

Vilde Prietz Theisen
10028

Fra pasient til aktør: Empowerment for mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser

From patient to active participant: Empowerment
for people with long term, serious mental
disorders

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Cecilie Ellefsen
Mai 2023

Vilde Prietz Theisen
10028

Fra pasient til aktør: Empowerment for mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser

From patient to active participant: Empowerment for people with long term, serious mental disorders

Bacheloroppgave i Sosialt arbeid
Veileder: Cecilie Ellefsen
Mai 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser som gruppe befinner seg i en avmaktsposisjon i samfunnet. Mange opplever stigma og helsehjelp kan bidra til opplevd håpløshet. Derfor er det spesielt relevant å arbeide for empowerment for disse menneskene. Empowerment kan ses som en verdi, et mål og en prosess. Det handler om at mennesker finner og mobiliserer sin styrke til å gjenoppta makt og kontroll i livene sine og oppnår en rettmessig plass i samfunnet. Formålet med denne litterære oppgaven er å belyse hvordan sosialarbeidere kan legge til rette for empowerment for mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser i deres møte med tjenester innen psykisk helse. Dette gjøres ved hjelp av litteratursøk, og det er anvendt et utvalg av faglitteratur, vitenskapelige artikler og offentlige dokumenter innen helse og sosialfag. På individnivå kan en rekke momenter bidra til at brukere finner sin styrke, autonomi og tro på egne evner. Arbeidet kan beskrives i stadier, der det første stadiet preges av relasjonsarbeid og trygghet. Deretter gis mer ansvar og tiltro til brukeren for å klare seg på egenhånd. Det er en balansegang å gi brukere tilstrekkelig støtte og å unngå avhengighet til hjelperelasjoner, en sentral del er å beholde fokus på styrker og ressurser hos den enkelte. På systemnivå kan erfaringskunnskap og brukerorganisasjoner brukes som verktøy for å bidra til empowerment. Strukturer i systemet og et sykdomsfokusert blikk i møte med brukere kan komme i veien for brukermedvirkning, og det er viktig at sosialarbeideren er seg bevisst den makten man har som profesjonsutøver. Samtidig kan tilbud som brukergrupper og erfaringsmedarbeidere gi økt lydhørhet og tilgjengelighet. Empowerment, brukermedvirkning, helhetsperspektiv og å fremme livskvalitet for mennesker med psykiske lidelser er et fokusområde, men man ser fortsatt at det er viktig å jobbe videre for å realisere slike mål.

Abstract

People with long term, serious mental disorders as a group are in a position of powerlessness in society. Many experience stigma and practice which can contribute to perceived hopelessness. In this regard working towards empowerment for this group is especially relevant. Empowerment, as a value, a goal, and a process, is about people uncovering and mobilizing their strengths to restore power and control over their lives and a fair position in society. This literary essay aims to explore how social workers can facilitate empowerment for people with long term, serious mental disorders interacting with mental health services. The method is literature search and review, in which a selection of academic and scientific literature within health and social science is applied. On an individual level there are several points that may contribute to finding strengths, autonomy and believe in one's abilities. The work may be described in stages, whereby the first stage is characterized by safety, humanity, and care. Subsequently more responsibility and trust are given to service users to manage independently. There is a balance between sufficient support while avoiding dependence on the helper relationship, and a key point is to maintain focus on strengths and resources within the individual. On a systemic level experiential knowledge and user organizations may be used as a tool to strengthen empowerment. Structures in the system as well as a pathology focused view may hinder user involvement, and it's crucial to be aware of one's power as a professional practitioner. Moreover, such services have the potential to provide increased availability in the mental health field. Today there is focus on empowerment, user involvement, a holistic view and quality of life for service users with mental disorders, however there is still a need for continued work towards these goals.

Innhold

Sammendrag	i
Abstract	ii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Relevans	2
1.2 Definisjon av sentrale begreper	4
1.2.1 Empowerment	4
1.2.2 Langvarig, alvorlig psykisk lidelse.....	4
1.2.3 Rusproblematikk	4
1.2.4 Tjenester innen psykisk helse.....	5
1.2.5 Livskvalitet.....	5
1.3 Oppgavens oppbygning.....	5
2.0 Metode.....	7
2.1 Litterær oppgave.....	7
2.2 Litteratursøk	7
2.3 Kildekritikk av valgt litteratur	9
3.0 Teoretisk perspektiv: Empowerment.....	11
3.1 Empowerment som begrep	11
3.2 Individnivå.....	12
3.3 Samfunnsnivå	14
4.0 Diskusjon.....	17
4.1 Mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser.....	17
4.2 Individnivå.....	19
4.2.1 Ansvarliggjøring.....	19
4.2.2 Relasjoner	21
4.2.3 Styrkeperspektivet	22
4.3 Systemnivå	24
4.3.1 Brukerorganisasjoner og grupper	24
4.3.2 Erfaringsmedarbeidere	24
4.3.3 Sykdomsforståelse.....	26
4.4 Etske dilemma	28
5.0 Avslutning	29
6.0 Litteraturliste	31

1.0 Innledning

For noen mennesker kan psykiske vansker utvikle seg til å bli det man kaller langvarige, alvorlige psykiske lidelser. Utvikling av psykiske lidelser må ses i sammenheng med biologiske, genetiske, psykososiale og kulturelle fenomener, samt visse typer alvorlige hendelser og traumer. Dette er sårbarhetsfaktor og/eller utløsende faktorer som øker risikoen for å utvikle slike lidelser (Håkonsen, 2014, s. 276). Psykiske lidelser kan ofte ha sammenheng med rusproblematikk. Mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser er en gruppe det er komplisert å tilby best mulig hjelp, og de vil ha behov for sammensatt hjelp. Dette gjelder psykiatrisk og medisinsk helsehjelp, psykologisk behandling og omsorg. I tillegg vil det ofte være store sosiale vansker, for eksempel vansker med å være i arbeid, tjene penger til livsopphold og bolig. (Lauveng, 2020, s. 112). Det vil være viktig å gjøre en helhetlig vurdering av brukerens situasjon, omgivelser, nettverk og individuelle behov, samt inkludere nødvendige samarbeidsparter fra ulike profesjoner. I denne oppgaven ser jeg nærmere på de som har alvorlige psykiske lidelser, er i møte med tjenester gjentatte ganger og er lidelsespreget i store deler av livet med negativ innvirkning på livskvalitet.

I tidligere tid kunne normbrudd i forbindelse med hvordan mennesker med psykiske lidelser opptrer ses på som noe overnaturlig eller at den syke burde straffes eller oppdras. I våre dager ser man derimot slike normbrudd som symptomer på at man er syk eller skadet og trenger omsorg og hjelp (Lauveng, 2020, s. 20). Selv om psykiske lidelser har blitt mer akseptert i samfunnet enn hva det en gang var, er det fortsatt stigma knyttet til dette. Det finnes strukturer i samfunnet som bidrar til å marginalisere og sette psykisk syke mennesker i en avmaktsposisjon. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser har ofte vansker med å delta i arbeidslivet, på sosiale arenaer og kan miste tilgang til samfunnets fellesskap. Dette kan føre til lavt selvbilde og skam, og psykiske lidelser er ofte mer skambelagt enn somatiske sykdommer. Undersøkelser har vist at opplevelsen av skamfølelse og frykt for utestenging, marginalisering og ensomhet er stor (Askheim, 2018, s. 19).

