunn og rolle innen psykisk helsearbeid i kommunen. Halvparten av deltakerne arbeider som psykisk helsearbeidere i kommunen. De omtales som ansatte eller som psykisk helsearbeidere i avhandlingen. Den andre halvparten har det vært mer utfordrende å finne en egnet benevnelse for. Det gjelder deltakerne som har erfaring med psykiske helseutfordringer og langvarig behov for psykisk helsehjelp. I litteraturen og i dagligtale benyttes en rekke ulike benevnelser for mennesker i slike situasjoner. Flere av de samme begrepene går igjen i både norsk og engelskspråklig litteratur, som for eksempel patient/pasient, (service) user/bruker (Ada & Stickley, 2007; Botslangen, 2015; Christmas & Sweeney, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2014b; World Health Organization, 2013a), client/klient og citizen/borger (Botslangen, 2015). I tillegg benyttes nyere benevnelser som for eksempel survivor (overlever) i den engelskspråklige litteraturen (Christmas & Sweeney, 2016; Simmons, Hawley, Gale, & Sivakumaran, 2010). Hazelton og Clinton (2002) foreslår å bruke benevnelsen «innbyggere med psykiske helseproblemer» istedenfor «forbrukere av psykiske helsetjenester». Innen psykisk helsearbeid i kommunen anvendes også begreper som beboer eller borger. Til tross for at forskningslitteraturen ikke entydig viser hvilken benevnelse personene som mottar hjelp innen psykisk helsearbeid foretrekker, konkluderer Dickens og Picchioni (2012) med at klient og pasient var de foretrukne benevnelser i deres materiale.

Ved starten og et stykke ut i doktorgradsarbeidet ble benevnelsen bruker benyttet da bruker ofte anvendes i psykisk helsearbeid i kommunen, og fordi og det er forankret i sentralt lovverk, som for eksempel psykisk helsevernloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a), helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b), pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c) og helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Etter hvert som

doktorgradsarbeidet gikk framover støtte jeg på stadig flere utfordringer ved benevnelsen bruker. For det første fremgår det av pasient- og brukerrettighetsloven at en bruker er «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp ...», og helsehjelp beskrives som «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999c). I måten det beskrives at makt utøves i ord og handling i denne avhandlingen, kan hensikten gjerne være helsebevarende, rehabiliterende og ha omsorgsformål. Dessuten er personalet gjerne helsepersonell. For det andre kan benevnelser på mennesker virke stigmatiserende og begrense måten de selv og andre betrakter og møter dem på. For det tredje viser de individuelle intervjuene at deltakerne benyttet ulike begreper om personer med erfaring med psykiske helseutfordringer og langvarig behov for hjelp fra psykisk helsearbeid i kommunen. Et alternativ kunne være å benytte navn på alle personene, både de som har behov for hjelp og hjelperne, fordi de er enkeltindivider som deltar i studien. Samtidig er det noen ganger hensiktsmessig å omtale enkeltindividene som en gruppe for å synliggjøre fellestrekk og problematikker, samt av praktiske årsaker. I artiklene avhandlingen bygger på er begrepene bruker (user) og profesjonell (professional) benyttet. Dette var for å gjøre teksten enklere å lese, etter råd fra fagfellene.

Et av temaene deltakerne reflekterte over i fokusgruppeintervjuene var nettopp hvilke benevnelser som ble benyttet i de individuelle intervjuene på mottakerne av hjelpen i psykisk helsearbeid i kommunen (vignett, tema 5, «Ulike ord som benyttes om brukeren»). Da fokusgruppeintervjuet var over tok en av personene med psykiske helseutfordringer initiativ til at fokusgruppa kunne hjelpe meg med å finne en benevnelse jeg kunne bruke i avhandlingen. Diskusjonen ledet fram til et forslag om å benytte benevnelsen personer med psykiske helseutfordringer. Etter en rekke forsøk på å finne en klok måte å løse denne utfordringen på, endte jeg opp med å benytte forslaget fra fokusgruppa; personer med psykiske helseutfordringer (PPH). Selv om også denne benevnelsen er en konstruksjon som kan virke stigmatiserende, benyttes den fordi det noen ganger er nødvendig å snakke om enkeltindividene i studien som gruppe. Videre er det en benevnelse som peker på at det først og fremst gjelder mennesker og hva deres utfordringer er knyttet til, og det er ikke mulig å unngå konstruksjoner i benevnelsen av menneskegrupper.

En annen utfordring med benevnelser jeg har møtt i arbeidet med avhandlingen, var da jeg skulle oppgi inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse, som beskrevet i kapittel 5.1.2, «Inklusjonskriterier for deltakelse ved intervjuer». Etter råd fra REK valgte jeg å benytte diagnosene psykose, bipolar lidelse, og moderat eller tung depresjon, noe var til hjelp for lederne og de ansatte med å bistå i arbeidet med å invitere potensielle deltakere til studien. En ulempe ved dette er at det kan forstås som et brudd med det moderate sosialkonstruksjonistiske perspektivet jeg ønsker å benytte i avhandlingen. Diagnoser kan forstås som sosiale konstruksjoner som kan bidra til tingliggjøring og stigmatisering av mennesker (Madsen, 2017), noe klassifikasjonssystemene DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder utarbeidet av American Psychiatric Association) og ICD (WHO's International Classification of Diseases) er blitt kritisert for. Diagnoser kan videre forstås som avviksstempel som påvirker hvordan vi selv og andre ser på oss, hvordan vi handler og hvordan andre behandler oss. Diagnostenkning leder oss inn i medisinske diskurser, der fokus rettes mot sykdom. Diagnoser kan uttrykke profesjonell makt (Rosenberg, 2002). Jutel (2016) omtaler diagnoser som ambivalente, ved at de ikke bare kan ha negativt konnotasjonsinnhold, men også kan forklare, predikere og lette byrden for mennesker. I denne avhandlingen vil jeg flytte fokus vekk fra diagnoser og sykdom, og isteden rette oppmerksomheten mot hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling i relasjoner mellom PPH og psykisk helsearbeidere i kommunen.

Språket kan forstås som en forutsetning for forståelse, og en forutsetning for at jeg skulle kunne formidle deltakernes uttalelser i intervjuene. Richardson (1990) peker på at språket ikke er en gjenspeiling av virkeligheten, men at det skaper en av mange mulige virkelighetsoppfatninger. Vi skaper representasjoner av virkeligheten gjennom språket, skriver Young og Collin (2004), det er ikke en speiling av en allerede eksisterende virkelighet. I et avhandlingsarbeid er det én stemme, det vil si forskerens, som snakker på vegne av andre. Derfor blir det ekstra viktig å arbeide for å få tak i og å fremstille deltakernes stemmer så korrekt som mulig, vel vitende om at egne konstruksjoner skapes som forsker og at dette er unngåelig. Branholm Pedersen (2012) skriver om forskerens definisjonsmakt, det vil si forskerens makt til å definere hvordan sosiale og fysiske fenomen skal betraktes og forstås. Jeg har arbeidet aktivt med å være bevisst på hvordan jeg bruker definisjonsmakten gjennom å reflektere over den og språkets betydning i fremstillingen. Jeg har en rekke ganger gått tilbake til utskriftene fra intervjuene og forsøkt å gjengi deltakernes utsagn ut fra den

konteksten de er sagt i. Allikevel vil forskerens konstruksjoner være en uunngåelig del av forskningsprosessen.

7.2 Skiftende posisjoner i maktrelasjoner

Skiftende posisjoner og betydningen av dem for samspillet mellom PPH og psykisk helsearbeidere er sentralt i denne avhandlingens resultater. Dette fremkommer både ut fra hvordan posisjonene kommer til syne i forhandlinger mellom PPH og psykisk helsearbeidere (Femdal og Knutsen, 2017), ved valg av sted for hvor samhandlingen mellom PPH og helsearbeidere (Femdal, 2018), og i samspillet med å diskutere vignetter sammen (Femdal og Solbjør, 2018). Posisjon brukes som et alternativ til begrepet rolle, og viser til mer dynamiske aspekter enn rollebegrepet (Harré & Van Langenhove, 2008). Rollebegrepet viser gjerne til mer statiske, formelle og rituelle aspekter, skriver Harré & Van Langenhove (2008). Mens roller ofte blir forstått som noe stabilt og klart (Hall, Juhila, Matarese, & Nijnatten, 2015) gir fokus på posisjoner mulighet til å studere dynamikken og skiftene i posisjoner gjennom hvordan talehandlinger, ytringer og respons mellom den som snakker og den som lytter.

Posisjonering kan være interaktiv, der det personen sier posisjonere en annen. Den kan også være refleksiv, ved at fortelleren posisjonere seg selv (Davies & Harré, 2014). Resultatene viser nettopp at deltakerne inntok eller tildelte hverandre posisjoner, og at posisjonene kunne skifte avhengig av hva de snakket om (Femdal og Knutsen, 2017; Femdal, 2018; Femdal og Solbjør, 2018). PPH og psykisk helsearbeidere skiftet mellom ulike posisjoner da de forhandlet om makt i relasjoner (Femdal og Knutsen, 2017). At PPH og psykisk helsearbeidere diskuterer og reflekterer sammen kan gi rom for forhandlinger. Samhandling gjennom forhandlinger kan oppfattes som en fleksibel og individuell støtte (Reed et al., 2018). Denne måten å tenke på representerer et brudd med en paternalistisk tenkemåte ved at den ikke begrenses til en forståelse av at de ansatte «vet» hva som er best for PPH. Ansatte blir noen ganger kritisert for å ta makten sin for gitt i bruker-ansattrelasjoner (Bender et al., 2009). Studier viser at PPH fortsatt opplever diskriminering eller stigmatisering innen psykisk helsevern (González-Torres, Oraa, Aristegui, Fernández-Rivas, & Guimon, 2007; Mestdagh & Hansen, 2014; Tidefors & Olin, 2011). Andre beskriver hvordan de opplever å bli behandlet på en paternalistisk måte med lite respekt uten å få tilgang til informasjon om egen sykdom eller muligheter for behandlinger (Mestdagh & Hansen, 2014).

Brukermedvirkning og maktrelasjoner kan forstås som en diskursiv prosess, der sosiale praksiser reproducerer og forandrer kunnskap, identiteter og sosiale relasjoner (Fairclough, 2010). Ved å fokusere på posisjoner kan oppmerksomheten rettes mot dynamiske dimensjoner ved sosial samhandling (Davies & Harré, 1990). Posisjoner blir produsert i og gjennom snakking, og medfører både rettigheter og plikter til de moralske forventningene deltakerne er bundet til som følge av det som er sagt (Davies & Harré, 1990). Kunnskap omkring hvordan posisjoner blir produsert og forhandlet i samspill mellom PPH og psykisk helsearbeidere kan bidra til større grad av bevissthet for måter å samhandle på.

Resultatene viser at deltakerne snakker ut fra ulike posisjoner. Likevel var det noen posisjoner både PPH og psykisk helsearbeidere snakket ut fra, mens det var andre posisjoner bare PPH eller bare psykisk helsearbeidere snakket ut fra (Femdal og Knutsen, 2017). Ifølge Langenhove og Harré (1999) og Gergen (1994) kan ikke mennesker fortelle en hvilken som helst historie eller velge identiteter fritt da kulturelle og historiske forhold spiller inn. På den måten vil ikke alle subjektposisjoner være tilgjengelige nettopp på grunn av rolleforventningene til PPH og psykisk helsearbeidere. Dersom diskurser om en PPH ikke inneholder en mulighet for å forstå ham eller henne som noe annet enn et kronisk hjelpetrengende og uselvstendige menneske, er det umulig å oppfatte ham eller henne som en som innehar de samme positive egenskapene som alle andre.

Resultatene fra fokusgruppeintervjuene sier ikke noe om hvorvidt deltakere opplever at de er blitt tildelt en ikke-ønsket sosial identitet som en del av integrasjonsprosessen i fokusgruppa, det vil si en identitet de ikke ønsker og heller ikke kjenner seg igjen i. Gjennom de individuelle intervjuene derimot, er det eksempler på at PPH forteller fra situasjoner som kan fortolkes som at de har blitt tildelt en ikke-ønsket sosial identitet. Å bli tildelt en ikke-ønsket sosial identitet kan representere en trussel for den enkeltes personlige identitet (Langenhove & Harré, 1999). Dette kan medføre at en person forsøker å frigjøre seg fra posisjonen han eller hun ble tildelt, såkalt reposisjonering (Hodges, 1998, s. 273), noe som kan prege forhandlingene av posisjoner videre. Personen kan begynne å opptre i tråd med forventningene, for eksempel ut fra en opplevelse av å ikke ha noe annet valg, eller ut fra forventningspress. Slik kan opplevelse av posisjon skape muligheter og begrensninger i samspillet mellom PPH og psykisk helsearbeider.

Resultatene viser at PPH noen ganger lot seg styre til å handle på tvers av egne ønsker. Både posisjonen som passiv og som «flink klient» kan forstås som underdanighetsposisjon, der posisjonene verken gir rett til å bestemme hvilke identiteter som gis anerkjennelse eller hvem som får tilgang til identitetene som anerkjennes. Ifølge Georgaca (2014) viser analyser av diskurser om mottakere av psykisk helsearbeid at fokus har vært rettet mot hvordan diskurser former PPH sine erfaringer og subjektivitet, snarere enn hvordan PPH former og forhandler sin forståelse.

Selv om det snakkes fram at PPH har medvirkning og at målet er at de skal fungere selvstendig, viser PPH sine uttalelser at de ikke alltid opplever å ha noen reell mulighet til å påvirke forhold som vedrører dem selv. I litteraturen finnes det en rekke eksempler på konstruksjoner av involvering der vi kan stille spørsmål ved hvor reell muligheten for påvirkning reelt sett oppleves. Det finnes flere eksempler på studier som viser at PPH ledes til å tro at deres påvirkning er langt større enn den faktisk er (Beresford & Carr, 2012; Borg, Karlsson, & Kim, 2009). Når PPH bare får ett eller få konkrete forslag forelagt, kan informasjonsgrunnlaget for å delta i beslutningsprosessen være redusert fordi en av de sentrale forutsetningene for reell brukerinnflytelse – tilstrekkelig informasjon – ikke er ivaretatt (Tait & Lesser, 2005). Det kan da stilles forventninger om at PPH skal være aktive og kunne ta valg, mens de kanskje ikke har forutsetninger for å være i den forventede posisjonen. Ut fra en medisinsk diskurs kan ansatte gi den andre posisjon som pasient og undergrave den andres oppfatning, for eksempel ved å kalle hans eller hennes oppfatning for en vrangforestilling (Georgaca, 2014).

Hovedmålet i kommunalt psykisk helsearbeid er å bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Avhandlingen viser at PPH kan innta svært ulike posisjoner i slike situasjoner. For eksempel at noen tar posisjon som «lydige» eller avmektige når de ikke våger å uttrykke egne ønsker og behov av frykt for å bli skrevet ut. Eller at de ikke sier fra i håp om at de da har hjelp «til gode» hvis psykiske helseutfordringer gjør hverdagslivet for vanskelig å håndtere på egenhånd. Andre tar en posisjon der de viser motstand, eller prøver å få mest mulig ut av hjelpen som tilbys.

Uavhengighetsdiskursen kommer fram i de ansattes beskrivelser av sin arbeidshverdag. De snakker om et press i arbeidshverdagen, der de på den ene side stadig får henvendelser fra nye personer ønsker hjelp, samtidig som det forventes at flere skrives ut av systemet. Ut fra en uavhengighetsdiskurs kan det stilles spørsmål ved om de ansatte ikke gjør en god nok jobb når ikke flere når målet om å bli selvstendige og uavhengige av psykisk helsehjelp. Fra et omsorgsdiskursperspektiv kan spørsmålet være om dette viser at flere har behov for hjelp og omsorg for å håndtere hverdagen med psykiske helseutfordringer, og at det kan gi trygghet å vite at de kan få hjelp og støtte. Ut fra en effektivitetsdiskurs, kan det stilles spørsmål ved om de ansatte arbeider for lite effektivt. Resultater fra studie 1 viser at de ansatte prøver å finne løsninger på dilemmaet, ved at de for eksempel forventer at PPH skal møte på deres kontor slik at de ikke bruker tid på å reise til stedet PPH bor (Femdal, 2018).

Ifølge Johansen (2001, s. 18) er det ikke ideene, tankene og sentrale begreper i vestens kultur som har skapt den moderne tidsforståelse, men andre forhold slik som moderne former for handel og produksjon, byenes utvikling og kommunikasjonsteknologi der penger er nøkkelen. Individet blir oppøvet til å forstå seg selv i kraft av og underlagt kunnskapsregimene og normene i samfunnet det formes i (Martinsen, 2018). Slik gjør de ansatte seg selv til subjekt ved å underordne seg de tidsformene de styres til, slik at lydigheten mot forståelsen av tids- og kunnskapsformer blir subjektets egen forståelse. Ifølge Martinsen (2018) blir subjektet sin egen fangevokter ved at det overvåker seg selv til å være lydige mot den økonomiske tidsforståelsen subjektet styres mot.

PPH fremstilles som kompetente til å gjøre gode valg på vegne av seg selv (brukermedvirkningsdiskurs), samtidig som de styres ved bruk av paternalisme (ekspertdiskurs). Her oppstår det motsetningsforhold. Diskurser tilbyr og lukker for bestemte posisjoner og måter å tenke om oss selv på (Harré & Van Langenhove, 2008; Henriksen, 2017; Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Konflikten oppstår når PPH blir tildelt ulike og til dels motsetningsfylte subjektposisjoner. De forventes å være kompetente samtidig som de skal styres til å handle «riktig». De to posisjonene medfører to ulike identiteter som stiller motstridende forventninger og krav til PPH, og det påvirker maktrelasjonen. Til tross for idealer om likeverd og samarbeid, fremkommer det at både PPH og psykisk helsearbeidere benytter begreper som «vi» og «dem», noe som viser at de plasserer seg i gruppe med andre.

Gjennom denne talemåten posisjonerer de både seg selv og andre, åpner opp for noen posisjoner og lukker for andre.

Stedet som velges for samhandlingen mellom PPH og psykisk helsearbeidere vil kunne påvirke maktrelasjoner og posisjoner som muligjøres. For eksempel kan PPH både føle seg ekstra sårbare når psykisk helsearbeidere skal bistå dem i hjemmet, samtidig som de kan ha posisjonen som beboer som bestemmer over eget hjem når noen kommer på besøk. Det fremkommer også at mens noen beskriver trygghet ved å få hjelpen i eget hjem, beskriver andre det som invaderende og utrygt. Et hjem kan by på helt ulike opplevelser når det gjelder frihet og begrensninger, trygghet og utrygghet, noe som stiller store krav til fagpersoner, PPH og familie. Noen PPH tar posisjon som den som bestemmer når psykisk helsearbeidere får komme til dem (Femdal og Knutsen, 2017). Rollene kan også endres ved at PPH i større grad tar initiativ til og påvirker samtalen i hjemmet enn i institusjon (Karanikola et al., 2018). Andre er redde for å bli fratatt kontroll eller for å miste omsorgsretten for egne barn og kan innta en passiv eller unnvikende posisjon. Når psykisk helsearbeid har PPH sitt hjem som møteplass, fremstilles dette som en mulighet til å innhente opplysninger om personens hverdagsliv. De ansatte kan få innblikk i hvordan personen lever gjennom bilder på veggen, hvem personen er sammen med, innredning, og om det er rent og ryddig eller ei (Borg & Karlsson, 2013).

Det forventes at PPH ønsker å være «aktive selv» som bidrar til å fremme egen helse, fremgår det av artiklene. Artikkel 1 belyser hvordan ansatte handler for å holde PPH aktive, deltakende, foretaksomme og selv-styrt (Femdal og Knutsen, 2017). Slik blir makt involvert i forventning om endring og kontroll. Ut fra en brukermedvirkningsdiskurs forventes det at PPH skal være aktive i samarbeid og bidra til egen helsebedring. Også nasjonale styringsdokumenter peker på betydningen av selvstendighet og evne til å mestre eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Imidlertid gis ikke PPH mulighet til en aktiv posisjon i samhandlingen hvis de inviteres til å medvirke når premisser er lagt fra før og avgjørelser allerede er tatt. På denne måten blir PPH tildelt en løsning – de får ikke anledning til å bidra til å skape en løsning (Maguire, 2005, s. 18). Samtidig kan det være vanskelig for PPH å velge å ikke innta posisjon som aktiv i samarbeidet. PPH får ikke alltid ta del i beslutningsprosesser som vedrører dem selv og kan bli oppfattet som lite samarbeidsvillige dersom de stiller spørsmål ved behandlingen

(Mestdagh & Hansen, 2014). Det argumenteres for at aktive og informerte PPH gir bedre utbytte og at det er mer kostnadseffektivt (Lawn, 2015). De nye idealene representerer et brudd med fortidens paternalisme og medisinske objektivisering. Skiftet medfører ikke bare endringer for PPH, men også for de ansatte. Ansattrollens fokus blir å utvikle gode samarbeidsrelasjoner med PPH – ikke å være ekspert eller å behandle vedkommende (Mancini, 2011). Ifølge Jacobsen (2015:151) dreies de ansattes rolle fra å pleie syke mennesker, mot i større grad å veilede, motivere og hjelpe den enkelte til å makte rollen som den aktive pasient.

Posisjoneringsbegrepet retter oppmerksomheten mot hvordan diskurser posisjonerer PPH og ansatte på bestemte måter. På den måten synliggjøres noe av den konstituerende kraften diskurser har. Dette betyr ikke at rådende diskurser ikke kan utfordres. Tvert imot kan den enkelte gjøre valg (Davies & Harré, 1990). På den måten kan PPH og ansatte stadfeste eller utfordre ulike diskurser som er tilgjengelig gjennom ord og handling, også når det ikke er bevisst eller intensjonelt.

7.3 Makt til å styre andre mennesker

Et annet perspektiv som er blitt sentralt i arbeidet med å studere makt og styring i denne avhandlingen, er makt til å styre andre mennesker. Foucaults begrep *governmentality* har vært til hjelp både for å utforske og reflektere kritisk over styring og selvstyring i relasjoner mellom PPH og psykisk helsearbeidere i avhandlingen. Foucault beskriver møtepunktet mellom styring utenfra og selvforvaltning slik: «The contact point, where the individuals are driven by others is tied to the way they conduct themselves, is what we can call, I think, government» (Foucault & Blasius, 1993, s. 203). Resultatene viser at deltakerne noen ganger snakket ut fra styring utenfra, mens de andre ganger snakker ut fra indre selvstyring.

PPH og psykisk helsearbeideres subjektposisjoner formes ved å snakke ut fra bestemte diskurser. PPH styres til å styre seg selv som gjennom måten ansatte snakker og handler ut fra bestemte diskurser på. Denne avhandlingen viser i likhet med andre studier (Mancini, 2011; Nelson et al., 2001) at psykisk helsearbeidere oppfordrer PPH til å være aktive og engasjerte i å bedre sin egen psykiske helse. Diskurser om den aktive og engasjerte PPH kan på den ene siden begrense PPH og ansatte i hvilke talehandlinger som da blir mulige. På den annen side

betyr det ikke at PPH tvinges til lydighet. Gjennom motmakt kan PPH skape rom for andre subjektposisjoner og dermed andre handlinger. Øye et al. (2018) skriver at maktrelasjoner holdes ved like nettopp av gjenstridighet. Når helsearbeidere ikke godtar PPH sine valg når valget fraviker fra helsearbeidernes forventninger kan forstås som paternalistisk kontroll snarere enn at PPH er en autonom beslutningstaker (Juhila et al., 2015).

Makt innen dagens psykiske helsearbeid kommer gjerne til uttrykk gjennom andre former enn ved tvang, som gjennom måter å påvirke frie individers tenkning og handlemåter. Artikkel 1 viser for eksempel at PPH kan ønske å medvirke på andre måter enn psykisk helsearbeidere forventer (Femdal og Knutsen, 2017). Mens brukarmedvirkning har blitt forstått som en måte å erstatte paternalistisk makt på i psykisk helsearbeid, viser denne avhandlingen at makt fortsatt er tilstede i relasjonene, ofte på mer tilslørte måter. Ifølge Powers (2003) øker empowerment muligheten for at mennesker blir styrt. Hun skriver at empowerment handler om å manipulere variabler for å oppnå et forutbestemt utbytte, og at empowerment er blitt et verktøy som sikrer at pasienter blir oppmuntret til å akseptere økt ansvar for egen helse (Powers, 2003). Tvert imot peker hun på at maktrelasjonene ikke er endret og at utøvelse av brukarmedvirkning ender i avhengighet, til tross for at ideer om omfordeling av makt blir vektlagt innen psykisk helsearbeid. Foucault og Rabinow (1997, s. 284) peker på at motstand og frigjøring ikke medfører at makten blir borte, men at nye maktrelasjoner skapes. Når nye maktrelasjoner skapes og makten antar nye former, kan den bli mer utydelig. «Maktens ubehag avtar når den ikke omtales ved navns nevning, men skjules av honnørord som helthetlig omsorg, empati og respekt for individers autonomi» (Juritzen & Heggen, 2006, s. 62).

PPH snakkes fram som personer som forventes å handle ansvarsfullt, kontrollert og som selv spiller hovedrollen i løsningen av problemene sine (Femdal og Knutsen, 2017). Ut fra et styrkesmaktsperspektiv forsøker helsepersonellet å få PPH til å handle på bestemte måter under begrunnelsen at det er til det beste for dem. Til tross for at makt kan forstås som en positiv og produktiv kraft som fremmer handlinger (Gaventa, 2003) blir borgerne i stadig større grad holdt ansvarlig for sin egen situasjon, for sin helbredelse, læring, behandling eller integrasjon ifølge Mik-Meyer og Villadsen (2007, s. 10). De setter det i sammenheng med den stadig økende individualiseringsprosessen som den vestlige verden gjennomgår. Brukarmedvirkning involverer styring, makt, forandring og kontroll (Hui & Stickley, 2007). Makt og praksiser

endres innen nye diskurser, noe som understreker betydningen av å studere praksiser for å «grasp the conditions that make these acceptable at a given moment» (Foucault, 2002, s. 225).

Artikkel 2 viser problematikker ved styring når bistanden ytes i PPH sine hjem (Femdal, 2018), som når rutiner og sikkerhetsregler fra institusjonstenkningen blir overført til PPH sine hjem uten kritisk refleksjon (Andrews, 2003; Liaschenko & Peter, 2004). PPH og psykisk helsearbeidernes forventninger kan komme i konflikt dersom PPH for eksempel inntar posisjonen som vertskap og de ansatte ønsker å styre samværet etter en institusjonell agenda med institusjonsrutiner og kontroll av PPH og hans eller hennes bosted, slik Heritage (2005) advarer mot. Dersom PPH må tilpasse seg ansattes styring i deres hjem kan det oppleves som en degradering av PPH (Holmberg, Valmari, & Lundgren, 2012). Problematikker ved styring kan også knyttes til utøvelse av brukervedvirkning. Egenaktivitet og brukervedvirkning blir gjerne oppfattet som goder. Samtidig beskrives brukervedvirkning som en merbelastning for PPH i situasjoner vedkommende ikke ønsker eller har kapasitet til å delta (Solbjør et al., 2013). Slik kan krav og forventning om deltakelse og mestring skape nye presentasjonskrav.

Resultater fra artiklene viser at de ansatte har ønske om å fremme empowerment, gi rom for brukervedvirkning og at deltakerne deltar i forhandlinger. En måte som ofte blir benyttet til dette, er ved å gi PPH valg. Juhila et al. (2015) skriver at ansatte konstruerer PPH som kunder ved å tilby dem valg. Samtidig blir ikke frie valg så frie når de ansatte styrer PPH til å gjøre det de ansatte mener er «riktig». Resultater fra artikkel 1 belyser hvordan PPH handler innen det samme diskursive rammeverket som de ansatte (Femdal og Knutsen, 2017), for eksempel innen diskurser om psykisk helsearbeideren som ekspert og innen brukervedvirkningsdiskurser. Begreper som personlige valg og frihet til å velge er nøkkelbegreper innen neoliberal logikk (Ayo, 2012), og er et eksempel på en individualistisk holdning til helsepolitikk. Forestillingen om «aktive selv» gir en ny og annerledes frihet til å gjøre valg, ifølge Rose (2008). Lemke (2001) beskriver det som en ny form for governmentality ved at individet gjøres mer ansvarlig for egenomsorg og egen helse. Engasjement i egen helse blir sett på som en forventet plikt, slik at brukervedvirkning trekker på diskursen om ansvarliggjøring. Dette er en kritikk som også kan rettes mot recovery-orienterte praksiser under argumentasjonen av at det kan føre til ansvarsfraskrivelse fra psykisk helsearbeid og at PPH blir for mye overlatt til seg selv. Resultater i artikkel 1 viser at ikke alle PPH ønsket å bli selvstendige og uavhengige av hjelp, av frykt for å bli utskrevet og

miste hjelpen fra psykisk helsearbeid i kommunen. Tildelingen av friheter og rettigheter kan ende opp med å produsere utrygghet og atferd som viser avhengighet for ikke å miste hjelpen. Slik kan frihetstildelingen virke mot sin hensikt. Selvstyring og individuelle forståelser blir særlig vektlagt i en recovery-prosess, hevder Slade, 2017. Det kan utfordre psykisk helsearbeidere i arbeidet med å håndtere det å gi ansvarsfrihet og bistand, og det å gi PPH selvstyring og utviklingsmuligheter. Dette kan forstås som styring og disiplinering av PPH. En annen risiko er at når fokus trekkes bort fra diagnoser, risikerer PPH og pårørende å miste rettigheter i behandling eller at rettighetene havner i skyggen til fordel for egenansvaret. Prinsippene for recovery kan komme i konflikt med praksiser i psykisk helsearbeid dersom det skal benyttes måleinstrumenter for blant annet bedring og symptomlette.

Studiene viser at hvem som er styrende og hvem som styres er ikke konstant. Av analysen fremgår det at de ansatte noen ganger skaper en faglig autorativ posisjon, og at PPH gir anerkjennelse til autoritetsposisjonen og diskursene som italesettes. På andre siden viser analysen også hvordan PPH tøver motstand gjennom reposisjoneringer og diskursive kamper om hvilke diskurser som skal gis autorativ tyngde. Det fremkommer uttalelser som viser at PPH inntar en faglig autorativ posisjon ved å vise fagkunnskap, noe som kan skape usikkerhet hos ansatte om hva som faktisk er gyldig kunnskap. Dette kan forstås som et brudd på diskursen om helsearbeideren som ekspert.

