

Ingvild Flornes Rustad

## Hva hemmer og hva styrker brukermedvirkning i psykisk helsevern for unge?

What hinders and what strengthens user  
involvement in mental health care for young  
people?

Bacheloroppgave i Bachelor i sosialt arbeid

Mai 2020



Ingvild Flornes Rustad

# **Hva hemmer og hva styrker brukermedvirkning i psykisk helsevern for unge?**

What hinders and what strengthens user  
involvement in mental health care for young people?

Bacheloroppgave i Bachelor i sosialt arbeid  
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosialt arbeid



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## **Sammendrag**

Denne bacheloroppgaven vil ta for seg temaet unge og deres brukermedvirkning innenfor psykisk helsevern. I 2019 kom Helse og Omsorgsdepartementet med en opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse som skal gjelde for perioden 2019 - 2024. Denne opptrappingsplanen har blant annet fokus på brukermedvirkning. Dette vekket en nysgjerrighet rundt hva brukermedvirkning er og faktorer som hemmer og styrker brukermedvirkning for barn og unge. Brukermedvirkning er noe som er lovfestet, og beslutningene som tas skal gjenspeile brukerens behov og ønsker.

Gjennom bacheloroppgaven drøftes følgende problemstilling: *Hva hemmer og hva styrker brukermedvirkning i psykisk helsevern for unge?* I denne oppgaven drøftes følgende to faktorer som kan hemme medvirkning blant unge: Systemet som hindring for medvirkning og mangel på informasjon. Som ung har man ikke den samme kunnskapen om systemet som fagpersoner har. Som fagperson opparbeider man seg kunnskap om systemet gjennom utdanning og praksis. Samtidig har hvert fag sin egen terminologi som kan være vanskelig for unge å forstå. Informasjon er og viktig i et medvirkningsperspektiv. Mangel på informasjon gjør at man ikke kan ta gode valg for seg og sin behandling. Videre drøftes følgende to faktorer som kan styrke brukermedvirkning blant unge: Relasjonen som grunnlag for medvirkning, og opplæringsprogram for brukere som ønsker å medvirke. Relasjonen mellom behandler og bruker er viktig fordi den er med på å skape tillit, god samhandling og kan utjevne maktforskjellene mellom behandler og bruker. Opplæringsprogrammene kan være med på å myndiggjøre personer ved å gi dem økt kunnskap om systemet slik at de kan ta gode valg for seg og sin behandling. Disse programmene er viktige i opplæring av erfaringskonsulenter. Erfaringskonsulenter kan bidra med et pårørende- og brukerperspektiv til systemet, samt myndiggjøre brukere gjennom å gi dem kunnskap om systemet.

## **Abstract**

This thesis will go in depth on the subject of youths and their user involvement in mental health care. In 2019 the Norwegian Ministry of Health and Care proposed a plan to improve mental health care for children and young people. User involvement for youth and children is one of the focus areas of this plan. While looking at this plan I became curious about factors

that hinder and factors that strengthen user involvement amongst young people. User involvement is manifested in the law, and the decisions that are made must reflect the user's needs and wishes.

This thesis will discuss the following research question: *What hinders and what strengthens user involvement in mental health care for young people?* The following two factors will be discussed as hinders for user involvement: The system as a hinder, and lack of information.

Young people do not have the same knowledge about the system as professionals.

Professionals gain knowledge about the system through education and practice. Each profession has its own terminology which can be difficult for young people to understand.

The lack of information can be a hinder for user involvement. This can hinder the user in making good decisions. The following two factors that can strengthen user involvement will be discussed: The relationship between the user and the professional, and training of users who want to participate in user involvement. The relationship between user and professional can provide trust, good interaction between user and professional, and it can minimize the differences in power between user and professional. The training of those who want to take part in user involvement can empower the user by providing knowledge about the system. Training of peer workers is also important. Peer workers can bring a user perspective to the services, as well as empowering users by providing knowledge about the system.

## **Forord**

Jeg vil gjerne benytte anledningen til å takke de som har støttet meg gjennom studiet, og i arbeidet med denne oppgaven. Disse tre årene ved NTNU har vært fine, utfordrende og givende. Studiet i sosialt arbeid har gitt meg et solid grunnlag som jeg kan arbeide videre med. Først vil jeg gjerne takke veilederen min for gode og nyttige tilbakemeldinger på oppgaven. Så vil jeg gjerne benytte anledningen til å takke venner og familie for all god støtte. Takk til gode venner og til gode studiekamerater. Deres støtte og gode ord har vært og vil alltid være viktig for meg. Takk for at dere er der, både når ting er som det skal og når ting ikke er så bra. Viktigst av alt har jeg lyst til å takke familien min som alltid er der for meg. Dere har troen på at jeg får til ting når jeg selv ikke ser det. Deres støtte og veiledning er uvurderlig.

Trondheim, mai 2020.

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1	Valg av tema .....	5
1.2	Presentasjon av problemstilling .....	6
1.3	Hvorfor er dette relevant for sosialt arbeid? .....	6
1.4	Definisjoner .....	7
1.4.1	Psykisk helsevern.....	7
1.4.2	Bruker .....	7
1.5	Disposisjon for oppgaven .....	7
<b>2</b>	<b>Metode</b> .....	<b>8</b>
2.1	Den litterære oppgaven .....	8
2.2	Framgangsmåte for utvelgelse av litteratur.....	8
2.3	Litteratur.....	9
<b>3</b>	<b>Teori</b> .....	<b>10</b>
3.1	Brukermedvirkning .....	10
<b>4</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>13</b>
4.1	Hva hemmer brukermedvirkning for unge? .....	13
4.1.1	Systemet som hindring for medvirkning .....	13
4.1.2	Mangel på informasjon .....	16
4.2	Hva styrker brukermedvirkning for unge? .....	18
4.2.1	Relasjon som grunnlag for medvirkning .....	18
4.2.2	Opplæring av brukere som ønsker å medvirke.....	21
<b>5</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>24</b>



# Hva hemmer og hva styrker brukervedvirkning i psykisk helsevern for unge?

## 1 Innledning

### 1.1 Valg av tema

*«Mange unge møter opp med et brennende ønske om å forandre og en iver etter å bli hørt»  
(Olsen og Tesfai, 2016, s.79)*

Denne bacheloroppgaven vil gå i dybden på temaet ungdom og brukervedvirkning innenfor psykisk helsevern. Temaet ungdom og brukervedvirkning er et tema jeg interesserer meg for. Det relasjonelle innenfor sosialt arbeid er et aspekt ved det faget vi utøver som jeg synes har vært spennende. Det har vært interessant å gå i dybden på hvordan vi kan møte mennesker på best mulig måte, og hvilke ferdigheter som kan bidra til god samhandling. Gjennom studiet har det og vært lærerikt å se hvordan ulike sosiale faktorer spiller inn på et menneskes liv, og viktigheten av å se hele mennesket. Brukervedvirkning er noe relasjonelt ettersom det opptrår mellom to personer. Innenfor brukervedvirkning er evnen til å forstå brukeres perspektiv viktig. Her ser man blant annet brukeres egen forståelse av seg selv og sine egne problemer (Levin og Ellingsen, 2015, s.116). Brukervedvirkning handler om at brukeren skal få påvirke i saker som omhandler eget liv, og at beslutninger som tas skal gjenspeile brukeres behov og ønsker (Ellingsen og Skjefstad, 2015, s. 106). For meg ble det derfor naturlig å gå i dybden på faktorer som kan styrke brukervedvirkning. For å forstå hva som styrker brukervedvirkning, ønsket jeg også å se nærmere på hva som kan hemme brukervedvirkning.