Det finnes ulike innfallsvinkler for å forstå psykiske lidelser og ulike tilnærminger til psykisk helsearbeid. Aarre beskriver det som en «kamp» mellom medisinsk modell og kontekstuell modell. Den medisinske modellen fokuserer på individ, sykdom og symptomer, mens en kontekstuell modell ser på omgivelser og livsvilkår. Det vil si at symptomene forstås som reaksjoner på hendelser eller utfordringer i menneskets liv. Problemer kan stamme fra samfunnet individet lever i, i motsetning til «noe som er i veien med pasienten» (Aarre, 2018, s. 36-40). Dette innebærer en tilnærming med mer fokus på individets rolle i omgivelsene, individets styrker og autonomi, dette kalles empowerment. Jeg ble interessert i empowerment-perspektivet etter at jeg lærte at dette er en tankemåte som det arbeides etter ved mange psykisk helse-tjenester i Norge, og at dette er en nyttig måte å tenke på for å understøtte den enkelte brukers egne ressurser. Innen psykisk helsehjelp er empowerment særlig relevant for mennesker med langvarige, alvorlige og sammensatte lidelser. Dette er individer og en gruppe som er i en avmaktssposisjon, og spørsmålet er hvordan de kan komme ut av avmakten (Askheim, 2018, s. 11). Det kan være vanskelig å vite hvordan man både kan gi god helsemessig forsvarlig hjelp og samtidig legge til rette for empowerment for denne gruppen. Det teoretiske perspektivet for oppgaven og min innfallsvinkel på psykisk helsehjelp er dermed empowerment.

Problemstillingen for denne oppgaven er:

Hvordan kan sosialarbeidere legge til rette for empowerment for brukere med langvarige, alvorlige psykiske lidelser i møte med tjenester innen psykisk helse?

1.1 Relevans

WHO (World Health Organization) sin «comprehensive Mental Health Action Plan» inneholder mål om brukermedvirkning og å gjøre tjenester mer lydhøre overfor tjenestebrukere. I denne planen er punkt 38: “Strengthening and empowerment of people with mental disorders and psychosocial disabilities and their organizations” (WHO pt.38, 2013-2020). Dette innebærer å sørge for at mennesker med psykiske lidelser og psykososiale begrensninger gis en formell rolle og myndighet til å medvirke i prosessen, å utforme, planlegge og implementere retningslinjer, lover og tjenester.

Myndighetene i Norge la til rette for en opptrappingsplan for psykisk helse i årene 1999-2006. I planen ble det lagt mer fokus på brukerperspektivet. Brukerne skulle bidra til planlegging, utforming og drift av et bedre tjenestetilbud. Opptrappingsplanen vektla begreper som «pasienten først»: brukernes behov skal avgjøre hvilke tilbud som skal gis utfra et helhetlig menneskesyn (St.prp. 63. 1999-2006). Opptrappingsplanen fokuserte på psykisk helsearbeid som et tverrfaglig felt, med mål om å fremme og bedre menneskers psykiske helse, bidra til opplevelse av sammenheng, mestring og selvstendighet, redusere stigmatisering og fremme inkludering. Som sentral del av kunnskapsgrunnet legges det vekt på brukerkunnskap. I det videre arbeidet ble det i 2008 grunnlagt et Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). NAPHA's oppgave er å styrke psykisk helsearbeid i kommuner, og de vektlegger brukermedvirkning, recovery og empowerment (NAPHA).

Helsedirektoratet beskriver empowerment som en prosess som gjør mennesker i stand til å øke kontroll over egen helsetilstand og til å forbedre egen helse. Det tas utgangspunkt i menneskets egne ressurser og evne til å kontrollere eget liv, dersom de gis makt eller autoritet, er i stand til og tillates å delta i sentrale vurderinger og valg (Helsedirektoratet, 2014, s. 30). Helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» tar for seg empowerment som et overordnet mål. Vi ser altså at empowerment er et fokusområde for helsesektoren i dag.

Min problemstilling er en sosialfaglig relevant problemstilling fordi den dreier seg om en marginalisert gruppe i samfunnet og hvordan sosialarbeideren kan arbeide for å motvirke avmakt i et empowerment-perspektiv. Sosiale problemer bør sees i en samfunnsmessig kontekst for så å motvirke krefter som bidrar til marginalisering og utenforskap. Sosialarbeiderens oppgave er å arbeide for at mennesker kan få en bedre livssituasjon sammen med de det gjelder (Ellingsen, 2019, s. 24).

1.2 Definisjon av sentrale begreper

1.2.1 Empowerment

I norsk faglitteratur er empowerment også kalt myndiggjøring, av noen også egenkraftmobilisering. Empowerment kan defineres på en rekke ulike måter og omtales som en modell for en arbeidsmåte, en prosess, et perspektiv og et mål. Rappaport (1987) definerer det som «en mekanisme som gir mennesker, organisasjoner og samfunn herredømme over livene sine» og det er en psykologisk opplevelse av personlig kontroll eller innflytelse, samt vektlegging av faktisk sosial innflytelse og juridiske rettigheter (gjengitt av Sæterstrand, 2009). Å jobbe empowerment-rettet handler om å legge til rette for maktfordeling og medbestemmelse for brukeren på ulike nivåer. Målet er at personen skal få større egenvilje og styrke.

1.2.2 Langvarig, alvorlig psykisk lidelse

Psykiske vansker og deres omfang kan kategoriseres ut fra alvorlighetsgrad og varighet, fra milde kortvarige psykiske vansker til alvorlige, langvarige vansker (Lauveng, 2020, s. 23). Man skiller mellom psykiske plager, som kan være engstelse, nedstemthet og uro, mens psykiske lidelser vil si at symptombelastningen blir stor og vedvarende over tid, slik at kriterier for en diagnose er oppfylt (FHI/psykisk helse). Mennesker med langvarige, alvorlige lidelser har ofte flere sammensatte vansker som påvirker livet i stor grad og vil kanskje aldri bli helt kvitt plagene. Dette dreier seg hovedsakelig om psykoselidelser, alvorlige personlighetsforstyrrelser, eller alvorlig angst og depresjon. Tidlig forekomst av symptomer og/eller rus henger ofte sammen med langvarige problemer og tap av funksjon innen daglig fungering som arbeid og sosiale relasjoner. Mange i denne gruppen kan ha lite ressurser, økonomiske vansker og er marginaliserte.

1.2.3 Rusproblematikk

Rusmiddelavhengighet kjennetegnes av at brukeren har et sterkt ønske om å innta rusmiddelet og har vansker med å kontrollere bruken. Den enkelte opprettholder bruken til tross for skadelige konsekvenser, og prioriterer rusmiddelinntak foran andre aktiviteter og forpliktelser

(Folkehelseinstituttet, 2014). Omfattende rusmiddelbruk i form av ruslidelser samtidig som psykiske lidelser blir ofte forkortet til ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2022, s. 16). I denne oppgaven inkluderes rusproblematikk i betraktningen av psykiske lidelser, da disse ofte, men ikke alltid, henger tett sammen.

1.2.4 Tjenester innen psykisk helse

I denne oppgaven inkluderes psykisk helse- og rustjenester både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Litteraturen beskriver tjenester innen sykehus, psykisk helse- og rustjenester og distriktpsikiatriske sentre. Noe av litteraturen tar for seg brukere som har vært i kontakt med flere ulike former for tjenester og tiltak og dreier seg om deres erfaring fra helsevesenet generelt.