Styringsteknologier kan sette både den styrende og den styrte i posisjoner som får betydning for hvordan objekter betraktes og gir mulighet for at bestemte utsagn kan fremsies (Villadsen, 2007). Ifølge Villadsen (2007) blir den tidligere underordnede, tause PPH oppfordret til for eksempel å fremsi hva som er mål for behandlingen. PPH kan på denne måten oppfattes som aktiv i egen behandling og gjøres til autoritet for han eller hun kommer med. Slik kan PPH styres med referanse til selvprodusert kunnskap, ifølge Villadsen (2007).

Dahlager (2001) peker på at styring kun er mulig når de ansatte gjør helseprosjektene til sine egne prosjekter. Artikkel 2 viser at argumentasjonen bak at ansatte oppfordrer eller krever at PPH møter på kontorene deres varierer (Femdal, 2018). Argumentasjonen for dette snakkes inn i ulike diskurser som mestringsdiskurs ved at det gir mulighet til å øve på utfordrende situasjoner og økonomisk diskurs ved at effektiviteten skal øke. Slik kan de ansatte styres i en bestemt retning gjennom helsepolitikk.

Disiplinering kan ses som en form for makt som virker gjennom regler, lover og sanksjoner. I denne avhandlingen kom det fram eksempler på disiplinering, slik som at PPH var henvist til venterom, plassering av hvordan PPH og psykisk helsearbeidere sitter i rommet, at hvis PPH ikke samarbeider slik de ansatte ønsker, risikerer de å miste tilbudet. Disiplinering står i kontrast til autonomi, empowerment og brukermedvirkning. Det kan omskrives som sikkerhetshensyn, praktiske forhold ved lokalitetene, eller at PPH ikke er mottakelig for hjelp. Gjennom strukturelle betingelser kan asymmetrien i maktrelasjonen mellom PPH og psykisk helsearbeidere formes, opprettholdes og forsterkes. Makten tilsløres og praksisene kan fortsette.

Psykisk helsearbeid beskrives gjerne som en personsentrert, mellommenneskelig prosess som er rettet mot PPH og deres behov for bistand (Middleton & Uys, 2009). Allikevel peker Middleton og Uys (2009) på at retorikken ofte preges av institusjonelle forhold snarere enn personsentrert omsorg. Et eksempel på det kan være når institusjonell tenkning overføres til psykisk helsearbeid i kommunen. Artikkel 2 viser at ansatte kan ta med seg forventninger til seg selv fra institusjonelt arbeid, som forventninger til seg selv om å styre samtaler og gjøremål når de møter PPH i hjemmet (Femdal, 2018). Juhila et al. (2016) fremholder at hjemmet kan bli institusjonalisert dersom de ansatte tar en ledende, autorativ, kontrollerende og handlende rolle.

7.4 Samspillsmakt

I dette avsnittet vil jeg redegjøre for konstruksjonen av begrepet samspillsmakt og peke på betydningen av det for avhandlingens hensikt og problemstillinger. Hensikten er ikke å erstatte kjente begreper med et nytt, men å belyse ut *en* av flere mulige anskuelser av maktrelasjoner.

7.4.1 Makt som samspill mellom personer

Når jeg har valgt å gi avhandlingen tittelen «samspillsmakt» er det for å kaste lys over et tema som har blitt sentralt i denne avhandlingen: makt som samspill mellom personer. Dette gjenspeiles i dreiningen av fokus fra hva makt *er* til å fokusere på konstruksjoner av hvordan

makt spilles ut i ord og handling mellom PPH og psykisk helsearbeidere. I tråd med Foucaults beskrivelse av makt som et relasjonelt, ustabil og sirkulerende fenomen (Foucault, 1980a) kan samspillsmakt forstås som et relasjonelt fenomen som kan skifte fra situasjon til situasjon, og i løpet av situasjoner. I artikkel 1 kommer dette fram i beskrivelsene av hvordan forhandlingene foregår ut fra ulike posisjonene PPH og de ansatte snakker ut fra (Femdahl og Knutsen, 2017). I artikkel 3 vises samspillsmakten gjennom hvordan fokusgruppeintervjuene skapes i samspillet mellom deltakere med erfaring som PPH eller psykisk helsearbeider. Videre viser resultatene at de ansatte ønsker å samarbeide med PPH ved å delta i forhandlinger og gi rom for brukermedvirkning. Mens brukermedvirkning har blitt forstått som en måte å erstatte paternalistisk makt på i psykisk helsearbeid, viser artikkel 1 at makt fortsatt opptrer i relasjonene, ofte på mer tilslørte måter.

Hvordan makten kommer til uttrykk påvirker samspillet mellom PPH og psykisk helsearbeidere (Ljungberg et al., 2017). Begrepet samspillsmakt kan åpne opp for at de involverte posisjoner kan endres i løpet av samspillet og dermed også maktrelasjonene, dersom en tenker seg at de involverte partene påvirker hverandre og skaper samhandlingen. Her er det ikke regulerte og lovmessige former av makt i ulike maktsentra som fokuseres. Derimot rettes oppmerksomheten mot makt i hverdagslivet og i sosiale praksiser, der makten og dens effekter realiseres og blir synlig.

Samspillsmakt er sentral i konstruksjoner av kunnskap. Foucault oppfordrer oss til å rette blikket nettopp mot hvordan kunnskap blir dannet (Foucault & Gordon, 1980). Kunnskap skapes gjennom sosial interaksjon, og sosiale prosesser kan medføre at felles «sannheter» konstrueres, ifølge Burr (2015). Dermed vil det være av betydning hvem som er involvert i ulike sosiale prosesser. Når PPH inviteres til brukermedvirkning i sammenhenger der «sannheten» om hva som er den «viktige» kunnskapen og de «riktige» handlemåtene allerede er konstruert, begrenses PPH sine påvirkningsmuligheter. Ut fra konstruerte «sannheter» blir noen handlinger mulige og naturlige, mens andre er utenkelige i relasjoner mellom PPH og ansatte.

Dersom vi er nysgjerrige på annerledesheter og «tatt-for-gitt-heter» om maktrelasjoner mellom PPH og psykisk helsearbeidere kan nye perspektiver komme til syne. Refleksjon over hvordan makt og deltakelse i relasjoner gjøres i ord og handling kan løfte fram perspektiver

som kanskje ikke ville bli synliggjort ellers. Spørsmål om hvem sin stemme som er rådende når i samhandlingen, hvordan de involverte oppfatter og påvirker situasjonen, hvordan de forhandler, styrer og beslutter ut fra diskusjoner, og hvem som styrer kan bringe fram refleksjoner over samspillmakten. Problematikker som beskrives i relasjonen mellom PPH og helsearbeidere kan være knyttet til nærhet og avstand i relasjonen, samt grensesetting (Ljungberg et al., 2017). Samspillet kan kanskje lede fram til nye måter å samhandle på og bevissthet over maktsamspillet mellom dem.

Når nye praksiser, behandlingsformer og omorganiseringer er gjort innen psykisk helsevern har målsettingen ofte vært å forandre makt- og kunnskapsforhold i psykisk helsevern for å styrke tilbudet til de som trenger psykisk helsehjelp (Borg & Karlsson, 2011). Dette kan få konsekvenser for samspillmakten i relasjonen mellom PPH og psykisk helsearbeidere, dersom det får reell betydning og det ikke bare blir gode intensjoner og fagre ord. Det sterke individfokuset i samfunnet og i psykisk helsearbeid kan medføre at relasjonelle aspekter blir nedtont, noe som igjen kan virke uheldig inn på den enkeltes recovery-prosess. Det finnes en rekke praksiser der det er gjort forsøk på å utvikle nye og humaniserende praksiser innen psykisk helsefeltet (Foucault, 1967). Tidligere praksiser kan lett kritiseres og fordømmes ut fra diskurser som råder i dag. Borg og Karlsson (2011) påpeker at endringer innen det psykiske helsefeltet som gjøres i dag kan komme til å rammes av den samme kritikken og fordømmelsen senere.

7.4.2 Fra tilslørt makt til kritisk refleksjon over maktrelasjoner

Uartikulert utøvelse av makt kan være like viktig som makt som synliggjøres eller beskrives, ifølge Cheek (2000). Samspillmakt i hjelperelasjoner kan bli tilslørt gjennom språk, væremåter eller holdninger. Begreper som omsorg, motivasjon, selvstendighet, mestring, likeverd og brukermedvirkning kan tilsløre hvordan makt gjøres i møtet mellom PPH og psykisk helsearbeidere. Maktforskjeller kan bli tilslørt eller rettferdiggjort hvis de blir sett på som naturlige eller ved at forskjeller mellom grupper blir tatt for gitt. Maktutøvelse kan bli usynlig eller skjult av gode hensikter under benevnelser som omsorg og gode handlinger overfor hjelpetrequende (Thorsen, 2003). Det kan med andre ord være vanskelig å beskytte seg mot maktbruk når makten er tilslørt. «For makten er hemmeligholdelsen ikke en form for misbruk, den er uunnværlig for dens funksjonsmåte» (Foucault, 1999, s. 97). Dette innebærer at makten er virksom og potent først og fremst når den utfoldes i det skjulte. Uten kritisk

refleksjon over hvordan makt kommer til uttrykk gjennom ord og handling i psykisk helsepraksiser, kan idealene lett bli honnørord som miste sin verdi.

Begrepet samspillsmakt bryter med brukermedvirkningstanken ved at det ikke er hvordan PPH som *medvirker* som står sentralt, men hvordan makten gjøres. Artikkel 1 og 2 viser at en del av samhandlingen mellom PPH og psykisk helsearbeider foregår når kun de to er tilstede. Ifølge Askheim (2017) kan brukermedvirkning beskrives som et av velferdssektorens honnørord. Andreassen (2005) skriver at det å organisere brukermedvirkning kan bli en formalitet der ansatte etterkommer påtvunget krav om brukermedvirkning. Hun skriver videre at det er viktig at brukermedvirkning ikke blir symbolsk, at det blir «noe det offentlige smykker seg med» (Andreassen, 2005, s. 101). En risiko er også at PPH ledes til å tro at deres innvirkning er større enn den i virkeligheten er (Beresford & Carr, 2012; Borg et al., 2009; Ynnesdal Haugen, Envy, Borg, Ekeland, & Anderssen, 2016), noe som kan betegnes som tokenism eller symbolsk innsats. Videre kan PPH komme inn så sent i prosessen at det ikke lenger er rom for å påvirke (Andreassen, 2005). I slike sammenhenger kan PPH ses som en brikke snarere enn en autonom samarbeidspartner. Ifølge Juritzen og Heggen (2009) kan økt innsikt i hvordan makt gjøres i nærrelasjonens lukkede rom gjøre det mulig å foreta kvalifiserte avveininger om maktutøvelse i omsorgsrelasjoner.

All form for tolkning av data må følges av en eller annen form for refleksjon over hvordan tolkningen fremkommer, ifølge Tjora (2012). Siste del av diskusjonskapittelet er derfor rettet mot metoderefleksjon.

7.5 Metoderefleksjon

Gjennom arbeidet med avhandlingen har jeg vært opptatt av å reflektere kritisk over valg jeg har foretatt. Det å ha vilje og evne til kritisk å reflektere over egne fremgangsmåter og konklusjoner, samt sette egne vurderinger i tvil og gi rom for ettertanke, er viktig for studiens forskningsmessige kvalitet. Innen en sosialkonstruksjonistisk forståelse er ikke målet å avdekke “sannheten” og lete etter den ene sanne virkelighet (Burr, 2015), men å undersøke konstruksjoner av den, og å lete etter hvorfor og hvordan noe fremstår som sant eller virkelig (Neumann, 2012).

I dette delkapittelet diskuteres først refleksjoner om det å studere maktrelasjoner og valg av design for avhandlingen. Deretter rettes fokus mot det å forske med og på PPH. All form for tolkning av data må følges av en eller annen form for refleksjon over hvordan tolkningen fremkommer, ifølge Tjora (2012). Avveininger som har blitt gjort for å ivareta deltakerne blir løftet fram og diskutert. Litteratursøk tyder på at det er sjelden PPH og psykisk helsearbeidere deltar i fokusgruppeintervjuer sammen (Burton et al., 2015; Rose, Evans, Laker, & Wykes, 2015). Jeg vil derfor diskutere styrker og utfordringer ved blandede fokusgruppeintervjuer.

7.5.1 Å studere maktrelasjoner ut fra et moderat sosialkonstruksjonistisk perspektiv

Gjennom hele doktorgradsarbeidet har målet vært å studere makt i relasjoner mellom PPH og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. Imidlertid har både jeg og interessen min for feltet endret og utviklet seg. Prosjektskissen hadde den preliminnære tittelen: «Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen». Målet var å beskrive hva makt er og hvordan den utøves i relasjoner mellom PPH og psykisk helsearbeidere. Gjennom arbeidet oppdaget jeg hvor vidt og mangefasettert maktbegrepet er. I prøveintervjuet og gjennom samtaler med kollegaer og bekjente har jeg oppdaget at det ikke er hva makt *er* som er min interesse. Det som derimot vekket min nysgjerrighet er å høre om hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling i samspillet mellom PPH og psykisk helsearbeidere. Avhandlingen bygger derfor på konstruksjoner av deltakernes opplevelser og erfaringer fra samspill i slike relasjoner.

Deltakerne i avhandlingen kom fra kommuner av ulike størrelse og med ulikt innbyggerantall. Hensikten var å øke muligheten for variasjon i hvordan makt kommer til uttrykk i relasjonen mellom PPH og psykisk helsearbeidere. Imidlertid viser ikke resultatene fra intervjuene variasjon i maktrelasjonene på bakgrunn av kommunetilhørighet. Det har derfor ikke blitt forfulgt videre i avhandlingen.

Ved å velge en moderat sosialkonstruksjonistisk tilnærming har noen perspektiver blitt løftet fram, noen har kommet i bakgrunnen, mens andre ikke har kommet med i det hele tatt.

Deltakelse fra PPH og psykisk helsearbeidere i fokusgruppene har beriket analysene med ulike synspunkter og innfallsvinkler. Perspektiver som ikke har fremkommet her, kunne ha fremkommet ved bruk av en annen teoretisk tilnærming eller ved at en forsker med en annen forforståelse ville stilt andre spørsmål. Det kunne for eksempel handle om makt i et

organisasjonsperspektiv, makt som kapasitet eller evne til å påvirke atferd eller avgjørelser andre tar, eller makt i konteksten av tvang. Også da ville noen perspektiver blitt løftet fram, mens andre ikke ville fremkomme.

De individuelle intervjuene hadde en diskursiv intervjuform. Innen diskursive intervjuer vil forskeren ha en aktiv rolle, idet intervjueren betraktes som en aktiv deltaker snarere enn som et snakkende spørreskjema (Potter & Wetherell, 1987, s. 165). Hensikten med diskursive intervjuer er ikke å lete etter sannheten om et fenomen, kausale sammenhenger eller avsløre hvordan ting «egentlig er». Tvert imot fremholder Aase og Fossåskaret (2013) at det ikke finnes en sann ytre virkelighet som vitenskap i større eller mindre grad kan forholde seg til. Kvalitative metoder fokuserer på prosessen frem mot en forståelse av fenomenet og ikke nødvendigvis på å beskrive en objektiv ytre sannhet. En innvending mot diskursive intervjuer er at ulike intervjuere kan få ulike resultater. Ut fra et diskursivt perspektiv, vil dette endres med ulike situasjoner og sosiale samspill. Det er ikke nødvendigvis noe problem da målet i diskursanalyse ikke er å oppnå objektive sannheter. Diskursanalyse fokuserer på ulike måter å betrakte verden på som er mulige, ulike subjektposisjoner en viss diskurs gir rom for, og å tydeliggjøre sosiale prosesser som involverer legitimering og makt (Kvale & Brinkmann, 2015).

I arbeidet med diskursanalyse er det viktig å være bevisst på om det bildet som fremstilles av et fenomen bare er ett av flere mulige (Willig, 2013). Jeg har reflektert over hvordan egne tolkninger fremkommer og hva som påvirker dem. Selv om jeg har hatt denne målsettingen, kan det være forhold som ikke er meg bevisst som kan innvirke. For eksempel er Foucaults kritiske blikk rettet mot å “avsløre” det selvfølgelig, det som vi ikke klarer å se eller oppdage fordi vi ikke tror det kan være annerledes (Foucault, 1985). Dessuten er det mange “sannheter” jeg kan ha tatt for gitt, fordi jeg ikke evner å se det i egen samtid.

Gjennom å redegjøre for eget ståsted som forsker, og å være i dialog med dette gjennom analyse og fremstilling av resultater, har målet vært å gjøre arbeidet så transparent som mulig. Transparens eller gjennomsiktighet anses som et av de viktigste kravene til presentasjon av forskning (Tjora, 2012). Jeg har bestrebet meg på å gi leseren innblikk i empiriske data og hvordan analysen av data har foregått. Det kan styrke avhandlingens pålitelighet å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og en detaljert fremstilling av fremgangsmåten under

hele forskningsprosessen (Malterud, 2011). Imidlertid advares det mot at sterk fokusering på pålitelighet kan motvirke kreativ tenkning og variasjon (Brinkmann & Kvale, 2015). Jeg har derfor arbeidet for å fokusere på avhandlingens hensikt og forskningsspørsmål og mangfoldet i det empiriske materialet, blant annet gjennom samarbeid om analysearbeidet med PPH, psykisk helsearbeidere gjennom fokusgruppeintervjuer, samt rike diskusjoner med medforfattere.

7.5.2 Å forske med og på PPH med langvarig behov for psykisk helsehjelp

Deltakerne med brukererfaring var diagnostisert med psykose, bipolar lidelse, moderat eller tung depresjon og hadde vært mottakere av hjelp fra psykisk helsearbeid i kommunen over to måneder. Personer med psykiske lidelser blir gjerne betegnet som en sårbar gruppe (World Health Organization, 2005). Forskningsetiske retningslinjer (World Medical Association, 2013) understreker at forskere har et særlig ansvar overfor sårbare og utsatte grupper. Sårbarhet refererer ifølge Hummelvoll (2010) til karakteristika ved grupper eller individer som antas å ha nedsatt evne til å fatte selvstendige avgjørelser om å delta i forskningen, noe som kan vanskeliggjøre informert samtykke og det kan være fare for at de blir utnyttet. Prinsippet for selvbestemmelse blir sterkt vektlagt i forskningsetiske retningslinjer (World Medical Association, 2013). Deltakerne ble vurdert i forkant av deltakelsen til intervjuet av helsepersonell som kjente dem godt, da den psykiske helsen og dagsformen kunne tenkes å variere fra de takket ja til deltakelse til intervjuet fant sted. På den ene siden kan dette forstås som en paternalistisk holdning fra min side som forsker, ved at jeg både setter dem i gruppe og tillegger dem manglende evne til å vurdere deltakelse selv. På den annen side kan det være utfordrende for PPH selv å vurdere hva deltakelse i intervju innebærer, og kanskje ekstra utfordrende på en «dårlig dag». Hummelvoll (2010) beskriver sårbarhet som en fellesmenneskelig erfaring, selv om den er ulikt fordelt mellom mennesker. Vi er alle sårbare og avhengige av hverandre, skriver den danske filosofen Løgstrup (1956) i boken «Den etiske fordring». Under intervjuene viste deltakerne tillit til meg som intervjuer og de andre deltakerne da de delte opplysninger om seg selv, sine synspunkter og refleksjoner. Når en person viser noen tillit ved å utlevere seg, legger vedkommende noe av sitt liv i den andres hender i forventning om å bli ivaretatt, skal vi følge Løgstrups (1956) anskuelse av menneskers sårbarhet og avhengighet. Det oppstår en fordring til de som mottar tilliten, om å ta vare på den andre. Derfor var jeg svært opptatt av at alle deltakerne skulle bli sett og lyttet til under intervjuet, og at det de fortalte ble mottatt på en respektfull måte. Som eksempler kan

nevnes at jeg la vekt på at det er deres erfaringer jeg ønsket å høre om, at ikke noe var rett/galt, være lyttende, stille oppfølgingsspørsmål til det de fortalte, gi tid, bekrefte at det de fortalte var viktig og interessant, og var oppmerksom på kongruens mellom ord og kroppsspråk.

Allerede i første henvendelse understreket jeg viktigheten av at deltakere i fokusgruppene ikke hadde vært i eller var i en bruker-ansattrelasjon, slik REK krevde. Slik unngikk deltakerne å komme i en situasjon der deltakelsen deres i fokusgruppa var påvirket av bruker-ansattrelasjonen eller at det ville få konsekvenser for relasjonen deres på et senere tidspunkt. I den skriftlige henvendelse til leder for psykisk helsearbeid i kommunen ba jeg om at deltakere med brukererfaring ville bli ivaretatt av helsepersonell ved et eventuelt behov (vedlegg 2).

Et kriterium ved *fokusgruppeintervjuene* var at PPH ikke skulle være i mindretall. Alle deltakerne i fokusgruppene kjente til hvem som hadde erfaring som PPH og hvem som hadde ansatterfaring. På den ene siden kan det påvirke maktrelasjonen i fokusgruppa for eksempel ved at PPH kunne komme til å føle seg dominert av de ansatte ut fra kjennskap til rollene. På den annen side var det et kriterium i studie 2 var at PPH og psykisk helsearbeidere ikke hadde eller hadde vært i en terapeutisk relasjon sammen. Dersom de hadde en terapeutisk relasjon, kunne det tenkes å påvirke hvordan de svarte under intervjuet. Asymmetrien i maktbalansen kunne understrekes ytterligere dersom PPH hadde vært i mindretall.

Kontakten med deltakerne og det å reflektere sammen med dem over hendelser under intervjuet, ble viktig både i de individuelle intervjuene og i fokusgruppeintervjuene. Jeg opplevde det som en fordel å ha erfaring med å samtale med mennesker innen psykisk helsearbeid og å ha erfaring fra å intervjuer enkeltpersoner og fokusgrupper fra tidligere forskningsprosjekter. Kjennskapet til feltet medførte at jeg kunne stille flere oppfølgings- og oppklarings spørsmål. I tillegg var intervjuerfaring en fordel for å ha fokus på deltakerne og innholdet i intervjuet, og ikke være utrygg på intervjuformene. Tre av deltakerne med brukererfaring fortalte etter intervjuene at de brukte det individuelle intervjuet som trening på å snakke med en fremmed. Jeg var vår for tegn på om deltakere ble slitne, uoppmerksomme eller mistet interessen for intervjuet. En deltaker ble oppringt på mobil da intervjuet hadde vart omtrent 45 minutter, og vi valgte å avslutte intervjuet etter dette. En annen deltaker begynte å gråte under intervjuet. Hun fortalte at temaet berørte og at det var godt å bli lyttet

til. Deltakeren fikk et papirlommetørkle og litt tid på seg, og jeg spurte om hun ønsket en pause eller å avslutte intervjuet. Vi snakket litt om dette og deltakeren sa det var godt å snakke om hendelsen og at hun ønsket å snakke mer med meg. Etter intervjuet sa hun at det hadde vært en god opplevelse å delta, men at det var litt dumt at gråten kom. Hun tilbød at jeg kunne ta kontakt igjen dersom jeg hadde behov for et intervju til. Jeg understrekte at deltakerens bidrag var svært nyttig for forskningsprosjektet. Det er viktig at forskeren ikke presser deltakeren eller utsetter ham/henne for unødige emosjoner ved å trykke på knapper som kan være vonde. Samtidig fremholder Cain (2012, s. 404) at det er bedre at forskere håndterer følelser som oppstår hos deltakeren på måter som ivaretar deres følelsesmessige reaksjoner når de er godt forberedt istedenfor å avvise eller unngå slike reaksjoner. En tredje deltaker strakte raskt ut armen med knyttet hånd nær ansiktet mitt to ganger. Jeg stoppet opp og fortalte at jeg ble overrasket over handlingen og at jeg synes det var vanskelig å være konsentrert mens den pågikk. Deltakeren fortalte at det var en tvangshandling, og klarte å ta kontroll over den. Etter deltakerens ønske fortsatte vi intervjuet. Da intervjuet var slutt spurte jeg deltakeren om hvordan det hadde vært å delta. Da sa deltakeren at han nesten hadde glemt hva som skjedde i starten.

I de individuelle intervjuene opplevde jeg at deltakerne noen ganger stilte spørsmål til meg som intervjuer, for å høre hva min mening om temaer de hadde uttalt seg om. I slike situasjoner var jeg oppmerksom på å være varsom med svarene mine. Noen ganger stilte jeg et nytt spørsmål formulert som en undring som deltakeren kunne reflektere videre over, eller jeg reflekterte over det deltakeren hadde sagt. Andre ganger formulerte jeg et svar, og gikk videre ved å spørre hva deltakeren tenkte eller mente om det jeg hadde svart. Under fokusgruppeintervjuene var det flere som stilte spørsmål til hverandre, særlig når intervjuene hadde kommet godt i gang. Dette kan være i tråd med slik de vanligvis hadde gruppesamtaler ved arbeidsstedene deres, og at fokusgruppeintervjuene fortonte seg mer som en gruppediskusjon enn som en spørsmål-og-svar-situasjon. Nettopp det at fokusgruppeintervjuer legger til rette for å kunne frembringe kunnskap gjennom gruppedynamiske interaksjonsprosesser er en vesentlig forskjell fra individuelle intervjuer (Krueger & Casey, 2015; Morgan, 1996; Stewart & Shamdasani, 2015).

Det kan være en positiv erfaring å delta i intervju ved at intervjueren er interessert i noe forskningsdeltakeren har mye erfaring og kunnskap om, og ved at intervjueren har god tid til å

lytte (Brinkmann & Kvale, 2015). På den annen side kan det være krevende å gjennomføre et helt intervju for noen. Dette var jeg oppmerksom på før og under intervjuene. Vet ett av intervjuene var jeg usikker på om deltakeren var sliten og tilbød pause eller å avslutte. Deltakeren ønsket å fortsette, og vi fullførte intervjuet. Intervjuer med PPH kan bidra til kunnskapsutvikling om et område det finnes lite forskning om fra før. Forskeren kan miste det kritiske blikket dersom han eller hun identifiserer seg sterkt med deltakerne. Samtidig kan empati med deltakeren hjelpe forskeren til å forstå hva deltakeren opplever og forsøker å formidle (Hummelvoll, 2012). Jeg ba om utdyping der jeg ikke riktig forsto hva deltakerne mente, eller der det var interessant at deltakerne utdypet nye aspekter ytterligere. Slik oppsto nye nyanser under intervjuene. Jeg prøvde under samtlige intervjuer å være bevisst på dette og forsøkte å tilpasse meg situasjonen og den enkelte deltakeren jeg samtalte med uten å overidentifisere meg med dem.

Mange deltakere ga spontane, positive tilbakemeldinger om hvordan det hadde vært å delta. Flere sa at det var hyggelig å kunne bidra i forskningen, noen sa det var fint å snakke om slike temaer og at de nesten glemte at det var et intervju fordi jeg var så «vanlig» å snakke med. En deltaker sa at ingen hadde spurt etter hennes erfaringer med makt og relasjoner i psykisk helsearbeid før. Flere deltakere tilbød at jeg kunne kontakte dem igjen hvis jeg trengte mer hjelp.

En utfordring ved diskursanalyse er at deltakerne kan kjenne igjen sine uttalelser. Det kan oppleves sårende for noen at det de har sagt finsiktes, ransakes og kategoriseres som motsetningsfylte diskursperspektiver (Widerberg & Bolstad, 2001). Kanskje tolker deltakeren uttalelsene på andre måter. Jeg har invitert PPH og psykisk helsearbeidere til å hjelpe meg med fortolkningen av deler fra de individuelle intervjuene, for å få flere perspektiver og fortolkninger.

Moderator vil påvirke prosessen og innholdet som kommer fram under fokusgruppeintervjuene, selv om moderator ønsker å påvirke så lite som mulig. Ved å ha en fleksibel tilnærming og ikke så sterk styring vil deltakerne ha større innflytelse på temaer og samtalen (Hesse-Biber & Leavy, 2011). Så lenge samtalen dreide seg om vignettene og var relevante for mål og hensikt med studie 2, valgte jeg å la diskusjonen gå mellom deltakerne. Dette medførte at samtalen noen ganger gikk i andre retninger enn jeg hadde forventet.

Samtidig ble samspillet mellom deltakerne mer fremtredende enn om jeg hadde styrt samtalen mer. Ved å åpne opp for mindre styring av fokusgruppeintervjuet kan deltakerne skape kategorier og begreper som er mer i tråd med deltakernes erfaringer (Hesse-Biber & Leavy, 2011). Dette kan føre til at vignettene ble diskutert i et språk som var naturlig for deltakerne. Stor grad av fremmedord og nye faguttrykk kan skape avstand til vignettene og temaene som ble diskutert. Dessuten var det ikke bare interessant å høre hva deltakerne mente, men også hvordan interaksjonen i gruppene førte diskusjonene framover. For å få til dette, er det nødvendig med lav grad av kontroll fra moderators side under intervjuene (Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Det vil være en maktubalanse i samspillet mellom forsker og deltakere. For eksempel kan ikke et forskningsintervju betraktes som en fullstendig åpen og fri dialog mellom likestilte partnere. Derfor er det viktig å reflektere over maktforholdet mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Det advares mot å forstå forskningsintervjuer som personlige, likeverdige dialoger da det kan maskere de asymmetriske maktstrukturene i intervjuelasjonen (Brinkmann & Kvale, 2015; Kvale, 2014). Ansvar for fortolkning er en del av arbeidet som forsker. Samtidig er det viktig å være bevisst på hvordan ansvaret forvaltes, samt å beskrive eget ståsted som forsker. I tillegg presenterte jeg deler av min fortolkning for deltakerne under intervjuene slik at de kunne korrigere feiltolkninger eller utdype meningsforhold.

En fare ved at forskeren har dominans kan være at deltakere holder tilbake informasjon, snakker om andre ting enn temaet eller at de protesterer. Maktsamspillet mellom deltakeren og intervjueren kan preges av motkontroll, for eksempel ved at deltakeren unngår å svare på spørsmål, å snakke om noe annet enn det intervjueren ønsker eller ved å si det de tror intervjueren ønsker å høre (Kvale, 2014). Jeg opplevde at deltakerne var positive og meddelsomme, og at flere tilbød seg å snakke med meg flere ganger om jeg ønsket det.

Jeg har reflektert både alene og sammen med veiledere over hva det vil si å verne om og beskytte deltakernes privatliv. Dette har blant annet medført at det ligger grundige vurderinger bak hvordan resultatene presenteres. I artiklene brukes det fiktive navn på deltakerne, og det er gjort en grundig vurdering av hvilke opplysninger som presenteres og hvordan data presenteres.