En av grunnene til at jeg har valgt psykisk helsevern for unge som kontekst for oppgaven, er en «Opptappingsplan for Barn og Unges Psykiske Helse» utarbeidet av Helse- og Omsorgsdepartementet, som kom i 2019. Et av fokusområdene til denne opptappingsplanen er medvirkning blant barn og unge, og hvordan det skal jobbes for økt medvirkning og økt deltakelse. I denne opptappingsplanen understrekes viktigheten av at unge får medvirke i saker som angår dem selv, og viktigheten av at unge får delta og ytre seg (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019, s.43-45). I tillegg har barn og unge lovfestet rett til å bli hørt i saker som angår dem selv gjennom blant annet Grunnloven og Barnekonvensjonen (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019, s.43). Dette gjorde at jeg ønsket å gå i dybden på hva som kan

hemme og hva som kan styrke brukermedvirkning innenfor det psykiske helsevernet for barn og unge.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Innenfor temaet unge og brukermedvirkning innenfor psykisk helsevern ønsker jeg å drøfte følgende problemstilling:

*Hva hemmer og hva styrker brukermedvirkning i psykisk helsevern for unge?*

Med denne problemstillingen ønsker jeg å se nærmere på hva som kan hindre unge i å medvirke, og hva som kan bidra til å styrke medvirkning for unge. Først ønsker jeg å forstå hva som kan hindre unge i å medvirke. Med dette ønsker jeg å forstå hva som gjør at unge opplever det vanskelig å medvirke i sin egen sak. Deretter ønsker jeg å forstå hva som kan styrke medvirkning for unge. Med dette ønsker jeg å peke på faktorer som gjør at medvirkningen for unge kan oppleves som reell, og at unge kan se at forslagene de kommer med har virkning på utformingen av egen behandling og tjenesteapparatet. I oppgaven ønsker jeg å se på hva som hemmer og styrker brukermedvirkning på både individnivå og på tjeneste- og system nivå. Denne problemstillingen vil i hovedsak drøftes innenfor konteksten av frivillig innleggelse i det psykiske helsevesenet. Frivillig innleggelse er hovedregelen i det psykiske helsevernet i Norge, og forutsetter at personen er samtykkekompetent (Helsenorge, 2018). Jeg ønsker og å avgrense min oppgave til personer mellom 16 og 25 år.

## 1.3 Hvorfor er dette relevant for sosialt arbeid?

For å forstå hvorfor temaet og problemstillingen er relevant for sosialt arbeid, kan det være nyttig å se på hva sosialt arbeid er. Sosialt arbeid er en form for hjelpearbeid som handler om å hjelpe personer med sosiale problemer. På overordnet nivå kan man si at sosialt arbeid retter seg mot problemer som oppstår mellom individer eller grupper og samfunnet. Dette arbeidet kan gjøres på både individnivå, gruppenivå og på samfunnsnivå (Berg, Ellingsen, Levin og Kleppe, 2015, s.19). Sosialarbeiderens oppgaver har som mål å bidra til hjelp til selvhjelp, og bidra til å bedre livssituasjonen i samarbeid med den eller de det gjelder. I dette arbeidet dreier innsatsen seg om at man blant annet skal drive forebygging og legge til rette for

deltakelse. Brukeren har her en lovmessig rett til å medvirke i sin egen sak. For å kunne bedre livssituasjonen til en person kreves det relasjonelle ferdigheter. Man har og sett en utvikling de siste årene mot at man skal ha et myndiggjøringsperspektiv i sosialt arbeid (Berg m.fl, 2015, s.24). Ettersom det kreves relasjonelle ferdigheter for å kunne bedre en persons liv blir brukervedvirkning relevant for dette faget. Brukervedvirkning er noe som oppstår mellom to personer, og må derfor sees på som noe relasjonelt. Et viktig moment for at medvirkningen skal være reell er at man har en myndiggjørende tilnærming (Ellingsen og Skjefstad, 2015, s.109). Brukervedvirkning blir dermed relevant for sosialt arbeid grunnet dens relasjonelle preg, brukerens lovmessige rett til å medvirke i sin egen sak og myndiggjørende tilnærming.

## 1.4 Definisjoner

Ettersom denne oppgaven skal drøfte brukervedvirkning innenfor psykisk helsevern, kan det være nyttig å definere hva «psykisk helsevern» er og hva begrepet «bruker» innebærer.

### 1.4.1 Psykisk helsevern

Denne oppgaven vil benytte Lov om Etablering og Gjennomføring av Psykisk Helsevern sin definisjon av «psykisk helsevern». I loven defineres psykisk helsevern som den undersøkelsen og behandlingen spesialisthelsetjenesten gjør av og for personer med psykiske lidelser, samt den pleie og omsorg dette krever (Psykisk Helsevernloven, 1999, §1-2).

### 1.4.2 Bruker

Forståelsen av begrepet «bruker» vil ta utgangspunkt i Helsedirektoratet sin definisjon. Helsedirektoratet definerer en bruker som en person som nyttiggjør seg av en tjeneste i en eller annen form. Helsedirektoratet påpeker at i Plan for Brukervedvirkning er bruker en som nyttiggjør seg eller har behov for tjenester innenfor psykisk helsevern eller innenfor rusfeltet (Helsedirektoratet, 2017).

## 1.5 Disposisjon for oppgaven

Oppgaven vil være bygd opp på følgende måte: metode, teori, drøfting og konklusjon. Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave, og metodedelene vil derfor ta for seg hva en litterær oppgave er. Den vil redegjøre for søkeprosessen, samt en redegjørelse for litteraturen som

ligger til grunn for å besvare problemstillingen. Teoridelen vil redegjøre for hva brukermidvirkning er. Dette kan være med på å legge grunnlag for en forståelse av brukermidvirkning som begrep og noen perspektiver innenfor brukermidvirkning som er viktige. Drøftingsdelen vil diskutere problemstillingen i lys av den litteraturen som foreligger. Oppgaven avsluttes med en oppsummerende konklusjon.

## 2 Metode

### 2.1 Den litterære oppgaven

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. En slik oppgave baserer seg i hovedsak på skriftlige kilder og allerede eksisterende kunnskap. Man bruker ikke en bestemt metode, men man beskriver fremgangsmåten man benytter for å velge litteraturen man skal besvare problemstillingen sin med. Dette betyr at man redegjør for valg av litteratur. I denne beskrivelsen gjør man rede for hvordan man har gått fram, hvilke avgrensninger man har gjort og hvilke søkeord man har benyttet (Dalland, 2012, s.224-229).

Et viktig verktøy i en litterær oppgave er kildekritikk. Kildekritikk handler om å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Dette innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som skal anvendes. Det skal og vise at man klarer å forholde seg kritisk til de kildene man skal benytte i en oppgave. Man skal så godt man kan vurdere i hvilken grad de teoriene og forskningsresultatene man har funnet lar seg benytte til å belyse den problemstillingen man ønsker svar på. Målet med kildekritikk er å vise leseren de kildene man har hatt tilgjengelig, og hvorfor man har valgt disse (Dalland, 2012, s.67-73).

### 2.2 Framgangsmåte for utvelgelse av litteratur

Denne oppgaven vil benytte en kombinasjon av bøker, vitenskapelige artikler og rapporter. Gjennom studiet i sosialt arbeid blir det benyttet ulike bøker som omtaler brukermidvirkning, hvordan dette ser ut og hvorfor dette er viktig. Det er derfor relevant å henvise til disse bøkene som grunnlag for det denne oppgaven ønsker å besvare. I tillegg har det vært relevant å benytte artikler og rapporter som sier noe om hvordan brukermidvirkning kan se ut i praksis. I prosessen for å finne rapporter og vitenskapelige artikler er det benyttet ulike kombinasjoner av søkemotorer og søkeord. Dette har blitt gjort for å få et nyansert datagrunnlag. Følgende to søkemotorer har blitt benyttet i søkeprosessen: Oria og Idunn.