1.2.5 Livskvalitet

Livskvalitet kan defineres i form av subjektive opplevelser som tilfredshet, glede, mestring og mening, i tillegg til fravær av psykiske plager og negative følelser. Videre er livskvalitet også de objektive levekårsforhold, som inntekt, sosial deltakelse og boforhold (Folkehelseinstituttet, 2021). Både subjektive og objektive forhold er viktig for å ha en tilfredsstillende livskvalitet.

1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp av fire kapitler; innledning, metode, teoretisk perspektiv, diskusjon og avslutning. I kapittel 2 redegjøres det for litteratursøk som er anvendt for å finne relevant litteratur og forskningsartikler, det blir også beskrevet anvendt kildekritikk for valgt litteratur. I kapittel 3 presenteres empowerment som teoretisk perspektiv inkludert individnivå og samfunnsnivå. Empowerment er et styrende perspektiv for oppgaven og har dermed fått et eget kapittel i teoridelen. I det 4. kapittelet blir problemstillingen løftet opp og diskutert ut ifra det teoretiske perspektivet og litteratur. Kapittelet er delt opp i underoverskriftene individnivå og systemnivå. Deretter diskuteres etiske dilemma før avslutningen konkluderer oppgaven.

2.0 Metode

2.1 Litterær oppgave

I den litterære oppgaven søkes det etter allerede eksisterende litteratur, teori og fagstoff ut ifra tema, og forskning og kunnskap anvendes for å besvare problemstillingen. I min oppgave har jeg brukt både vitenskapelige artikler, fagbøker og offentlige dokumenter. I en litterær oppgave er det «først og fremst valget av kilder som utgjør forskjellen» (Dalland, 2017, s 207). Det finnes flere ulike framgangsmåter for søkeprosessen, som går ut på hvilke søkeord man bruker, avgrensninger og ulike søkemotorer. En viktig del av metoden er å anvende kildekritikk, vurdere påliteligheten ved artiklene man finner og hvilke som utelukkes. Underveis burde man dokumentere søkeprosessen, i min prosess hadde jeg en egen søkelogg. En styrke ved litteratursøk er at det kan gi et bredt spekter av beskrivelser fra flere synspunkter, metoden gir mange muligheter da det er få begrensninger for hva slags data man kan få tak i. Samtidig er en svakhet at man tolker og tar i bruk data som allerede er tolket av andre. Dette kan øke risikoen for misforståelser av det informanter i utgangspunktet uttalte. Metoden stiller også høye krav til å orientere seg i store mengder med tilgjengelig litteratur og unngå at litteratur velges ut fra den oppfatningen forfatteren av oppgaven allerede har.

2.2 Litteratursøk

I den litterære oppgaven går metoden ut på å gjøre rede for framgangsmåten for hvordan man har søkt seg fram til kildene og kriterier for valg av litteratur (Dalland, 2017, s. 214). Mitt tema er empowerment innen psykisk helse-arbeid. Dette ble et inklusjonskriterie for hva artiklene jeg søkte etter måtte inneholde. Jeg søkte etter vitenskapelige artikler innen helse og sosialfag. Vitenskapelig artikkel vil si at det er gjort en forskningsstudie, og at artikkelen har et visst faglig nivå og anerkjennelse. Det finnes flere kjennetegn for å forsikre seg om at litteraturen er regnet som dette, for eksempel at artikkelen er fagfellevurdert og hvor den er publisert. I tillegg lette jeg etter faglig litteratur innen temaet og kilder brukt i artiklene til å støtte opp om teorien.

Videre valgte jeg at artiklene måtte handle om brukere med langvarige, alvorlige psykiske lidelser. Dette for å avgrense oppgaven til en bestemt gruppe tjenestemottakere, og fordi denne gruppen interesserte meg spesielt. Jeg valgte å inkludere både tjeneste- og

mottakerperspektivet, men det var ikke et krav at artiklene måtte ha begge. Begge perspektiv ble inkludert fordi brukerperspektivet er en så viktig del av temaet. Et eksklusjonskriterie var at jeg ikke tok med studier som var publisert før år 2000. Dette var fordi jeg ønsket å undersøke det nåværende landskapet innen psykisk helse og sosialhjelp, og fordi det var i 1999 begreper som empowerment og brukermedvirkning for alvor ble satt på dagsorden. Et annet eksklusjonskriterie var studier som ikke fant sted i Norge. Dette utelukker potensielt mye interessant forskning, men dette ga en rimelig avgrensning som det blir lettere å si noe om. Jeg utførte noen prøvesøk og leste hva jeg fant i sammendrag, nøkkelord og underoverskrifter. Dette kalles informasjonssøk, der man søker vidt med mange ulike søkeord. Jeg søkte for å finne mer informasjon om temaet og for å bestemme hvordan problemstillingen skulle formuleres.

Jeg testet ut flere ulike søkeord. Eksempler er: empowerment, psykiatri, brukermedvirkning, psykisk helse, psykisk helsearbeid, myndiggjøring, langvarig psykisk lidelse, sosialt arbeid, lært hjelpeløshet, relasjonsarbeid og brukerorganisasjoner. Mange av disse ordene søkte jeg også på engelsk. Etter hvert fant jeg flere begreper som ble brukt i artiklene og tok disse med i søkingen. Et eksempel var myndiggjøring som ofte kom opp i innholdet da jeg søkte på empowerment. Videre søkte jeg på flere ulike kombinasjoner av ordene, for eksempel: empowerment og psykisk helse, og empowerment og sosialt arbeid. Jeg prøvde meg fram med flere ulike ord som er nært knyttet til hverandre, der den ene kategorien ble ord som empowerment, myndiggjøring, brukermedvirkning og brukerorganisasjoner. Disse søkte jeg på i ulike kombinasjoner med ord i den andre kategorien som ble; psykisk helse, sosialt arbeid, langvarig alvorlig psykisk lidelse og psykisk helsearbeid. Jeg erfarte at det holdt å skrive psykisk lidelse, da ble langvarige, alvorlige psykisk lidelse inkludert.

Jeg brukte ulike databaser og søkte på de samme ordene i for eksempel Oria og Idunn. Til å begynne med brukte jeg også Google Scholar for enkelt å finne mange artikler, der jeg kunne undersøke hvilke ord som ble brukt ofte i artiklene, og gikk tilbake i Oria og Idunn, og søkte på ordene der. Dette var en mer systematisk søkestrategi der jeg brukte ulike kombinasjoner av få utvalgte søkeord og søkte med de samme ordene og kriteriene på ulike databaser.

2.3 Kildekritikk av valgt litteratur

Jeg valgte ut artikler, vurderte relevansen og påliteligheten i innholdet. Noe av den valgte litteraturen er tatt med primært for å skaffe oversikt og definere sentrale begreper. Generelt er vitenskapelige artikler strengere vurdert, da de blir fagfellevurdert og lest av flere fagfolk som er sentrale i fagmiljøet. Dette kan sikre at man får med ulike meninger og ikke belyser tema på en ensidig måte. Jeg vurderer at mitt utvalg av artikler er pålitelige kilder som gir en god og bred dekning av problemstillingen.