7.5.3 PPH og psykisk helsearbeidere i samme fokusgruppe

Når fokusgruppeintervjuer inkluderer perspektiver fra både PPH og psykisk helsearbeidere, deles gjerne intervjuer med PPH og psykisk helsearbeidere i separate fokusgrupper (Burton et al., 2015; Rose et al., 2015). I studie 2 inngikk PPH og psykisk helsearbeidere i de samme fokusgruppene. *Homogenitet og heterogenitet* blir ofte diskutert innen fokusgruppeintervjuer. I fokusgrupper med stor grad av homogenitet er det ofte større villighet til å snakke sammen, mindre konflikt og større grad av samarbeid (Stewart & Shamdasani, 2015). I tillegg kan være mer komfortabelt for deltakere å snakke i en gruppe dersom de allerede fra start vet at de har ting til felles med de andre i gruppa, noe som særlig gjelder sensitive temaer (Hesse-Biber & Leavy, 2011). Flere viser til demografiske data og andre bakgrunnsvariabler når det gjelder homogenitet i fokusgrupper (Morgan, 2012). Deltakere som har erfaring fra det samme feltet trenger ikke forklare så mye for hverandre og kan lettere ta del i diskusjonen i fokusgruppa (Morgan, 2012). Selv om de hadde ulik erfaringsbakgrunn hadde alle deltakerne erfaring med relasjoner og psykisk helsearbeid i kommunen, noe som var en forutsetning for å være med å diskutere vignettene. *Vignettene* handlet både om PPH og psykisk helsearbeideres uttalelser fra de individuelle intervjuene. Da deltakerne fortolket og diskuterte vignettene, snakket de noen ganger ut fra sine personlige erfaringer. På den måten kom det tydeligere fram hvem som var PPH og psykisk helsearbeidere. Gjennom vignettene ble deltakerne indirekte stilt overfor personlige temaer eller erfaringer i møte med tekst. Det kan skape en distanse som gjør at deltakerne kan uttrykke sine meninger og holdninger uten at deltakerne føler seg eksponert på en personlig måte overfor intervjuer eller de andre deltakerne (Schoenberg & Ravdal, 2000). Det kan være hensiktsmessig å bruke vignetter når deltakere med ulik bakgrunn eller når noen av deltakerne kan oppfatte temaene som personlige eller sensitive (Barter & Renold, 1999).

Noen mener at homogenitet i en fokusgruppe er nødvendig for å få til en meningsfull samtale (Forsyth, 2013; Krueger & Casey, 2015; Stewart & Shamdasani, 2015) og at homogenitet er selve limet som tilfører flyt og dybde til diskusjonene (Lehoux, Poland, & Daudelin, 2006). I alle de tre fokusgruppene bidro alle deltakerne i samtalene. Deltakerne i fokusgrupper kan føle at de har ulik grad av erfaring og makt knyttet til tematikken som diskuteres (Krueger & Casey, 2015). Slik kan det være utfordrende å diskutere makt når andre har en annen sosial posisjon enn de selv. En persons sosiale status kan påvirke gruppa (Mizil, Lee, Pang, &

Kleinberg, 2012) og gruppesammensetningen kan ha betydning for hvem som blir mer eller mindre aktive i gruppa (Hesse-Biber & Leavy, 2011).

Selv om deltakerne kunne ha ulike posisjoner utenfor fokusgruppene, delte de ståsted ved at de alle hadde erfaring med makt bruker-ansatt-relasjoner fra tidligere. På den måten kan fokusgruppene betraktes som homogene når de diskuterer erfaringer fra en posisjon de har til felles, hevder Kitzinger (1995). Blandede fokusgrupper kan skape resultater som ikke en homogen gruppe kunne skape, nettopp gjennom samspillet mellom deltakerne.

Flere av deltakerne fortalte at de hadde erfaring med å delta i andre type grupper med ansatte og PPH, og at det var en fordel at gruppene var små. Det kan oppleves som en positiv erfaring å kunne delta på lik linje. Noen ga tilbakemelding på at det hadde vært spennende, at atmosfæren var god, en positiv erfaring, og «god som gull». For noen var det viktig at jeg hadde sagt at det ikke var riktige eller gale svar, men at jeg var interessert i nettopp deres synspunkter. Både PPH og psykisk helsearbeidere sa det var spennende å snakke sammen om makt i relasjoner. De oppdaget at de hadde mye til felles og oppdaget nye sider ved hverandre. De anbefalte at PPH og psykisk helsearbeidere burde diskutere makt og maktreasjoner jevnlig.

I studie 2 var det et poeng at fokusgruppene skulle være *små*. Små grupper er anbefalt der deltakerne har mye erfaring på et område eller de har sterke meninger om det (Krueger og Casey, 2009). I tillegg kan det gi oversikt og skape trygghet. For noen kan kanskje det å delta i fokusgruppeintervju i seg selv utgjøre en stor utfordring. Hvor mange deltakere som anbefales i en fokusgruppe varierer. Noen skriver at fokusgrupper vanligvis inneholder 8-12 deltakere (Launsø et al., 2017; Stewart & Shamdasani, 2015), mens andre skriver at det vanligvis er 4-8 (Hesse-Biber & Leavy, 2011) eller 5-8 deltakere (Krueger & Casey, 2015). Krueger og Casey (2015) skriver at bruk av mini-fokusgrupper, som består av 4-6 deltakere, har blitt mer populært den senere tiden fordi det er lettere å rekruttere til en liten gruppe, er mer komfortable for deltakere, samt at de er lettere å lede. En begrensning ved minifokusgrupper er at informasjonsmengden som fremkommer er mer begrenset enn ved en gruppe med flere deltakere. I studie 2 er det tre grupper med fire deltakere i hver gruppe. Det er tre hovedargumenter til det. For det første var det ønskelig at gruppene var små nok til at hver enkelt deltaker skulle kunne komme til orde. For det andre var det flere som uttrykte at

store grupper var for utfordrende til at de ønsket å delta. Og for det tredje var det et ønske at det skulle være minst to PPH og psykisk helsearbeidere slik at ingen var alene om å være fra en gruppe.

Noen mener at heterogene fokusgrupper er mer effektive til å få fram ulike ferdigheter, perspektiver og kunnskap (Paulus & Nijstad, 2003). At gruppedeltakerne har likheter når det gjelder behov, personlighetstrekk og holdninger kan være vel så viktig som homogenitet i tradisjonell forstand (Stewart & Shamdasani, 2015). I artikkel 3 ser det ut til at kompatibilitet var vel så viktig som homogenitet i fokusgruppene. Kompatibiliteten i en gruppe påvirkes blant annet av deltakernes persepsjon og sosiale status (Mizil et al., 2012). Deltakere som opplever at noen deltakere har sterkere eller mer betydningsfull posisjon enn andre kan vise større grad av enighet med sterke kollegaer for å unngå represalier i ettertid (Krueger & Casey, 2015). I artikkel 3 kunne vi se at deltakere støttet, sa imot og utfordret hverandre på tross av bakgrunn som PPH og psykisk helsearbeidere. Disse stadige skiftene i maktrelasjoner kan tyde på at makt konstant blir utøvd og forhandlet i samhandlingen mellom deltakerne, i tråd med Foucault (1980a) sin tenkning. Jeg opplevde at det var nyttig å være tydelig i forkant av intervjuene for å få en felles forståelse av hva som er forventet ved deltakelse. Selv om det var noen situasjoner der deltakerne tydelig viste uenighet, kom det ikke til noen konfliktsituasjoner. Samtidig kan det være krevende å styre grupper hvis det oppstår undergrupper eller konflikter under intervjuet.

7.5.4 Avhandlingens pålitelighet og gyldighet

Gjennom denne avhandlingen er jeg opptatt av makt i relasjonen mellom brukere og ansatte innen psykisk helsearbeid i kommunen. Men det er også viktig å være bevisst på makten som ligger i det å være forsker, gjennom alle ledd i forskningsprosessen. Jeg har arbeidet for å bli bevisst på makten jeg har hatt i løpet av arbeidet, fra utforming av prosjektet til endt arbeid. Eksempler på det er å bestrebe å gjøre arbeidet mest mulig transparent ved å beskrive egen forskerposisjon og ståsted som forsker, og gjennom å reflektere underveis i samarbeid med veilederne mine. I kapittelet om fokusgruppeintervjuer trekker jeg også fram noen refleksjoner om hvordan min tilstedeværelse i fokusgruppene kan ha påvirket maktrelasjoner og interaksjonen i gruppene. Samtidig kan det være sider ved forskermakten jeg ikke har vært bevisst på.

Det er av stor betydning hvordan en forsker fortolker og beskriver resultater fra undersøkelser. Intervjueren står for fortolkningen av den intervjuedes utsagn, ifølge Denzin og Lincoln (2018). Selv om jeg har forsøkt å være tro mot det deltakerne i intervjuene har fortalt, vil mine fortolkninger og fremstillinger kunne vise andre sider enn det en deltaker ønsket å formidle. Det kan oppleves provoserende dersom resultatene formidles på en måte de ikke kan identifisere seg med. Dette kan oppstå dersom det teoretiske perspektivet som presenteres oppleves som fremmed i forhold til det deltakerne ønsker å formidle (Thagaard, 2013). Dette er en utfordring når forskeren i intervjusituasjonen oppmuntrer til å fortelle under intervjuet, samtidig som tekst fra intervjuene analyses ved kritisk diskursanalyse. I en diskursanalyse inspirert av Foucaults tenkning som benyttes i denne avhandlingen vil målet være å undersøke hvilke ulike måter å betrakte verden på som er mulige, ulike subjektposisjoner og å tydeliggjøre sosiale prosesser som involverer legitimering og makt (Willig, 2013). En slik fortolkning vil ikke alltid være i tråd med den intervjuedes tanker om det vedkommende har fortalt under et intervju.

Forsker og deltaker har ulike utgangspunkt for forskningsintervjuer. Denzin og Lincoln (2018) skriver at det er en illusjon å anse forskningsintervjuer som en dominansefri dialog mellom to likeverdige personer; intervjuerens forskningsprosjekt og kunnskapsinteresse setter agendaen og styrer samtalen. Forsker har forskerperspektivet og den som intervjues er i en posisjon der hun er underlagt forskerens intensjon med studien. Det kan ikke utelukkes at informanten svarer på en måte som tilfredsstiller forsker. Som intervjuer søkte jeg informasjon hos deltakerne, hadde en plan for intervjuene og bestemte spørsmålene. En intervjuer kan stimulere deltakere til å fortelle, men også hemme eller begrense den andre gjennom sin væremåte og sin måte å samtale med deltakeren på. Jeg stilte spørsmål slik at samtalen omhandlet områder som var av interesse for forskningsprosjektet samtidig som jeg forsøkte å være undrende og åpen for deltakernes utsagn og fortolkninger innen disse områdene.

Gjennom hele arbeidet har jeg stilt meg selv spørsmål om hva som er beskrivelser og fortolkninger. Om diskursanalytiske tilnærminger og pålitelighet skriver Bratberg (2014, s. 21-22): «(...) jo mer vekt som legges på tolkning, jo større vanskeligheter står analysen overfor når det gjelder reliabilitet i betydningen etterprøvbarehet». I diskursanalyse er ikke fortolkninger og konklusjoner etterprøvbare på samme måte som i for eksempel en kvalitativ

innholdsanalyse. Det betyr ikke at resultatene i en diskursanalyse er mindre gyldige eller faglig fruktbare, ifølge Bratberg (2014). For eksempel vil det gi mulighet til å tydeliggjøre sosiale prosesser som involverer legitimering og makt (Kvale & Brinkmann, 2015) og sette fokus på forhold som i andre sammenhenger forblir uartikulert og implisitt.

Det oppsto en utfordring med taushetsplikten ved fokusgruppeintervjuene: Deltakerne i fokusgrupper kan ikke pålegges taushetsplikt overfor det de andre deltakerne formidler eller hvem de andre deltakerne er, og det foreligger ikke etiske sanksjoner ved eventuelle brudd (Tolich, 2009). Jeg prøvde å forebygge dette ved å ta opp betydningen av konfidensialitet og diskutere det med deltakerne før intervjuene startet. Jeg henstilte deltakerne om å la det som ble snakket om i gruppen bli der og ikke snakke om hva andre hadde fortalt i gruppen, i tråd med Malterud (2012). Dette gir heller ingen garanti for at det ikke skjer, men det gir trolig en større bevissthet rundt det for alle parter.

Det er viktig at datamaterialets gyldighet og konteksten for datainnsamlingen diskuteres. Betydningen av sted kan virke som en detalj, men trygghet, komfort og opplevelse av at man ikke blir forstyrret kan ha stor betydning i intervjusituasjoner (Tjora, 2012). I studie 1 er konteksten dataene er innsamlet innenfor variert, ved at av deltakerne i de individuelle intervjuene valgte sted for intervjuene. Det resulterte i at noen ble intervjuet på et kommunalt kontor, noen på et grupperom ved arbeidsplassen min, og noen i eget hjem. Ved å la deltakerne avgjøre møtested legger forskeren til rette for at omgivelsene for samtalene er styrt ut i fra deltakerne (Gubrium & Holstein, 2003). Å bli intervjuet i eget hjem oppleves ikke trygt for alle (Porter, 2015), mens for andre gir hjemmet tryggheten som skal til for å takke ja til å delta. På den ene siden kan valgfriheten bidra til opplevelse av medbestemmelse og trygghet i intervjusituasjonen. På den annen side kan stedet for intervjuene ha påvirket deltakernes forventninger til og innhold i samtalene. Et intervju i et privat hjem kan medføre forventninger om en mer uformell samtaleform enn når intervjuet fant sted på et kontor. Samtidig kan deltakere assosiere med samtaler mellom PPH og psykisk helsearbeidere de har deltatt i tidligere ved et kontor. Deltakerne fikk selv velge sted ved de individuelle intervjuene. Hensikten var å velge et sted de følte seg komfortable, slik at intervjuet skulle medføre minst mulig belastning for den enkelte. Bourdieu (2007) er opptatt av den skjulte makt som forskeren har, for eksempel ved at forskeren tilhører en fagdisiplin. Det vil for eksempel ikke være likegyldig om et intervju finner sted på forskerens «territorium», som på

forskerens kontor, i PPH sine hjem eller på et rom kan oppleves nøytralt for begge parter. Imidlertid har jeg ikke observert forskjeller mellom de individuelle intervjuene ut fra sted, ut over at innledende småprat kan ha berørt noe ved intervjustedet.

Det kan være en utfordring å balansere mellom nærhet og avstand når jeg har kjennskap til fagfeltet fra før. Mangel på avstand vil kanskje medføre at jeg ikke stiller spørsmål ved forhold som blir tatt for gitt, og jeg vil være farget av forventninger ut fra egen forforståelse. Uten kjennskap til fagfeltet ville jeg kunne studere maktrelasjonene med andre øyne og stille andre spørsmål. På den annen side ville jeg gått glipp av andre spørsmål som var mulig å stille nettopp ved et slikt kjennskap. En måte å imøtekomme utfordringen på har vært å beskrive for eget ståsted som forsker, og ved å benytte meg av forskervalidering. Forskervalidering kan styrke studiens gyldighet, ifølge Denzin og Lincoln (2018). Medforfatterne mine i artikkel 1 og 3 (Femdal og Knutsen, 2017; Femdal og Solbjør, 2018), som er erfarne forskere, har fått tilgang på råmaterialet som skulle analyseres. Vi har vurdert innholdet hver for oss, og sammenlignet og diskutert fortolkningene våre. Når flere forskere stiller spørsmål til den samme teksten, kan tolkningen bli utfordret og diskutert. Dette er en styrke ved forskervalidering.

Det er viktig at forskeren er oppmerksom på hvordan utvelgelse av sitater gjøres. Det er en fare for «cherry-picking», det vil si at forskeren velger ut godbitene og toner ned det som ikke passer inn i analysen. Påliteligheten kan økes ved hjelp av detaljert presentasjon av datamateriale (Silverman, 2010). I artiklene er sitater fremtredende i resultatdelene, hvilket gjør at leseren kan komme «tettere på» empirien (Tjora, 2012). Slik kan leseren selv se hvordan deltakerne har ordlagt seg, og ikke bare hvordan forskeren har fortolket teksten. I artikkel 1 og 2, som bygger på individuelle intervjuer, står et fiktivt navn på deltakeren og om deltakeren er PPH eller psykisk helsearbeider. I artikkel 3 vises utdrag av intervjutranskripsjonene for at leseren skal kunne se hva deltakerne sier som en del av gruppeinteraksjonen. Jeg har hatt dette i tankene gjennom analysen av intervjuene, og ikke bare dem som fremmer ett bestemt perspektiv eller resultat. Intervju som metode har blitt kritisert for at deltakere har en tendens til å fremstille seg selv omtenkssomme, rasjonelle og reflekterte (Krueger & Casey, 2015).

Gjenspeiler det som fremkommer i intervjuene deltakernes syn også utenfor intervjusituasjonen, eller er det som fremkommer delvis et resultat av intervjusituasjonen i seg selv, spør Peräkylä (2011, s. 366). Dette er av betydning for studiers gyldighet. Gyldighet peker på om forskeren har undersøkt det som var hensikten å undersøke (Denzin & Lincoln, 2018; Dyson & Brown, 2006 ; Heldal & Tjora, 2009), og bør gjennomsyre hele forskningsprosessen. Jeg har reflektert over dette gjennom alle ledd i studiene. Jeg sjekket for eksempel ut egen oppfatning av det som ble sagt underveis under intervjuene, slik at råmaterialet i størst mulig grad gjenspeiler det deltakeren formidlet. Resultatene kan slik forstås som en samproduksjon mellom forsker og forskningsdeltaker, der samspillet mellom deltakere og forsker står sentralt.

I neste kapittel rundes avhandlingen av med en avslutning som samler trådene for avhandlingen og peker på dens bidrag i forskningsfeltet rundt maktrelasjoner i psykisk helsearbeid i kommunen.

8.0 AVSLUTNING

Med denne avhandlingen har jeg rettet et kritisk, undersøkende blikk mot hvordan makt kommer til uttrykk i ord og handling i samspillet mellom PPH med langvarig behov for bistand og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. Det gir en mulighet til å studere makten der den effekter realiseres og blir synlige, slik Foucault oppfordrer til i sine forsiktighetsregler for studier av makt (Foucault & Gordon, 1980, s. 97). Å vise utsnitt av hvordan makt kan *gjøres* i ord og handling, samt hvordan makt kan konstrueres i ulike hverdags hendelser, kan gi mulighet for å betrakte «selvfølgeligheter» eller implisitte sannheter på nye måter. Foucault stilte spørsmål der spørsmål var blitt overflødige, der praksiser ble tatt for gitt, og der det var selvinnsynende hva som var de rette svarene (Faubion, 2002). Å rette et kritisk blikk mot det som oppfattes som selvfølgelig kan kaste et nytt lys over det vi ikke ser eller oppdager fordi vi ikke tenker at ting kan være annerledes enn de er (Foucault, 1985).

Det har resultert i at fokus har blitt rettet mot hvordan makt kommer til uttrykk gjennom ord og handling har fått fokus. Avhandlingen bidrar ikke til å avdekke eller påvise hva makt *er*. Derimot har rettes blikket mot maktens effekter slik den kommer til uttrykk, blir realisert og synliggjort i hverdagslivet og i sosiale praksiser. Refleksjon over ulike subjektposisjoner i samhandling mellom PPH og psykisk helsearbeidere kan øke bevisstheten om hvordan makt forhandles.

Ved å betrakte makt som allstedsnærværende, noe som flyter eller sirkulerer, har i denne avhandlingen åpnet opp for å se perspektiver som skiftende posisjoner i maktrelasjoner, og interaksjonen i fokusgruppediskusjonene. Posisjonering har i denne avhandlingen bidratt til å utforske dynamikken i maktrelasjonen mellom PPH og ansatte. Å rette blikket mot hvordan makten kommer til uttrykk, har også ledet fram til å studere styring av menneskers vilje innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Avhandlingen bidrar med å reflektere over menneskers handlinger og hverdagsliv, gjennom bruk av diskurs. Diskurser skaper praksiser innen psykisk helsearbeid i kommunen. De er rettet mot både det konkrete som blir sagt, og til rammene for hva det er rimelig å mene og tro innenfor den gitte maktrelasjonen. Avhandlingen viser at makt i relasjonen mellom PPH og

ansatt møter idealer som brukermedvirkning, personsentrert omsorg og likeverd, og at makt ofte gjøres på tilslørte måter.

Jeg gikk inn i arbeidet med avhandlingen med en forventning om at relasjonen mellom PPH og psykisk helsearbeidere ville være preget av brukermedvirkning og likeverd, til tross for en asymmetrisk maktrelasjon. Gjennom arbeidet med avhandlingen har jeg rettet blikket mot samspillet mellom PPH og psykisk helsearbeidere og hvordan makten gjøres i ord og handling. Ved å fokusere på samspillsmakt er det ikke hvordan PPH som *medvirker* som står sentralt, men hvordan makten gjøres. Begrepet samspillsmakt kan bryte med forventningene til brukermedvirkning ved at det ikke er hvordan PPH *medvirker* som står sentralt, men hvordan makten gjøres som fokuseres.

I stedet for å benekte tilstedeværelse av makt, viser avhandlingen betydningen av å reflektere over hvordan makt kommer til uttrykk gjennom ord og handling mellom PPH og ansatte. Maktrelasjoner foregår i et komplekst samspill der en rekke faktorer spiller inn. Avhandlingen viser at det er behov for å fortsette arbeidet med å utvide forståelsen av maktrelasjoner mellom PPH og ansatte i psykisk helsearbeid.

REFERANSER

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2013). *Skapte virkeligheter: Kvalitativt orientert metode*. Oslo: Kopinor pensum.
- Ada, H., & Stickley, T. (2007). Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 416-426. Doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04341.x
- Alvesson, M., & Sköldberg, K. (2009). *Reflexive methodology: New vistas for qualitative research*. London: Sage.
- Andreassen, T. A. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten: Arbeid med brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andrews, G. J. (2003). Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nursing Philosophy*, 4(3), 231-248. Doi: 10.1046/j.1466-769X.2003.00140.x
- 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), 11-23. Doi:10.1037/h0095655
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(2), 134-149. Doi: 10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03
- Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99-105. Doi:10.1080/09581596.2010.520692
- Bachmann, L., Michaelsen, R., & Vatne, S. (2019). Professional vulnerability in mental healthcare contexts: A focus group study of milieu-therapists' experiences. *Nursing Open*, 6(3), 1076-1087. Doi:10.1002/nop2.292
- Barbour, R. (2007). *Doing focus groups*. London: Sage.
- Barter, C., & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social research update*, 25(9), 1-6.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bender, A., Clune, L., & Guruge, S. (2009). Considering place in community health nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 41(1), 128-143.

- Beresford, P., & Carr, S. (2012). *Social care, service users and user involvement*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1967). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Harmondsworth: Penguin.
- Bergmark, M., Bejerholm, U., & Markström, U. (2017). Policy Changes in Community Mental Health: Interventions and Strategies Used in Sweden over 20 Years. *Social Policy & Administration*, 51(1), 95-113. Doi:10.1111/spol.12175
- Biringer, E., Davidson, L., Sundfør, B., Ruud, T., & Borg, M. (2017). Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scandinavian journal of caring sciences*. Doi:10.1111/scs.12364
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 140-153.
- Boréus, K., & Bergström, G. (2012). *Textens mening och makt: Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery - og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 8(4), 314-323.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2013). Hjemmet som samarbeidsarena–muligheter og begrensninger i lokalbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(02), 105-112.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. S. (2009). User involvement in community mental health services – principles and practices. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 16(3), 285-292. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: En systematisk kunnskapsammenstilling*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- Botslangen, A. M. (2015). *Den psykiatriske pasient: En begrephistorisk studie*. Doktorgrad. Universitetet i Bergen.
- Bradbury-jones, C., Sambrook, S., & Irvine, F. (2008). Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 258-266. Doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04598.x
- Branholm Pedersen, K. (2012). Sosialkonstruktivisme. I: K. Branholm Pedersen & S. Juul (red.). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bratberg, Ø. (2014). *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Broer, T., Nieboer, A. P., & Bal, R. (2014). Mutual powerlessness in client participation practices in mental health care. *Health Expectations*, 17(2), 208-219.
Doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00748.x
- Brown, B. J., & Baker, S. (2012). Responsibility in theory and the therapeutic state. I: B. J. Brown & S. Baker (red.), *Responsible Citizens: Individuals, Health and Policy under Neoliberalism*. London: Anthem Press.
- Burr, V. (2015). *Social constructionism*. London: Routledge.
- Burton, A., Osborn, D., Atkins, L., Michie, S., Gray, B., Stevenson, F., Gilbert, H., Walters, K. (2015). Lowering Cardiovascular Disease Risk for People with Severe Mental Illnesses in Primary Care: A Focus Group Study. *PLoS ONE*, 10(8), e0136603.
Doi:10.1371/journal.pone.0136603
- Börjesson, M., & Rehn, A. (2009). *Makt*. Stockholm: Liber.
- Cain, C. L. (2012). Emotions and the research interview: What hospice workers can teach us. *Health Sociology Review*, 21(4), 396-405. Doi:10.5172/hesr.2012.21.4.396
- Carey, M. A. (1995). Comment: Concerns in the Analysis of Focus Group Data. *Qualitative Health Research*, 5(4), 487-495. Doi:https://doi.org/10.1177/104973239500500409
- Cheek, J. (2000). *Postmodern and poststructural approaches to nursing research*. California: Sage.
- Christmas, D. M., & Sweeney, A. (2016). Service user, patient, survivor or client... has the time come to return to 'patient'? *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 9-13.
Doi: 0.1192/bjp.bp.115.167221
- Corrigan, P. W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *The Psychiatric quarterly*, 73(3), 217-228.
- Cutcliffe, J., & Happell, B. (2009). Psychiatry, mental health nurses, and invisible power: Exploring a perturbed relationship within contemporary mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(2), 116-125. Doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00591.x
- Dahlgren, L. (2001). I forebyggelsens magt. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, 2(3), 91-102. Doi:10.1080/1600910X.2001.9672802
- Dahlqvist Jönsson, P., Schön, U. K., Rosenberg, D., Sandlund, M., & Svedberg, P. (2015). Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(9), 688.
Doi:10.1111/jpm.12246

- Davidson, L., & Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459-470. Doi: 10.1080/09638230701482394
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43-63.
- Davies, B., & Harré, R. (2014). *Positionering: Diskursiv produktion af selver*: København: Mindspace.
- Dean, M. (2010). *Governmentality: Power and rule in modern society*. London: Sage.
- Denhov, A., & Topor, A. (2012). The components of helping relationships with professionals in psychiatry: Users' perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 417-424.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research*. Los Angeles, California: Sage.
- Department of Health and Social Care. (2011). *No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages - a call to action*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213760/dh_123990.pdf
- Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the terms used to refer to people who use mental health services: User perspectives. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 115-122. Doi: 10.1177/0020764010392066
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1315
- Duggleby, W. (2005). What about focus group interaction data? *Qualitative health research*, 15(6), 832-840. <https://doi.org/10.1177/1049732304273916>
- Dyson, S., & Brown, B. (2006). *Social Theory and Applied Health Research* Buckingham: Open University Press.
- Egelund, T. (2010). Vignettstudier. I: A. Meeuwisse, H. Swärd, R. Eliasson-Lappalainen, & K. Jacobsson (red.), *Forskningsmetodikk for sosialvitere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Senter for profesjonsstudier. Høyskolen i Oslo.
- Ekeland, T.-J. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis, et nytt psykisk helsevern*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, 2011:1.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt–og tilbake? Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (03), 211-220.