Disse to søkemotorene har ulike databaser og kan derfor gi ulike resultat. Oria er knyttet til universitetsbiblioteket til blant annet NTNU, og kan derfor vise resultater som vitenskapelige artikler, bøker og rapporter. Idunn sin database er knyttet opp mot tidsskrifter, og kan dermed vise vitenskapelige artikler. Følgende kombinasjoner av søkeord har blitt brukt: «brukermedvirkning «Psykisk helsevern» ungdom», «ungdom erfaring psykiatri», «Brukermedvirkning «Psykisk Helse»» og «Brukermedvirkning psykisk helsearbeid». I Oria er søket avgrenset til fagfelleverderte tidsskrift, og til årstall fra 2000 og utover.

Utvelgelsene av rapporter og artikler har blitt gjort med utgangspunkt i en norsk kontekst. Søkeprosessen har handlet om å finne artikler som kan beskrive hvordan man som fagperson kan legge til rette for en relasjon der brukerens perspektiv er en naturlig del av endringsprosessen og i utviklingen av tjenestene. Videre har fokuset vært på å finne artikler som kan beskrive noen strukturelle utfordringer som brukerne opplever i møte med hjelpeapparatet. Et fokus i utvelgelsen har og vært å finne litteratur som tar utgangspunkt i både brukernes og fagpersoners opplevelse av å legge til rette for brukermedvirkning. Søkeprosessen har og forsøkt å finne artikler som beskriver hvordan brukere opplever møte med systemet, og å se på hvordan fagpersoner opplever arbeidet med brukermedvirkning. Etersom oppgaven ønsker å ha et spesielt fokus på unge har dette vært en naturlig del av avgrensningen.

## 2.3 Litteratur

Datagrunnlaget for denne oppgaven er i hovedsak rapporter, vitenskapelige artikler og bøker som omhandler og drøfter brukermedvirkning. Datagrunnlaget drøfter hvordan brukermedvirkning kommer til syne i psykisk helsevern både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten. Rapportene som ligger til grunn er basert på studier som er gjort etter Opptrappingsplanen for Psykisk Helse som kom i 1997, og evalueringer av Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk (BUP). I rapportene drøftes blant annet hvordan unge og unge voksne opplever møtet med helsevesenet, og hvordan de opplever samarbeidet med sin behandler. De vitenskapelige artiklene belyser brukermedvirkning fra ulike sider. Disse omfatter hvordan de som arbeider i psykisk helsevern opplever arbeidet med brukermedvirkning. Artiklene omhandler og hvordan unge opplever medvirkning og møtet med helsevesenet, og hvordan medvirkning og samarbeid kommer til uttrykk i «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge». I tillegg finnes det bøker som omhandler

brukermedvirkning og arbeidet med brukermedvirkning innenfor psykisk helsearbeid. Bøkene er med på å belyse de ulike funnene som er gjort fra et teoretisk perspektiv, samtidig som de er med på å belyse hva brukermedvirkning er.

Datagrunnlaget som foreligger har sine styrker og svakheter. Styrkene med datagrunnlaget er at flere av artiklene og rapportene baserer seg på informasjon innhentet fra brukere og yrkesutøvere. Dette gjør at informasjonen tar utgangspunkt i hvordan helsevesenet oppleves, og den kan på denne måten få en legitimitet. Samtidig kan man stille spørsmål om hvorvidt kunnskapen er gjeldende for alle som er i behandling i det psykiske helsevernet eller som jobber innenfor det psykiske helsevernet, ettersom det kanskje bare er de mest ressurssterke som uttaler seg. Dette kan bidra til at temaet blir belyst på en mindre nyansert måte. Denne oppgaven tar for seg psykisk helsevern generelt, og ser ikke på arbeidet med en bestemt diagnose. Dette gjør at oppgaven ikke får belyst om diagnosen har innvirkning på forutsetningene for å medvirke.

## 3 Teori

### 3.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning handler om at brukeren skal få medvirke og involveres i saker som omhandler eget liv. Dette er en lovfestet rett som er forankret blant annet i Lov om Sosiale tjenester i NAV, Lov om Barneverntjenester og Lov om Etablering og Gjennomføring av Psykisk Helsevern. Dagens forståelse av brukermedvirkning har utgangspunkt i markedsorientert nyliberalisme og New Public Management. Her er det mindre fokus på grad av statlig styring, sterkere markedsorientering og mer fokus på individuelt ansvar (Ellingsen og Skjefstad, 2015, s.106).

Brukermedvirkning er noe som oppstår i møte mellom to eller flere parter, og kan på denne måten og sees på som relasjonelt. Et mye brukt perspektiv her, er å se på brukerens eierforhold til egne problemer. I dette perspektivet legger man blant annet vekt på hvilken grad brukeren selv tar del i og har innflytelse på faktorer som å definere hva problemet gjelder og å velge ulike former for hjelp. Dette handler blant annet om brukerens rett til å kunne definere hva som er riktig for vedkommende i ulike situasjoner, formen på kontakt med hjelpeapparatet og hvilke virkemidler som skal tas i bruk når man løser problemet (Ellingsen og Skjefstad, 2015, s.108-110).

Det finnes ulike begrunnelser for hvorfor brukermedvirkning er viktig. For det første er brukermedvirkning et spørsmål om demokrati. Dette bunner i at brukerne skal få delta i forum der beslutninger som angår dem tas. Det andre argumentet for brukermedvirkning handler om å sikre bedre kvalitet på tjenestene, siden mottakerne av tjenestene selv vet best hva de trenger. Det siste argumentet handler om at brukermedvirkning bidrar til å effektivisere og legitimere tjenestene. Dette handler om å involvere brukerne i utformingen av tjenestene. På denne måten vil man slippe å stadig måtte endre tjenestene og det vil dermed bidra til bedre effektivitet. For at medvirkning kan skje, er det viktig at hjelpeinstansen anerkjenner brukernes behov og respekterer deres fortolkning av den situasjonen de selv står i (Olsen, 2017, s.222-223).

For å kunne legge til rette for brukermedvirkning er evnen til å kunne forstå brukerens perspektiv viktig. Her skiller man mellom det som betegnes som det «å ha brukerens sitt eget perspektiv» og «brukerens eget perspektiv» (Ellingsen og Skjefstad, 2015, s107). På denne måten blir brukermedvirkning todimensjonalt. Den ene dimensjonen handler om å se brukeren, og ha fokus på dennes interesser og behov. Den andre dimensjonen handler om brukerens egen forståelse av seg selv og sine egne problemer (Levin og Ellingsen, 2015, s.118).

Det foreligger ulike måter å inkludere brukeren på. Her skiller man mellom det å anlegge et brukerperspektiv, brukerinnyflytelse og brukerstyring.

Det første er å anlegge et brukerperspektiv. Dette innebærer at man vurderer tilbud eller behov for en tjeneste med utgangspunkt i det som man antar er brukerens ståsted eller forståelse. Dette perspektivet er vanskelig å innta med mindre man vet hva brukeren ønsker eller vil, eller har kjennskap til de behovene hos brukeren som trenger å dekkes. I dette perspektivet kan man anlegge et innholdsorientert brukerperspektiv eller et prosessorientert brukerperspektiv. I et innholdsorientert brukerperspektiv legges det vekt på det endelige resultatet. I prosessen vil brukerens deltakelse være begrenset og ofte indirekte. I et prosessorientert brukerperspektiv er brukeren aktivt deltakende i hele prosessen, fra planlegging til beslutningsprosess (Olsen, 2017, s.217-218).