Det kan finnes flere begrensninger i de utvalgene jeg har foretatt angående å bare inkludere artikler som omhandler psykiske helsetjenester i Norge, men norske helsetjenester tar inspirasjon og lærdom fra hvordan organiseringen er i andre land, kanskje spesielt de nordiske nabolandene. Dette kunne det vært interessant å se nærmere på, og man kunne løftet opp hva som fungerer best i de ulike modellene. Samtidig er det begrenset hvor mye i dybden man får gått i en oppgave som dette. Det kan også være begrensninger knyttet til brukergrupper jeg har sett på. Det er mulighet for å avgrense til en spesifikk tjeneste eller smalere brukergruppe, som kun psykoselidelser eller ROP-lidelser. Jeg valgte likevel å favne bredere enn enkeltdiagnoser, da denne gruppen ofte har sammensatte lidelser. Samtidig er mange uenige om hvor mye man skal basere seg på diagnoser for å avgrense grupper og hvordan modeller for hjelpetiltak skal utformes. Et sterkt fokus på diagnoser kan dessuten ha potensiale for å virke stigmatiserende.

3.0 Teoretisk perspektiv: Empowerment

Jeg vil i dette kapitlet redegjøre for empowerment som begrep, og hvordan det kan forekomme i konteksten sosialt arbeid med mennesker med psykiske lidelser. Jeg vil videre inkludere begreper som kan ses som en sentral del av empowerment-perspektivet. Det kunne vært trukket inn langt flere temaer, men jeg har avgrenset oppgaven til det jeg ser som mest relevant.

3.1 Empowerment som begrep

Et viktig aspekt ved empowerment er «å nøytralisere krefter som bevirker avmakt.» For å motvirke effekten av undertrykking i samfunnet og bidra til at mennesker skal bli friske og beholde helsen er det viktig med kunnskap om makt og motvirke avmaktsfremmende krefter (Thesen & Malterud, 2001). Ifølge Askheim er empowerment et tredelt begrep som illustrerer en prosess; styrke, kraft og makt. «Gjennom en slik styrking kan de mobilisere kraft til å komme ut av avmakten og få mer makt, styring og kontroll over eget liv» (Askheim, 2018, s.12). Dette er kjernen i begrepet. En del av begrepet er å anvende styrkeperspektivet, arbeide for hjelp til selvhjelp og brukermedvirkning som alle er sentrale prinsipper innen sosialt arbeid (Ellingsen, 2019, s. 63).

Styrkeperspektivet går ut på å finne styrker og muligheter til individet og i omgivelsene. Hensikten er å bidra til at brukeren skal kunne mestre og ta kontroll over eget liv ut ifra egne forutsetninger. Samtidig tas personens utfordringer på alvor, og man ser etter ressurser som er styrende for hva slags innsats som kan mobiliseres. Dermed blir brukeren bedre rustet til å hjelpe seg selv. Hjelp til selvhjelp handler om at «innsatsen skal dreies fra reparasjon til forebygging, fra passivitet til aktivitet, fra eksklusjon til inklusjon og deltakelse» (Ellingsen, 2019, s. 24). I enkelte situasjoner vil sosialarbeideren måtte ta styring med hensyn til liv og helse, eller ta initiativ for å sette i gang prosesser. Brukerperspektivet er i det store bildet avgjørende, og brukerens rettigheter til å medvirke i egen sak gir sosialarbeideren plikt til å involvere brukeren i arbeidet. (Ellingsen, 2019, s. 24). Hensikten er å bidra til at mennesker mobiliserer sine ressurser og bedre klarer seg selv uten å være avhengig av hjelp (Ellingsen, 2019, s. 63). Brukermedvirkning handler om at brukeren tar del i avgjørelser, blir lyttet til og

er med å påvirke den hjelpen de får. I praksis kan det bety at det gis makt eller kraft til brukeren, og dette kan være mer utfordrende når brukeren er alvorlig syk (Stang, 1998).

Man kan tilnærme seg empowerment på individnivå og samfunnsnivå. En måte å legge til rette for empowerment på individnivå er gjennom brukermedvirkning, mens det på samfunnsnivå kan handle om innføring av krav til brukermedvirkning og forankring i lover.

3.2 Individnivå

Empowerment på individnivå handler om å øke den enkeltes selvtillit, kunnskaper og ferdigheter. Man søker å bygge opp den enkeltes indre styrker slik at de får kraft til å ta i bruk sine ressurser og nå sine mål. Dette kalles for self-empowerment og er ifølge Adams en sentral del av arbeidet og der empowerment-prosessen starter (Askheim, 2018, s. 35-36). Videre kan underprivilegerte gjennom denne prosessen selv stå fram som politiske aktører (Askheim, 2018, s. 26). Gjennom self-empowerment kan den enkelte mobilisere egne ressurser for å ta kontroll over sitt liv og komme seg gjennom en vanskelig livssituasjon. Her kan brukeren få hjelp til å finne strategier for mestring. Denne prosessen har en myndiggjørende effekt i seg selv ved at man velger å bruke sine evner til aktivt å gjøre noe med sin situasjon, samtidig som målet er empowerment. (Ellingsen, 2019, s. 104).

Ifølge Askheim har empowerment-perspektivet på individ-nivå til en viss grad vokst ut fra modernisering i velferdssektoren med strømninger basert på markedstenkning og new public management. Det går ut på at brukere sammenlignes med kunder, og velferdsstatens helsehjelp tilbyr tjenester etter deres behov. Økt valgfrihet for brukerne skal føre til konkurranse blant tjenesteyterne og mer effektive, lydhøre tjenester. Innen denne tankegangen framheves individet som kompetent, rasjonelt og selvstendig. Dette kan ses som en motreaksjon på velferdsstatens undertrykkende byråkrati (Askheim, 2018, 36-37). Rapport sin tilnærming til empowerment kalt «community psychology» fokuserer på den enkeltes beslutningsmyndighet over eget liv og rett og plikt til demokratisk deltakelse i fellesskapet. Samskaping av velferdstjenestene mellom tjenesteytere og tjenestemottakere er en strømning som har vokst ut fra en slik tankegang (Askheim, 2018, 39). Samskaping kan knyttes til erfaringsmedarbeidere, der de som er eller har vært brukere arbeider sammen med

profesjonelle. Erfaringskunnskap har potensiale til både å bedre tjenestene og være givende for erfaringskonsulenten (Karslsson, 2017). Dette kan også knyttes til empowerment på samfunnsnivå.

En terapeutisk tilnærming til empowerment legger vekt på metoder som knytter den enkelte til fellesskapet, blant annet ulike former for selvhjelpsgrupper. Gjennom slike grupper støttes og styrkes den enkeltes evne og deltakelse i egen bedringsprosess. Det er likhetstrekk til motmaktsorienterte tilnærminger på samfunnsnivå ved at det kollektivet vektlegges, men fokuset er hovedsakelig på empowerment for individet. I dette perspektivet blir tjenesteyteres oppgave å medvirke til å utløse styrke hos brukerne til å ta tak i sin livssituasjon (Askheim, 2018, s. 46-48). Dette kan knyttes til pasientopplæring og rehabilitering. Pasientopplæring ut ifra empowerment handler om at endring skal basere seg på brukerens motivasjon, livssituasjon og verdigrunnlag. Brukerinvolvering ved hjelp av dialog, medvirkning og ressursmobilisering er sentralt. Fokuset går fra pasient som tjenestemottaker til aktiv og kompetent deltaker, man vil anvende et styrkeperspektiv og ta brukerens opplevelse av situasjonen på alvor (Askheim, 2018, s. 50-51).