- Ellingsen, S., & Drageset, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 332-335. Doi:10.4220/sykepleienf.2011.0027
- Elstad, T. A., & Eide, A. H. (2009). User participation in community mental health services: exploring the experiences of users and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(4), 674-681. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00660.x
- Elstad, T. A., & Hellzén, O. (2010). Community mental health centres: A qualitative study of professionals' experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(2), 110-118. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00643.x
- Engebretsen, E., & Heggen, K. (2012). Kapittel 1. Makt på nye måter. I: E. Engebretsen & K. Heggen (red.), *Makt på nye måter*. 13-18. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, K. Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2013). "We are all fellow human beings": Mental health workers' perspectives of being in relationships with clients in community-based mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 883-891. Doi: 10.3109/01612840.2013.814735
- European comission. (2005). *Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussel, 14.10.05
- European Union. (2008). *European Pact for Mental Health and Well-being*. Brussel
- Fairclough, N. (2010). *Critical discourse analysis: The critical study of language*. Harlow: Longman.
- Faubion, J. D. (2002). *Essential works of Foucault 1954-1984: Power*. London: Penguin books.
- Femdal, I. (2018). The right place? Users and professionals' constructions of the place's influence on personal recovery in community mental health services. *International journal of mental health systems*, 12(26), 1-9. Doi:10.1186/s13033-018-0209-z
- Femdal, I., & Knutsen, I. A. R. (2017). Dependence and resistance in community mental health care—Negotiations of user participation between staff and users. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24(8), 600-609. Doi:10.1111/jpm.12407
- Femdal, I., & Solbjør, M. (2018). Equality and differences: group interaction in mixed focus groups of users and professionals discussing power. *Society, Health & Vulnerability*, 9(1), 1-10. Doi:10.1080/20021518.2018.1447193
- Finansdepartementet. (2010). Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008. <http://www.statsbudsjettet.no/Statsbudsjettet-2010/Dokumenter/Fagdepartementenes-proposisjoner/Helse--og-omsorgsdepartementet-HOD/Prop-1-S/Del-3-Omtale-av-sarlige-tema/8-Opptappingsplanen-forpsykisk-helse-1999-2008/>

- Flatseth, M. (2003). Metaforenes makt. I: T. A. Trippestad, S. Meyer, & K. L. Berge (red.), *Maktens tekster. Makt- og demokratiutredningen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsyth, D. R. (2013). *Group dynamics*. Australia: Wadsworth Cengage learning.
- Foucault, M. (1972). *The archaeology of knowledge and The discourse on language*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1980a). *The history of sexuality 1: An introduction*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1980b). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. I: H. L. Dreyfus & P. Rabinow (red.), *Michel Foucault: Beyond structuralism and hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1985). *The history of sexuality 2: The use of pleasure*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. I: P. H. Hutton, H. Gutman, & L. H. Martin (red.), *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault*. Amherst: University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1989). How much does it cost for reason to tell the truth. *Foucault live, 252*.
- Foucault, M. (1990). *The use of pleasure*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1994). *Overvåkning og straff: Det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie 1: Viljen til viten*. Oslo: EXIL forlag.
- Foucault, M. (2002). *Archaeology of knowledge*. London: Routledge.
- Foucault, M. (2002/1978). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Foucault, M., & Blasius, M. (1993). About the Beginning of the Hermeneutics of the Self. *Political Theory, 21*(2), 198-227. Doi:10.1177/0090591793021002004
- Foucault, M., & Gordon, C. (1980). *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M., & Lotringer, S. (1989). *Foucault live. Interviews, 1966-84*. New York: Semiotexte.
- Foucault, M., & Rabinow, P. (1997). *Ethics: Subjectivity and truth. The essential works of Michel Foucault, 1954-1984*. London: Allen Lane.
- Frank, A. W. (1998). Stories of illness as care of the self: A Foucauldian dialogue. *Health, 2*(3), 329-348. Doi:10.1177/136345939800200304

- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Seabury Press.
- Gaventa, J. (2003). *Power after Lukes: An overview of theories of power since Lukes and their application to development*. Brighton: Participation Group, Institute of Development
- Georgaca, E. (2014). Discourse analytic research on mental distress: A critical overview. *Journal of Mental Health, 23*(2), 55-61. doi:10.3109/09638237.2012.734648
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 266-275*.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2015). Culturally Inclusive Psychology from a Constructionist Standpoint. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 45*(1), 95-107. Doi:10.1111/jtsb.12059
- Gjertsen, A. (2007). Åpenhet og helthet ti år etter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*(6), 755-760.
- González-Torres, M., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 42*(1), 14-23. Doi:10.1007/s00127-006-0126-3
- Gordon, C. (1991). Governmental rationality: an introduction. I: C. Gordon, G. Burchell, P. Miller, & M. Foucault (red.), *The Foucault effect: Studies in governmentality: With two lectures by and an interview with Michel Foucault*. London: Harvester/Wheatsheaf.
- Grim, K., Rosenberg, D., Svedberg, P., & Schön, U.-K. (2016). Shared decision-making in mental health care. A user perspective on decisional needs in community-based services. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 11*(1), 30563.
- Griscti, O., Aston, M., Warner, G., Martin-Misener, R., & McLeod, D. (2017). Power and resistance within the hospital's hierarchical system: the experiences of chronically ill patients. *Journal of Clinical Nursing, 26*(1-2), 238-247. Doi:10.1111/jocn.13382
- Grønkjær, M., Curtis, T., Crespigny, C. d., & Delmar, C. (2011). Analysing group interaction in focus group research: Impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies, 2*(1), 16-30.
- Gubrium, J. F., & Holstein, J. A. (2003). *Postmodern interviewing*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Hagbaghery, M. A., Salsali, M., & Ahmadi, F. (2004). A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human Resources for Health*, 2(1), 9.
- Halkier, B. (2016). *Fokusgrupper*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Hall, C., Juhila, K., Matarese, M., & Nijnatten, C. V. (2015). *Analysing social work communication: Discourse in practice*. Oxon: Routledge.
- Hall, S. (1997). *Culture, media and identities. Representation: Cultural representations and signifying practices*. Sage Publications: Open University Press.
- Hammer, S. (2017). *Foucault og den norske barnehagen: Introduksjon til Michel Foucaults analytiske univers*. Bergen: Fagbokforlag.
- Hammershøj, L. G., & Petersen, E. B. (2001). Kan man slå sig på en konstruktion? Til rekonstruktion af bekymringer for og misforståelser af social konstruktivisme. *Sosiologi i dag*, 41-65.
- Hansen, G. V., & Ramsdal, H. (2015). Brukermedvirkning og samarbeid - vanskelige mål å kombinere? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12(03), 196-205.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48-54. Doi: 10.1177/0020764011423176
- Harré, R., & Van Langenhove, L. (2008). **Positioning theory**. *Self-Care, Dependent Care & Nursing*, 16(1), 28-32.
- Haugaard, M. (2012). Rethinking the four dimensions of power: Domination and empowerment. *Journal of Political Power*, 5(1), 33-54. Doi:10.1080/2158379X.2012.660810
- Hawks, J. H. (1991). Power: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 16(6), 754-762.
- Hazelton, M., & Clinton, M. (2002). Mental health consumers or citizens with mental health problems? I: S. Henderson & A. Petersen (red.), *Consuming health: The commodification of health care*. London: Routledge.
- Heldal, F., & Tjora, A. (2009). Making sense of patient expertise. *Social Theory & Health*, 7(1), 1-19. Doi:10.1057/sth.2008.17
- Helgesen, M. (2006). Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe. Om brukermedvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene. *NIBR-rapport 2006:21*. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2445326/Bm0130.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998-1999). *Ansvar og meistring*. St.meld. nr. 21 (1998-99). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999a). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*. LOV-1999-07-02-62 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999b). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. nr 64 (02.07.99). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999c). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. St.meld. nr. 25 (2005-2006). <https://www.regjeringen.no/contentassets/16c39820de5c485da382fd99165afaf7/no/pdfs/stm200520060025000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg. Meld. St. nr. 29 (2012-2013)*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. IS-1896. Tilgjengelig fra www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. S sammensatte tjenester – samtidig behandling*. IS-1948. ISBN-nr. 978-82-8081-246-9. 03/12
- Helsedirektoratet. (2014a). *Nasjonal plan for selvhjelp*. IS-2168. ISBN-nr. 978-82-8081-317-6 <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-selvhjelp-20142018>
- Helsedirektoratet. (2014b). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Et verktøy for kommunen og spesialisthelsetjenesten. IS-2076
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud*. S-1896 Tilgjengelig fra www.helsedirektoratet.no.

- Helsedirektoratet. (2017). *Pakkeforløp for psykisk helse-og rus*.
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus#bakgrunn-og-mandat>
- Hem, M. H., & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of Advanced Nursing*, 43(1), 101-108.
- Henriksen, A.-H. (2017). *Involving patients in healthcare: Subject positions of patients and healthcare professionals/students in the teaching, clinical, and political contexts*. University of Oslo, Faculty of Medicine, Centre for Health Sciences Education, Oslo.
- Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse: Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. *Handbook of language and social interaction*, 103-147.
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2011). *The practice of qualitative research*. Los Angeles, California: Sage.
- Hodge, S. (2005). Participation, discourse and power: a case study in service user involvement. *Critical Social Policy*, 25(2), 164-179. Doi:10.1177/0261018305051324
- Hodge, S. (2005). Participation, discourse and power: a case study in service user involvement. *Critical Social Policy*, 25(2), 164-179. Doi: 10.1177/0261018305051324
- Hodges, D. C. (1998). Participation as Dis-Identification With/in a Community of Practice, *Mind, Culture, and Activity*, 5:4, 272-290, DOI: 10.1207/s15327884mca0504_3
- Holmberg, M., Valmari, G., & Lundgren, S. M. (2012). Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 705-712.
 10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x
- Hook, M. L. (2006). Partnering with patients—a concept ready for action. *Journal of advanced nursing*, 56(2), 133-143. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03993.x
- Hui, A., & Stickley, T. (2007). Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of advanced nursing*, 59(4), 416-426. Doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04341.x
- Hultqvist, K., & Petersson, K. (1996). *Foucault: Namnet på en modern vetenskaplig filosofisk problematik : texter om maktens mentaliteter, pedagogik, psykologi, medicinsk sociologi, feminism och bio-politik*. Stockholm: HLS-förlag.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Forskningsetikk i handlingsoporientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer. I: A. Lyberg, E. Andvig, & J. K. Hummelvoll (red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husøy, G. (2012). Fra asyl til åpen omsorg – et tilbakeblikk. *Michael*, 9, 238–245.
- Insel, T. R., & Wang, P. S. (2010). Rethinking mental illness. *Jama*, 303(19), 1970-1971.
- Johansen, A. (2001). *All verdens tid*. Oslo: Spartacus.
- Juhila, K., Hall, C., Günther, K., Raitakari, S., & Saario, S. (2015). Accepting and Negotiating Service Users' Choices in Mental Health Transition Meetings. *Social Policy & Administration*, 49(5), 612-630.
- Juhila, K., Hall, C., & Raitakari, S. (2016). Interaction during mental health floating support home visits: managing host–guest and professional–client identities in home-spaces. *Social & Cultural Geography*, 17(1), 101-119.
- Juritzen, T. (2013). *Omsorgsmakt: Foucaultinspirerte studier av maktens hvordan i sykehjem*. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Juritzen, T. (2017). Frihet og selvstyring - NAVs dialogmøter som styringsteknologi. I: M. Feiring, T. I. Juritzen, I. R. Knutsen, & K. Larsen (red.), *Kritiske perspektiver i helsefagene: Utanning, yrkespraksis og forskning*. Oslo, Norway: Cappelen Damm Akademisk/NOASP (Nordic Open Access Scholarly Publication).
- Juritzen, T., & Heggen, K. (2006). Omsorgsmakt. Relasjonsnære sonderinger mellom makt og avmakt. *Sosiologi i dag*, 36 (3).
- Juritzen, T., & Heggen, K. (2009). Produktive maktpraksiser i sykehjem; En Foucault-inspirert analyse av pleiefaglig handlekraft. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2, 94-104.
- Jutel, A. (2016). Truth and lies: Disclosure and the power of diagnosis. *Social Science & Medicine*, 165, 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.037>
- Järvinen, M. (2013). Hjälpens universum – ett maktperspektiv på mötet mellan klient och system. I: A. Meeuwisse & H. Swärd (red.), *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Jørgensen, K., & Rendtorff, J. D. (2018). Patient participation in mental health care - perspectives of healthcare professionals: an integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(2), 490. doi:10.1111/scs.12531
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, Samfundslitteratur.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage.
- Karanikola, M., Kaikoushi, K., Doulougeri, K., Koutrouba, A., & Papathanassoglou, E. (2018). Perceptions of professional role in community mental health nurses: The

- interplay of power relations between nurses and mentally ill individuals. *Archives of psychiatric nursing*, 32(5), 677-687. Doi:10.1016/j.apnu.2018.03.007
- Karlsen, R. (2012). Idealer og realiteter i moderne psykisk helsearbeid. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8(2), 3-15. Doi: <https://doi.org/10.7557/14.2406>
- Karlsson, 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: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3719>
- Kirsh, B., & Tate, E. (2006). Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qualitative health research*, 16(8), 1054-1074. Doi: 10.1177/1049732306292100
- Kitzinger, J. (1995). Introducing Focus Groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299-302. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid - En oppsummering av kunnskap*. Omsorgsbiblioteket, Senter for omsorgsforskning.
- Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2007). *Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care*. Berkshire England: Open University Press.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Los Angeles: Sage.
- Kuokkanen, L., & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of advanced nursing*, 31(1), 235-241. Doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01241.x
- Kvale, S. (2014). Hvordan kan konflikter være en vidensgenerator? I: L. Tanggaard, F. Thuesen, & K. Vitus (red.), *Konflikt i kvalitative studier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laitila, M., Nummelin, J., Kortteisto, T., & Pitkänen, A. (2018). Service users' views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study. *Archives of psychiatric nursing*, 32(5), 695-701. Doi:10.1016/j.apnu.2018.03.009
- Langenhove, L.V., & Harré, R. (1999). Introducing positioning theory. *Positioning theory*, 14-31.
- Larsen, E., Nordal, A., & Aasheim, F. (2006). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet: mål, anbefalinger, og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse*. IS 1315. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

- Laugharne, R., Priebe, S., McCabe, R., Garland, N., & Clifford, D. (2012). Trust, choice and power in mental health care: Experiences of patients with psychosis. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(5), 496-504. Doi: 0.1177/0020764011408658
- Launsø, L., Rieper, O., & Olsen, L. (2017). *Forskning om og med mennesker: Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. København: Munksgaard.
- Lawn, S. (2015). Integrating service user participation in mental health care: what will it take? *International journal of integrated care*, 15. Doi: 10.5334/ijic.1992
- Lehoux, P., Poland, B., & Daudelin, G. (2006). Focus group research and “the patient's view”. *Social Science & Medicine*, 63(8), 2091-2104. Doi: 10.1016/j.socscimed.2006.05.016
- Lemke, T. (2001). 'The birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy and society*, 30(2), 190-207. Doi:10.1080/03085140120042271
- Liaschenko, J., & Peter, E. (2004). Nursing ethics and conceptualizations of nursing: Profession, practice and work. *Journal of advanced nursing*, 46(5), 488-495.
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2015). The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*, 86(4), 471-495. Doi:10.1007/s1126-015-9347-5
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2017). A balancing act - how mental health professionals experience being personal in their relationships with service users. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 578-583. Doi: 10.1080/01612840.2017.1301603
- Løgstrup, K. E. (1956). *Den etiske fordring*. Copenhagen: Gyldendal.
- Madsen, O. J. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekrittikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(01), 25-41. Doi: 10.1080/01612840.2017.1301603
- Maguire, K. (2005). Beyond the slogan. *OpenMind*, 131, 18-19.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mancini, M. A. (2011). Understanding change in community mental health practices through critical discourse analysis. *British Journal of Social Work*, 41(4), 645-667. Doi: 10.1093/bjsw/bcr067
- Martinsen, K. (2018). Den økonomiske tidsforståelsen, og tiden i helsevesenets rom. I: C. Øye, N. Øvre Sørensen, & K. Martinsen (red.), *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse-og sosialfagene*. Bergen: Fagbokforlaget
- Masterson, S., & Owen, S. (2006). Mental health service user's social and individual empowerment: Using theories of power to elucidate far-reaching strategies. *Journal of Mental Health*, 15(1), 19-34. Doi: 10.1080/09638230500512714

- Mental Health Commission. (2002). Service user participation in mental health services: A discussion document. *Wellington, New Zealand: Mental Health Commission.*
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: A review of qualitative studies. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(1), 79-87. Doi:10.1007/s00127-013-0729-4
- Middleton, L., & Uys, L. (2009). A social constructionist analysis of talk in episodes of psychiatric student nurses conversations with clients in community clinics. *Journal of advanced nursing*, 65(3), 576-586. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04928.x
- Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2007). *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren*. København: Reitzel.
- Millar, S. L., Chambers, M., & Giles, M. (2016). Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health Expectations*, 19(2), 209-221. Doi: 10.1111/hex.12353
- Ministry of Health. (1993). *Putting People First: the Reform of Mental Health Services in Ontario*. Toronto, Ontario: Ministry of Health Ontario
- Mizil, C. D. N., Lee, L., Pang, B., & Kleinberg, J. (2012). *Echoes of power: Language effects and power differences in social interaction*. Paper presented at the Proceedings of the 21st international conference on World Wide Web.
- Mizrahi, T., Humphreys, M. L., & Torres, D. (2009). The Social Construction of Client Participation: The Evolution and Transformation of the Role of Service Recipients in Child Welfare and Mental Disabilities. *Journal of Sociology & Social Welfare*, XXXVI(2), 35-61.
- Moen, J., Antonov, K., Nilsson, J. L. G., & Ring, L. (2010). Interaction between participants in focus groups with older patients and general practitioners. *Qualitative Health Research*, 20(5), 607-616. Doi: 10.1177/1049732309354097
- Morgan, D., Fellows, C., & Guevara, H. (2008). Emergent Approaches to Focus Group Research. In S. N. Hesse-Biber & P. Leavy (red.), *Handbook of Emergent Methods*. New York Guilford Press.
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research*. Sage publications.16:32-46. Doi: 10.4135/9781412984287
- Morgan, D. L. (2010). Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting focus groups. *Qualitative health research*, 20(5), 718-722. Doi: 10.1177/1049732310364627
- Morgan, D. L. (2012). Focus groups and social interaction. I: J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (red.), *The SAGE handbook of interview research : the complexity of the craft*. Thousand Oaks: Sage.

- Måseide, P. (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociology of health & illness*, 13(4), 545-561.
- Nelson, G. B., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and community*: University of Toronto Press.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International journal of mental health systems*, 8(1), 55. Doi: 10.1111/1467-9566.ep10843655
- Neumann, I. B. (2012). *Mening, materialitet, makt: En introduktion till diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, R. (2009). *Michel Foucault: En introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Norvoll, R. (2013a). *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norvoll, R. (2013b). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I: R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Papastavrou, E., & Andreou, P. (2012). Exploring sensitive nursing issues through focus group approaches. *Health Science Journal*, 6(2), 186-200.
- Paulus, P. B., & Nijstad, B. A. (2003). Group creativity: Common themes and future directions. I: P. B. Paulus & B. A. Nijstad (red.), *Group creativity: Innovation through collaboration*. New York: Oxford University Press.
- Perkins, R., & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry*, 24(1), 29-39. Doi:10.3109/09540261.2011.645025
- Perry, B. L. (2016). *50 Years after Deinstitutionalization: Mental Illness in Contemporary Communities* (Vol.17). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Peräkylä, A. (2011). Validity in research on naturally occurring social interaction. I: D. Silverman (red.), *Qualitative Research*. London: Sage publications.
- Porter, S. (2015). Review: Locating the qualitative interview: reflecting on space and place in nursing research. *Journal of Research in Nursing*, 20(3), 216-217. Doi:10.1177/1744987114536661
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*: London: Sage.
- Powers, P. (2003). Empowerment as treatment and the role of health professionals. *Advances in nursing science*, 26(3), 227.
- Raffnsøe, S., Gudmand-Høyer, M., & Thaning, M. S. (2008). *Foucault*. København: Samfundslitteratur.

- Rasborg, K. (2013). Socialkonstruktivismen i klassisk og moderne sociologi. I: L. Fuglsang, P. Bitsch Olsen, K. Rasborg, & B. Elling (red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskabene : på tværs af fagkulturer og paradigmer*. Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- Rasmussen, B. (2011). Med frihet til å lede? Styring og ledelse i kommunal omsorg. *Magma*, 1, 65-72.
- Reed, N. P., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2018). Community mental health work: Negotiating support of users' recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 814-822. Doi:10.1111/inm.12368
- Richards, J., Holttum, S., & Springham, N. (2016). How do “mental health professionals” who are also or have been “mental health service users” construct their identities? *Sage Open*, 6(1), Doi: 10.1177/2158244015621348
- Richardson, L. (1990). *Writing strategies: Reaching diverse audiences*. Vol. 21. Sage.
- Rise, M. B. (2012). *Lifting the veil from user participation in clinical work - what is it and does it work?* Doktorgrad: NTNU Trondheim.
- Rise, M. B., Westerlund, H., Bjørgen, D., & Steinsbekk, A. (2014). Safely cared for or empowered in mental health care? Yes, please. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 134-138. Doi:10.1177/0020764012471278
- Rivest, M.-P., & Moreau, N. (2015). Between emancipatory practice and disciplinary interventions: Empowerment and contemporary social normativity. *British Journal of Social Work*, 45(6), 1855-1870. Doi: 10.1093/bjsw/bcu017
- Rose, D. (2008). Madness strikes back. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18(6), 638-644. Doi:10.1002/casp.981
- Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(01), 90-96. Doi: 10.1017/S2045796013000693
- Rose, N. (1999). *Powers of Freedom : Reframing Political Thought*: Cambridge University Press.
- Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237-260. Doi: 10.1111/1468-0009.t01-1-00003
- Rossi, P. H., & Nock, S. L. (1982). The factorial survey approach. I: P. H. Rossi & S. L. Nock (red.), *Measuring social judgments: The factorial survey approach*: Sage Publications, Incorporated.
- Rothwell, E. (2010). Analyzing Focus Group Data: Content and Interaction. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(2), 176-180. Doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00237.x

- Russo, J., & P, S. (2009). Roles. I: Wallcraft, J., Schrank, B., & Amering, M. (2009). *Handbook of Service User Involvement in Mental Health Research*, 6: 61-72. Sussex: JohnWiley & Sons Ltd.
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319-329.
- Schoenberg, N. E., & Ravdal, H. (2000). Using vignettes in awareness and attitudinal research. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(1), 63-74.
- Scott, J. (2008). Modes of power and the re-conceptualisation of elites. I: M. Savage & K. Williams (red.), *Remembering Elites*. Oxford: Blackwell.
- Silverman, D. (2010). *Doing qualitative research : a practical handbook*. Los Angeles, California Sage.
- Simmons, P., Hawley, C. J., Gale, T. M., & Sivakumaran, T. (2010). Service user, patient, client, user or survivor: describing recipients of mental health services. *The Psychiatrist*, 34(1), 20-23. Doi:10.1192/pb.bp.109.025247
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E., & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken: Sinn - kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery. En veiledning for psykisk helsepersonell*. NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Rapport nr 2/2017.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. Doi: 10.1002/wps.20084
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(02), 128-137.
- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H., & Steinsbekk, A. (2013). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 107-113. Doi:10.1177/0020764011423464
- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Stortingsmelding 25 (1996-97)*. Oslo.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf> Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Stortingsmelding 63 (1997-98)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>

- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene : beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning, overordnede rammer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stevens, P. E. (1996). Focus groups: Collecting aggregate-level data to understand community health phenomena. *Public health nursing*, 13(3), 170-176.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2015). *Focus groups: Theory and practice*. Vol. 20. Los Angeles, California: Sage.
- Stickley, T. (2006). Should service user involvement be consigned to history? A critical realist perspective. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(5), 570-577. Doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00982.x
- Strøm, A., & Fagermoen, M. S. (2011). Brukermedvirkning som tjenesteytelse - brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. In A. Lerdal & M. S. Fagermoen (red.), *Læring og mestring: Et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sundet, R. (2006). Tør vi tro på det pasientene sier? Om kunnskap og makt i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 02, 197-200.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations*, 17(1), 138-150. Doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19(2), 113-122. Doi: 10.1080/09540260701278937
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2005). Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(1), 1-3. Doi: 10.1017/S1121189X00001858
- Thorsen, K. (2003). Kjønn, makt og avmakt i omsorgstjenestene. Med perspektiv på bruker. I: L. W. Isaksen (red.), *Omsorgens pris: Kjønn, makt og marked i velferdsstaten*, 128-161. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tidefors, I., & Olin, E. (2011). A need for “good eyes”: Experiences told by patients diagnosed with psychosis. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 6(1). Doi:10.3402/qhw.v6i1.5243
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Turner, D. (2002). Mapping the routes to recovery. *Mental Health Today*, 29-31.

- Tveiten, S., & Knutsen, I. R. (2011). Empowering dialogues—the patients' perspective. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(2), 333-340. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00831.x
- Tveiten, S., Onstad, R. F., & Haukland, M. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment - en fokusgruppeundersøkelse. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 136-143. Doi: 10.1177/0107408315579812
- Villadsen, K. (2007). Magt og selv-teknologi. Foucaults aktualitet for velfærdsforskningen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 3, 156-167.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38(1), 49-62. Doi: 10.1002/jcop.20351
- Wibeck, V., Dahlgren, M. A., & Öberg, G. (2007). Learning in focus groups an analytical dimension for enhancing focus group research. *Qualitative Research*, 7(2), 249-267. Doi: 10.1177/1468794107076023
- Widerberg, K., & Bolstad, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt: En alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget
- Wilkinson, S. (2006). Analysing Interaction in Focus Groups. I: P. Drew, G. Raymond, & D. Weinberg (red.), *Talk and interaction in social research methods*. London: Sage.
- Williams, C. C., & Tufford, L. (2012). Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness. *Psychiatry*, 75(2), 190-201. Doi:10.1521/psyc.2012.75.2.190
- Williams, S. (2001). Sociological imperialism and the profession of medicine revisited: where are we now? *Sociology of health & illness*, 23(2), 135-158.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.
- Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 29. Doi: 10.2975/34.1.2010.29.36
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001: mental health : new understanding, new hope*. Geneva. https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2005a). *Mental health action plan for Europe*. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf
- World Health Organization. (2005b). *Mental health: facing the challenges, building solutions* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326566/928901377X-eng.pdf>

- World Health Organization (2005). *Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions*. Helsinki, Finland, 12–15 January 2005
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf
- World Health Organization. (2013a). *The European Mental Health Action Plan* (10 July 2013). http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
- World Health Organization. (2013b). *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/89966#sthash.PtF8WMIT.dpuf>
- World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association.
- Wright Nielsen, T. (2009). Viljen til at frigøre. En undersøgelse af empowerment i praksis. Socialhøgskolan, Lunds Universitet.
- Ye, J., Chen, T. F., Paul, D., McCahon, R., Shankar, S., Rosen, A., & O'Reilly, C. L. (2016). Stigma and discrimination experienced by people living with severe and persistent mental illness in assertive community treatment settings. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(6), 532-541. Doi: 10.1177/0020764016651459
- Ynnesdal Haugen, L. S., Envy, A., Borg, M., Ekeland, T.-J., & Anderssen, N. (2016). Discourses of service user involvement in meeting places in Norwegian community mental health care: a discourse analysis of staff accounts. *Disability & Society*, 31(2), 192-209. Doi: 10.1080/09687599.2016.1139489
- Young, R. A., & Collin, A. (2004). Introduction: Constructivism and social constructionism in the career field. *Journal of vocational behavior*, 64(3), 373-388.
 Doi:10.1016/j.jvb.2003.12.005
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(02), 111-118.
- Øverås, S. (2000). Hva vet vi om psykiatriske pasienters levekår? En gjennomgang av kunnskapsstatus i Norge. Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO, 7.
- Øye, C., Øvre Sørensen, N., & Martinsen, K. (2018). *Å tenke med Foucault: En bok for masterstudiene i helse-og sosialfagene*. Bergen: Fagbokforlaget.

Artikkel 1



Dependence and resistance in community mental health care—Negotiations of user participation between staff and users

I. Femdal PhD Student, Research Fellow^{1,2}  | I. R. Knutsen RN, MSc, PhD, Associate Professor³

¹Department of Health and Social work Studies, Østfold University College, Halden, Norway

²Department of Public Health and Nursing, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

³Department of Nursing and Health Promotion, Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Oslo, Norway

Correspondence

Ingrid Femdal, Department of Health and Social work Studies, Østfold University College, Halden, Norway.
Email: ingrid.femdal@hiof.no

Funding information

Høgskolen i Østfold

Accessible Summary

What is known on the subject?

- Implementation of user participation is described as a change from a paternalistic healthcare system to ideals of democratization where users' voices are heard in relational interplays with health professionals.
- The ideological shift involves a transition from welfare dependency and professional control towards more active service-user roles with associated rights and responsibilities.
- A collaborative relationship between users and professionals in mental health services is seen as important by both parties. Nevertheless, the health professionals find it challenging in practice to reorient their roles and to find productive ways to cooperate.

What this paper adds to existing knowledge?

- This study illuminates how user participation is negotiated and involves multiple and shifting subject positions in the collaboration between users and professionals in community mental health care.
- By taking different positions, the relationship between users and professionals develops through dynamic interaction.
- This study challenges understandings of equality and implicit "truths" in user participation by illuminating subtle forms of power and dilemmas that arise in user-professional negotiations.

What are the implications for practice?

- Instead of denying the appearance of power, it is important to question the execution of power in the interplay between users and professionals.
- Focusing on the negotiation processes between users and professionals is important for increasing reflection on and improving understanding of the dynamic in collaboration and speech.
- By focusing on negotiations, power can be used in productive ways in user-professional relationships.

Abstract

Introduction: Implementation of user participation is considered important in today's mental health care. Research shows, however, that user participation lacks clarity and provokes uncertainty regarding shifting roles.

Aim: To investigate negotiation of user participation in a microstudy of interplay between users and health professionals in community mental health care.

Method: This qualitative study is based on semi-structured in-depth interviews, involving ten service users and ten professionals in community mental health care in Norway. The analysis is inspired by Willig's model for Foucauldian discourse analysis.

Results: The study illuminates the dynamic nature of user participation that arises through negotiation between users' and professionals' positions as change enablers, dependents, resisters, persuaders and knowledge holders.

Discussion: Discourses of user participation allow for different subject positions in mental health care. User participation also involves government and questions of power, as well as ambitions of change and control. Professionals act in different ways to make and keep users active, participating, enterprising and self-governing, and users respond and take part within the same discursive framework.

Implications for practice: Awareness of subjects' positions in discourses is important to increase reflection on the dynamic interplay in user-professional collaboration.

KEYWORDS

community mental health care, discourse analysis, governmentality, negotiations, power, user participation

1 | INTRODUCTION

There have been major changes in mental health care over recent decades, in terms not only of deinstitutionalization but also of policy. New ideals of user participation, person-centred care, equality and resource orientation have been demonstrated internationally (Ministry of Health 1993, WHO 2005). Implementation of user participation is described as a change from a paternalistic healthcare system to ideals of democratization, where patients' voices are heard, with an aim of improving circumstances for patients with chronic conditions (Directorate of Health and Care Services (Sosial- og helsedirektoratet), 2005). It is argued that more engaged and informed service users¹ mean better outcomes and cost-effectiveness (Lawn, 2015). WHO describes how user involvement represents ideals in mental health care:

"The core service requirements include: listening and responding to individuals' understanding of their condition and what helps them to recover; working with people as equal partners in their care; offering choice of treatment and therapies, and in terms of who provides care; and the use of peer workers and supports, who provide each other with encouragement and a sense of belonging, in addition to their expertise"

(WHO 2013, p. 14).

The focus on user involvement can be connected to "recovery", that has become a central feature of mental health policies in many countries (Slade, Amering and Oades 2008; WHO 2013). The "recovery movement" is claimed to be an important reason why the voice of people

with lived experience of mental health problems has been better heard (Bonney & Stickle, 2008). The intention is to make a shift away from a dominance of institutional responses, diagnosis, drug treatments and coercive interventions to encourage people's hope and beliefs, support self-determination and community services and promote social inclusion and human rights (Slade et al., 2014).

Such a shift from a paternalistic, institutional-medical approach to empowerment-community integration in community mental health care indicates that users should be active participants and encouraged to improve their health condition (Mancini, 2011; Nelson, Lord, & Ochocka, 2001). Furthermore, the traditional psychiatric focus on diagnosis should be replaced with ideals of person-centred care and user participation (WHO 2013). This ideological shift involves a transition from welfare dependency and professional control towards more active service-user roles with associated rights and responsibilities (Juhila, Hall, Günther, Raitakari, & Saario, 2014). Consequently, people who are in need of services from community mental healthcare services are expected to participate in decisions about their health and life in close cooperation with the professionals. In addition, professionals are expected to transform their traditional roles as practitioners (i.e., expert, therapist and care provider) into new collaborative roles (Mancini, 2011).

WHO (2013) and the Norwegian health authorities (Directorate of Health and Care Services (Sosial- og helsedirektoratet), 2005, 2006) assert that independency and the ability to cope are important goals in mental health care. Ideals of user participation might, however, also be understood within a liberal economic rationality involving a transfer of responsibility from healthcare professionals to chronically ill patients (Ayo, 2012; Beresford & Russo, 2016). In a situation with chronic

conditions and consequent cost increases, individualized discourses imply that patients are given increased responsibility for their situation (Ayo, 2012; Brown & Baker, 2012).