En annen måte å inkludere brukeren på er brukerinnflytelse. Dette innebærer at brukerens stemme blir vektlagt like mye som andre parter sin stemme i saken. Brukerstyringen er ikke reell før avgjørelsen konkret gjenspeiler det brukeren ønsker og de behovene som ligger til grunn. Her er det viktig at brukerens kunnskap som er opparbeidet gjennom erfaring, blir respektert. I denne sammenheng er det vanlig å gradere mellom stor eller liten innflytelse, der man måler brukerens evne til å bli hørt i sine synspunkter. Dette henger ofte sammen med status og makt. I brukerinnflytelse anerkjennes det at fagpersoner ikke sitter på all makt, men at brukeren tillegges kompetanse ut ifra hvilken erfaringer vedkommende har (Olsen, 2017, s.218-219).

En annen form for brukermedvirkning er brukerstyring. Dette er en formalisering av brukerens stemme. Her foreligger det ingen tvil om at brukeren har siste ordet i sin sak. Her skiller man mellom brukerstyring på individnivå og brukerstyring på systemnivå. På systemnivå kan brukerinnflytelse skje ved for eksempel at brukerne har flertall i et sentralt beslutningsorgan på en institusjon (Olsen, 2017, s.219).

Det er mulig å utøve innflytelse på ulike nivå. Her skiller vi mellom det individuelle nivået, tjeneste- og organisasjonsnivå og det politiske nivå. På det individuelle nivået har brukeren innflytelse på sitt eget tilbud. Her er den enkelte bruker den sentrale aktøren. På tjeneste- og organisasjonsnivå er det brukerrepresentanter som uttaler seg på vegne av brukergrupper. På dette nivået er innflytelsen på tilbudet mer allment. På det politiske nivået har man innflytelse på de overordnede politiske prioriteringene på nasjonalt-, regionalt- og lokalt nivå. På disse nivåene er det ofte representanter for brukerne eller brukerorganisasjoner som utøver innflytelsen (Olsen, 2017, s. 220-221).

Et viktig moment for at brukermedvirkningen skal oppleves som reell, er at den har en myndiggjørende tilnærming (Ellingsen og Skjefstad, 2015, s.109). I norsk litteratur blir begrepet myndiggjøring brukt parallelt med det engelske begrepet empowerment. Empowerment som teori handler blant annet om hvordan individer eller grupper som er eller har vært i en avmaktssposisjon, kommer seg ut av denne. Her vil utgangspunktet være å styrke selvtilliten, gi bedre selvbylde, og gi økt kunnskap og ferdigheter. Ved å fokusere på denne



styrkingen kan de mobilisere kraft til å komme seg ut av denne avmaktsposisjonen, og få mer styring og kontroll på sitt eget liv. Empowerment kan ses på som et tredelt begrep, samtidig som det kan sees på som en prosess med følgende tre trinn: Styrke -> Kraft -> Makt (Askheim, 2016, s.11-12).

Innenfor empowerment-teorien finnes det ulike tilnærminger, blant annet en individorientert tilnærming. Dette handler om å mobilisere brukernes indre krefter. Innenfor den individorienterte tilnærmingen har man blant annet følgende retninger: empowerment som selvrealisering og empowerment som terapeutisk posisjon. Empowerment som selvrealisering legger vekt på den enkeltes individuelle livsverden. I dette perspektivet ønsker man å få fram det autentiske ved den enkelte, uavhengig av personens sosiale relasjoner eller samfunnsstrukturer. Individets opplevelse av avmakt ses på som individuelle mentale fenomener. Empowerment som terapeutisk posisjon legger blant annet vekt på modeller som kan knytte empowerment-prosessen til fellesskap av ulike brukere gjennom selvhjelpsgrupper. I litteraturen om selvhjelpsgrupper påpekes empowerment som et mål man ønsker å oppnå. I disse selvhjelpsgruppene legges det vekt på den enkeltes evner og muligheter til å delta i sin egen endringsprosess, og få mulighet til å finne ny styrke og kraft til å håndtere hverdagen gjennom støtte og hjelp fra gruppen (Askheim, 2016, s.35-48).

## 4 Drøfting

I denne oppgaven drøftes problemstillingen: *Hva hemmer og hva styrker brukervedvirkning i psykisk helsevern for unge?*

### 4.1 Hva hemmer brukervedvirkning for unge?

Det foreligger flere faktorer som kan være med på å hemme brukervedvirkning for unge. Her fremheves følgende to faktorer: 1) Systemet som hindring for vedvirkning og 2) Mangel på informasjon.

#### 4.1.1 Systemet som hindring for vedvirkning

Som yrkesutøver står man i en lojalitetskonflikt mellom lojalitet til systemet og lojalitet til brukeren. Dette kan knyttes til Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet eller «frontlinjearbeiderne». Som bakkebyråkrat skal man blant annet utføre oppgaver på vegne av

storsamfunnet. Bakkebyråkratene er de som møter brukerne ansikt til ansikt, slik som sosionomer. Møtene mellom bakkebyråkratene og brukere baserer seg på gjensidig tillit mellom partene, og der resultatet av dette møtet får et utfall som begge parter kan være fornøyd med. Samtidig kan disse møtene være vanskelige (Berg, 2015, s.76-78).

Flere unge har uttrykt negative erfaringer med det å medvirke. Organisasjonen Mental Helse Ungdom, heretter omtalt som MHU, uttrykker at medvirkning for unge kan knyttes til at unge mangler nødvendig kompetanse om systemet, og at språket som yrkesutøvere bruker kan oppleves vanskelig for unge (Olsen og Tesfai, 2016).

I mange tilfeller der unge får mulighet til å medvirke får dette en mer symbolsk verdi heller enn reelle muligheter for å medvirke. Myndighetene konsulterer ungdommene slik at de kan «krysse av» at medvirkning har skjedd. Meningene til ungdommene tillegges ikke like stor verdi og får små reelle konsekvenser (Olsen og Tesfai, 2016, s.80). Dette kan i noen tilfeller være eksempel på det som tidligere i oppgaven ble omtalt som det å anlegge brukerperspektiv. I et brukerperspektiv vurderer man en tjeneste med utgangspunkt i det man antar er brukerens ønske eller forståelse. På denne måten blir ikke medvirkningen reell, men en del av det som tidligere ble nevnt som innholdsorientert brukerperspektiv, der resultatet er det viktigste. Dette kan igjen føre til at tjenestene får liten legitimitet blant brukerne, og unge opplever å ikke få den hjelpen de har behov for. Samtidig svekkes det demokratiske aspektet ved brukermedvirkning. Brukeren får i liten grad innvirke på tjenestene, noe som igjen kan føre til at tjenestene ikke imøtekommer brukerens behov.

En annen årsak som kan hemme brukermedvirkning for unge er knyttet til vanskeligheter med å forstå systemet, eller manglende kunnskap om systemet. Dette handler om at vårt helsesystem består av komplekse organisasjoner. Disse organisasjonene består av beslutnings- og styringssystem som kan være vanskelig for unge å forstå. Som ung kan man havne i situasjoner der man ønsker å medvirke, men man forstår ikke rekkevidden av de forslagene man kommer med. Dette kan føre til at man føler seg fanget i systemet (Olsen og Tesfai, 2016, s.81). Dette kan henge sammen med manglende systemkunnskap. I mange situasjoner kan det være vanskelig å stille de samme kravene om kunnskap til unge som til yrkesutøvere. Som yrkesutøver opparbeider en seg mye kunnskap om helse- og velferdssystemet gjennom

utdanning og praksis (Olsen og Tesfai, 2016, s.81). Manglende systemkunnskap og det at man føler seg fanget i systemet kan hemme brukermedvirkning i den forstand at det blir vanskelig å foreslå endringer når man ikke vet om de er gjennomførbare eller ikke. Videre kan det være vanskelig å vite om hvilke fora man har mulighet til å medvirke i. På denne måten får man ikke uttalt seg om hvordan tjenesten best kan imøtekomme brukerens behov. Dette kan igjen få konsekvenser for legitimiteten til tjenesten.