Innen empowerment-rettet rehabilitering har man fokus på helhetsperspektivet, brukerens behov og interesser, foran det tradisjonelle medisinske fokuset. Målet blir funksjonsforbedring ut ifra den enkeltes ressurser og rett til å bestemme over eget liv (Askheim, 2018, s. 52). Her kommer begreper som personlig recovery inn. Recovery er en modell for en bedringsprosess innen psykisk helse og kan oversettes til gjenoppretting eller bedring. I personlig recovery legges det vekt på bedringsprosessen som en personlig prosess med endring av holdninger, følelser og ferdigheter (NAPHA, 2017, s. 12). Dette i motsetning til klinisk recovery der hovedfokuset er på å fjerne symptomer (Lauveng, 2020, s. 192).

Empowermentrettet arbeid innen psykisk helse vil ikke bare si at brukeren blir mer selvstendig eller overlates til å klare seg selv, men skal få hjelp og støtte, informasjon og veiledning til å ta autonome valg (Lauveng, 2020, s. 198). Forskning viser at relasjonsarbeid er viktig for å sette i gang bedringsprosesser og legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne mestre sitt eget liv (Sæterstrand, 2009). Relasjonsarbeid handler om tillit,

bekreftelse, respekt og omsorg. Det består av brukernes opplevelse av relasjonen mellom dem og tjenesteytere, og hva som er viktig med relasjonen, det kan være å bli sett, hørt og anerkjent. Det andre aspektet er tjenesteyterens side av relasjonen, utfordringer knyttet til nærhet, distanse og profesjonalitet, hvem man skal være for brukeren, og hvordan man bruker seg selv i relasjonen. Relasjonsarbeid bygger på gjensidighet og kan opparbeides over tid ved hjelp av engasjement og samhandlingsprosesser som skaper trygghet, en opplevd troverdighet og tilknytning (Paulsen, 2017).

3.3 Samfunnsnivå

På samfunnsnivå dreier empowerment seg om å fremme mer mangfoldig og tolerant kultur som utfordrer fordommer og diskriminering (Askheim, 2018, s. 26). Undertrykkende mekanismer i samfunnet og tjenestene må synliggjøres og arbeides med for å endre brukernes rettigheter og livsvilkår. Empowerment sies å ha sine røtter i radikalt sosialt arbeid i 1960 til 1980-årene, da flere diskriminerte grupper i samfunnet arbeidet for å bekjempe undertrykkelse og bedre sin posisjon (Ellingsen, 2019, s. 103). Innen det sosialfaglige feltet handler empowerment-rettet arbeid på samfunnsnivå om en tilnærming der man ikke ser brukeren alene som problemet, men personen i situasjonen og omgivelsene individet befinner seg i. Dette innebærer miljø, familie, samfunnsmessige årsaker, opprettholdende faktorer og konsekvenser. Et individ med langvarige, psykiske lidelser, og medfølgende problemer for eksempel arbeidsledighet, kan ses som symptom på samfunnsproblemer generelt (Ellingsen, 2019, s. 37). Arbeidet kan gjøres gjennom brukerorganisasjoner og av tjenesteytere ved å sette undertrykkende mekanismer på dagsorden (Ellingsen, 2019, s. 104). Et eksempel er brukerorganisasjonen «Mental helse» i Hamar kommune som har arbeidet for å styrke grunnlaget for brukervedvirkning i psykisk helse-feltet. «Verktøykassa» er videre utarbeidet av denne organisasjonen og er et brukerstyrt kurs som har som mål å fremme brukervedvirkning, gi undervisning til brukerne og være en stemme fra brukerne til tjenesteapparatet (Askheim, 2018, s. 30-32).

Askheim legger fram to nivåer til; økonomisk og politisk nivå. Empowerment på økonomisk nivå går ut på å arbeide for å få en mer rettferdig ressursfordeling. Dette kan dreie seg om organisering av stønadsordninger. Empowerment på et politisk nivå handler om økt

representasjon fra mennesker med psykiske lidelser i ulike organer og økt adgang til beslutninger i samfunnet og informasjon (Askheim, 2018, s. 26).

4.0 Diskusjon

Empowerment er et omfattende tema, og mange forfattere har skrevet mye om dette begrepet fra forskjellige ståsteder. I min oppgave ser jeg nærmere på hva slags empowerment brukergruppen med langvarige, alvorlige psykiske lidelser har behov for, og hvordan sosialarbeideren kan arbeide for å mobilisere styrker og motvirke avmakt. Et relevant spørsmål er hva målet med hjelpen for brukergruppen skal være. I «Sammen om mestring» heter det at «hovedfokuset vil være å forhindre tilleggsproblemer og å fremme den enkeltes vei mot bedring og mestring av egen livssituasjon. (...) redusere mulighetene for at den enkelte blir utsatt for stigmatisering og diskriminering, forhindre forverring og tilbakefall av problemene» (Helsedirektoratet, 2014, s. 55). Dette sier noe om hva slags forventninger man har til hjelpen, og at man tilstreber et best mulig liv med de psykiske utfordringene brukerne har. Det er ikke sikkert alle vil kunne bli det man anser som helt frisk, uten symptomer på lidelse, men bruk av ord som å «begrense» «negative konsekvenser», «stigmatisering» og «forverring» «i et langvarig perspektiv», er en indikasjon på hvordan hjelpearbeidet kan foregå.

Diskusjonsdelen av oppgaven er delt inn i individnivå og systemnivå, der sistnevnte sikter til helsetjenestene som system, som også påvirkes av kulturen i samfunnet. Det vil imidlertid være glidende overganger i hva som kan kategoriseres på individ- eller systemnivå, fordi flere fenomen kan ha innvirkning på tvers av nivåer.

4.1 Mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser

Hvordan man forstår psykiske lidelser, og hvordan mennesker handler på grunn av lidelsen har noe å si for hvordan man møter dem. Håkonsen beskriver symptomer som «mestringsforsøk som tar gale veier og låser mennesker fast i en umulig livssituasjon» (Håkonsen, 2014, s. 277). Mennesker som opplever store problemer som er utenfor hva de klarer å håndtere, følelsesmessige eller relasjonelle konflikter, dårlig selvbilde, tap eller overgrep, kan slite med å gi mening til sin situasjon. Finner de ikke støtte eller hjelp, kan det hele bli for overveldende. Når mennesker ikke finner måter å forstå eller mestre sin situasjon, kan de bli maktesløse og ubevisst finne andre mestringsstrategier for å flykte, gjøre seg upåvirkelig og flytte konflikten eller fokuset over på noe annet. Dette kan være i form av

psykoselidelser, rus eller selvskading (Håkonsen, 2014, s. 278). Problemet blir at disse strategiene igjen fører til nye vansker og utfordringer. Å hjelpe mennesker med langvarige psykiske lidelser vil innebære en større kompleksitet enn å behandle symptomene, det vil være viktig å se hele personen i situasjonen. Brukeren kan for eksempel ha behov for hjelp til å skaffe en bolig og kan også ha nedsatt boevne. Det sosiale nettverket rundt personen kan ofte være begrenset, og i noen situasjoner også en kilde til flere vansker.