According to the Norwegian Directorate of Health and Care Services (Sosial- og helsedirektoratet) (2006), user participation implies that users participate in shaping mental health services in partnership with professionals, to enhance the services. There are nevertheless concerns that user participation is limited, because professionals still control the participation process and outcome (Broer, Nieboer, & Bal, 2014; Milewa, Dowswell, & Harrison, 2002).

1.1 | Power in user participation

In mental health care, power often has negative connotations, and is associated with restricting others' freedom of action, as well as with domination, control and coercion, in a hierarchical system where health professionals are in power (Ørstavik, 2008). Foucault's (1980) perspective on power is different from the conventional way of understanding power, claiming that it is not a substance or a property somebody can possess. Power is exercised rather than possessed, as a mobile and unstable force, determined by an internal logic. Within such a perspective, power should not be understood as repressive, but rather as a productive force that promotes actions (Gaventa, 2003). Power can be seen as a process and not as an end product (Foucault & Gordon, 1980), because power and resistance are involved in all human relationships and embedded in everyday practices and interactions in relationships between users and professionals, constantly performed and negotiated (Foucault, 1980). Individuals are always in a position of being subject to and exercising power simultaneously (Foucault, 1980). Davies and Harré (1990, p. 62) state: "A subject position is a possibility in known forms of talk; position is what is created in and through the talk as the speakers and hearers take themselves up as persons". Using the notion of position, the multiple and shifting subject positions the participants take within this discourse can be illustrated.

In liberal societies, power is exercised as productive power where free individuals are influenced by encouraging actions in directions that are in compliance with existing norms (Foucault, 1991). By completing actions, individuals govern themselves, for example by examining and optimizing their capacities and resources through what are described as technologies of the self, underlining how people are engaged in self-constituting practices (Lupton, 2013). The term "governmentality" coined by Foucault relates to "conduct of conduct", or a decentred governance, where individuals play an active part in their own self-government (Rose, 1999). Governmentality represents a new understanding of power, as it includes forms of social control as well as the forms of knowledge and actions that enable individuals to govern themselves.

Power relations involve shifting attempts to control each other, and a process of negotiation as well as resistance between "players and partners" in specific fields (Gordon, 1991, p. 36). In the field of health care, Carr (2007) argues that after an initial step of introducing user participation comes a second step of exploring how user participation

is actually played out and changes practice. Although the term user participation or involvement is frequently used and discussed, the literature is inconsistent and lacks clarity in relation to mental health care (Borg, Karlsson, & Kim, 2009). Aspects of involvement are described as underexposed (Tambuyzer, Pieters, & Van Audenhove, 2014). Studies show that users in mental health care emphasize the importance of their relationship to health professionals (Ljungberg, Denhov, & Topor, 2016; Ådnøy Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør, & Karlsson, 2014). The importance of a collaborative relationship between users and professionals is seldom disputed. Studies show however that healthcare practitioners find it challenging to reorient their role in practice (Ness, Borg, Semb, & Karlsson, 2014; Rugkåsa, Canvin, Sinclair, Sulman, & Burns, 2014). Rugkåsa et al. (2014) find that professional authority might threaten the relationships between professionals and users. To enhance understanding of user-centredness in care and the interplay between users and professionals, they argue for microlevel analysis of implementation of user-centred care in clinical practice.

1.2 | Rational and aim

We have taken up Rugkåsa et al.'s (2014) recommendation and question how user participation is played out in community mental health care. Our specific contribution is a microfocus on the negotiations of user participation taking place between healthcare professionals and users. By taking advantage of understandings of productive power, shaped by subject positions, norms and resistance, we intend to explore such negotiations to increase insight into how user participation is played out in practice.

2 | METHODS

2.1 | Research team and reflexivity

The two authors of this study have different backgrounds as clinicians and researchers. The first author is a mental health nurse and PhD candidate, and this paper is part of her PhD study focusing on user participation in mental health care. The second author is an associate professor and nurse with a background in research on discourse and empowerment in chronic conditions. The first author performed the interviews and made contact with the clinical field. Both researchers cooperated on the analysis of data and on writing this paper.

2.2 | Study design

To gain insight into experiences of user participation from the perspectives of both service users and health professionals in psychiatric health care, we decided to undertake a qualitative study with individual interviews. Service leaders in five municipalities were informed about the project and invited to recruit participants. Participants, both users and professionals, were purposely selected for interviews by the service leaders to provide rich, relevant and diverse data pertinent to the research question (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Professionals with a bachelor's degree in a health or social profession who had

worked in half- to full-time positions for at least 6 months were informed by their service leader about the study orally and received written information and asked to participate. Inclusion criteria for service users in community mental health care were adults (>18 years) who were assisted by health services at least once every other week for at least 2 months, and who would give informed consent. Users were informed orally and received written information about the study by professionals, who were not themselves involved as participants. The first author received telephone numbers from users who accepted to be contacted for more information and to give informed consent. We ended up recruiting ten users and ten health professionals. The themes in the interview guide focused on experiences of user-professional interaction and cooperation to promote reflections on roles, expectations, opportunities and experiences. The interviews were guided by the interview guide, lasted for 45–60 minutes, were audiotaped and subsequently transcribed verbatim by the first author. Foucault's notions of discourse and power represent the main theoretical framework in the study. The analysis used Willig's model for Foucauldian discourse analysis to explore how power was negotiated in user-professional relationships (Willig, 2013).

2.3 | Data analysis and findings

Willig's six stages were considered as a guideline rather than a set of "rules" to analyse the texts systematically.

A basic point for the analysis was to understand user participation as our discursive object. We looked for different ways in which the participants talked about and reflected on cooperation and user participation in mental health services (Stage 1). Then we identified various discourses lying behind users' and health professionals' statements (Stage 2). Stage 3 involved an action orientation, and we questioned the texts about "what is gained from constructing user participation this way in this situation?" and "what is the function of this construction and how does it relate to other constructions?" We also looked for the subjects' positions (Stage 4) and asked why they positioned themselves in different ways in the different situations to understand how negotiations and actions opened up or closed down opportunities for action (Stage 5). Finally, we considered available subject positions to understand the interplay and negotiations taking place between users and health professionals (Stage 6) (Willig, 2013). Following these steps, five main positions the participants talked from arose from the analysis. Table 1 illustrates the analytical process, which was not linear, but went back and forth between the different stages. Acknowledging that power relations are created within an interview situation, the first author was aware that her background as a mental health nurse might affect the interview, as well as the analytical process. The transcripts were analysed and discussed in close cooperation by the two authors, and extracts of the analysis were discussed with users and professionals.

2.4 | Ethics

The Regional Committee for Medical Research Ethics in Norway approved this study (REK-midt 2011/2057). Service users in

mental health care may be understood as vulnerable according to ethical guidelines (WHO 2005), even though vulnerability is a contested term, broadly defined as an immanent characteristic of being human (Hurst, 2008). Mental illness is connected to stigmatization and dependency (Marcussen & Ritter, 2016), underlining the importance of taking care not to cause unnecessary harm. This implies a need to act with sensitivity in interview situations to avoid participation becoming a burden. Reflexivity and consciousness in the interview situation were therefore important. All participants were informed in writing and orally prior to signing their consent and were informed about the opportunity to withdraw from the study at any time without consequences. The participants and authors did not know each other. Participants' names in this paper are fictional.

3 | FINDINGS

The interview texts illuminate how the negotiations between users and professionals concerning reciprocal roles and responsibilities were multiple and taking place at different levels within the framework of community mental health care. An obvious concern for both users and professionals was their mutual relationship, and how to play their role in the collaboration.

An ability to negotiate in processes of participation appeared to be crucial for users as well as professionals. Both groups expressed frustration when participation was complicated and difficult, as one user explained: "It feels like I am parked in a corner, and have to accept what they offer". This reflects a position of resignation and hopelessness, with few opportunities to negotiate. Even though participation was seen as important, the interviews show that participation and cooperation have certain limits. The participants were not solely predetermined by their role as users or professionals; they talked about themselves and took various positions.

3.1 | Position as activator and promoter of change

The position as activator and promoter of change was taken by professionals aiming to activate the users towards change. Health professionals construed activity as important even in periods when users described themselves as struggling. If professionals understood users as passive because they stopped performing activities such as getting up in the morning or attending appointments, professionals sought to activate them. "It is important that the employee offers and shows different solutions when she (the user) cannot see the options herself", a professional claimed, implying that professionals ought to find ways to motivate users towards activity.

When a person is offered mental health services, professionals and users discuss what services are available and what services the user needs. Some professionals sought the users' suggestions in order to stimulate them to participation, and some expected users to undertake everyday activities themselves, like calling the dentist or making an appointment with their general practitioner.

Stages	Descriptions of the stages	Examples from the material
Stage 1: Discursive constructions	Identification of different ways in which the discursive object is constructed	Discursive object: Positions in negotiations: 1. Activating others and promote changes 2. Dependency 3. Resistance 4. Persuasion 5. Knowledge
1. Activating others and promote changes		
<i>"They do not quite know what they want, and we have to find out where to begin. Will they be able to do a certain task before coming next time? Will they manage to make a phone call, take the bus or such things?"</i>		
<i>(Emma, nurse)</i>		
Stage 2: Discourses	Differences between constructions	Expert discourse where the professional: 1. acts as a driving force, expecting goal setting 2. takes charge, demands change 3. decide whether the user's choices are acceptable
	Locate the various discursive constructions of the object	User participation discourse 1. seek for users' suggestions to stimulate towards participation
Stage 3: Action orientation	A closer examination of the discursive contexts within the different constructions of the object	Economical rationality, need of discharging patients 1. promoting and expecting users to act in specific ways to improve independency 2. pushes users towards responsibility and activation
Stage 4: Positioning	The subject positions made available within the networks of meaning that speakers can take up	Nurses take role as activator and promoter of change through role as helper and expert. Users constructed as active users, participating in their health promotion. Users negotiate knowledge
Stage 5: Practice	The relationship between discourse and practice. The possibilities for action	Nurses judge users' behaviour as acceptable or not Users scared of losing services if not playing their part in the right way Example of nurses' omission leading towards undesirable outcomes
Stage 6: Subjectivity	Relationship between discourse and subjectivity	New roles negotiated. Illuminate dependency, resistance, persuasion and knowledge

TABLE 1 Example of analysing process: position as activator and promoter of change

*"What does it take for you to do it yourself?" (...)
They would rather have me do it for them, but they do not learn anything from that. I tell them why they should do it themselves and ask what they can do on their own. "Well, maybe I could do it with some time pressure."*

(Emma, nurse).

This quote not only shows how the professional strives to get the user involved and take responsibility, but also how she puts herself in a position of deciding whether the user's solution is acceptable or not. Furthermore, professionals acted as a driving force, expecting users to

set goals, and pursue them as partners. One way of doing this was to give users "homework", o reach goals.

The texts show that the professionals positioned themselves as leaders of change to push users towards responsibility and activity. Users responded in different ways, but Hannah (user) explained how some felt: "I know patients who don't dare to say stop. They keep it to themselves".

3.2 | Position as dependent

We have seen how health professionals pushed users into an active role, contrary to a more traditional role as dependent, patient

and grateful. Slipping into a passive role was accordingly construed as problematic, and to meet expectations, users described how they tried to act in compliance with what they believed the professionals wanted. The users understood themselves as dependent, which made opposition difficult. This was the case of a user who did not cook dinner after years of struggling with an eating disorder:

I remember a professional who came to make dinner. He said I had to practise. I had to practise making dinner! I did not want to, but I did not dare to say no when they offered me help. Maybe I wanted to be a good client. I was afraid of the consequences if I said no... (...) I was afraid of many things... That Richard [professional] would be mad at me and keep on talking about it a lot. In addition, even worse: that they would not talk to me anymore.... (pause). Maybe he was testing me, to see if I dared to say no.

(Liz, user).

Liz casts light on her feelings of dependency. Some users position themselves as teammates, but adjust their conduct to what they believe is expected in order to avoid conflicts. Tanja (user) claimed that she needs lowered expectations from the professional when depressing symptoms bother her the most. To be a "good user" is described as stressful, due to uncertainty about the professionals' expressed or unexpressed expectations.

Users' construction of themselves as dependent on health care thus puts them in a subordinate position, especially when the community healthcare system wishes to restrict the number of users. The professionals are expected to discharge patients and limit the number of users, as here where they describe trying to convince users to discharge themselves.

We have waiting lists. We have to discharge somebody. I believe I have discharged a lot more users than they ever did. I was aware of it when I started working here. I knew that is how they work here.

(Emma, nurse).

Accordingly, in some situations, health professionals view themselves as loyal to the healthcare system at the expense of the users. They did however identify this as a matter of balancing. An open and positive relationship with users was necessary to perform their duties and services, being able to negotiate and cooperate with users. Accordingly, dependency was not unilateral.

3.3 | Position as resistant

Even though users positioned themselves as dependent, they did not necessarily act subserviently. The interviews show that users sometimes resisted professionals in different ways, but took a role as active and responsible. Discussions between users and professionals were sometimes explicit, and at other times tacit.

"I was supposed to receive help from a newly graduated woman once. What she said was straight from the textbook. Does she really know what she is talking about? I did not have any respect for her as a professional. (...) I resigned. I would not let her get to know me. ... I was not motivated to get to know her either."

(Liz, user).

In some situations, users positioned themselves as resistant and resigned from, or declined, the service offered. The user's right to oppose and speak up for him-/herself was highlighted in some interviews. The user took action instead of accepting the professional she was assigned, showing that proposals for alternative actions are negotiable.

3.4 | Position as persuader

Several users asserted that the professionals were astute at defending their views, and thus they found negotiations related to the services challenging. Nevertheless, some had trust in the professionals' persuasion at times, perceiving it as reasonable. "Somehow, I guess they have tried almost everything before they say: 'enough is enough - this is not working.' They make you change your mind by talking you onto the right path again"

(Tanja, user).

First, the use of persuasion was described as gentle, often appealing to their sensibilities. Tanja explained how she told the professional at the community mental health care and the general practitioner that she wanted to quit drugs. In response, they appealed to her previous experience with the medicines, trying to convince her to continue to take the medication. But when the professionals failed in their efforts, they changed strategies: "If I do not take them by myself, they say nurses from the homecare will come and watch me take them" (Tanja, user). In this example, persuasion amounted to coercion applied in an effort to restrict the user from making autonomous choices that professionals view as bad and contradictory to participatory and person-centred services.

Lack of persuasion could be challenging too, as when professionals were concerned about the consequences of a decision, but nonetheless refrained from preventing it or easing the user's burden. A user became ill and needed hospitalization when she decided to come off her medication.

I told the general practitioner and professional I used to see in community mental health care: "I quit". Therefore, I quit. They did not say anything. They knew me well, that I would do it anyway. I had to go through it myself, to see what happened. It was a huge letdown. Hospitalized! I felt terrible. When I felt better, they told me they could not have stopped me anyway. "You had to find out for yourself."

That is how we saw the situation, but we hoped it would work out in a good way. We knew you would do it anyway"
(Greta, user).

This quote illuminates difficult negotiations between a user and health professionals, leading to hospitalization. By presenting the professionals as passive and unenterprising, the user's position as persuader is illustrated.

The opposite situation arose when professionals made decisions against the user's request or waited until it was too late before telling them, as when a professional arranged a meeting with the Child Welfare Service against the mother's request, because the professional considered the user incapable of caring for her child.

I told the mother what I intended to do. When I informed the participants at the meeting, she already knew I was going to tell them. I did not do it in writing. I just told them about my concern for the child
(Mona, nurse).

With the professional taking the position as an authority, the user's opportunity to participate was very limited. Preparing the mother may be seen as an attempt at user participation, hoping that the mother will agree with the decision.

3.5 | Position as knowledgeable

The interviews illuminate how expert discourses were often present when topics of knowledge were discussed. In mental health services, "true knowledge" is typically associated with having specialist professional knowledge, thus allowing professionals to take sole power and control. Expert knowledge often appeared through expressions like "it is for the patient's own good". Involving users by appealing to them about their experiences did however also frustrate users sometimes.

He does not give me the answer right away when I ask him something. He says I have to figure it out myself. He helps me to figure out how I actually feel about it myself. At the same time, it is quite frustrating. Why can he not just give me the answer right away?

(Liz, user)

Users' knowledge does however also challenge health professionals.

I am convinced that medication is important for his kind of illness, when I think about it as a professional (...). He [referring to a user] has a lot of power as well: "I have read about it, I read it in... he is a member of Mental health [a nationwide user organization in Norway]. It is this book written by a man diagnosed with schizophrenia who manages without any medication, just by changing his diet. Eat less sugar, and that kind of thing. He has a lot of power through his knowledge, and he uses it against me.

The user's construction of himself as the expert made the nurse insecure regarding what knowledge to trust and if her own knowledge was outdated.

4 | DISCUSSION

User participation is widely supported in policy and in mental health services, and it reflects and is reflected in current discourses of democratization and equality in contemporary society. The findings in this study illustrate how ideals of user participation, equality and empowerment are played out at a microlevel in the close relationships between users and professionals in primary mental health care. As language is understood as constitutive and meaning situated and created in interaction in discourse analysis, the analysis of position opened a theoretical space and a way to grasp how the participants understood their situation, how they believed the other part positioned them and how they believed they positioned themselves towards the other party in collaboration. When approaching everyday practices in a discursive perspective, the practices are understood in the light of greater societal structures of discourse.

The concept of service-user participation sounds dynamic and emancipatory (Stickley, 2006), compared to old-fashioned healthcare systems dominated by paternalism. Nevertheless, perspectives of user participation and government also include notions of power, change and control (Hui & Stickley, 2007). This study shows how professionals try to activate users and govern them to participate in services offered and furthermore towards independence from services. It is a common finding that contemporary discourses in mental health services involve users with rights and responsibilities, where health professionals expect users to be active participants encouraged to improve their own health conditions (Mancini, 2011; Nelson et al., 2001; Solbjør, Rise, Westerlund, & Steinsbekk, 2013). This might be understood as an aspect of liberal societies where liberty and freedom are transferred to the citizens in an effort to empower them to become self-governing, enterprising individuals (Vander Schee, 2008), thereby leading to new collaborative roles between users and professionals (Mancini, 2011), which is illuminated by the findings in this study. Transfer of responsibility can be a complex process. The study illustrates that professionals refrain from intervening even when they know users have made decisions that might worsen their condition. When professionals avoid intervening, thereby risking challenges and decreased health, this might be understood as a fear of power and as negligent (Dean, 2010).

Today the perception of the "active self" appears with a new, different kind of freedom to make choices (Rose, 2008). Concepts such as personal choice and the freedom to choose are key tenets of neoliberal rationality (Ayo, 2012), and exemplify an individualistic stance within neoliberal healthcare policy. Personal engagement in one's own health might be understood as an expected duty in contemporary discourses. Accordingly, we can say that user participation draws on discourses of responsabilization. The findings in this study illuminate negotiations of responsibility. Health professionals sought user participation and self-government and aimed to discharge patients from

services because of high workload. The participants, however, did not aim for responsibility and independence, at least not all of them. Some were scared of being discharged and losing contact with the health services. Others compromised themselves to avoid unpleasant situations or losing services.

Juhila et al. (2014) claim that professionals construct service users as consumers by offering service options in choice-making sequences. However, professionals in this study aimed to make users conduct themselves in ways the professionals considered to be the "right" way, in line with ideas of governmentality. The ambiguity in the notion of governmental power is that governors aim to govern so effectively through self-government that external coercion can be reduced to a minimum (Foucault, 1977). Within contemporary liberal government, there is however a paradox, as Karlsen and Villadsen (2008, p. 360) point out, i.e., that self-governed individuals are to be "managed". Broer et al. (2014) describe how users and professionals frequently feel powerless as they struggle with the contributions users could make to the improvement processes and functions they should fulfil.

User participation and empowerment in mental health care draw on discursive ideals of freedom and independence, realizing the individual's willpower, authority and capacity to act (Hui & Stickley, 2007). This study shows that, despite the efforts to engage users' participation, staff-administered and powerful actions are played out to achieve these ideals. The professionals' will to empower users and play a role as negotiators and to provide cooperation was present. The study sheds light on how users and professionals talk from different positions when they talk about their user-professional relationships. By seeing power relations as dynamic, different subject positions appear and illuminate how power in user-professional relationships can be understood as constantly performed and negotiated (Foucault, 1980). The study illustrates how both power and practice change within contemporary discourses, and underlines the importance of studying practices to "grasping the conditions that make these acceptable at a given moment" (Foucault, Faubion, & Rabinow, 2001; p. 225).

4.1 | What the study adds to the international evidence

This study illuminates the microfocus power at play in negotiations of user participation in mental health care from the positions of users and professionals. The study adds knowledge about the dynamic nature of user participation appearing through negotiations of positions through activation, dependency, resistance, persuasion and knowledge. The perspective of productive and ambiguous power revealed an interplay of tensions and instability. The study illuminates fragile situations in clinical practice with a relational and interleaved play of power. We argue for investigating power where it is played out and have not found other studies illuminating such play of power between actors in this field.

4.2 | Strengths and limitations of the study

Strength of the current study lies in its focus on how users and professionals position themselves when power is negotiated in

user-professional relationships in community mental health care. An equal number of users and professionals were interviewed. When 20 participants were interviewed, saturation appeared to be attained. However, within a Foucauldian discourse analysis, there is no goal to find an "overall truth" about user participation in mental health care. Discourse analysis does not aim to give a neutral approach in a study. This implies that other perspectives will raise other interesting findings. As there are other studies supporting the findings we describe, we find that our approach is relevant and informs the field.

Despite the fact that generalization is not a focus in discourse analysis, one may assume that the knowledge attained regarding the subject positions may be transferable to similar contexts. This may allow for and lead to further reflections within existing practices in mental health care and influence understandings of user participation and its limits.

4.3 | Implications for practice

User participation is understood to displace paternalistic power in mental health care. This study shows that power plays have changed in the clinic through the implementation of user participation as an ideal, and the power appears in more subtle ways. This tells us that concepts of redistribution of power are idealistic and easily overshadow questions of power. Instead of denying the appearance of power, it is important to question its execution in the interplay between users and health professionals.

5 | RELEVANCE STATEMENT

User participation is described as a change from a paternalistic health-care system to ideals of democratization where users' voices are heard in relational interplays with health professionals. Finding productive ways to cooperate may be challenging for both users and professionals. In this study, we investigate and discuss how user participation is played out and negotiated in user-health professional relationships in community mental health services. Clarifying the discourses at play within user participation can allow for further reflection within existing practices in mental health services and influence how user participation is negotiated in the future.

ACKNOWLEDGMENTS

We would like to thank the users and professionals who participated as informants in this study.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare no potential conflict of interests with respect to the research, authorship and/or publication of this paper.

FUNDING

This study was undertaken as part of Femdal's PhD project. The authors received no financial support for the research, authorship and/or publication of this paper.

ENDNOTE

¹ Various terms are used to describe receivers of health services (Christmas & Sweeney, 2016). To talk about these individuals as a group, separated from the professionals, we use the term "user" in this paper.

REFERENCES

- Ådnøy Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B., & Karlsson, B. (2014). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(2), 110–117. <https://doi.org/10.1111/inm.12024>.
- Ayo, N. (2012). Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), 99–105. <https://doi.org/10.1080/09581596.2010.520692>.
- Beresford, P., & Russo, J. (2016). Supporting the sustainability of mad studies and preventing its co-option. *Disability and Society*, 31, 270–274. <https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1145380>.
- Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(2), 140–153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x>.
- Borg, M., Karlsson, B., & Kim, H. (2009). User involvement in community mental health services—principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), 285–292. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01370.x>.
- Broer, T., Nieboer, A. P., & Bal, R. (2014). Mutual powerlessness in client participation practices in mental health care. *Health Expectations*, 17(2), 208–219. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00748.x>.
- Brown, B. J., & Baker, S. (2012). Mental health and personal responsibility. In B. J. Brown, & S. Baker (Eds.), *Responsible Citizens: Individuals, Health and Policy under Neoliberalism* (pp. 69–95). London, UK: Anthem Press.
- Carr, S. (2007). Participation, power, conflict and change: Theorizing dynamics of service user participation in the social care system of England and Wales. *Critical Social Policy*, 27(2), 266–276. <https://doi.org/10.1177/0261018306075717>.
- Christmas, D. M., & Sweeney, A. (2016). Service user, patient, survivor or client... has the time come to return to 'patient'? *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 9–13. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.167221>.
- Davies, B., & Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43–63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x>.
- Dean, M. (2010). *Governmentality: Power and rule in modern society*. London, UK: Sage.
- Directorate of Health and Care Services (Sosial- og helsedirektoratet). (2005). *Mental Health Work for Adults in the Municipality: Description of Disciplines, Advice and Guidance (Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene: beskrivelse av fagfeltet, råd og veiledning)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/109/IS-1332-Psykisk-helsearbeid-for-voksne-i-kommunene.pdf> (accessed 28 Jan 2017).
- Directorate of Health and Care Services (Sosial- og helsedirektoratet). (2006). *User participation - Mental Health. Goals, Recommendations and Action in Escalation. (Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse)*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf> (accessed 28 Jan 2017).
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish: The birth of the prison*. London, UK: Allen Lane.
- Foucault, M. (1980). *The history of sexuality 1: An introduction*. New York, NY: Vintage.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. In C. Gordon, G. Burchell, P. Miller & M. Foucault (Eds.), *The Foucault effect. Studies in governmentality with two lectures by and an interview with Michel Foucault* (pp. 87–104). London, UK: Harvester/Wheatshaf.
- Foucault, M., Faubion, J. D., & Rabinow, P. (2001). *The essential works of Michel Foucault, 1954-1984, Vol. 3: Power*. London, UK: Allen Lane.
- Foucault, M., & Gordon, C. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Gaventa, J. (2003). *Power after Lukes: An overview of theories of power since Lukes and their application to development*. Typescript, Brighton: Participation Group, Institute of Development Studies.
- Gordon, C. (1991). Governmentality: An Introduction. In M. Foucault, G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality* (pp. 1–51). Chicago: University of Chicago Press.
- Hui, A., & Stickley, T. (2007). Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: A discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 416–426. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04341.x>.
- Hurst, S. A. (2008). Vulnerability in research and health care; describing the elephant in the room? *Bioethics*, 22(4), 191–202. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x>.
- Juhila, K., Hall, C., Günther, K., Raitakari, S., & Saario, S. (2014). Accepting and Negotiating Service Users' Choices in Mental Health Transition Meetings. *Social Policy and Administration*, 49, 612–630. <https://doi.org/10.1111/spol.12082>.
- Karlsen, M. P., & Villadsen, K. (2008). Who should do the talking? The proliferation of dialogue as governmental technology. *Culture and Organization*, 14(4), 345–363. <https://doi.org/10.1080/1475950802489680>.
- Lawn, S. (2015). Integrating service user participation in mental health care: What will it take? *International Journal of Integrated Care*, 15(1), 1–6. <https://doi.org/10.5334/ijic.1992>.
- Ljungberg, A., Denhov, A., & Topor, A. (2016). Non-helpful relationships with professionals—a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 25(3), 267–277. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101427>.
- Lupton, D. (2013). *Risk*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Mancini, M. A. (2011). Understanding change in community mental health practices through critical discourse analysis. *British Journal of Social Work*, 41(4), 645–667. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr067>.
- Marcussen, K., & Ritter, C. (2016). Revisiting the relationships among community mental health services, stigma, and well-being. In B. L. Perry (Ed.), *50 Years after Deinstitutionalization: Mental Illness in Contemporary Communities. Advances in Medical Sociology, Vol. 17* (pp. 177–207). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Milewa, T., Dowswell, G., & Harrison, S. (2002). Partnerships, Power and the "New" Politics of Community Participation in British Health Care. *Social Policy and Administration*, 36(7), 796–809. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00318>.
- Ministry of Health. (1993). *Putting People First: The Reform of Mental Health Services in Ontario*. Toronto, Ontario: Ministry of Health Ontario.
- Nelson, G. B., Lord, J., & Ochocka, J. (2001). *Shifting the paradigm in community mental health: Towards empowerment and Community*. Toronto: University of Toronto Press.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" Collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>.
- Ørstavik, S. (2008). Time for a change in knowledge, power and culture (Tid for endring i kunnskap, makt og kultur). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(02), 111–118.
- Rose, N. (1999). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rose, D. (2008). Madness strikes back. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 18(6), 638–644. <https://doi.org/10.1002/casp.981>.
- Rugkåsa, J., Carwin, K., Sinclair, J., Sulman, A., & Burns, T. (2014). Trust, deals and authority: Community mental health professionals' experiences of

- influencing reluctant patients. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 886–895. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9720-0>.
- 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.
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 17(2), 128–137.
- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H., & Steinsbekk, A. (2013). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 107–113. <https://doi.org/10.1177/0020764011423464>.
- Stickley, T. (2006). Should service user involvement be consigned to history? A critical realist perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 570–577. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00982.x>.
- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2014). Patient involvement in mental health care: One size does not fit all. *Health Expectations*, 17(1), 138–150. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x>.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
- Vander Schee, C. (2008). The Politics of Health as a School-Sponsored Ethic: Foucault, Neoliberalism and the Unhealthy Employee. *Educational Policy*, 22(6), 854–874. <https://doi.org/10.1177/0895904807312471>.
- WHO. (2005). *Mental health declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf (accessed 28 Jan 2017).
- WHO. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/89966#sthash.PTF8WMI.T.dpuf> (accessed 28 Jan 2017).
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead, UK: Open University Press.

How to cite this article: Femdal I, Knutsen IR. Dependence and resistance in community mental health care—Negotiations of user participation between staff and users. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24:600–609. <https://doi.org/10.1111/jpm.12407>

Artikkel 3

RESEARCH

Open Access



The right place? Users and professionals' constructions of the place's influence on personal recovery in community mental health services

Ingrid Femdal^{1,2*}

Abstract

Background: Current mental health policy emphasizes the importance of community-based service delivery for people with mental health problems to encompass personal recovery. The aim of this study is to explore how users and professionals construct the place's influence on personal recovery in community mental health services.

Methods: This is a qualitative, interpretive study based on ten individual, semi-structured interviews with users and professionals, respectively. A discourse analysis inspired by the work of Foucault was used to analyze the interviews.

Results: The findings show how place can be constructed as a potential for and as a barrier against recovery. Constructions of the aim of the services matter when choosing a place for the services. Further, constructions of user–professional relationships and flexibility are important in the constructions of an appropriate place for the services.