En annen faktor som kan hemme brukermedvirkning for unge er språket som fagpersoner bruker. Innenfor ulike fag finnes det ulike fagterminologier. Dette er med på å skille profesjonene fra hverandre. Innenfor de ulike profesjonene finnes det og ulike logikker som angir hva som defineres som sant og riktig. Profesjonsutøverne kan ofte ta denne kunnskapen forgitt, og dermed ikke være bevisst på at unge ikke vet hva dette betyr. Som ung ønsker en ikke å fremstå som dum eller uvitende fordi man ikke kjenner denne terminologien. Man ser og at det finnes underliggende hersketeknikker i helsevesenet. Her ser man for eksempel tendenser til usynliggjøring, paternalisme eller mangel på tilgang til relevant informasjon. Dette kan sees på som beskyttelsesmekanismer som skal hindre ungdom tilgang på et område der yrkesutøvere tidligere hadde hegemoni når det kom til å definere de gjeldende betingelsene (Olsen og Tesfai, 2016, s.81). Språket blir et eksempel på det som betegnes som symbolsk makt. Sammen med væremåter og verdier er språket med på å definere vår virkelighetsforståelse, identitet og samhandling. Den symbolske makten er og med på å definere hva som er rett og galt innenfor en organisasjon (Øye og Norvoll, 2013, s.83). Samtidig skjer det noe når en person blir en del av behandlingsapparatet. Når man blir en del av behandlingsapparatet går hverdagspråket over til å bli fagspråk. Fagspråket er med på å bestemme de ulike oppfatningene og fortolkningene av virkeligheten. På denne måten får behandlere makt til å definere brukerens situasjon. Fagspråket kan ofte illegges større autoritet enn hverdagspråket, og brukere kan ofte ha vanskeligheter med å stille spørsmål ved dette (Skau, 2013, s.54-56). Språket kan på mange måter hemme brukermedvirkningen. Profesjonsutøverne bruker et språk som både er vanskelig å forstå og som har større autoritet. For brukeren kan det dermed være vanskelig å definere sin egen situasjon, og definere hva som fungerer best for en selv.

Det finnes eksempler på at man som yrkesutøver opplever at det foreligger prinsipper for medvirkning som kan oppleves som motstridende. For eksempel er det et prinsipp om at

brukeren kan medvirke gjennom samhandling, samtidig som man har rett til å velge hvem som skal delta i samhandlingen. Denne deltakelsen er nedfelt i Veileder for Habilitering, Rehabilitering, Individuell Plan og Koordinator (Huby, Johnsen, Langsholt og Klubben, 2018, s.302). Det at brukeren selv kan velge hvem som skal være med i samhandlingen kan gjøre at yrkesutøvere ikke får muligheten til å bli kjent med brukerens synspunkt. Dette gjør det vanskelig for yrkesutøverne å få fram brukerens perspektiv, fordi man blir utestengt fra samhandlingen. Det kan få konsekvenser for hvilke beslutninger som skal tas. Grunnen til dette er at det vil være vanskelig å fatte beslutninger som gjenspeiler det brukeren ønsker, og behovene som brukerne har. Dette gjør at man må anlegge et brukerperspektiv der man fatter beslutninger om hva man tror er det beste for vedkommende.

#### 4.1.2 Mangel på informasjon

I møte med systemet i dag opplever mange unge mangler på informasjon. Som nevnt tidligere i oppgaven er en mye brukt tilnærming innenfor den relasjonelle forståelsen av brukermedvirkning brukerens eierforhold til sine egne problemer. Her legger man blant annet vekt på i hvilken grad brukeren har innflytelse på faktorer som det å definere hva problemet gjelder, og å velge ulike former for hjelp. Hvis brukeren selv skal kunne ta beslutninger om hvilke faktorer som løser problemet er det viktig å kunne vite hvilke alternativer man har.

Informasjon kan for eksempel handle om hvilke typer medisiner som er tilgjengelige og hva slags type behandlinger det finnes for diagnosen man har. Mangel på informasjon er et problem som unge peker på i møte med Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk, heretter omtalt som BUP. Dette vises blant annet i en evaluering av BUP ved St. Olavs hospital i Trondheim. Når det gjelder medisiner, uttrykker ungdommene at det er mangelfull informasjon. Her opplever ungdommene at de ikke får informasjon om virkningene og eventuelle bivirkninger av medisinene. Et annet problem ungdommene uttrykker er knyttet til informasjon om hvem som skal følge opp medisineringen. Ungdommene har opplevd å få tilbud om medisiner, men har i varierende grad fått ta del i beslutningen om de ønsker å starte opp eller ikke. Der ungdommene har stått på medisiner fra før av, vet de ikke lenger hvem som har ansvaret for å følge opp (Høiseth, Kvisle, Kildal og Bjørgen, 2015, s.21). Mangel på informasjon om medisiner er noe som og kommer fram i evalueringen av Opptappingsplanen for Psykisk Helse som kom 1997. Informantene til denne rapporten kom fra ulike deler av

landet og mottok behandling fra Barne- og Ungdomspsykiatrisk Poliklinikk. Disse ungdommene hadde ulike opplevelser med mengden informasjon. En av informantene her uttrykte mangel på informasjon når det gjaldt hvilke typer ADHD medisiner som foreligger (Sverdrup, Myrvold og Kristofersen, 2007, s.87-89). Mangel på informasjon om eventuelle bivirkninger og hvem som har ansvaret for dem kan dermed være et hinder for at ungdommene selv kan ta beslutninger om hva som passer best for dem. Å vite hvem som har ansvaret for medisiner kan gi rom for å drøfte virkningene av de medisinene man går på. Et annet hinder for brukermedvirkning er mangel på informasjon om ulike typer behandlinger. I rapporten som presenterer evalueringene av BUP påpekes det at ungdommene ønsker mer informasjon om ulike typer behandling. Dette gjør at ungdommene selv kan uttrykke seg om hvilken behandling de ønsker, dersom de opplever at en behandling ikke fungerer eller har ønsket effekt (Høiseth m.fl, 2015, s.22-23). Dette er et eksempel på viktigheten av at behandlere informerer brukerne sine, slik at brukeren får mulighet til å uttrykke hva som passer eller ikke passer for vedkommende. Informasjon kan og bidra til at man selv kan bestemme hvilken type kontakt man ønsker å ha med systemet.

I en analyse av «Veileder for poliklinikker i helsevern for barn og unge», gjort av Franca Armata, kommer det fram at henvisningen til spesialisthelsetjenesten i liten grad blir gjort i samarbeid med brukerne. Veilederen har som formål å bidra til at tjenestene utvikles i tråd med målsetningene og intensjonene som ligger i Opptappingsplanen for Psykisk Helse og gjeldende regelverk. Den skal og tydeliggjøre de helsepolitiske føringene og forventningene, og den skal gi faglige råd til tjenestene (Helsedirektoratet, 2008, s.7). Det er i hovedsak profesjonelle som skal vurdere og definere behovet for hjelp fra en poliklinikk, og unge, og deres familier kan ikke ta direkte kontakt selv. Det blir likevel poengtert at selv om det i liten grad er samarbeid mellom henviser og bruker, er det ikke utelukket (Armata, 2017, s.124-126). Dette kan ha konsekvenser for det som Lawrence Shulman betegner som åpningsfasen i en arbeidsrelasjon. I åpningsfasen foreligger det ulike ferdigheter. En av disse ferdighetene er å fange opp brukerens tilbakemeldinger. Dette innebærer å fange opp brukerens egen forståelse av eget hjelpebehov. De første møtene mellom behandler og bruker er ofte noe prøvende. Man ønsker blant annet å utforske realiteten i situasjonen (Shulman, 2003 s.148-149). Flere ungdommer uttrykte problemer i «bli kjent fasen» da de evaluerte BUP ved St. Olavs Hospital. I rapporten kommer det fram at flere ungdommer opplever det som ubehagelig at behandler vet så mye om dem ved første møte. Dette kan ha noe å si for både

maktbalansen og hvorvidt bruker klarer å få tillitt til behandler (Høiseth, Kvisle, Kildal og Bjørgen, 2015, s.28-29). Som påpekt tidligere er brukermedvirkning noe som oppstår mellom to personer. En mye brukt tilnærming her er å se på brukerens eierforhold til egne problemer. For å legge til rette for brukermedvirkning kan det derfor være relevant for behandler å være bevisst på balansen mellom det å sitte på informasjon om brukeren og det å få fram hvordan brukeren selv forstår sine egne problemer. Samtidig kan det være viktig for brukeren å selv få velge hvilken type kontakt de ønsker å ha med systemet.