Innen velferdspolitikken kan man se et grunnleggende skille mellom mennesker som blir oppfattet som «verdige» og «ikke verdige» hjelpetrengende. Måten mennesker møtes på kan påvirkes av rådende meninger i samfunnet som at «ikke-verdige» trengende selv har en viss skyld i situasjonen de er i. Mennesker med rusproblematikk kan oppleve at de blir møtt med bebreidelse og moralisering. Sykdom som kan settes i sammenheng med «klanderverdig oppførsel» vil derfor være utfordrende, og slike sykdommer vil ha mye skam knyttet til seg (Askehaug, 2018, s. 20). Skam defineres av Håkonsen som «en intens negativ vurdering av en selv.» Dette fører til en opplevelse av avmakt. Avmakt er en følelse som inntreffer når mennesker står ovenfor en truende opplevelse og har erfart kriser som overgår mestringsvnen. Det å oppleve psykisk lidelse gir en følelse av avmakt, og konsekvensen kan være et knust selvilde (Håkonsen, 2014, s. 277).

Mange mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser som er i møte med hjelpeapparatet gjentatte ganger, kan oppleve avmakt. De kan føle at de blir sett på som diagnosen sin, mye bestemmes for dem, og tiltak består hovedsakelig av medisiner og psykososiale støttetiltak. Noen mister motivasjon til behandling. Brukerne kan omtales av hjelpeapparatet som kronisk syke og behandlingsresistente. Fra et systemteoretisk perspektiv kan langvarige psykiske lidelser med funksjonssvikt ha sammenheng med samspillet mellom brukere og tjenestene. Måten brukere blir møtt på kan bidra til at disse brukerne blir «behandlingsresistente» (Heggedal, 2015). Tjenester som opererer etter et syn om at problemene ligger hos individet, kan gjøre at hjelpen etter hvert fører til mer marginalisering. Utfordringene kan imidlertid være samfunnsskapt.

4.2 Individnivå

4.2.1 Ansvarliggjøring

En behandlingsform kalt basal eksponeringsterapi (BET), fokuserer på at brukerne tar ansvar for egen bedringsprosess og liv. Dette går ut på å velge å ikke benytte unnvikelsesstrategier, men møte og stå i sine egne følelser, som var det brukerne i studien var mest redd for (Heggedal, 2015). Brukeren skulle ta styringen i eget liv og helsepersonell skulle ha en mindre styrende rolle. BET er basert på teorier innen eksistensialistisk filosofi, humanistisk menneskesyn, systemteori og atferds- og utviklingspsykologi. Terapeutene praktiserer en kollektiv, terapeutisk holdning med verdier som empati, respekt, likeverd og autonomi. Her er det ikke symptomer eller diagnoser som avgjør behandlingen. Man tenker at symptomer er et uttrykk for generaliserte mønstre for å håndtere eller unngå uønskede indre opplevelser av frykt, mentalt og i form av handling. Unngåelsesmønstre kan være passivitet, hyperaktivitet, spiseforstyrrelser, selvskading, dissosiasjon eller bruk av rusmidler. BET er autonomifremmende, med fokus på ressursmobilisering, individets frie valg og ansvar, og et mål er også å redusere medisiner. Det er høy terskel for at helsepersonell griper inn, og brukeren utfordres til å sette seg i førersetet i eget liv (Mjøsund, 2022). Heggedal (2015) viser til positive erfaringer fra brukerne, som opplevde å bli tatt på alvor med sine utfordringer og ble gjort klar over at de hadde et valg og mulighet til å gjøre en endring selv.

Ved å forstå psykiske lidelser fra et utenfra-perspektiv og en naturvitenskapelig medisinsk modell, kategoriseres typer av sykdom, symptomer og objektive årsaker. Hensikten er å observere og forklare. Et innenfra-perspektiv vil derimot være mer opptatt av å forstå enn å forklare, mer opptatt av brukerens motivasjon, hensikt, ønsker, tolkning og forståelse. (Lauveng, 2020, s. 20-21). Heggedal fant at brukerne som hadde gjennomgått BET så det som viktig at de ble møtt med respekt og sett som den personen de var. Respekten handlet om å se hele mennesket og ikke kun den «syke delen», «diagnosen» eller «en gal jente». Brukerne opplevde å bli møtt med respekt når de ble sett i sin smerte. Når følelsene ble validert, var ikke det de følte «feil» og de kunne lettere akseptere det. (Heggedal, 2015). Det kom også fram at språket man brukte rundt diagnoser hadde noe å si. Det er for eksempel forskjell på om man sier til en person at han/hun *er* schizofren eller om man snakker om å *ha* denne diagnosen. I tillegg vil det ha stor betydning hvordan man forstår årsaken til problemene, hva som har utløst dem, hva som opprettholder dem og prognose for endring (Lauveng, 2020, s. 20-21).

Funn i Heggedals studie beskriver BET som en praksis der mennesker med psykiske helseproblemer tar ansvar for å bli aktive og ansvarlige aktører i eget liv, og at det hadde stor betydning for bedringsprosessen (Heggedal, 2015). Heggedals studie tyder på at det mest avgjørende er at brukeren aksepterer følelsene sine og godtar å ta ansvar for egne valg. På gruppenivå er det vist positive resultater fra denne tilnærmingen, samtidig som det også framkommer negativ utvikling hos noen (Mjøsund, 2022). Mjøsund fant at brukere i deres studie ikke opplevde at deres erfaring med BET sto til deres forventninger. Ansvar ble for ekstremt for deltakerne som opplevde utrygghet, mer skam, selvhat og forverring. Dette ble knyttet til sterk modelltroskap og lite fokus på en terapeutisk relasjon og arbeidsallianse. De beskrev at opplevelsen av å stå ansvarlig for sin egen ulykke, at den er selvskapt og opprettholdt av en selv, gjorde at de følte at det var ens egen skyld fordi de ikke tålte å stå i følelsene. Det beskrives i Mjøsunds studie et behov for mer nyansert informasjon om hjelpetilbudet, inkludert hvor krevende det kan være å jobbe med den enkeltes utfordringer. Det ble lagt vekt på hvor viktig gode og trygge relasjoner til tjenesteyteren er i denne prosessen (Mjøsund, 2022).

Fokuset på å legge vekt på brukerens individuelle forhold som er til stede i empowerment som perspektiv, kan minimere eller skjule samfunnsstrukturer som hindrer brukerens reelle innflytelse på eget liv. Dette kan være hvordan stønadsordninger utarbeides, behandlingstilbud eller mangel på tilgjengelighet av passende hjelpetilbud (Lauveng, 2020, s. 197). En retning innen empowerment kalt individuell selvrealisering fokuserer på den enkeltes individuelle livsverden og det autentiske i individet, uten at dette relateres til sosiale relasjoner eller strukturer. Opplevelser av avmakt anses som individuelle mentale fenomener, og positiv tenkning og selvfølelse vektlegges (Askheim, 2018, s. 42). Arbeid ut ifra slik ensidig tenkning har potensiale for å bli for ytterliggående innenfor konteksten psykisk helsehjelp. Da kan en risiko være at ansvaret legges hos individet alene. En slik tankegang kan føre til at det oppfattes som individets feil at de er syke. Å ha et positivt syn på livet og seg selv i det, kan gjøre at man trives bedre. Dette er på en måte selvsagt, men kan bidra til bagatellisering av menneskers problemer, i tillegg til at det legger all vekten på individuelle forhold.