Conclusions: The aim of the service, the user–professional relationship, and flexibility in choosing place were essential in the participants' constructions. To find “the right place” for mental health services was constructed as context-sensitive and complex processes of assessment and co-determination.

Trial registration The study is approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics, Norway (REK-Midt 2011/2057)

Keywords: Community mental health services, Personal recovery, Place, Productive power, Social constructionism

Background

Current mental health policy emphasizes the importance of community-based service delivery for people with mental health problems to encompass personal recovery [1]. The place community mental health services are provided in can be understood as materiality, as a physical place. In this paper, however, place is in addition considered as social constructions. Previously, place and space have been described as emerging after hospitalization to offer shelter and care for people with mental problems [3, 4]. This study contributes to the research on place and

space by focusing on constructions of how place in community mental health services impacts personal recovery by focusing on place as a social construction.

Place and recovery in the context of community mental health services

Recovery has become a forefront of the policy agenda in many countries [1, 2], and is central to hopes for progress in mental health policy. The World Health Organization (WHO) claim that “community-based service delivery for mental health needs to encompass a recovery-based approach that puts the emphasis on supporting individuals with mental disorders and psychosocial disabilities to achieve their own aspirations and goals” [1], p. 14. Community mental health service is supposed to promote independence, belonging, and to strengthen the

*Correspondence: ingrid.femdal@hiiof.no

¹ Department of Health and Social Work Studies, Østfold University College, 1671 Kråkerøy, Norway

Full list of author information is available at the end of the article



ability to cope with life [5], p. 7, reflecting expectations for progress. Personal recovery is described as subjective and unique, taking place within the context of the person's everyday life [6]. It is defined as "a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. (...) a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness" [7]. Davidson and Roe [8] identified two different meanings of recovery: "recovery from" mental illness and "recovery in" mental illness. The notion "recovery from" is based upon people who had been given diagnoses of severe mental illness becoming symptom free and not returning to the patient role. By contrast, the notion "recovery in" derives from the Mental Health Consumer or Survivor Movement and refers to the person's own effort and work in getting on with life and creating a life in a community despite their mental health problems [8]. "Recovery from" can be understood in terms of medical discourses, focusing on symptoms and disease, while "recovery in" emphasizes discourses that are social and existential. From a "recovery-in" perspective, professionals are expected to use their skills and expertise in collaborative partnerships with the person's own change process [9]. These collaborative relationships take place and are constructed in multiple ways. Cresswell [10] claims that "place is a word that seems to speak for itself" and there has been a rather shallow understanding of what the word place means. He argues that place is space invested with meaning in the context of power [10]. Place-making is seen as a process of transforming "space" (that is no-place) into "place" [11].

Gieryn [12] describes place as having three defining features. Place as a geographic location refers to a distinct physical spot (ibid.). People attach meaning to geographic locations through their own experiences and understandings, and through social, cultural and economic circumstances [13]. Secondly, place has a material form, like a living room or an office. Social processes, such as power, happen in the material forms we design, build and use [12]. The third feature of place is investment with meaning and value. Gieryn [12] claims that without naming, identification or representation by people, a place is not a place. Place is described as an investment with meaning, and value appears in constructions of place as lived experience, sense of belonging, social place and healing place. Place as lived experience, implies that people experience it in distinct ways, like when one person experiences a place different at different times, as the experiences and constructions of place are changing [10, 13]. Place as 'the meaning and significance people accord to a specific place' refers to a sense of belonging [14], p. 204. Constructions of place sometimes demonstrate the meaning

of relationships, like place as a healing place. As such, it is constructed as a social place in terms of interpersonal relationships involving user and provider [14]. The nurse's presence is considered as a therapeutic enterprise and as contributing a unique and comforting element to the person's illness experience [14, 15]. Constructed as a social place, place refers to interpersonal relationships developing between user and provider, and between relatives and provider. Such relationships are central in the current discourse on mental health services [16, 17]. In this discourse, the ideal relationship is presented as supporting personal recovery [18].

Community based mental health services are supposed to encompass a recovery-based approach, based on the individual's own aspirations and goals [1]. One of the places to do so is in the user's home. The home environment represents a multitude of meanings, like personal security, privacy [13, 18–22], comfort, control [19], identity, [22] and autonomy [20, 21]. The notion home is not just spaces in a mundane sense. Rather, it is imbued with emotions, relations and histories [23]. Home as lived experience, space and social place means that the constructions depends on the power relationships between the involved persons. Professionals' constructions of a user's home may be based on what the user's home look like, if it is neat and clean or messy and unclear, how it is decorated with items, furnishings and other effects. A home visit is thus a professional tool to enter private home-spaces, observe and collect data required for professional assessments [4]. Physical structures may accordingly be seen as representing underlying social structures and other invisible divisions [13]. Dyck et al. [19], p. 175 claim that "the home's materiality is also a signifier of a person's location within power relations that influence access to material resources, as well as culturally valued consumer goods". Healthcare delivery in a person's home is frequently cast as an invasion of privacy or an intrusion on a person's space [24]. Some claim that the privacy of the home is challenged and, as a consequence, the user's ability to restrict public surveillance is compromised [13]. However, professionals' sense of power, authority, control and sense of a controlled workspace may also be altered [13].

Mental health service can be provided in mental health workers' offices and other places in addition to the users' homes [25–27].

Some perceive the professional's office as a formal place [25] and emphasize the potential of using the users' surroundings in an effort to achieve good contact or practicing on everyday situations the users perceive as difficult [27]. Some use public places such as shops and cafés to practice the management of situations the users find

extremely discomfoting, like going out among other people [26].

Care relationships and productive power

“Care and care relationships are located in, shaped by, and shape particular spaces and places... (..),” according to Milligan and Wiles [28], p. 736. To develop an understanding of how relationships and power shape the constructions of places’ meaning for individual support, the work of Foucault [29, 30] is applied. Foucault was interested in power as an omnipresent and relational phenomenon and studied power at the level of society as a whole as well as what he referred to as “the capillary level of power” [29]. He claimed that power is always present in human relationships and preferred the phrase “*relations of power*” over “power” [30]. Power relations are described as mobile, reversible, and unstable [31]. Thus, power is unavoidably present in all social relations, such as those between users and professionals, and users’ and professionals’ actions and beliefs shape and are shaped by such power relations. “We cannot jump outside the situation, and there is no point where you are free from all power relations. But you can always change it” [30].

In mental health services power often has negative connotations, and is associated with restricting other people’s freedom, domination, control and coercion, in a hierarchic system where health professionals possess power [32]. According to Foucault however, power is not a substance or a property one can claim to possess. Within such a perspective, power is not understood as repressive, but rather as a productive force that promote actions [33]. However, in this paper I draw on Foucault’s notion of power as “to be able to”. In English, the term power refers to both the capacity to do something and to the act itself [34]. The French language, by contrast, has two terms to decipher power, *puissance* and *pouvoir* (...), where broadly the former denotes capacity and the latter denotes the act of power [34], p. 105–106). Elden [35] claims that Foucault attempts to capture the creative, productive sense of power by using the French word *pouvoir* meaning, “to be able to”.

Aim

The aim of this paper is to explore *how users and professionals construct the place’s influence on personal recovery in community mental health services*. It follows from this that the intention is not to present the true right place for these services, but to present how “the right place” is co-constructed by people involved in community-based community mental health services.

Methods

This qualitative, interpretive work using individual, semi-structured interviews was designed to explore how the place influence personal recovery in community mental health services from the perspectives of both users and professionals.

Recruitment of participants and sample

Participants were recruited through the public community mental health services at municipality level, based on the acceptance of the service leaders. To meet the inclusion criteria, professional participants had a bachelor’s degree in a health or social profession and work half- to full-time position for at least 6 months. The service leaders recruited mental health workers who met the criteria. Inclusion criteria for service users were adults (> 18 years), assisted by community mental health services at least once every other week for at least 2 months, diagnosed with schizophrenia, psychosis or moderate/severe depression, who would give informed consent. The users’ contact persons at the community mental health care service recruited users to the study. The researcher received contact information only to users and professionals when they accepted to participate in the study. The material presented here is based on 10 users and 10 professionals, seven women and three men in each group.

The interviews

The participants chose the place for their interview: in the participant’s home, at the community mental health care center or at the interviewer’s workplace. The author, who is a mental health nurse and a Ph.D. candidate, did the interviews. The themes in the interview guide focused on experiences of user–professional interaction and cooperation to promote reflections on roles, expectations, opportunities and experiences. Questions were asked from the themes in the interview guide. The interviews lasted for 45–60 min, and were audiotaped and transcribed verbatim by the author.

Data analysis

A discourse analysis inspired by the work of Foucault was used to analyze the interviews. By using the six stages developed by Willig [36] the author performed the analysis manually. Initially, the text was read without any purpose of analyzing. To understand the constructions of places’ influence on personal recovery in community mental health service was the discursive object and a basic point for the analysis. The aim in stage 1 was to identify all the ways the phenomena of study were described and constructed. I explored how

the discursive objects were constructed through language, and what types of objects that were constructed. In stage 2, various discourses behind users' and health professionals' constructions were identified by focusing on the differences between their constructions and by asking what discourses the constructions were based on and what their relationship to each other were. In the third stage, I analyzed the achievements of the constructions and what is gained by deploying them in this position. In stage 4, I asked why the participants positioned themselves as they did in the situations to understand how place and actions opened up or closed down opportunities for action. Stage 5 maps the opportunities provided by this positioning. In the sixth stage, I wanted to identify the subjectivity of the object when placed in the specific positions. The focus here was to detect what potentially can be felt, thought and experienced from the available subject positions [36]. The author used the input of colleagues to temper personal biases. The steps are shown in Table 1.

Ethical considerations

The guidelines of the Helsinki Declaration have been followed and the study is approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics (REK-Midt 2011/2057). Ethical approval of the project was given with the requirement that users should be recruited by professionals who were not themselves involved as participants in this study. All participants gave their written consent prior to the interviews and they were informed about the opportunity to withdraw from the study at any time without consequences. Participants' names in the findings are fictional.

Findings

The overall impression working with the data is that the constructions were related to the place's meaning and potential for personal recovery and not on the physical place as such. By studying the dynamics of place and recovery, processes of user–professional relationships came to the fore. The findings reveal two main areas when the participants constructed the place's influence on personal recovery in community mental health

service: the place as a potential for recovery and as barriers against recovery.

Constructions of place as a potential for recovery

User–professional relationships were often involved in the participants' constructions of place as a potential for recovery. The meaning of the relationship comes to the forefront, when Hanna (user) explains how she feels when Caroline (professional) visits her at home:

"I don't have to be stressed doing housework before Caroline comes. You want to make a good impression when you are having guests. It is not like that when she comes. You don't have to make up an excuse and delay the visit—just because you could not handle the housework. She is not a friend. It is something else" (Hanna, user).

By her statement, Hanna demonstrated that she did not feel pressure from too great expectations when the professional visit her at home. Rather, she felt more relaxed than when she is having guests. She created a position for the professional that released herself from duties expected to be fulfilled when having guests.

The user's autonomy and right to decide is essential in the participants' constructions of the place's influence on personal recovery when professionals visits users at home. Professionals cannot take it for granted to be invited in, Hanna (user) claims; "It is up to me to unlock the door." (laughs). "Or else they cannot come in. When you are feeling down, it is easy to lock the door and close the curtains". By this statement, Hanna showed that she is in charge to decide whether she wanted to give the professional access to her home or not. Furthermore, the participants describe a transformation of users' and professionals' roles and positions when a user receives services in his or her home.

"A user can say; "It's enough", and I have to comply to his or her wishes. In my opinion, they have more power at home than here (...). "This is my home. I smoke whenever I want to". In fact, that is difficult. To be in someone's home when he or she smokes a lot. To have to change clothes after you have left.

Table 1 The analysis process, based on Willig's six-stage analysis model

Stage 1	Discursive constructions	How were the place's influence on personal recovery constructed in the data?
Stage 2	Discourses	What discourses are the statements drawn upon and how are they related?
Stage 3	Action orientation	What do the constructions achieve and what is gained from deploying them?
Stage 4	Positioning	What subject positions are made available by these constructions?
Stage 5	Practice	What possibilities for action are mapped out by these constructions?
Stage 6	Subjectivity	What might the users and professionals feel, think and experience from the available positions?

Their autonomy... where you can sit, where to go... it is their homes. They decide. When you are there, they control you a little as well. I have my space, but it is far less than the user's. This is my space. I have to ask for permission. "May I use the bathroom?" I cannot just take another piece of cake or coffee if the user has not asked me to" (Lars, professional).

By asking for permission and expecting the user's rules to be dominant, Lars positioned himself as a visitor in the user's home. In a home, there is no public smoking law. The resident decides—it is his or her domain. These constructions differs from a traditional paternalistic one, where professionals' make the rules.

The aim of the service needed was important in the constructions of the place as a potential for recovery. The participants constructed places as motivating and empowering for the users. Some described the importance of having an appointment at the community mental health center as a way to become motivated.

"When I have an appointment, it helps me to get out. Get up in the morning, get out of the house, and make sure I get there on time. When I am ill and feeling down, I usually stay at home. It is of great importance, especially in situations like that, to get out." (Greta, user)

The way to or back from the mental health care center was sometimes described as an opportunity to practice skills they struggle with, like doing some shopping on the way home, taking the bus by themselves or talking to someone they meet on the way. Finding solutions together and to be flexible in order to meet the users' challenges in their everyday lives were described as motivating for the users. "When a person feels that it is too hard to come, I visit them at home" (Emma, professional). Lars (professional) claimed: "If they don't manage to come here themselves, I sometimes ask if they want me go along with them... if they don't have someone to accompany them". By this quotation, the journey from the user's home to the community mental health care center is constructed as a way to overcome an obstacle.

Even measures that are usually negatively connoted, as being controlled in their own homes, could be motivational for some of the users:

"They came to check if I have done the things we agreed on. (...) When it happened, it was all right. I had an excuse to clean and clear up. It would be difficult to do it if they did not come to check. It is a kind of motivation." (Anna, user)

Professionals expected themselves to motivate users to keep up with their housework, and looked for solutions that could motivate and empower the users:

"Sometimes I suggest that we do the dishes as we talk about what the week was like, when it is messy in a person's home. It is part of working on the relationship, doing something practical and helping the person doing some housework" (Linda, professional).

This statement presents doing housework together as serving several purposes: It can be a way to reflect on the passing week, work on the relationship, and to clean up the house. The disorganized home can be interpreted as a sign of mental illness, and doing homework together as attempt to make the user active and participating again. However, the professional do not do the housework on behalf of the user but expect him to participate, which can be interpreted as part of a user participation discourse.

The participants did not only construct the user's home or an office as places with potential for recovery in mental health services. Participants explained that meeting in other places, like sitting on a bench outside the user's home, in the woods, go for a walk or at a café, could be a way to create a safe environment in which they could be exposed to the things the user fear or avoid. The professionals positioned themselves as the ones making the suggestions, even though they rather wanted the users to do so themselves; "Usually, the idea comes from me. Nevertheless, sometimes they make proposals after a while. Some have suggestions as to where they would like to go. I encourage them to do so. Usually, they are my suggestions" (Erik, professional). By being the one who makes the suggestions, Erik takes the position as the one who govern the process. He tries to encourage the user to make the same suggestions as he did as well.

Professionals argued that it was necessary to visit a user at home in order to get important information about a person's everyday life with mental health problems in some situations.

"When a person is at home, it is easier to understand what he or she struggles with. They can sit in my office saying everything is all right at home, or just the opposite. When you come home to a person, you make an assessment yourself" (Lars, professional).

The statement may be interpreted as a sign of distrust in the user, as the professional did not trust the user to come forward with the important information themselves. At the same time, it can be understood as a way to learn to know the user and the place's influence on how the user cope with their mental health problems. Many of

the users lived in families. The presence of family members at home was used as an argument to make the user come to the professional's office: "Often the users want it themselves. 'My wife is at home, too. I would rather not talk about my problems when she is present.' So we talk about his or her situation and find a solution" (Marie, professional). In this case, the user is an active part of the decision-making. "At home, the telephone is calling, there are things they need to do. The concentration on the conversation is much better here. Here we have provided a place and time for the conversation" (Hilda, professional). By this argumentation, Hilda underline the importance of being flexible and cooperative without interruptions.

Constructions of place as a barrier against recovery

As in constructions of place as a potential for recovery, user–professional relationships were often involved in the participants' constructions of place as a barrier against recovery. The Place was described as somewhere the participants felt vulnerable or uncomfortable. "First, you have to open up your home, and then you have to open up yourself. I think I would have felt more vulnerable if she came to my house" (Siv, user). By talking about her feeling of vulnerability if the professionals came to her house, an asymmetry in the relationship appears. The professionals did not open their homes for the users. She said she feels extra vulnerable and nervous when the professional came to her house.

"There was a time I did not make myself dinner. It was not because I did not know how to. It was because I would rather not eat. I remember a health worker who came to my house to help me make dinner. They said I needed to practice cooking. I did not want it to happen, but I did not dare to say no. Wanted to be a good client. Was afraid of the consequences if I resisted... I was afraid of several things. I was afraid they would be mad at me, that it would lead to many negative things. That Tobias (fictive name on the professional) would be mad and talk about it a lot. Even worse... Maybe he did not want to talk to me again" (Siv, user).

Siv talked as if the professionals took for granted that they knew what was best for her—even without asking about her opinion. The fear for the consequences seemed to surpass the fact that she did not want the professionals to come to her house to practice cooking. By putting pressure on Siv and not ask for her opinion, they demonstrated a rather paternalistic attitude.

Some professionals offered the users services at their office to save time. By doing this, they had time for more users. This can be interpreted, as the need to save time and be effective was superior to the users' individual

needs. In accordance, some professionals claimed they were concerned about how to end a user–professional relationship to avoid that the number of users accumulates. This way, the users' individual needs become subordinate to the system and the need to save money. At the same time, a dominant understanding among users and professionals was that it takes time to get to know each other well and to establish a good alliance. A good user–professional relationship based on trust was described as a prerequisite to feeling safe and comfortable, regardless of the physical place.

It was a dominant understanding by users and professionals that users felt vulnerable and uncomfortable in some situations and at some places. However, the professionals were also constructed as vulnerable and scared:

"Health workers can feel threatened and be afraid of accusations when they visit a person at home. Sometimes we go two mental health workers when we feel insecure... Sometimes sexual matters affects the situation. You can be accused of things you have not done. I have never been in a situation like that, but sometimes I am afraid to be accused of having other intentions than I have. When it comes to avoiding physical attacks, it is smart to be two, too." (Martin, professional)

In this quote, Martin talks about ways to protect himself from false accusations and physical attacks. At the same time, he position users as dangerous and unpredictable. What he does not talk about is the user's reaction to this behavior, like when two professionals visit them in their own homes. This behavior may reinforce the differences, as the user does not necessarily have support from a partner. Accordingly, the professional's fear and insecurity can work as a barrier against the user's recovery. The procedure at the professionals' offices at mental health centers could also reinforce the differences between user and professional:

"Usually they come to talk in my office. (...) I go to the waiting room to bring him or her to my office when it is time, because the doors are locked. I show him or her to my office and the conversation takes place here. I use to sit here and the user there (points at the chairs)" (Anna, professional).

Differences in the roles and the surroundings can be seen as reflecting differences in power: One is coming to get help; the other is supposed to help. "The person who needs help is at the provider's office," The mental health worker is in possession of an office. He or she waited for the helper to unlock the door; the helper has a key to unlock the door. One decides where to sit; the other person was offered a place to sit. The asymmetry

is even more obvious when she later tells that the staff and the people seeking their help use separate toilets: “Yes, of course. The public toilet is down the hall. Ours is right over there”. In these discourses, Anna talks about the asymmetry as self-evident. The statement underlines the differences between helpers and people coming for help, it becomes a “they” and “us”. The distance became evident through the asymmetry described by where they meet and what the room is like:

“It depends on the setting... This is kind of my domain. This is my office. We also have a meeting room. I don't like it so much because it is cold and impersonal. In our office, there are chairs and a little table in the middle. It is so much more comfortable... I don't like to talk with clients the way we sit right now (in the meeting room, chairs on each side of the table). It is almost like an examination. And I don't mean to examine them” (Lars, professional).

By this statement, Lars suggests that any room at the center is appropriate, regardless of the design and functions of the room. He shows how the room can work as an obstacle to recovery if the way they sit and talk feels like an examination.

Discussion

In this study, places were created as frames the person recovers in. The constructions of place were not necessarily located to a specific geographic location, rather to the function the place had in a person's recovery process. Constructions of place can be considered as fluid and relational, with experience and actions understood as produced distinct from rather than within space [23].

The study demonstrates that users and professionals constructed place as a social place in terms of interpersonal relationship between user and professional. The importance of creating and preserving a good, trusting user–professional relationship is underlined in the literature [4], as it is in this study as well. The findings illuminate how the choice of place sometimes is taken for granted when the professionals assume they know what is best for the users to recover in. They are told, rather than provided an opportunity to engage in a relationship that is reciprocal, to influence on their recovery process. Perkins and Slade [37] claim that a good relationship is very difficult when power is not acknowledged or addressed through the process. To be treated as a person and not as an object gives the patient a feeling of being respected [20]. However, the professionals act in different ways to govern users; to make and keep users active, participating, enterprising and self-governing, and users respond and take part within the same discursive framework [38]. Powers [39] argues that empowerment improves the

ability of people to be governed. She claims that despite the ideas of redistribution of power are emphasised in contemporary health care, power relations are not changed, and practices of empowerment end in dependency (ibid.). A user–professional collaborative treatment process towards the user's expectations for treatment and personal aims for treatment and life, is claimed to be important to recover from mental health problems [26, 40].

In the study constructions of user–professional relationship was essential when a place was chosen, showing that the power relation can open up or close the possibilities to develop, regardless of the physical location. By choosing place related to the goals for the interaction, the users were able to work on challenging situations. This is an example of how power is productive and not just repressive, in line with Foucault's notion of power as strategic acts that encompass all directions [29]. Community nursing means thinking about how place matters in the users' lives and ask them about the meaning that particular place hold for them [13].

The study illuminates how the constructions of the user's home as the place for user–professional interactions lead to diametrically different directions: as safe and comfortable or as surveillance and a stressful situation. Usually, a home is considered as a private place, a place from which they can exclude unwanted outsiders [13]. There may be a risk that routines and security requirements that originate from hospital norms and values will be transferred to the home without critical reflection [41, 42]. What was meant to be a part of deinstitutionalization might be considered as an institutionalization of a person's home, and the home space become more “public” [19]. There has been warned against modelling home care for people with mental health problems on institutional care [43, 44]. Heritage [45] claim that professionals perform their institutional identities in the users' homes, when they use topics during visits which have an institutional agenda (like goal orientation, targeted and based on care plans), or when they follow certain procedures discussing and checking the condition of the clients and their apartments. As a consequence, users can find it degrading when they have to adapt their activities in their own homes to the routines of the professionals [20]. On the contrary, social call talks without any professional aims may contribute to a “recovery in” inclusion process [4].

In this study, professionals struggle to find ways to cooperate with the users and exercise their role as professionals, leading to frustration regarding how to exercise their work as a professional, as well as paternalism. Some claim that professionals take their power for granted in user–professional relationships [13]. Juhila et al. [4], p.

106 argues that homes “can be institutionalized, if workers take a leading, authoritative, controlling and interventionist role in home encounters.” The constructions of the boundaries between public and private become blurred. On the contrary, the blurred boundaries between personal and professional in community mental health services can create spaces that engender a more egalitarian partnership between users and professionals [46]. The study also shows that professionals are challenged when there service users and professionals have competing needs. For instance, when a professional visits a user who smokes a lot in his or her home, and the professional changes his clothes before meeting the next user. On one hand, users have the right to smoke in their own homes. Decisional autonomy is believed to be one of the basic principles of an ethical health care system [47]. On the other hand, the home is also mental health workers’ work environment. The health workers are exposed to the cigarette smoke whether they want it or not. Furthermore, the smell of smoke from the health workers’ hair and clothes may feel uncomfortable to other users.

The study shows that institutional thinking has been transferred to community mental health care when professionals come to pick up the user at the waiting room, unlock the doors, lead the conversation against goals, and care plans. One can ask if the users really are able to cooperate and make autonomous decisions if the professionals set the rules, and if professionals only ‘pretend’ co-determination directed at practicalities rather than involving users in fundamental decisions [48]. This is considered as tokenistic involvement when people are led to believe that their influence is greater than it actually is.

Strengths and limitations of the study

The strengths in this study lies in its focus on both users’ and professionals’ constructions of the place’s influence on personal recovery in community mental health services. The purpose of a discourse interview would not be to look for a true and external reality that science to a greater or lesser degree can correspond to [49]. Nevertheless, awareness of the meaning of place is important to increase reflexive and improved understandings of how place influences recovery processes.

The fact that I understand my inquiry to be inextricably bound to my positions in social worlds and in the Norwegian context in particular may be considered as a limitation of the study. For instance, most community mental health services are public in Norway. These constructions may still be transferable to others settings in other countries. The focus of discourse analysis is not to find an underlying truth, but to show how discourses operate in order to make some statements accepted as meaningful and true [36]. Truth is understood as a discursive

construction and different knowledge regimes state what is true or false.

Conclusion

The constructions show that there is no such place as “the right one” in community mental health services. On the contrary, to find places that is suitable to recovery in mental health problems is a complex process of assessments, flexibility and co-determinations. By clearing the discourses at play within the place’s influence on personal recovery in community mental health services, the existing practices in the field can be opened up to further reflections and awareness when choosing places in community mental health services.

Authors’ contributions

The author read and approved the final manuscript.

Author details

¹ Department of Health and Social Work Studies, Østfold University College, 1671 Kråkerøy, Norway. ² Department of Public Health and Nursing, Norwegian University of Science and Technology, 7491 Trondheim, Norway.

Acknowledgements

I would like to thank the users and professionals who participated as informants in this study.

The article is part of Ingrid Femdal’s doctorate.

Competing interests

The author declare that there is no competing interests.

Ethics approval and consent to participate

The study is approved by the Regional Committee for Medical Research Ethics, Norway (REK-Midt 2011/2057).

Funding

The author received no specific funding for this work.

Publisher’s Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Received: 21 February 2018 Accepted: 25 May 2018

Published online: 31 May 2018

References

1. WHO (World Health Organization). Mental health action plan 2013–2020; 2013.
2. Slade M, Amering M, Oades L Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2008;17(2):128–137
3. Curtis S. Space, place and mental health. Farnham: Ashgate Publishing Ltd; 2010.
4. Juhila K, Hall C, Raitakari S. Interaction during mental health floating support home visits: managing host–guest and professional–client identities in home-spaces. *Soc Cultur Geogr*. 2016;17(1):101–19. <https://doi.org/10.1080/14649365.2015.1042401>.
5. Directorate of Health and Social Services (Helse- og sosialdirektoratet). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene (Community Mental Health Services for Adults); 2005. p. 15–1332.
6. Borg M, Davidson L. The nature of recovery as lived in everyday experience. *J Ment Health*. 2008;17(2):129–40. <https://doi.org/10.1080/09638230701498382>.

7. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. 1993;16(4):11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
8. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health*. 2007;16(4):459–70. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>.
9. Ness O, Borg M, Semb R, Karlsson B. "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8(1):55. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>.
10. Cresswell T. *Place: a short introduction*. Hoboken: Wiley; 2013.
11. Vanclay F. *Place matters*. In: Vanclay F, Higgins M, Blackshaw A, editors. *Making sense of place: exploring concepts and expressions of place through different senses and lenses*. Canberra: National Museum of Australia Press; 2008. p. 3–11.
12. Gieryn TF. A space for place in sociology. *Annu Rev Sociol*. 2000;26:463–96. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.26.1.463>.
13. Bender A, Clune L, Guruge S. Considering place in community health nursing. *Can J Nurs Res*. 2009;41(1):128–43.
14. Carolan M, Andrews GJ, Hodnett E. Writing place: a comparison of nursing research and health geography. *Nurs Inq*. 2006;13(3):203–19. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00322.x>.
15. Osterman PA. A participant observation study of experienced nurses' presence in daily care. Kingston: University of Rhode Island; 2002.
16. Department of Health. *No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages*. In: *Mental health service reform*. England: Department of Health; 2011.
17. Kirsh B, Tate E. Developing a comprehensive understanding of the working alliance in community mental health. *Qual Health Res*. 2006;16(8):1054–74.
18. Department of Health. *New horizons: a shared vision for mental health*. Engand: Department of Health London; 2009.
19. Dyck I, Kontos P, Angus J, McKeever P. The home as a site for long-term care: meanings and management of bodies and spaces. *Health Place*. 2005;11(2):173–85. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.06.001>.
20. Holmberg M, Valmarit G, Lundgren SM. Patients' experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(4):705–12. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00983.x>.
21. Liaschenko J. Home care, novels, and the future. *Home Care Provider*. 2001;6(5):148–9. <https://doi.org/10.1067/mhc.2001.119266>.
22. Williams A. Changing geographies of care: employing the concept of therapeutic landscapes as a framework in examining home space. *Soc Sci Med*. 2002;55(1):141–54. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00209-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00209-X).
23. Tucker I. Everyday spaces of mental distress: the spatial habituation of home. *Environ Plan D*. 2010;28(3):526–38. <https://doi.org/10.1068/d14808>.
24. Magnusson A, Lützn K. Intrusion into patient privacy: a moral concern in the home care of persons with chronic mental illness. *Nurs Ethics*. 1999;6(5):399–410.
25. Almvik A, Sagsveen E, Olsø TM, Westerlund H, Norvoll R. "Å lage farger på livet til folk"; god hjelp til personer med rusproblemer og psykiske lidelser i ambulante team («Painting Lives»: good help for people with substance abuse and severe mental problems in assertive outreach teams). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2011;8:154–62.
26. Biringier E, Davidson L, SundfØr B, Ruud T, Borg M. Service users' expectations of treatment and support at the Community Mental Health Centre in their recovery. *Scand J Caring Sci*. 2016;31(3):505–13. <https://doi.org/10.1111/scs.12364>.
27. Olsø TM, Almvik A, Norvoll R. Hjelpsomme relasjoner. En kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom brukere med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og fagpersoner i to oppsøkende team (Helpful relations. A quality study about the alliance between users with serious mental health problems and health care professionals in two outreach teams). *Nordisk tidsskrift helseforskning*. 2014;10(2):121–31.
28. Milligan C, Wiles J. Landscapes of care. *Prog Hum Geogr*. 2010;34(6):736–54. <https://doi.org/10.1177/0309132510364556>.
29. Foucault M. *Power/knowledge: selected interviews and other writings 1972–1977*. Brighton: Harvester Press; 1980.
30. Foucault M. *The essential works of Michel Foucault, 1954–1984, vol. 1. In: Ethicssubjectivity and truth*. London: Allen Lane; 1997.
31. Foucault M. How much does it cost for reason to tell the truth. In: Foucault live (Interviews, 1966–1984). New York: Semiotexte; 1989. p. 233–57.
32. Ørstavik S. Tid for endring i kunnskap, makt og kultur (time for changes in knowledge, power and culture). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2008;5(02):111–8.
33. Gaventa J. *Power after Lukes: an overview of theories of power since Lukes and their application to development*. Typescript: Participation Group, Institute of Development Studies; 2003.
34. Allen J. *Lost geographies of power*. RGS-IBG book series, vol. 79. Hoboken: Wiley; 2011.
35. Elden S. *Mapping the present: Heidegger, Foucault and the project of a spatial history*. London: Continuum; 2001.
36. Willig C. *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: Open University Press; 2013.
37. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming a statutory service. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24(1):29–39. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.645025>.
38. Femdal I, Knutsen IR. Dependence and resistance in community psychiatric health care—negotiations of user participation between staff and users. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017;24:600–9. <https://doi.org/10.1111/jpm.12407>.
39. Powers P. Empowerment as treatment and the role of health professionals. *Adv Nurs Sci*. 2003;26(3):227–37.
40. Slade M. Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv*. 2012;63(7):702–4. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100521>.
41. Andrews GJ. Locating a geography of nursing: space, place and the progress of geographical thought. *Nurs Philos*. 2003;4(3):231–48. <https://doi.org/10.1046/j.1466-769X.2003.00140.x>.
42. Liaschenko J, Peter E. Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. *J Advan Nurs*. 2004;46(5):488–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03011.x>.
43. Canvin K, Bartlett A, Pinfold V. Acceptability of compulsory powers in the community: the ethical considerations of mental health service users on Supervised Discharge and Guardianship. *J Med Ethics*. 2005;31(8):457–62. <https://doi.org/10.1136/jme.2003.004861>.
44. Magnusson A, Severinsson E, Lützn K. Reconstructing mental health nursing in home care. *J Advan Nurs*. 2003;43(4):351–9. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02723.x>.
45. Heritage J. *Conversation analysis and institutional talk*. In: Fitch KL, editor. *Handbook of language and social interaction*. Hoboken: Taylor and Francis; 2005. p. 103–48.
46. McGarry J. The essence of 'community' within community nursing: a district nursing perspective. *Health Soc Care Community*. 2003;11(5):423–30. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2003.00445.x>.
47. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7th ed. New York: Oxford University Press; 2013.
48. Ynnesdal Haugen LS, Envy A, Borg M, Ekeland T-J, Anderssen N. Discourses of service user involvement in meeting places in Norwegian community mental health care: a discourse analysis of staff accounts. *Disab Soc*. 2016;31(2):192–209. <https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1139489>.
49. Aase TH, Fossåskaret E. *Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode (constructed realities: qualitatively oriented method)*. Oslo: Kopinor pensum; 2013.