## 4.2 Hva styrker brukermedvirkning for unge?

I tillegg til å ha en forståelse av hva som hemmer medvirkning kan det være viktig å forstå hva som styrker den. Her vil følgende to faktorer drøftes: 1) Relasjonen mellom bruker og behandler og 2) Opplæring av brukere som ønsker å medvirke.

### 4.2.1 Relasjon som grunnlag for medvirkning

I sosialt arbeid jobber man ikke bare med sosiale problemer, men man jobber og i, med og gjennom relasjoner. I denne sammenhengen kan det være relevant å trekke fram arbeidet som sosionomen gjør gjennom relasjoner. Når man arbeider gjennom relasjoner viser man til interaksjonen som skjer mellom sosionom og bruker. I dette perspektivet legges det vekt på relasjonsarbeidet som legges ned i kontakten mellom sosionom og bruker. Målet med dette arbeidet er det å skape tillit. På mange måter kan man skille mellom prosess og innhold i en samtale. Prosessen handler om arbeidsrelasjonen og fremdriften i arbeidet. Innholdet i relasjonen handler om det som er problemet eller temaet for kontakten (Levin og Ellingsen, 2015, s.112-115). En god relasjon kan også bidra til en myndiggjøringsprosess. Som påpekt tidligere i oppgaven har mann innenfor myndiggjørings-teorien et individorientert perspektiv. Her fokuserer man blant annet på individets livsverden, og man ønsker å få fram det autentiske ved individet. For å kunne gjøre dette kan det være relevant at man i en relasjon ønsker å forstå brukerens perspektiv, og å få fram hans eller hennes egen forståelse av seg selv og sine egne problemer.

Som påpekt tidligere er brukermedvirkning noe som oppstår i kontakten mellom to parter, og det blir på denne måten noe relasjonelt. Det å danne en god relasjon mellom behandler og bruker kan dermed bli en faktor som fremmer medvirkning. Relasjonen mellom bruker og

behandler er med på å styrke medvirkning på individnivå. Relasjonene er og med på å styrke behandlerens evne til å forstå brukeren. Tilbakemeldingene fra evalueringen av BUP ved St. Olavs Hospital understreker viktigheten av å kunne danne en god relasjon mellom behandler og bruker. Denne rapporten peker på to viktige konsekvenser av at man danner en god relasjon, og det er: tillit og følelsen av å bli tatt på alvor. Ungdommene peker i rapporten på at det tar tid å bli kjent og at de må få muligheten til å bygge opp tillit mellom behandler og bruker (Høiseith, Kvisle, Kildal og Bjørgen, 2015, s.28-31). Tillit er et viktig prinsipp i det som Lawrence Shulman betegner som *arbeidsrelasjonen*. Shulman definerer tillit som: «klientens opplevelse av å kunne ta sjansen på å betro seg til sosialarbeideren om sine tanker, følelser, feiltrinn og nederlag» (Shulman, 2003, s.144). Denne definisjonen understreker viktigheten av å skape tillit mellom behandler og bruker. På denne måten får man som yrkesutøver muligheten til å få brukerens egen forståelse av situasjonen og dermed får man brukeren sitt eget perspektiv fram. Brukeren får mulighet til å løfte fram sine tanker og følelser og man får dermed mulighet til å kunne finne måter å løse problemet på.

En god relasjon er en forutsetning for å skape god samhandling mellom bruker og det øvrige hjelpeapparatet. Dette er noe som gjelder for både brukere og tjenesteytere. For tjenesteyterne er en god relasjon en viktig forutsetning for at de formelle reglene for samhandlingen skal fungere. På denne måten kan man skape gode faglige diskusjoner der brukeren er i sentrum som igjen kan føre til et brukerstyrt støtte og behandlingsopplegg (Huby, Johnsen, Langsholt og Klubben, 2018, s.305-306). God samhandling mellom behandler og bruker kan bidra til at tjenesteyter får en bedre forståelse av hva brukeren har behov for og hva brukeren selv ønsker. Dette kan gjøre at tjenestene som brukeren mottar blir best mulig. For brukeren kan en god relasjon være med på å skape forutsigbarhet og kontinuitet. Dette handler om trygghet og stabilitet (Huby m.fl., 2018, s.305). Ettersom brukeren selv vet hva som er problemet, kan en god relasjon som nevnt tidligere bidra til at brukerens egen forståelse kommer fram, og at brukeren selv evner å ta eierskap til problemet.

Det å danne en god relasjon er med på å jevne ut maktforholdet mellom behandler og bruker. Innenfor samfunnsvitenskapen har makt både positive og negative aspekter. De positive aspektene ved makt er knyttet til mulighetene det gir til myndiggjøring, og evnen til å handle når det er nødvendig. De negative aspektene ved makt er knyttet til makt som noe krenkende eller skadelig. Innenfor de psykiske helsetjenestene kan makt brukes positivt i den forstand at

tjenestene kan tilrettelegges slik at brukeren opplever trygghet og en opplevelse av at deres ressurser kommer fram. På den andre siden kan makt brukes slik at det oppleves krenkende eller at man gjør en for stor inngripen i den enkeltes handlingsrom slik at man får begrenset frihet og autonomi (Øye og Norvoll, 2013, s. 74-75). Innenfor maktbegrepet kan man skille mellom makt som en del av relasjonelle forhold og makt som en del av institusjonaliserte og strukturelle forhold. Makt som en del av relasjonelle forhold skjer på mikroplanet og dermed i relasjoner mellom individer. Denne formen for makt gjør seg synlig gjennom konflikt, kamp og muligheter for å yte motstand. Makt som motstand kan sees på som individets forsøk på å minimere maktens negative konsekvenser for en selv. På institusjonsnivå er makt noe som kommer ovenfra. Makt som kommer ovenfra ser man i de strukturelle, politiske og økonomiske rammene som yrkesutøverne handler innenfor. Systemnivået er med på å fastsette hva som skjer i møtet mellom behandler og bruker. På denne måten er strukturen med på å fastsette makt- og styrkeforholdet mellom ansatte og brukere (Øye og Norvoll, 2013, s.75-79). Øye og Norvoll (2013, s.95-96) påpeker at brukervedvirkning innenfor psykisk helsevern er et forsøk på å regulere noe av skjevheten i maktforholdet mellom bruker og behandler. Brukervedvirkning er en oppfordring til brukeren om å ta en mer aktiv del i sin egen behandling. Dette kan sees på som en oppfordring til at brukeren skal mobilisere egne krefter og ressurser. På denne måten skal man styrke brukeren til å bli uavhengig av velferdstjenestene. Brukervedvirkning blir på mange måter en prosess der man ønsker å redusere de negative formene for makt som utøves mot brukeren. Brukervedvirkning innenfor psykisk helsevern kan dermed bidra til at brukeren får eierskap til sine egne problemer.