4.2.2 Relasjoner

Relasjonsarbeid trekkes fram i flere studier som et viktig og grunnleggende element i psykisk helsearbeid og er sentralt for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne mestre eget liv. Mjøsund peker på at relasjonsarbeid er avgjørende for å skape stabile og trygge relasjoner som gjør det mulig å arbeide med utfordringer. Her løftes ekthet, varme og omsorg fram, i tillegg til forutsigbarhet og tid, for at mennesker gradvis kan ta ansvar for eget liv og vansker. I BET-behandlingen ble det prøvd å rullere tjenesteutøvere for å unngå fastlåsing av prosessen. For noen brukere opplevdes dette utrygt, og de mellommenneskelige relasjonsbyggende elementene gikk tapt. Det ble rapportert at brukere savnet relasjoner preget av tillitt og medmenneskelighet, å bli sett og hørt, og at ansvaret var vanskelig å håndtere. Studien indikerte også til at individuell frihet kan føre til stort individuelt ansvar, som opplevdes svært krevende for noen. Fokuset i tilnærmingen kan komme til hinder for tilknytning, sosial støtte og allianse. «Kan det være et uttrykk for at de nærmer seg sin grense for autonomi? Totalt fravær av paternalisme kan fremstå som neglisjering og likegyldighet» (Mjøsund, 2022). Bruker og tjenesteutøver bør ha en felles forståelse for hvor grensen til akseptabelt ubehag går og hvordan håndtere det. Her er relasjonsarbeid og omsorg viktig for personer som ikke er i stand til å ta vare på seg selv i øyeblikket på grunn av hjelpeløshet, sårbarhet, eller lidelser (Mjøsund, 2022).

Relasjonsetablering kan beskrives som det første steget i arbeidet, som må på plass før bedringsarbeid kan finne sted. Sæterstrand fant i sin studie av innleggelse på et distriktpsykiatrisk senter at for å bygge tillitsfulle relasjoner er anerkjennelse, forståelse og medmenneskelighet det mest sentrale. Deretter går de neste fasene ut på å styrke brukerens sterke sider. De ansatte ved institusjonen hadde fokus på brukernes situasjon her og nå, samtidig som de rettet blikket mot muligheter i framtiden. De ansatte beskrev at de gjennom å finne fram til brukernes interesser klarte å bygge relasjon som man deretter kunne bygge videre på. Ved denne institusjonen var brukere i akutt psykisk krise, mange i psykosetilstand, da de ankom. Fokuset i relasjonsetablerende fase var derfor å ivareta brukernes grunnleggende behov, som de ikke var i stand til å se selv, og få brukeren til å føle seg trygg. På dette stadiet er det begrenset hvor mye brukermedvirkning som kan finne sted, hjelperens oppgave blir å se brukerens behov, lytte og ivareta brukerens autonomi etter forutsetningene. (Sæterstrand, 2009). Relasjonsbyggende ferdigheter vil være viktig i empowerment-rettet

arbeid med brukergruppen generelt, videre er det viktig å vurdere hva brukeren har behov for i øyeblikket for å finne en god balanse i hjelperelasjonen.

Lauveng skildrer hvordan en bruker som befinner seg i en psykisk helse-institusjon, i en vanskelig situasjon kan ty til destruktive selvreguleringsstrategier. Brukeren kan veiledes fra et empowermentperspektiv ved å gjøres klar over all tilgjengelig og relevant informasjon om reelle alternativer og konsekvenser, men skal ikke presses til å ta et spesifikt valg. Brukerens valg bør stemme overens med brukeren personlighet og ønsker over tid, framfor impulser for øyeblikket (Lauveng, 2020 s. 198). Empowerment forutsetter at brukeren tar valg i tråd med deres egne mål og interesser, men når mennesker er alvorlig psykisk syke, blir det vanskelig å ta valg som samsvarer med hva man egentlig ønsker for seg selv. Når en har det svært vondt psykisk, kan det føles som man ikke har noe annet valg enn å selvregulere med for eksempel selvskadning eller rus (Lauveng, 2020, s. 199). Selv om brukeren autonomi skal fremmes, og det er de selv som tar sine valg, bør man som hjelper støtte dem når de har det tungt. Da vil relasjonen være viktig for å kunne støtte og veilede brukeren til å se sine valgmuligheter i tråd med langvarige mål.

4.2.3 Styrkeperspektivet

Styrkeperspektivet er en sentral del av empowerment og kan være til hjelp ved at man løfter opp ressurser og muligheter i stedet for å fokusere på svakheter og risikoer. Tjenesteytere i Sæterstrands studie anvendte styrkeperspektivet ved å jobbe for at brukerne skulle delta i eget liv og ivareta seg selv, i tillegg til nettverksarbeid som innebar å involvere venner og familie. De ansattes funksjon ble omtalt som å vise vei for brukerne på en pedagogisk måte, med utgangspunkt i brukernes ressurser og meninger. En tendens som kan oppstå i en bruker/hjelper-situasjon er at brukere utvikler et avhengighetsforhold til profesjonsutøverne. Sæterstrand fant at brukere knyttet seg til sine hjelpere og tydde mye til dem for veiledning. Dette kunne være en god følelse for hjelperne, og de kunne også kjenne seg igjen i ting fra brukernes liv. Samtidig var de bevisst sin rolle som hjelper, hvordan best bemyndige dem til å få innflytelse over egen situasjon. De ansatte hadde som mål at brukerne skulle klare seg best mulig i sitt hverdagsliv etter innleggelse. Dermed blir en viktig ferdighet å ha evne til å stole på at brukeren kan klare å ta kontroll, ved å våge å slippe brukeren til (Sæterstrand, 2009).

Det er viktig å være klar over sin rolle som hjelper for å motvirke avhengighet og avmakt for brukere med omfattende psykiske lidelser. Dersom hjelperen tar en for dominerende rolle, kan det resultere i at brukeren overlater bedringsarbeidet til hjelperen. Det kan føles enklere for brukere, og de kan ha liten tro på egne vurderinger eller ressurser. Etter en lang historie med hjelpetiltak har brukere kanskje heller ikke en opplevelse av at de har valg. Dette kan beskrives som en form for lært hjelpeløshet. Lært hjelpeløshet vil si at man ikke kan påvirke omgivelsene sine på en måte man kan begripe, og at man ikke greier å unngå negative konsekvenser, eller at handlinger ikke får de konsekvensene man ønsker, og at man dermed på en måte gir opp. Tanker, følelser og motivasjon påvirkes negativt, og brukeren kan bli preget av depresjon, passivitet og redusert selvtillit (Nyttingnes, 2004).

Et annet tydelig fokus fra Sæterstrands undersøkelse var å søke å forstå pasientens livsverden (Sæterstrand, 2009). Dette dreier seg om å forstå brukerens situasjon, hvordan de oppfatter seg selv i den og deres virkelighetsforståelse. Pasientens situasjon og livsforståelse er viktig innen en personlig recovery-tenkning. Et sentralt element er at brukeren er ekspert på seg selv og sin situasjon, og at dersom brukeren kan nå et liv som oppleves tilfredsstillende, er det kanskje viktigere enn å bli frisk i en avgrenset forstand som kun innebærer fravær av symptomer. Personlig recovery er en dynamisk prosess som kan vare ut livet, mens klinisk recovery er målbare kriterier som vurderes av fagfolk. Innen helsefremmende arbeid legger WHO fram to perspektiver som mål. Det ene er sykdomsforebyggende som søker å forhindre utvikling av sykdommer, redusere risiko for skade og dødelighet. Det andre er et helsefremmende perspektiv, og beskrives som en prosess som gjør folk i stand til bedre å bevare sin egen helse. Målet her er å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel (Einarson & Jacobsen, 2019). Denne måten å tenke på legger vekt på de positive aspektene i livet og er i tråd med styrkeperspektivet. Dette vil være av verdi for brukergruppen ved at fokuset dreier seg om noe annet enn lidelsene og kan bidra til livskvalitet. Både klinisk recovery og personlig recovery kan være nyttige verktøy til ulike formål. Om det er mest hensiktsmessig å anvende personlig eller klinisk recovery, bør bestemmes ut ifra hensikten med et tiltak og brukerens behov. Tradisjonelt har det vært mye fokus på klinisk recovery i psykisk helsetjenester, men de senere årene har man blitt mer opptatt av personlig recovery. En risiko med et stort fokus på klinisk recovery og en medisinsk modell er at brukere blir passive mottakere av hjelp. Dette kan utvikle en tilstand av håpløshet, et avhengighetsforhold til

hjelpeapparatet og lært hjelpeløshet som kan være en negativ bivirkning av behandling for psykiske lidelser.