Artikkel 3

Equality and differences: group interaction in mixed focus groups of users and professionals discussing power

Ingrid Femdal^{a,b} and Marit Solbjør^b

^aDepartment of Health and Social Work Studies, Østfold University College, Halden, Norway; ^bDepartment of Social Work and Health Science, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway

ABSTRACT

Using focus groups, the group interaction provide an important source of data about the group process. The aim of this study is to explore how users and professionals in mixed focus groups interact when discussing power in user-professional relationships. By analysing three mixed focus group discussions where both mental health service users and professionals participate, the article contributes to the discussion on focus group interaction in mixed focus groups. The analysis is inspired by Stevens' twelve-question guide for group interaction. The results show how the participants related to the vignettes, how they related to each other, and contradictions and disagreements in the focus groups discussing the vignettes. Despite the participant's background as users and professionals, the vignettes engaged the group discussions and became a tool for equality within the groups. By discussing power in user-professional relationships in mixed focus groups, the vignettes were interpreted from perspectives as user, mental health workers and researchers. Mixed focus group interaction can make a valuable contribution to developing knowledge in the field of mental health service research.

KEYWORDS

Focus groups; interaction; heterogeneous focus group; mental health; community mental health service; vignettes; power

Introduction

Focus group interviews have become increasingly popular within health science research, but information on social interaction in the group and its influence on data and analysis has been underreported (GrønkJær, Curtis, Crespigny, & Delmar, 2011; Moen, Antonov, Nilsson, & Ring, 2010). Group interaction is the main feature of focus group interviews and the main source of data (Jayasekara, 2012; Morgan, 2012). Interaction between participants may stimulate discussion to disclose otherwise hidden topics (Papastavrou & Andreou, 2012). Homogeneity between group participants could be necessary to ensure meaningful conversation or open-heartedness, while diversity is needed to reveal different perspectives and ideas (Forsyth, 2013; Krueger & Casey, 2009; Stewart & Shamdasani, 2015). This raises questions about power relations within focus group interviews, particularly for studies in the field of mental health where the asymmetric power balance between users and professionals is a concern. Focus group studies involving both users' and professionals' perspectives tend to separate the two (Burton et al., 2015; Rose, Evans, Laker, & Wykes, 2015). What is unique in the present study is the exploration of group interaction among users and professionals discussing power in mixed focus groups.

The aim of the study is to explore how users and professionals in mixed focus groups interact when discussing power in user-professional relationships.

Framework

Focus group interviews take place within a complex and dynamic social context where group interaction is of great importance for the co-constructions of meaning. Among the advantages of focus groups relative to individual interviews, focus group interaction may produce a wider range of information, insights and ideas, and the participants' responses can be more spontaneous and less conventional because no individual is required to answer a question in a group interview (Stewart & Shamdasani, 2015). Comments by one participant may trigger responses from other participants and stimulate participants to express their ideas and expose their feelings (ibid.) Belzile and Öberg (2012) claim that there is a tacit division between researchers who view participants mainly as individuals sharing held truths, and researchers who view participants as social beings co-constructing meaning in the focus group. Constructivists view knowledge and truth as created, not discovered (Schwandt, 2003). Our perspective is that meaning and categories that frame everyday life are social constructs and that focus group interviews are socially constructed, negotiated events. Constructs from focus groups are influenced by group interaction, internal factors and external framing (Stewart & Shamdasani, 2015). Stewart and Shamdasani (2015) present three key elements of the design in focus group research: research

environment factors, group composition and interpersonal influences. *Research environment* involves factors such as size and design of the room to create a common ground to feel safe, interpersonal distance and adequate time to discuss without interruption. In the present article, the analysis will concentrate on group composition and interpersonal influences.

When discussing *group composition*, homogeneity and heterogeneity are frequent concerns. Research on focus group dynamics indicates that greater homogeneity is associated with a greater willingness to communicate with each other, less conflict and greater cooperation (Stewart & Shamdasani, 2015). According to Morgan (2012), too many researchers still think of homogeneity in terms of demographics and background characteristics. However, participants who have experiences from the same field have less need to explain themselves to each other and may more easily react appropriately to the group discussion (Morgan, 2012). Others find heterogeneous groups more effective due to differences in skills, perspectives and knowledge (Paulus & Nijstad, 2003). More important than homogeneity is group compatibility, i.e. that group members have similar personal characteristics such as needs, personality and attitudes (Stewart & Shamdasani, 2015). Thus, the nature of the topic and the group composition's influence on results ought to be considered in each study. What a participant says and how he or she says it is shaped by their expectations of how other participants will react to what they say. Expectations about other participants' behaviour are often embodied in stereotypes (Stewart & Shamdasani, 2015), and will impact upon how the participants relates to each other. Group cohesiveness refers to the degree to which members experience fellowship with other group members and with the group as a whole. It occurs when bonds link members of a social group to one another or to the whole group, and can be divided into four components: social relations, task relations, perceived unity and emotions (Forsyth, 2013).

A person's social status may influence the group (Mizil, Lee, Pang, & Kleinberg, 2012). Being identified as a user in mental health care service, a professional or researcher may bring out stereotypes that influence social *power* and the group interaction. Social power is having the potential to influence others in a group setting (Forsyth, 2013). Perceptions of power may influence individual behaviour and the reactions of others (Stewart & Shamdasani, 2015). Theoretically, power has been understood in two contradictory ways: as possessed or as exercised. On the one hand, power gives negative associations like restricting another person, domination, control and coercion. In another interpretation, power is seen as a productive positive

element in social life (Miller & Tilley, 1984). In this article, we regard power as positive and productive rather than repressive, following a Foucauldian perspective. In this regard, power should be seen as a verb rather than a noun; "to be able to", rather than something which is or which can be held onto (Allen, 2011). "The exercise of power is not simply a relationship between partners, individual or collective; it is a way in which certain actions modify others" (Foucault, 1982, p. 788). From a Foucauldian view, power is mobile, reversible and unstable (Foucault, Bertani, & Fontana, 2004), constantly performed and negotiated in all human relationships (Foucault, 1980). Resistance and power are closely related by this view; "where there is power, there is resistance" (Foucault & Gordon, 1980, p. 95). Using Foucault's understanding of power, power and resistance are inherent in all user-professional relationships as well as in focus group interaction.

The study

This article is the second stage of a qualitative two-stage study. During the first stage, 10 users and 10 professionals were interviewed individually about their experiences with power in service user-professional relationships in community mental health care service (Femdal & Knutsen, 2017). Despite policy goals for more user involvement and empowerment in mental health services, the study found negotiations and use of power between users and health professionals. To explore this phenomenon further, vignettes from these interviews became the basis for the present focus group study and people with experience as users and professionals were invited to focus group interviews.

Vignettes

The use of vignettes in focus groups provides an opportunity to expose personal issues and experiences indirectly (Hughes & Huby, 2004; Spalding & Phillips, 2007). In this sense, vignettes are a valuable technique for exploring individuals' beliefs and opinions in regard to specific subjects (Barter & Renold, 1999). Vignettes could contain texts or images, interaction or statements (Hughes & Huby, 2004).

In the present study, we developed five vignettes with short quotations from the individual interviews. All vignettes are about power in mental health user-professional relationships (Table 1). Two show a short conversation between a participant and the interviewer, two show an individual quote, and one shows different concepts used on the person who is assisted by community mental health care service.

Table 1. Five vignettes from the individual interviews.

Subject	Content
1 Place	Moderator: Is it like having a guest? User: No, it's not like that. I don't have to feel stressed doing housework before Caroline (the professional) comes. You want to make a good impression when you are having guests. It's not like that when the professionals come. You don't have to make up an excuse and delay the visit – just because you couldn't handle the housework. She is not a friend. It's something else.
2 Knowledge	User: He doesn't give me the answer right away. He says I have to find the answer myself. He's asking me questions. (...) It's quite frustrating. Can you not just give me the answer? At the same time I am thankful he treats me that way. He shows me respect. He has faith in me. It's good to know that I can do it myself.
3 Power	Professional: We don't use power here.
4. "She represents me"	User: I don't feel I can take care of my own interests when I am going to meetings at NAV (<i>The Norwegian Labour and Welfare Administration</i>). I feel so small. That is why I want Mona to come with me. She says, "Tor needs this and Tor needs that". It's the only thing that works. It's the only way I can make NAV listen. I think that is a positive way of using power. Moderator: Do you think they listen to her more because she is a professional? User: Absolutely! (...) I guess they would listen to me, too – but not the way they listen to Mona. (...) Moderator: Do you influence what she's going to say at the meetings? User: Yes, we discuss it before the meetings. She speaks my case.
5 Concept (what to call the person who is assisted by the mental health care service)	Professionals: User, person, client, disabled Users: Patient, user, client

Recruitment and participants

Users and professionals with extensive experience from community mental health care services were considered to have valuable experience and qualified for participation in focus groups. In order to participate in the study, users had to be registered as a user by community mental health care service for two months or more, being assisted at least once every other week, be aged 18 to 67, be diagnosed with schizophrenia/psychosis, bipolar disorder or moderate to severe depression and be able to give an informed consent. Professionals had to have a BA degree in a health or social profession, and having held a 50–100% position in a community mental health care service for at least six months. Users and professionals could not be in or previously have been in a therapeutic relationship. Professionals were asked about participation from their team manager, while users were informed about the study by their contact person at the community mental health care service.

Three focus groups were sampled from different regions. Each group included two users and two professionals. All but two participants were female. One male user and one male professional participated in groups 1 and 2, respectively.

The focus group interviews

All interviews took place at the community mental health care centre. The first author, who is a mental health nurse and a trained interviewer, moderated all focus groups. Moderator used a script to ensure similar introduction and carrying out of each focus group. However, some vignettes were given more time in some groups than in others. After a short introduction to the interview, the vignettes served as a basis

for the focus group discussion. Each vignette was printed on paper and given to the participants, one vignette at a time. The moderator read the vignette aloud, after which the group discussion took place. The participants were encouraged to talk to one another, exchange anecdotes, ask questions, and comment on each other's experiences and points of view.

To observe the group interaction when discussing the statements, the moderator were non-directive, letting the discussion flow naturally as long as it remained on the topic of interest. When the discussion stopped or were out of focus, the moderator asked questions and probed comments. Use of eye contact, facial expressions, nodding and pauses may have encouraged participation. As a final question to each group, the moderator asked what is was like to participate in the group interview. Each interview lasted about 90 minutes and was audio recorded.

Data analysis

Immediately after each interview, the moderator wrote field notes. The first author transcribed the interviews verbatim and interview transcripts were read carefully by both authors. Analysis was based on a twelve-question guide for group interaction (Stevens, 1996). These questions asked how closely the group adhered to the issues presented for discussion, and why, how and when related issues were brought up was explored. Following Stevens, we looked for statements that evoked conflict and contradictions in the discussion, as well as common experiences and alliances formed among group members. Finally, topics that produced consensus, how emotions were handled, how the group resolved disagreements and which interests were represented in the group were identified. The authors read the

interviews individually several times, compared them with field notes, and discussed analyses towards consensus. Three main themes with subthemes were developed, as shown in Table 2. All interviews were coded following Stevens' twelve questions, and subsequently by the main themes and subthemes in Table 2.

Ethical considerations

The study was approved by the regional committee for Medical Research Ethics in Norway (REK-midt 2011/2057). Participants were informed orally and in writing about the purpose of the study and that participation was voluntary. All participants gave their written informed consent, and discussed the meaning of confidentiality. A professional was asked to assess the user's condition on the day of the interview and was available for contact afterwards, in case of any reactions. The reason for the restriction not to include participants with a therapeutic relationship in the same group was to ensure that participation in the study would not influence the interviews or further treatment.

Results

The results of this study are presented through three main themes: how focus group participants related to the vignettes, how they related to each other, and contradictions and disagreements. Each main theme have sub themes, highlighted using italics in the text. The last section of the results is a description of how participants reflected upon their participation in a mixed focus groups.

How the participants related to the vignettes

When introducing new vignettes, the groups varied in who began the discussion. Most often, it was one

of the users who started. All participants in all three focus groups became actively involved in discussing vignettes. Discussion about the first vignette in each group had to be initiated by several questions from the moderator, while subsequent vignettes were debated with less moderator instruction. When presenting a new vignette, the participants usually began their reflections with *how persons behind the vignettes might have thought or felt*. In two groups, professionals read out parts of vignettes during the discussion in order to explore intentions behind the quotations in the vignette. This allowed participants to learn about each other's general views on the subject, before disclosing more personal experience.

After such initial discussions, personal experiences dominated the groups. Participants recognised situations in the vignettes and related to them on a personal level, sharing their experiences with the group.

User 2: I think he [*the person from the vignette*] is right. It is more likely to win approval if you bring a professional.

User 1: Yes.

User 2: If you show up alone, they seem to look down on you. Standing there with your application. Looking down on you.

User 1: I agree with you.

User 2: I can speak for myself, as long as the person [*a professional*] is there with me. It helps. It is just like... well, I guess it is true what you say.

Professional 2: I provide services to many people. The user and I cooperate. "I can help you contact NAV [*The Norwegian Labour and Welfare Administration*]". "I can accompany you and arrange a meeting". This is how we are supposed to cooperate. It may be that I have more power as a professional, but it is only used as part of the cooperation with the user. Power is not negative. It is about making things happen. I believe that this is what

Table 2. Development of the themes and sub themes presenting the results.

Steven's twelve question guide to analyze group interactions (1996, p. 172) (presented in random order)	Three main themes presented in the article	Sub-themes presented in the article
<ul style="list-style-type: none"> • How closely did the group adhere to the issues presented for discussion? • Why, how and when were related issues brought up? • What statements seemed to evoke conflict? • Was a particular view dominant? 	How the participants related to the vignettes	<ul style="list-style-type: none"> * how persons behind the vignettes might have thought or felt * spoke from different positions * be the knowledgeable
<ul style="list-style-type: none"> • Were alliances formed among group members? • Was a particular member or viewpoint silenced? • How did the group resolve disagreements? • Whose interests were being represented in the group? 	How the focus group participants related to each other	<ul style="list-style-type: none"> * talked over each other, interrupted each other, or asked questions * talking about their own experiences * positions from outside the focus group setting influenced interaction * support and comfort across backgrounds * Influenced by the moderator
<ul style="list-style-type: none"> • How were emotions handled? • What were the contradictions in the discussion? • What common experiences were expressed? • What topics produced consensus? 	Contradictions and disagreements	<ul style="list-style-type: none"> * disagreement led to development of discussions * changed their minds

the cooperation is about, if we want to achieve something. I think that is terrific.

User 1: I have experienced that when you go on your own, you will not be heard at all. Whereas, when I am accompanied by a professional, I achieve many things. They are very different situations.

(Discussion of vignette 4, group 2)

Participants *spoke from different positions* discussing the vignettes. Statements about power and empowerment in mental health services seemed to lead them to draw on experiences from their own positions as users and professionals. Two forms of argumentative power appeared in the discussions: professional knowledge, and the right of users to define the field. One example of this was one group, discussing vignette 3, which led to criticism of diagnostic stigma within traditional psychiatry. Based on their position within community mental health services, these professionals distanced themselves and their approach from traditional psychiatry. However, in the end, a user's voice concluded the discussion by confirming the professional opinions.

Professional 2: (...). We are not too concerned with diagnoses. Diagnoses are important for understanding that some people are more vulnerable than others. We need diagnoses to understand how we can help them. Beyond that, we are not concerned about diagnoses.

User 1: There are many professionals in the mental health care service... They follow the textbook when a person has a diagnosis. (...)

Professional 2: When we discuss matters with a user, we rarely talk about diagnoses.

Professional 1: We talk about how a person functions. About vulnerability and things like that.

Professional 2: Yes, about how people are.

Professional 1: Of course, if a person has been psychotic, we know medication can be important. It is not that we disregard it; we are concerned about providing the right treatment. Beyond that, we don't focus on it. We rarely talk about it. Hardly ever.

User 1: I have never experienced you [*the professionals from this centre*] being focused on a diagnosis. Never felt that someone used the diagnosis against me.

(Discussion of vignette 3, group 2)

In all three groups, user experience became a productive power through allowing users to *be the knowledgeable*.

User 1: We are lucky to have you. I do not think other municipalities offer as good service as you do. They can't afford to visit a cafe and so on.

Professional 1: You seem to know more about that I do.

User 1: Yes, I know that for sure. I know all about it.

(Discussion of vignette 1, group 2).

How the focus group participants related to each other

Initially, each focus group started politely with participants answering questions from the moderator. They allowed other participants time to finish talking before the next participant started. After a short while, however, the discussion loosened up as participants became more enthusiastic. Excitement and insecurity were evident when each interview started, laughter followed humorous statements, and enthusiasm and involvement came out when participants disagreed with each other. Occasionally, participants *talked over each other, interrupted each other, or asked questions* that moved the discussion in a new direction. Some participants were quiet when others became excited. One of the groups distinguished itself in this regard, where one user dominated the discussion and the other user became silent. The silent user took part in the discussion again only after another group participant asked a direct question.

Positions within and outside the group played out in different ways. While participants drew on their outside positions, throughout group interaction they also found new positions in relation to each other. The complexity of positions within and outside the group, and between equality and power became evident when using "you" and "us" within different contexts. Sometimes "we" referred to both users and professionals, establishing the present focus group as a "we". In other contexts, asymmetry between users and professionals became evident through using "you" and "us", thus classifying users and professionals in separate groups. Disparity between "you" and "us" was more evident when the participants were *talking about their own experiences* when discussing the vignettes.

During discussions which revealed that some of the focus group participants were in need of help, while others were providers of such help, *positions from outside the focus group setting influenced interaction*. Some debates showed that users and professionals had different perspectives on a topic. In one group, users and professionals had different views on the meaning of time in mental health services. This sparked a debate about time and the relationship between users and helpers, with users having experienced a lack of time with their helpers, and professionals explaining why.

Moderator: How can service providers know what to do, if the user is supposed to find the answer themselves or if they need some help to do so? How do you know, how do you find out?

Professional 1: Through being patient. By waiting. Not telling the person what is wrong or right.

User 2: It is about time and patience. Sometimes I feel... It is about time. You feel they don't have time for you, they look at the clock. In addition, you have hardly started. I have noticed that a lot, especially at the hospital. It takes time to feel better. Before you do, they send you home again. Then it's back again. That is my experience.

Professional 1: As a therapist, or what can I say... as a helper. Therapist wasn't quite right (Laughter). About time... How observant you are regarding time, that you notice we are looking at the clock. It is as if you are time bound. How to use time effectively without telling people what to do.

(Discussion of vignette 2, group 3)

However, giving accounts of personal experiences sometimes led to exposing vulnerabilities among both users and professionals. In these situations, members of the group gave each other *support and comfort across backgrounds*. This was not restricted to users being vulnerable and professionals supporting them. In addition, professionals expressed helplessness in their role as mental health workers. In our interpretation, this shows how the focus group setting created homogeneity across backgrounds, despite heterogeneity of positions and power outside the group.

Professional 2: It is very easy to give advice as a service provider. I do not want to be a service provider who gives advice. I want to be a service provider who listens and asks questions, and who has the patience and awareness to help the person find the advice that works for him or herself. However, I am not sure I manage to do so. And I know I cannot manage to do this all the time (...). I know I am not supposed to do so.

User 1: There are many service providers who give advice. Many.

(Discussion of vignette 2, group 2)

In some situations, some professionals asked questions to other participants, acting as co-moderators. In our interpretation, this widened the discussion, by bringing in new perspectives or challenging other participants. Group interaction was also *influenced by the moderator*. The participants' associations carried discussions further as they responded to each other's statements and reflections. Sometimes participants made associations beyond the aim of the study. When this occurred, the moderator carefully tried to re-direct the discussion by asking questions about the last vignette or by returning to previously debated subjects. Moreover, as the groups discussed vignettes, they included the moderator by looking at her and waiting for her to respond to their discussion. The participants' inclusion of the moderator even turned

the discussion to a matter of the moderator's concern in one group:

User 2: Mmm. Participant, right? I would rather be called user than client. User, patient. I have also heard the term user-patient. Also, resident. When I call the community mental health care service... I don't think "client"... it sounds so cold.

Mmm

Professional 1: (Turning to the moderator) Now I am curious about what you are going to use in your work. (Laughter)

Moderator: I can feel the pressure! (Laughter) I am grateful to hear your opinions. Somehow, I have to solve it.

User 1: Can you use the phrase "person with user experience"? That way you emphasise the experience, not primarily the fact that we are users. In addition, you can use "person with experience as a professional". (Laughter)

(Discussion of vignette 5, group 3)

Solving the problem of what to call the participants also became a joint task within the group and seemed to stimulate the creativity of the participants even more.

Contradictions and disagreements

No major conflicts arose during the focus group interviews. Nevertheless, there were still contradictions and disagreements. Group participants disagreed on the meaning of time and whether help was best given at the professional's office or in the user's home. However, group participants agreed that it was acceptable to disagree within the group.

In all three focus groups, *disagreement led to development of discussions*. When participants contradicted and disagreed with each other, new arguments were introduced and negotiated. Some users argued against each other users or professionals. When that happened, some became exited and kept arguing, while others became silent. Occasionally, the discussion took a new turn, such as when a user opposed the view of a professional who was claiming that knowledge transfer is a major issue in the relationship between user and helper.

Professional 1: I believe professionals ought to share their knowledge and expertise with others. This way, the person needing help can make his or her own decisions. Knowledge is necessary to make choices.

Professional 2: Expertise is needed to govern, to be able to do something about it yourself, to find your own way to become healthier... You need knowledge.

User 2: And time.

User 1: I have an example. I know that to go outside and get some fresh air is good for a person suffering

from depression. I have known that all along. My therapist urged me to exercise at the gym after work. However, I couldn't even manage to take a shower. At another place, I met a wonderful professional who understood that it was enough for me just to go outside and get my mail from the mailbox. You need to find the person's own level, and work from there.

User 1: And all along, I knew fresh air was healthy. I already had this knowledge.

User 2: I was in exactly the same situation. To get out of bed, if only for 15 minutes a day. I know that.

(Discussion of vignette 2, group 3)

While participants knew who were users and professionals in the group before the interviews started, contradictions, disagreements, and interruptions came from both positions. Opposition across positions suggests that participants felt safe and on equal terms. Different views and negotiations on who had the best arguments made discussions dynamic.

In one of the focus groups, a participant *changed her mind* during the discussions, exemplified here by a professional changing her opinion after a user contradicted her:

Moderator: Does it affect the conversation whether it takes place at the professional's office or in a person's home?

Professional 2: It doesn't matter.

User 2: It's a little more compassionate when it's at home. It's about time...it's often like...

Professional 1: An assembly line.

User 2: Yes, an assembly line.

Professional 2: It's much better to visit a person at home. Not only do you see the person, you see their surroundings as well. You have other things to talk about than "How are you doing today?" And... You see what their home looks like. There are many things in a home you can use to make a good connection.

(Discussion of vignette 1, group 3)

Group reflections on participation in mixed focus groups

Each focus group ended with a group reflection on participation in the group. A few participants had previous experience from focus group interviews. Regardless of previous experiences, all participants were positive to participation. For some, it had been important that the moderator underlined that there was no right or wrong answers, and the importance of their reflections. Participants used words like "exiting", "positive experience", "good as gold" and "a friendly atmosphere". Some users contacted the

moderator afterwards and offered to participate again if needed.

Both users and professionals said they were excited about discussing power in a mixed focus group. The mixed group had led them to discover new things about each other's perspectives and that they have a lot in common. They were convinced that the discussion would have turned out differently if users and health workers had been in separate groups, and that that it was interesting to listen to what it was like from user's and professional's position. Participation in a mixed focus group had provided room for reflection on their own insights and experiences. In their concluding remarks on the focus group, these participants suggested that all users and health workers should discuss power on a regular basis.

Discussion

In this focus group study, users and professionals in community mental health care services met to discuss power by using vignettes concerning power in mental health care services. Discussing vignettes provided an opportunity to expose personal experiences after discussing more generally about the subject in question. Thus, the vignettes became a tool for equality within the group, even when having different background within mental health care. Participants interpreted and discussed vignettes as a group, but associations were based on their lived experiences, and the fact that some were users and others professionals often emerged. Discussions of power within mental health care services can be difficult when facing individuals who are attributed a different status than yourself. These focus group participants gave positive feedback about what it was like to participate in the mixed focus group, and suggested that all users and health workers should discuss power on a regular basis.

A main strength of this study is its innovative design with mixed focus groups. Although it might be stressful for people who require mental health care services to participate in a focus group interview, all participants in our study took part in the discussions. Our results are not generalizable to all users, but our study suggests that mixed focus groups could provide important knowledge of different perspectives to mental health services.

Group size and number of groups depend on the purpose of the research and types of participants (Halcomb, Gholizadeh, DiGiacomo, Phillips, & Davidson, 2007). Recommendations for group size vary from 5–8 (Krueger & Casey, 2009) to 8–12 participants (Stewart & Shamdasani, 2015). However, feedback from participants in the present study suggest they felt safe participating in a smaller group. A smaller group size is recommended when people have more expertise on a

topic or when they are likely to have strong feelings about a topic (Krueger & Casey, 2009). Because of the limited number of groups, we cannot generalize about differences between group interaction with mixed gender groups compared with groups with only women or men.

The small group size allowed only one moderator. The interviewer influenced the group interaction through her interaction with the groups, and her presence and the way she moderated the groups started and concluded the group discussions. As a stranger to the groups, the moderator's presence may create an atmosphere of artificiality and potentially inhibit the free flow of discussion (Stewart & Shamdasani, 2015). However, the interviews took place at the community mental health care centre, a place familiar to participants. By providing feedback and offering encouraging comments, the moderator may have contributed to a safe atmosphere.

Mixed focus group interviews are rarely done in health care research. Some claim homogeneity among group participants is necessary to ensure meaningful conversation (Forsyth, 2013; Krueger & Casey, 2009; Stewart & Shamdasani, 2015) and that homogeneity in group composition is a social glue that adds fluidity and depth to the discussions (Lehoux, Poland, & Daudelin, 2006). Homogeneous groups are supposed to secure that participants feel safe and open to share their perceptions and options with people of "equal power". In our study, group compatibility seemed more important than homogeneity. Group compatibility is influenced by participants' perception of social status, and a person's social status may influence the group (Mizil et al., 2012). Participant interaction might be limited if power differentials exist between the participants of the focus group because participants in less powerful positions might tend to agree with their more powerful colleagues in order to avoid perceived reprisals (Krueger & Casey, 2009). In our study, participants supported, contradicted, and challenged each other across backgrounds as users or professionals. These shifting interactions can be understood as how power constantly performed and negotiated in the interaction between the participants, in according to Foucault (1980).

Focus groups are homogenous when participants discuss experiences from a position they have in common (Kitzinger, 1995). While having different positions outside the focus group, our participants leaned on having experiences from a common field.

Social power means having the potential to influence others in a group setting (Forsyth, 2013). Results from the present study suggest that both users and professionals can use power of definition. The study took place within a community mental health care-setting, where user involvement and empowerment are policy goals. In such settings, professionals might

be expected to have an other-oriented understanding of the users and to be sensitive to many aspects of the users' situation (Lorem & Hem, 2012). Acknowledging the personhood of a client can lead to growth and development in the client as well as in the professional (Eriksen, Arman, Davidson, SundfØr, and Karlsson (2013). Our results suggest that being allowed to validate or oppose professional opinions can provide users with productive power in user-professional relationships. This is an example of how power can be productive and not just repressive (Foucault, 1980).