Våre holdninger og verdier i møte med brukeren har også betydning for brukervedvirkning. I en studie gjort av helsearbeidere innenfor Assertive Community Treatment-team påpekes det at holdninger som toleranse, respekt og aksept er viktige i møte med den enkelte bruker (Stokmo, Ness, Borg og Sommer, 2014, s.16-17). Våre holdninger og verdier til unge er noe organisasjonen Mental Helse Ungdom (MHU) peker på. Som ung er man verken helt barn eller helt voksen. Dette kan få konsekvenser for hvordan voksne yrkesutøvere bedømmer unges kompetanse (Olsen og Tesfai, 2016, s.82). Holdninger er vurderinger som enten er positive eller negative, og innebærer at man tar et standpunkt. Våre holdninger er med på å prege vår atferd og våre opplevelser (Håkonsen, 2014, s.185). Våre holdninger til brukerne kan være med på å prege hvordan vi ser dem. Som MHU påpeker er ungdommer i en



overgangsfase mellom barn og voksen, noe som har innvirkning på hvordan vi bedømmer unges kompetanse. Dette kan få konsekvenser for de beslutningene som skal tas. Ved å tenke at man som yrkesutøver vet best, handler man ut ifra denne forutsetningen. Dette kan få negative konsekvenser for brukers medvirkning i egen situasjon. Som nevnt tidligere kan brukermedvirkning skje ved at man respekterer den andres fortolkning av den situasjonen som de selv står i. Som yrkesutøver kan det derfor være nyttig å anerkjenne de unges kompetanse og fortolkning av sin egen situasjon. For at medvirkningen skal oppleves som reell for unge kan det være viktig å anerkjenne og respektere den kompetansen som unge har opparbeidet seg gjennom erfaring.

#### 4.2.2 Opplæring av brukere som ønsker å medvirke

Opplæringsprogram i brukermedvirkning kan være et verktøy som styrker unge som ønsker å medvirke i eget behandlingsopplegg. Opplæringsprogrammene kan ha to funksjoner. For det første kan de bidra til at unge får økt innsikt i hvordan systemet fungerer. For det andre kan de bidra til å lære opp erfaringskonsulenter innenfor de psykiske helsetjenestene.

En aktør som tilbyr opplæringsprogram i brukermedvirkning er Mental Helse Ungdom (MHU). Noe av bakgrunnen for at man ønsket å systematisere brukermedvirkning er at flere mangler nødvendig kompetanse, noe som er drøftet tidligere i oppgaven. MHU peker på at for å lykkes i brukermedvirkning er det nødvendig å ha en grunnleggende forståelse av hvilken rolle man har og hvilke oppgaver det forventes at man ivaretar. Her handler det om at man skal ha en viss forståelse av hvordan helsesystemet fungerer, hvordan det er bygd opp og hvilken forankring det har. Ved at man har grunnleggende kunnskap har man og mulighet til å bedre forstå det systemet man opererer innenfor (Olsen og Tesfai, 2016, s.82-83).

Opplæring av unge som ønsker å medvirke kan ha en myndiggjørende funksjon. Som nevnt tidligere i oppgaven handler myndiggjøring om å komme seg ut av en avmaktsposisjon. Utgangspunktet her er blant annet å gi økt kunnskap og ferdigheter. På denne måten kan personene ta mer styring over sitt eget liv. Ved å gi økte kunnskaper om systemet kan man få en større forståelse for hvordan man kan bruke systemet til å løse de problemene man står overfor. Dette kan og åpne for å kunne ta beslutninger om hvilken kontakt man ønsker å ha med systemet. På denne måten får man makt til å ta beslutninger om hva som passer best for

en selv. Opplæringsprogrammene kan bidra til at brukeren identifisere hersketeknikker og manipulering (Olsen og Tesfai, 2016, s. 85). På denne måten kan man utjevne maktubalansen i systemet ved at man får en forståelse for hva som er rett og galt innenfor det systemet man ønsker å ha en innvirkning på.

En annen funksjon opplæring i brukermedvirkning har er opplæring av erfaringskonsulenter og medarbeidere med brukererfaring. Medarbeidere med brukererfaring er ansatte innenfor psykisk helsevern som har fått tilrettelagt utdanning. Erfaringskonsulenter er personer som blir ansatt i offentlige tjenester innenfor psykisk helsevern på bakgrunn av sine erfaringer (Svendsen og Rydheim, 2014, s.369). Flertallet av disse personene har oppgaver som er knyttet til systemnivå, men kan og være knyttet til direkte bruker- og pasientkontakt og administrasjon (Svendsen og Rydheim, 2014, s.371). I den psykiske helsetjenesten kan erfaringskonsulenter formidle et bruker- og pårørende perspektiv inn til yrkesutøverne. Videre kan de bringe inn en mer systematisk bruk av erfaringskunnskap, de kan sikre at brukeres rettigheter blir ivaretatt, og de kan formidle håp til pasienter. Erfaringskonsulentene blir et blide på at det kan gå bra. Forskning viser og at erfaringskonsulenter legger en større vekt på problemstillinger som brukerne er opptatt av (Svendsen og Rydheim, 2014, s.372). Det er viktig at erfaringskonsulentene får tilstrekkelig med opplæring. Dette handler om å bevisstgjøre erfaringskonsulenter rundt sin egen sykdomshistorie. De må ha et bevisst og reflektert forhold til sin egen sykdomshistorie (Svendsen og Rydheim, 2014, s.374). Dette er kanskje særlig viktig for unge som ønsker å medvirke ettersom deres erfaringer med systemet er nyere enn voksnes. Opplæringsprogrammene kan være med på å bevisstgjøre hvordan man kan dele erfaringer på en god måte (Olsen og Tesfai, 2016, s.84). Opplæringen av erfaringskonsulenter kan på mange måter bidra til at brukere får eierskap til sine egne problemer. I helsevesenet kan erfaringskonsulentene bidra til at tjenestene imøtekommer brukerens behov på en bedre måte. Ved å legge vekt på problemer som brukerne er opptatt av, så kan erfaringskonsulentene hjelpe yrkesutøverne å forstå brukerens behov. På denne måten kan tjenestene utvikle seg med brukerinnflytelse. Dette gjør at tjenestene får en legitimitet hos de som mottar dem. Erfaringskonsulentene kan og være med på å myndiggjøre brukerne. Ved å formidle hvordan systemet fungerer så bidrar erfaringskonsulentene til at brukeren kan ta beslutninger om hva som er best for en selv. Erfaringskonsulentene kan og bidra med støtte til brukerne, og gi de tro på at endring er mulig.

## 5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg ønsket å finne svar på følgende spørsmål: *Hva hemmer og hva styrker brukermedvirkning i psykisk helsevern for unge?* Gjennom drøftingen har følgende faktorer blitt pekt på som noe som kan hemme medvirkning for unge: 1) *Systemet som hindring* og 2) *Mangel på informasjon*. Følgende faktorer har blitt pekt på som noe som kan styrke medvirkning for unge: 1) *Relasjonen som grunnlag for medvirkning* og 2) *Opplæring av brukere som ønsker å medvirke*.

Mangel på forståelse av, og kunnskap om systemet er en faktor som kan hemme medvirkning for unge. Dette handler om at helsesystemene våre er store og komplekse systemer, som for unge kan være vanskelige å forstå. De ulike fagenes terminologier og språk er med på å påvirke hvem som kan definere situasjonen. Mangel på informasjon er og et hinder for medvirkning. Mangel på informasjon kan bidra til at unge ikke får muligheten til å ta gode valg for seg selv. Dette handler blant annet om hvilke medisiner man ønsker å bruke, hvilke type behandlinger man ønsker, og kontakten man ønsker å ha med tjenesteapparatet.

For å styrke medvirkning kan det være viktig å jobbe med en god relasjon mellom bruker og behandler. På denne måten kan man skape tillit, god samhandling mellom bruker og resten av tjenesteapparatet og jevne ut maktubalansen mellom bruker og behandler. Ved å danne en god relasjon kan brukeren få tillit til sin behandler. På denne måten får man fram brukerens egen forståelse av sine problemer, noe som gjør at man kan imøtekomme brukerens behov på en bedre måte. For at brukermedvirkningen skal oppleves reell er det viktig at vi som yrkesutøvere anerkjenner brukerens forståelse av sine problemer, og anerkjenner den kompetansen som brukeren har opparbeidet seg gjennom erfaring.

En annen viktig faktor som kan bidra til brukermedvirkning er opplæring av brukere som ønsker å medvirke. Opplæring kan ha en myndiggjørende effekt hos brukeren. Gjennom opplæringsprogrammene kan brukerne få kunnskap om systemene, noe som igjen kan føre til at de kan ta bedre valg for seg og sin behandling. Erfaringskonsulenter er en annen viktig ressurs i et brukermedvirknings-perspektiv. Disse personene kan bidra med et bruker- og pårørende perspektiv inn i systemene, samt at de kan løfte fram problemer som er viktige for brukerne. Erfaringskonsulentene kan og ha en myndiggjørende effekt på brukerne, ved å gi

dem økt kunnskap om systemet. Fokus på relasjonen mellom bruker og behandler, og bedre opplæringstilbud til brukere og erfaringskonsulenter kan styrke brukermedvirkning i psykisk helsevern for unge.

## 6 Litteraturliste

Askheim, O.P (2016) *Empowerment i Helse- og Sosialfaglig Arbeid - Floskel, Styringsverktøy eller Frigjøringsstrategi* (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Armata, F (2017) Samarbeid, Brukermedvirkning og kvalitet i psykisk helsearbeid for barn og unge – En tekstanalyse av «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge». *Fokus på Familien* (Nr.2-2017). s.117-137. Hentet fra:

[https://www.idunn.no/file/pdf/66960281/samarbeid\\_brukermedvirkning\\_og\\_kvalitet\\_i\\_psykisk\\_helsevern.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66960281/samarbeid_brukermedvirkning_og_kvalitet_i_psykisk_helsevern.pdf)

Berg, B. (2015) Velferdsstatens sikkerhetsnett. I: Berg, B., Ellingsen, I.T, Levin, I., Kleppe, L.C (Red.) *Sosialt arbeid- En grunnbok* (s.65-79). Oslo: Universitetsforlaget

Berg, B., Ellingsen, I.T, Levin, I., Kleppe, L.C (2015) Hva er sosialt arbeid?. I: Berg, B., Ellingsen, I.T, Levin, I., Kleppe, L.C (Red.) *Sosialt arbeid- En grunnbok* (s.19-35). Oslo: Universitetsforlaget

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Ellingsen, I.T, Skjefstad, N.S (2015) Anerkjennelse, Myndiggjøring og Brukermedvirkning. I: Berg, B., Ellingsen, I.T, Levin, I., Kleppe, L.C (Red.) *Sosialt arbeid- En grunnbok* (s.97-110). Oslo: Universitetsforlaget

Helsedirektoratet (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

Oslo: Oslos Forlagstrykkeri. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/\\_attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf/_attachment/inline/829f53aa-0b66-4139-8add-944c95d5b163:b03ce59e25e43dc7623f1b5940aff644ae83eb6a/Veileder%20for%20poliklinikker%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge.pdf)

Helse- og Omsorgsdepartementet (2019) *Opptrappingsplan for Barn og Unges Psykiske Helse* (Prop. 121 S). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf>

Helsedirektoratet (17.10.2017) Brukermedvirkning. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning#%E2%80%8B%E2%80%8Bdefinisjon-av-brukerbegrepet>

Helsenorge (08.01.2018) Frivillig Psykisk Helsevern. Hentet fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/frivillig-psykisk-helsevern>

Huby, G., Johnsen, L., Langsholt, L.E., Klubben, M., (2018) Hvordan praktiserer brukermedvirkning uten brukeren? *Tidsskrift for Velferdsforskning* (Nr.4-2018). Hentet fra:

[https://www.idunn.no/file/pdf/67101534/hvordan\\_praktisere\\_brukermedvirkning\\_uten\\_brukeren.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/67101534/hvordan_praktisere_brukermedvirkning_uten_brukeren.pdf)

Høiseth, J.R., Kvisle, I.M., Kildal, C., Bjørgen, D., (2015) Min Stemme Teller: Evaluering av Barne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik, St Olavs Hospital. Trondheim: Stiftelsen KBT Midt-Norge. Hentet fra: [https://kbtmidt.no/wp-](https://kbtmidt.no/wp-content/uploads/2017/07/min_stemme_teller_evaluering_bup_stolavs_2015-1.pdf)

[content/uploads/2017/07/min\\_stemme\\_teller\\_evaluering\\_bup\\_stolavs\\_2015-1.pdf](https://kbtmidt.no/wp-content/uploads/2017/07/min_stemme_teller_evaluering_bup_stolavs_2015-1.pdf)

Håkonsen, K.M (2014) Psykologi og psykiske lidelser (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Levin, I., Ellingsen, I.T., (2015) Relasjoner i sosialt arbeid. I: Berg, B., Ellingsen, I.T, Levin, I., Kleppe, L.C (Red.) *Sosialt arbeid- En grunnbok* (s.112-123). Oslo: Universitetsforlaget

Olsen, T., og Tesfai, A. (2016) Ung med virkning? Opplæringsprogram til unge brukermedvirkere. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (Nr.1-2-2016). s.77-86. Hentet fra:

[https://www.idunn.no/file/pdf/66867241/ung\\_med\\_virkning\\_opplaeringsprogram\\_til\\_unge\\_brukermedvirke.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66867241/ung_med_virkning_opplaeringsprogram_til_unge_brukermedvirke.pdf)

Olsen, B.C.R (2017) Om å vite best sammen - brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren.

I: Stamsø, M.A (Red.) *Velferdsstaten i endring - Om norsk helse- og sosialpolitikk* (s.216-237). Oslo: Gyldendal akademisk

Psykisk Helsevernloven (1999) Lov om Etablering og Gjennomføring av Psykisk Helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=lov%20om%20psykisk%20helsevern)

[62?q=lov%20om%20psykisk%20helsevern](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=lov%20om%20psykisk%20helsevern)

Svendsen, E., Rydheim, S.H (2014) Hvilken plass har erfaringskonsulenter i tjenestene innenfor psykisk helse? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (Nr.4-2014). s.368-376. Hentet fra:

[https://www.idunn.no/file/pdf/66739463/hvilken\\_plass\\_har\\_erfaringskonsulenter\\_i\\_tjenestene\\_innenfo.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/66739463/hvilken_plass_har_erfaringskonsulenter_i_tjenestene_innenfo.pdf)

Shulman, L. (2003) *Kunsten å hjelpe individer og familier* (1.utg.). Oslo: Gyldendal

Skau, G.M (2013) *Mellom makt og hjelp* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget

Sverdrup, S., Myrvold, T.M., Kristofersen, L.B. (2007) Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter (Rapport nr.2). Oslo: NBIR. Hentet fra:

<http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2007-2.pdf>

Stokmo, H., Ness, O., Borg, M., Sommer, M., (2014) Helsearbeidernes erfaringer med hvordan krav om modellfasthet virker inn på brukermedvirkning i ACT-team. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* (Nr.3-2014). s.13-23. Hentet fra:

[https://www.idunn.no/file/pdf/65899229/helsearbeidernes\\_erfaringer\\_med\\_hvordan\\_krav\\_om\\_modelltrofa.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/65899229/helsearbeidernes_erfaringer_med_hvordan_krav_om_modelltrofa.pdf)

Øye, C., Norvoll, R., (2013) Psykisk Helsearbeid i et Makt- og Kontrollperspektiv. I: Norvoll, R (red.), *Samfunn og Psykisk Helse – Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s.73-97). Oslo: Gyldendal Akademisk