Compared to individual interviews, the power balance is different in focus group interviews, where power is spread over several participants, the focus is on the group rather than the individual, and issues being discussed are not necessarily identified with the person who is speaking (Barbour & Kitzinger, 1999; Hess, 1968). In our study, all participants were actively engaged in the focus group discussions, and group participants supported each other regardless of their status as user or professional. Interactions between participants might stimulate discussions that disclose otherwise hidden topics (Papastavrou & Andreou, 2012), and diversity in groups can reveal different perspectives and ideas (Forsyth, 2013; Krueger & Casey, 2009; Stewart & Shamdasani, 2015). The focus group composition might limit or open access to certain data, thereby setting the stage for the knowledge construction that will take place (Kitzinger, 1994). In our study, group interaction was influenced by participants changing their positions during the interviews, sometimes seeking equality with the other participants and sometimes talking as users or professionals. Disagreements between participants functioned as a catalyst to keep the discussion going as participants contributed with more explanation and opinions. Rather than viewing such disagreements as a problem, researchers might instead use disagreements as a resource in the analysis (Barbour, 2007). Disagreements and agreements are involved in negotiations during interviews and demonstrate how power is negotiated, as suggested by Foucault (1980). In focus groups, all participants have the potential to influence others in the group setting (Forsyth, 2013). Disagreements and contradictions can be understood as an expression of resistance. Resistance is part of productive power (Foucault, 1980), to be able to disagree or oppose.

Conclusion

Mixed focus group interaction can make a valuable contribution to developing knowledge. It contributes to the knowledge of focus group interaction by showing how group interaction is influenced by different

positions in a field. Further research is required to learn more about power in user-professional relationships by using other research methods.

Acknowledgments

We would like to thank the users and professionals who participated in this study.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author.

Funding

This study was undertaken as part of Femdal's PhD project. The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

- Allen, J. (2011). *Lost geographies of power RGS-IBG book series*, Vol. 79. Oxford: John Wiley & Sons.
- Barbour, R. (2007). *Doing focus groups*. London: SAGE.
- Barbour, R., & Kitzinger, J. (1999). *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. London: Sage.
- Barter, C., & Renold, E. (1999). The use of vignettes in qualitative research. *Social Research Update*, 25(9), 1–6.
- Belzile, J. A., & Öberg, G. (2012). Where to begin? Grappling with how to use participant interaction in focus group design. *Qualitative Research*, 12(4), 459–472.
- Burton, A., Osborn, D., Atkins, L., Michie, S., Gray, B., Stevenson, F., & Walters, K. (2015). Lowering cardiovascular disease risk for people with severe mental illnesses in primary care: A focus group study. *PLoS ONE*, 10(8), e0136603.
- Eriksen, K. Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfjord, B., & Karlsson, B. (2013). "We are all fellow human beings": Mental health workers' perspectives of being in relationships with clients in community-based mental health services. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 883–891.
- Femdal, I., & Knutsen, I. R. (2017). Dependence and resistance in community psychiatric health care - negotiations of user participation between staff and users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi:10.1111/jpm.12407
- Forsyth, D. R. (2013). *Group dynamics*. Australia: Wadsworth Cengage learning.
- Foucault, M. (1980). *The history of sexuality 1: An introduction*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 777–795. 8
- Foucault, M., Bertani, M., & Fontana, A. (2004). "Society must be defended": *Lectures at the Collège de France 1975-76*. London: Penguin Books.
- Foucault, M., & Gordon, C. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972-1977*. Brighton: Harvester Press.
- Gronkjaer, M., Curtis, T., Crespigny, C. D., & Delmar, C. (2011). Analysing group interaction in focus group research: Impact on content and the role of the moderator. *Qualitative Studies*, 2(1), 16–30.
- Halcomb, E. J., Gholizadeh, L., DiGiacomo, M., Phillips, J., & Davidson, P. M. (2007). Literature review: Considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1000–1011.
- Hess, J. M. (1968). Group interviewing. In R. L. King (Ed.), *Marketing and the new science of planning: 1968 fall conference proceedings* (Vol. 28). Chicago: American Marketing Association Conference, Denver.
- Hughes, R., & Huby, M. (2004). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, 11(1), 36–51.
- Jayasekara, R. S. (2012). Focus groups in nursing research: Methodological perspectives. *Nursing Outlook*, 60(6), 411–416.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103–121.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *British Medical Association*, vol 311, pp 299–302
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Los Angeles, Calif: Sage.
- Lehoux, P., Poland, B., & Daudelin, G. (2006). Focus group research and "the patient's view". *Social Science & Medicine*, 63(8), 2091–2104.
- Loem, G. F., & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 114–122.
- Miller, D., & Tilley, C. (1984). *Ideology, power, and pre-history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mizil, C. D. N., Lee, L., Pang, B., & Kleinberg, J. (2012). Echoes of power: Language effects and power differences in social interaction. Paper presented at the Proceedings of the 21st international conference on World Wide Web.
- Moen, J., Antonov, K., Nilsson, J. L. G., & Ring, L. (2010). Interaction between participants in focus groups with older patients and general practitioners. *Qualitative Health Research*. 20 607–616
- Morgan, D. L. (2012). Focus groups and social interaction. In J. F. Gubrium, J. A. Holstein, A. B. Marvasti, & K. D. McKinney (Eds.), *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft*. Thousand Oaks: SAGE.
- Papastavrou, E., & Andreou, P. (2012). Exploring sensitive nursing issues through focus group approaches. *Health Science Journal*, 6(2), 186–200.
- Paulus, P. B., & Nijstad, B. A. (2003). Group creativity: Common themes and future directions. In P. B. Paulus & B. A. Nijstad (Eds.), *Group creativity: Innovation through collaboration*. New York: Oxford University Press.
- Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: Experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(1), 90–96.
- Rose, D., Sweeney, A., Leese, M., Clement, S., Jones, I. R., Burns, T., ... Wykes, T. (2009). Developing a user-generated measure of continuity of care: Brief report. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(4), 320–324.
- Schwandt, T. A. (2003). Three epistemological stances for qualitative inquiry: Interpretativism, hermeneutics and

- social constructionism. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Landscape of qualitative research: Theories and issues*, pp. 292–331. Thousand Oaks, Calif: Sage.
- Spalding, N. J., & Phillips, T. (2007). Exploring the use of vignettes: From validity to trustworthiness. *Qualitative Health Research*, 17(7), 954–962.
- Stevens, P. E. (1996). Focus groups: Collecting aggregate-level data to understand community health phenomena. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 13(3), 170–176.
- Stewart, D. W., & Shamdasani, P. N. (2015). *Focus groups: Theory and practice* (Vol. 20). Los Angeles, Calif: SAGE.

Vedlegg 1 a)

Godkjenning til at prosjektet gjennomføres

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge

a) Godkjenning av prosjekt (ordinær)

Region: REK midt	Saksbehandler: Arild Hals	Telefon: 73597506	Vår dato: 07.11.2011	Vår referanse: 2011/2057/REK midt
			Deres dato: 27.09.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

John-Arne Skolbekken
Dragvoll

2011/2057 Sensitiv bruk av makt

Forskningsansvarlig: Som forskningsansvarlig skal være SVT w/dekan

Prosjektleder: Førsteamanuensis John-Arne Skolbekken

Prosjektomtale (revidert av REK):

Det er en skjev maktfordeling mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid. Studiens hensikt er å få økt kunnskap om og forståelse for fenomenet makt i relasjonen mellom brukere og helsearbeidere i det psykiske helsearbeidet på kommunalt nivå. Gjennom studien søkes det å besvare følgende forskningsspørsmål: 1. Hvordan kommer makt til uttrykk i relasjonen mellom bruker og helsearbeider? 2. Hvilke etiske utfordringer ved maktrelasjonen opplever brukere og helsearbeidere? 3. Hvordan opplever og erfarer henholdsvis brukere og helsearbeidere makt i sine gjensidige relasjoner? Data skal innhentes vha. semistrukturerte intervjuer av ca. 20 brukere og 20 helsearbeidere fordelt på fem distrikter. Samtykke skal innhentes.

Med hjemmel i lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 4 og helseforskningsloven (hfl.) § 10 har Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge vurdert prosjektet i sitt møte 21. oktober 2011. Komiteen viser til prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring, og finner at prosjektet har et forsvarlig opplegg som kan gjennomføres under henvisning til evt. merknader og vilkår for godkjenning, jf. hfl. § 5.

Merknader og vilkår:

- -Komiteen vil presisere at prosjektmedarbeiderne har taushetsplikt i henhold til hfl. § 7. Personopplysninger skal behandles konfidensielt, og undersøkelsesresultater inkludert evt. navnelister, oppbevares forskriftsmessig.
- Komiteen ber om at grunnlagsdata ikke blir anonymisert, slettet eller destruert, men blir oppbevart på en betryggende måte i minimum 5 år etter prosjektslutt av kontrollenssyn. Instanser som kan tenkes å kontrollere grunnlagsmaterialet er f.eks. forskningsansvarlige, Uredelighetsutvalget for forskning og Helseilsynet.
- Komiteen minner om at de aller fleste kliniske studier skal registreres i det offentlig tilgjengelige registeret www.clinicaltrials.gov. Prosjektleder er ansvarlig for å avgjøre om forskningsstudien omfattes av kravet til registrering.

- Komiteen viser til informasjonsskrivet og ber om at det opplyses at prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.
- I denne type forskningsprosjekter må det vurderes og evt. etableres en beredskap, og komiteen ber om en kort kommentar til dette punktet.
- Prosjektleder skal sende sluttmelding til den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.

Vedtak:

"Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge godkjenner at prosjektet gjennomføres med de vilkår som er gitt."

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helseinspektorens veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK midt på fastsatt skjema senest 02.07.2017.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er "vesentlige", må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at det sendes ny søknad.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

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

Vennligst oppgi vårt referansennummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Sven Erik Gisvold (sign.)
Professor, dr.med.
Leder, REK midt

Arild Hals
Sekretariatsleder

Kopi til: borgunn.ytterhus@ntnu.no
jan.morten.dyrstad@svt.ntnu.no

Vedlegg 1b)

Godkjenning til at prosjektet gjennomføres

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge

b) Godkjenning av prosjektendring

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	10.07.2013	2011/2057/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			21.05.2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

John-Arne Skolbekken
Dragvoll

2011/2057 Sensitiv bruk av makt

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: John-Arne Skolbekken

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 21.05.2013 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av REK midt i møte 21.06.2013, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Ønsket endring i prosjektet

Deltakerne som tidligere i prosjektet er blitt intervjuet en og en, skal nå forespørres om å delta i fokusgruppeintervjuer, hvor brukere og ansatte møtes for å diskutere utvalgte funn fra første intervjurunde.

Vurdering

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Prosjektet framstår som forsvarlig, og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Vilkår for godkjenning

1. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at man i samme fokusgruppe ikke inkluderer deltakere som har, eller har hatt, et pleier/pasientforhold.
2. I informasjonsskrivet må det tydeliggjøres hvem som skal delta i fokusgruppen; dvs. at det er både pleiere og pasienter i samme gruppe. Revidert informasjonsskriv skal sendes komiteen til orientering. Vennligst benytt e-post post@helseforskning.etikkom.no og "REK midt 2011/2057" i emnefeltet.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner søknad om prosjektendring med de vilkår som er gitt.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Siri Forsmo
Professor, dr.med. MPH
Nestleder, REK midt

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder

Kopi til: postmottak@svt.ntnu.no

Vedlegg 2

Informasjonsskriv til leder av psykisk helsetjeneste i kommunen om forskningsprosjektet
”Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk
helsearbeid i kommunen”

Informasjonsskriv til leder av psykiatritjenesten i kommunen

om forskningsprosjektet "Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen"

Takk for telefonsamtale 07.02.12. Vedlagt følger informasjon om forskningsprosjektet "Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen", som avtalt.

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om hjelp til å rekruttere deltakere i en forskningsstudie. Hensikten med studien er å få økt kunnskap om og forståelse for hvordan makt forvaltes og utøves i relasjonen mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. For å få tilgang til denne kunnskapen gjennomfører vi nå en intervjustudie basert på erfaringer og opplevelser fra kommunal sektor. Målet er å frembringe kunnskap som kan kaste lys over hva makt innebærer og hvordan den anvendes i denne delen av helsetjenesten.

Hva innebærer studien?

Undersøkelsen vil bestå av individuelle intervjuer med brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. Deltakere vil bli informert skriftlig (gjennom skriftlig forespørsel og samtykkeskjema) og muntlig (før intervjuet starter). Intervjuet vil vare 1-1 ½ time, og det benyttes båndopptaker under intervjuet. Det er doktorgradsstudent Ingrid Femdal ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) som intervjuer deltakerne i studien. Hun er psykiatrisk sykepleier og er ansatt ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold. Intervjuet kan finne sted i psykiatritjenestens lokaler eller ved et kontor/grupperom utenfor psykiatritjenestens lokaler (for eksempel ved Høgskolen i Østfold) eller i brukerens hjem, etter deltakerens ønske.

Postadresse	Org.nr. 974 767 880	Besøksadresse	Telefon
7491 Trondheim	E-post ish@svt.ntnu.no	Bygg 11, nivå 5 NTNU Dragvoll	+ 47 73 59 19 30
	http://www.ntnu.no/sah	7049 Trondheim	Telefaks + 47 73 59 18 85
			Tlf + 47

Deltakere i studien

Det er ønskelig å intervju 2-3 brukere og 2-3 helsearbeidere fra deres distrikt.

Vi søker **brukere** som har en form for psykose, bipolar lidelse eller moderat/tung depresjon. De må ha samtykkekompetanse, være registrert som bruker i to måneder eller mer, samt ha vært i kontakt med helsearbeideren minst fem ganger og minst en gang annenhver uke. Brukere som deltar må være 18 år eller mer og beherske norsk. Både kvinner og menn kan delta.

Vi ber om at en helsearbeider med god kjennskap til brukeren gjør en vurdering av hvem det kan være aktuelt å spørre om å delta i studien, og at det blir vurdert om brukerens dagsform tillater at intervjuet gjennomføres på det aktuelle tidspunkt.

Vi søker **helsearbeidere** med treårig bachelorutdanning innen helse- og sosialfag som arbeider i 50% stilling eller mer innen psykisk helsearbeid i kommunen, og som har arbeidet ved dette arbeidsstedet i minst 6 måneder. Det ønskes deltakere av begge kjønn som behersker norsk.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i studien gir mulighet for å fortelle om erfaringer og opplevelser av makt i relasjoner mellom bruker og helsearbeider i psykiatritjenesten i kommunen. Dette kan bidra til kunnskapsutvikling om et område det finnes lite forskning om fra før. Studien medfører ingen umiddelbare fordeler ut over muligheten til å bidra til kunnskapen på feltet.

Ved å dele erfaringer og opplevelser med makt finnes det også en mulighet for at det vekkes minner om negative erfaringer i møtet med den kommunale helsetjenesten. Det bes derfor om at helsearbeider med god kjennskap til brukeren påser at brukeren er ivarettatt ved en øyt reaksjon.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Deltakere kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykket til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for vedkommende.

Forskerne i denne studien har taushetsplikt i henhold til Helseforskningslovens § 7. Prosjektet er godkjent av Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.

Dersom det er ønskelig kan Ingrid Femdal komme tilbake etter datainnsamlingen for hele studien er foretatt og formidle resultater fra studien. Har du spørsmål til studien, kan du kontakte Ingrid Femdal på telefon 416 44 235.

Vennlig hilsen

Ingrid Femdal
Stipendiat/
Psykiatrisk sykepleier

John-Arne Skolbekken
Førsteamanuensis/
Psykolog

Vedlegg 3a)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
«Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk
helsearbeid i kommunen» (felles til brukere og ansatte)
a) Individuelle intervjuer

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Hensikten med studien er å få økt kunnskap om og forståelse for hvordan makt forvaltes og utøves i relasjonen mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. For å få tilgang til denne kunnskapen gjennomfører vi nå en intervjustudie basert på erfaringer og opplevelser fra kommunal sektor. Målet er å frembringe kunnskap som kan kaste lys over hva makt innebærer og hvordan den anvendes i denne delen av helsetjenesten.

Hva innebærer studien?

Undersøkelsen vil bestå av individuelle intervjuer med brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. Deltakere vil bli informert skriftlig (gjennom dette informasjonsskrivet og samtykkeskjema) og muntlig (før intervjuet starter). Intervjuet vil vare ½-1 time, og det benyttes båndopptaker under intervjuet. Det er doktorgradsstudent Ingrid Femdal ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) som intervjuer deg dersom du ønsker å delta i studien. Hun har vært psykiatrisk sykepleier i 17 år, og er ansatt ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold. Intervjuet kan finne sted i lokalene til psykisk helsetjeneste i kommunen eller ved et kontor/grupperom utenfor disse lokalene (for eksempel ved Høgskolen i Østfold), hvis du ønsker det.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i studien gir mulighet for å fortelle om erfaringer og opplevelser du har av makt i relasjoner mellom bruker og helsearbeider i psykisk helsetjeneste i kommunen. Dette kan bidra til kunnskapsutvikling om et område det finnes lite forskning om fra før. Studien medfører ingen umiddelbare fordeler ut over muligheten til å bidra til kunnskapen på feltet.

Ved å dele erfaringer og opplevelser med makt finnes det også en mulighet for at det vekkes minner om negative erfaringer.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik det er beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Lydfilen vil bli innlåst ved Høgskolen i Østfold sine lokaler, og makuleres etter at prosjektet er avsluttet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres i artikler.

Forskerne i denne studien har taushetsplikt i henhold til Helseforskningslovens § 7.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykket ditt til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, fyller du ut og sender inn den vedlagte svarslippen. Skulle du senere ønske å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Ingrid Femdal på telefon 416 44 235.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.

Vennlig hilsen

Ingrid Femdal
**Stipendiat/
Psykiatrisk sykepleier**

John-Arne Skolbekken
**Førsteamanuensis/
Psykolog**

Vedlegg 3 b)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet
«Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk
helsearbeid i kommunen» (felles til brukere og ansatte)
b) Fokusgruppeintervjuer

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen”

Vi har intervjuet brukere og helsearbeidere om makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen. For å få ytterligere informasjon til studien ønsker vi nå å foreta fokusgruppeintervju hvor personer med bruker- og ansatterfaring møtes for å diskutere utvalgte funn fra intervjuene som allerede er utført.

Bakgrunn og hensikt

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om og forståelse for hvordan makt forvaltes og utøves i relasjonen mellom brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen. Målet er å frembringe kunnskap som kan kaste lys over hva makt innebærer og hvordan den anvendes i denne delen av helsetjenesten. Intervjuene er basert på erfaringer og opplevelser fra kommunal sektor, og det er behov for bruker- og ansatterfaring for tolkning av utvalgte funn.

Hva innebærer studien?

Datainnsamlingen gjøres ved hjelp av fokusgruppeintervju. Undersøkelsen vil bestå av fokusgruppeintervju hvor personer med brukererfaring og personer med ansatterfaring deltar i samme fokusgruppe. Det er imidlertid ikke anledning for personer som har eller har hatt en bruker-/hjelperrelasjon («pleier-/pasientforhold») å delta i samme gruppe. Intervjuet vil vare 1-1 ½ time, og det benyttes båndopptaker under intervjuet. Det er stipendiat Ingrid Femdal ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) som intervjuer gruppen. Hun er psykiatrisk sykepleier og er ansatt ved sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold. Intervjuet kan finne sted i psykiatritjenestens lokaler eller ved et kontor/grupperom utenfor psykiatritjenestens lokaler (for eksempel ved Høgskolen i Østfold), hvis dere ønsker det.

Mulige fordeler og ulemper

Deltakelse i studien gir mulighet for å diskutere utvalgte resultater om makt i relasjoner mellom bruker og helsearbeider i psykiatritjenesten i kommunen. Dette kan bidra til kunnskapsutvikling om et område det finnes lite forskning om fra før. Studien medfører ingen umiddelbare fordeler ut over muligheten til å bidra til kunnskap på feltet.

Ved å dele erfaringer og opplevelser med makt finnes det også en mulighet for at det vekkes minner om negative erfaringer i møtet med den kommunale helsetjenesten. Selv om forskerne er underlagt taushetsplikt om det som blir sagt i gruppene, er ikke de øvrige deltakerne pålagt taushetsplikt om det som blir sagt i gruppene. Det henstilles derfor til deltakerne gjensidige tillit mht. å bidra til at informasjon som deles i gruppene forblir i gruppene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik det er beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun forskerne knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Lydfilen vil bli innlåst ved Høgskolen i Østfold sine lokaler, og makuleres etter at prosjektet er avsluttet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres i forskningsartikler.

Forskerne i denne studien har taushetsplikt i henhold til Helseforskningslovens § 7.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke samtykket ditt til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du ønsker å delta, fyller du ut og sender inn den vedlagte svarslippen. Skulle du senere ønske å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Ingrid Femdal på telefon 416 44 235.

Prosjektet er godkjent av Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge.

Vennlig hilsen

Ingrid Femdal
Stipendiat/
Psykiatrisk sykepleier

John-Arne Skolbekken
Førsteamanuensis/
Psykolog

Vedlegg 4 a)

Samtykkeerklæring

a) Individuelt intervju, felles til brukere og ansatte

Samtykkeerklæring

Jeg, _____

samtykker i å bli intervjuet av Ingrid Femdal i forbindelse med studien «Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen». Studien inngår i Femdals doktorgradsarbeid ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet).

Jeg har lest informasjonsskrivet og mottatt muntlig informasjon, og jeg har fått tilfredsstillende svar på spørsmålene jeg måtte ha til å delta i studien

Jeg er innforstått med at deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg uten at det får noen konsekvenser for meg.

Jeg er gjort kjent med at alle data vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt, og at lydbåndopptakene makuleres når studien er avsluttet.

Sted..... Dato.....

Signatur.....

Vedlegg 4 b)

Samtykkeerklæring

b) Fokusgruppeintervju, felles til brukere og ansatte

Samtykkeerklæring

Jeg, _____

samtykker i å delta i et fokusgruppeintervju der funn fra del 1 av studien «Sensitiv bruk av makt. Makt i relasjonen mellom bruker og helsearbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen» skal diskuteres. Studien inngår i Femdals doktorgradsarbeid ved NTNU (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet).

Jeg har lest informasjonsskrivet og mottatt muntlig informasjon, og jeg har fått tilfredsstillende svar på spørsmålene jeg måtte ha til å delta i studien

Jeg er innforstått med at deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg uten at det får noen konsekvenser for meg.

Jeg er gjort kjent med at alle data vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt, og at lydbåndopptakene makuleres når studien er avsluttet.

Sted..... Dato.....

Signatur.....

Vedlegg 5 a)

Intervjuguide (individuelle intervjuer)

a) Intervjuguide – bruker

Intervjuguide – bruker

Del 1. Temaer

Område og forskningsspørsmål	Temaer
<p>Egen makt, helsearbeiderens makt og samspill</p> <p>Spørsmål 1: Hvordan kommer makt til uttrykk i relasjonen mellom bruker og helsearbeider?</p> <p>Spørsmål 3: Hvordan opplever og erfarer brukere makt i relasjonen med helsearbeidere, og hvordan opplever og erfarer helsearbeidere makt i relasjonen med brukere?</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Utøve makt, besitte makt, ha rett til å utøve makt gjennom stillingen * Makt til og makt over * Asymmetri (roller) * Brukermedvirkning * Profesjonalitet og makt * Psykisk og fysisk makt * Alder og kjønn * Språk * Dokumentasjon * Kunnskap * Sanksjoner * Hjemme eller på helsearbeiderens kontor * Å være alene med helsearbeideren * Diskutere makt med helsearbeideren? * Endring av maktfordeling over tid? * Reaksjoner fra helsearbeideren * Verbal, nonverbal og fysisk grensesetting/korrigerings
<p>Etiske utfordringer (hvis det ikke allerede har kommet opp)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Konflikter * Misbruk av makt

<p>Spørsmål 2: Hvilke etiske utfordringer ved maktrelasjonen opplever brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen?</p>	<p>* Tvang</p>
--	----------------

Del 2. Demografiske data

a) **Kjønn** Kvinne Mann

b) **Alder** _____ år

c) **Hvor lenge er det siden du var i kontakt med psykisk helsetjeneste (institusjon/hjemmebasert) første gang?**

d) **Sted for kontakt med helsearbeider i psykisk helsetjeneste i kommunen**

I eget hjem

På kontor (psykisk helsetjeneste i kommunen)

På dagsenter

Arbeidssted

Annet, spesifiser: _____

e) **Hvor ofte får du besøk/er hos helsearbeider i psykisk helsetjeneste i kommunen?**

f) **Hvor lenge har du hatt kontakt med psykisk helsetjeneste i kommunen?**

I dette distriktet/sonen _____

I et annet distrikt/sonen _____

Vedlegg 5 b)

Intervjuguide (individuelle intervjuer)

b) Intervjuguide – ansatt

Intervjuguide – ansatt

Del 1. Temaer

Område og forskningsspørsmål	Temaer
<p>Egen makt, brukerens makt og samspill</p> <p>Spørsmål 1: Hvordan kommer makt til uttrykk i relasjonen mellom bruker og helsearbeider?</p> <p>Spørsmål 3: Hvordan opplever og erfarer brukere makt i relasjonen med helsearbeidere, og hvordan opplever og erfarer helsearbeidere makt i relasjonen med brukere?</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Utøve makt, besitte makt, ha rett til å utøve makt gjennom stillingen * Makt til og makt over * Asymmetri (roller) * Brukermedvirkning * Profesjonalitet og makt * Psykisk og fysisk makt * Alder og kjønn * Språk * Dokumentasjon * Kunnskap * Sanksjoner * Hjemme eller på helsearbeiderens kontor * Å være alene med brukeren * Diskutere makt med brukeren? * Endringer av maktfordeling * Reaksjoner fra brukeren * Verbal, nonverbal og fysisk grensesetting/ korrigering
<p>Etiske utfordringer (hvis det ikke allerede har kommet opp)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Konflikter * Misbruk av makt * Tvang

Spørsmål 2:

Hvilke etiske utfordringer ved maktrelasjonen opplever brukere og helsearbeidere innen psykisk helsearbeid i kommunen?

Opplevs makten for liten når helsearbeideren ikke opplever å nå fram til brukeren eller at en ikke kan se behandlingsresultat?

Del 2. Demografiske data

a) **Kjønn** Kvinne Mann

b) **Alder** _____ år

c) **Yrkestittel for bachelorutdanning/grunnutdanning (3 årig bachelorutdanning innen helse- og sosialfag)** Sykepleier

Vernepleier

Sosionom

Ergoterapeut

Fysioterapeut

Barnevernspedagog

Annet: _____

d) **Når ble grunnutdanningen avsluttet?** _____

e) **Etter- og videreutdanning (påbygning etter 3 årig bachelorutdanning)**

Psykisk helsearbeid

Dualproblematikk – rus/psykiatri

Rus

Annet: _____

f) **Hvor lenge er det siden du avsluttet videreutdanningen?**

g) **Stillingsstørrelse** _____%

h) **Arbeidssted** Kontor
 Hjem ute
 Hjem, bolig

Kombinasjon: _____

i) **Hvor lenge har du arbeidet innen psykisk helsearbeid?** _____

Vedlegg 6

Intervjuguide - fokusgruppeintervjuer

FOKUSGRUPPEINTERVJU – Sensitiv bruk av makt

Makt i relasjonen mellom
personer med brukererfaring og personer med ansatterfaring
innen psykisk helsearbeid i kommunen

Våren 2014

Innledende informasjon

- Velkommen/takk for at dere vil delta
- Presentasjon av meg selv og deltakerne
- Fellesnevner for deltakerne - være med å tolke/forstå utvalgte og anonymiserte utsagn fra studiens del 1
- Fem hovedtemaer med utsagn. Snakker om ett tema av gangen. Jeg leser et punkt med utsagn av gangen høyt (dere får dem på papir slik at det er lettere å følge med). Jeg vil deretter be dere om å reflektere over utsagnene.
- Ingen riktige eller gale svar. Svarene deres er de beste vi kan få.
- Frivillighet/konfidensialitet
- Ta gjerne ordet, en av gangen
- Drikke/lett servering
- Mobiltelefoner avslått
- Spørsmål?
- Opptaksutstyret er nå slått på

Temaguide

Jeg vil nå be dere reflektere over følgende utsagn:

Tema 1 – Sted

Intervjuer: Er det som å få en gjest?

Bruker: Nei, det syns jeg ikke. Det er noe helt annet. Når hun kommer trenger jeg ikke stresse med husarbeid, få panikk og sånn. Når du har gjester vil du gjerne gi et bra inntrykk av deg selv. Det trenger man ikke når man har folk som er herfra. Man trenger ikke å ringe å si at jeg ikke orker besøk, og så er det fordi du ikke orket husarbeidet. Jeg ser ikke på henne som en venn, men som noe profesjonelt. Det er noe annet (...)

Temaguide

Jeg vil nå be dere reflektere over følgende:

Tema 2 – Kunnskap

Bruker: Hvis jeg spør om en ting, så gir ikke han meg svaret. Han sier at jeg må finne svaret selv. (...). Det er også veldig frustrerende: Kan du ikke bare gi meg svar?

Jeg tenker nå i ettertid at jeg er takknemlig og glad for at han behandler meg på den måten. Han viser jo meg respekt. At han faktisk tror jeg kan finne ut av ting på selv. Tro på at jeg faktisk kan finne ut av ting, tenke og vurdere selv.

Temaguide

Jeg vil nå be dere reflektere over følgende utsagn:

Tema 3 – Makt?

Ansatt: Vi bruker ikke makt her

Temaguide

Jeg vil nå be dere reflektere over følgende:

Tema 4 – Hun snakker min sak

Bruker: Når jeg skal i møte med NAV, er ikke jeg så sikker på at jeg kan ivareta mine interesser. Jeg føler meg liten. Derfor har jeg en avtale om at T skal være med meg til NAV og føre min sak. (...) Hun sier ifra at «Tor trenger å ha det sånn og sånn». Det eneste som fungerer. Det tar NAV hensyn til. Det er en positiv utnyttelse av makt.

Intervjuer: Tror du de hører mer på det fordi hun er fagperson?

Bruker: Helt klart! Helt opplagt. Jeg tror de ville høre på meg også, men ikke slik de hører på Mona.

Intervjuer: Det gjør du bevisst?

Bruker: Ja. Vi diskuterer før møtene. Så snakker hun min sak.

Temaguide

Jeg vil nå be dere reflektere over følgende ord som blir brukt om brukeren:

Tema 5 – Ulike ord som benyttes om brukeren

Ansatte sier: Bruker, person, kroniker

Brukere sier: Pasient, bruker, klient