4.3 Systemnivå

4.3.1 Brukerorganisasjoner og grupper

Brukerorganisasjoner og ulike grupper for brukere har vist seg å være svært virkningsfullt når det kommer til empowerment. I følge Rappaport kan empowerment oftest skje i virksomheter der det ikke er profesjonelle hjelpere til stede (gjengitt av Sæterstrand, 2009). Sæterstrand oppgir at for mange brukere ble den regionale brukerskolen trukket fram som spesielt betydningsfull. Dette var et tilbud både under og etter endt innleggelse, der brukere hadde mulighet til å lære og bruke kunnskapen til noe sammen med andre i liknende situasjon. Ved å finne støtte i andre og muligheten til å støtte andre selv, fikk brukere en opplevelse av å være verdifulle og fikk mer tiltro til seg selv. Man fikk mulighet til å arbeide på bakgrunn av sine erfaringer, for eksempel som brukerrepresentant i ulike sammenhenger. Studien viste at brukerne følte fellesskap og så muligheter til å bruke sine erfaringer til noe positivt. De fikk muligheten til å arbeide for bedre tjenester, for brukerrettigheter og kunne se at andre med liknende utfordringer hadde klart det. I denne gruppesettingen fikk brukerne en annen rolle enn rollen som syk pasient, og de fikk et syn på seg selv som meningsfulle mennesker med rettigheter og plikter (Sæterstrand, 2009). Brukerorganisasjoner og grupper kan dermed ha stort potensiale til å mobilisere ressurser for mennesker med psykiske lidelser og bidra til å gjøre dem handlekraftig i eget liv. I «Sammen om mestring» heter det at: «tjenesteapparatet bør informere og oppmuntre brukerne til å ta kontakt med brukerorganisasjoner, brukerstyrte sentre, selvhjelpsgrupper eller andre frivillige organisasjoner» (Helsedirektoratet, 2014).

4.3.2 Erfaringsmedarbeidere

Erfaringskunnskap er viktig for ivaretagelse av brukerperspektivet, og ansettelser av erfaringskonsulenter kan bidra til mer bevisstgjøring rundt stigma, maktforhold og praksis i tjenestene (Karlsson, 2017). Karlsson fant i sin studie en rekke positive utfall for brukere som hadde fått oppfølging fra erfaringsmedarbeidere. Samarbeidsrelasjonene ga opplevelse av tillitt, likeverd, håp og en egenartet forståelse basert på felles erfaringer. Brukerne opplevde det befriende at de ikke var alene om å ha vansker og ble sett og forstått på en annen måte enn de ble av profesjonelle. Tjenestetilbudet ble beskrevet som et inkluderende fellesskap med

kjærighet og omsorg. Erfaringsmedarbeidere satte også forventninger til brukerne, som å holde avtaler, noe som kan være enklere i en slik relasjon der maktbalansen kan oppleves jevnere (Karlsson, 2017).

Erfaringsmedarbeidere kan også ha en funksjon som brobyggere, og gjøre språket i tjenestene mer tilgjengelig. Karlsson fant at erfaringsmedarbeidere kunne oversette brukeres frustrasjon og opplevelser i møte med fagpersoner. Denne rollen gikk også ut på å være en mellommann til lokalsamfunnet og ta med brukere på aktiviteter og organisasjoner. Studien beskriver et fokus på å formidle kunnskap om ulike tilbud, muligheter, pasientrettigheter og lover.

Karlsson viser til at tilbud basert på samarbeid med erfaringsmedarbeidere ga mer fleksibilitet enn ellers i tjenestene, at det ble oppfattet som et mer tilgjengelig tilbud med lavere terskel, og at erfaringsmedarbeidere bidro til å endre kulturen på arbeidsplassen. Brukere som opplevde at deres stemme ikke ble hørt, kunne bli viderefremmet gjennom erfaringsmedarbeidere. Holdninger i tjenestene ble endret, det ble mer ydmykhet, større ressursfokus og mer inkluderende språkbruk i møte med brukere (Karlsson, 2017).

I Heggedals studie framkommer en annen opplevelse av brukeres erfaringer med å motta psykisk helsehjelp fra ulike tjenester. Disse brukerne hadde etter lang tid som tjenestemottaker nådd en tilstand av opplevd håpløshet. De hadde vært gjennom mange behandlingstiltak, fått diagnoser og prøvd mange medisiner. De hadde mistet troen på at de kunne bli bedre og var umotivert til endring etter at ingenting hadde fungert for dem. Brukerne opplevde å ikke føle seg respektert og mistet tiltro til at de kunne ta valg for å gjøre noe med situasjonen og livet sitt (Heggedal, 2015). Her kan det tenkes at erfaringsmedarbeidere eller brukergrupper kan bidra med en viktig motvekt i maktbalansen i tjenestene. Brukerperspektivet kan styrkes og bidra til å løfte «den svakes» stemme opp i systemet. Samtidig vil slike tiltak ha potensiale til å styrke brukere som har mistet motivasjon og selvtillit.

Det kan også være visse svakheter og risikoer ved å bruke erfaringskonsulenter. Karlsson fant i noen tilfeller at dette ikke fungerte. Dette var blant annet forårsaket av at det ble for mye fokus på erfaringskonsulentens selv, eller at det ble et for nært forhold med uklare grenser

(Karlson, 2017). Erfaringskonsulenter har mye potensiale til å fremme brukerens stemme og sette i gang styrkende prosesser. Samtidig finnes det begrensninger ved en slik tjenesteutforming som bærer preg av det mer uformelle.

4.3.3 Sykdomsforståelse

En sykdomsforståelse for psykisk sykdom som blir for lik sykdomsmodell for somatisk sykdom, vil ha begrensninger fordi det kan sies at psykisk lidelse ikke passer like godt inn i de medisinske, objektive forklaringsmodellene. Strukturer i samfunnet og i tjenestene i form av holdninger til mennesker med psykiske lidelser kan komme til hinder for empowerment. I tjenestene ser man at brukere kan ha vansker med å få gjennomslag for egne meninger, både når det gjelder innflytelse på eget tjenestetilbud og på tjenestene på systemnivå. Mennesker med psykiske lidelser opplever at det som sies og gjøres fortolkes som del av deres diagnose eller lidelse og dermed ikke tas på alvor (Askeheim, 2018, s. 30). Dette gjenspeiles i Larsen og Saavag (2018) sin studie ved en rus og psykisk helse-institusjon. Her var empowerment et viktig ideal og overordnet mål, og alle ved institusjonen var enige om at brukervedvirkning var viktig. Likevel var det flere hindre som sto i veien for dette. Tilbakemelding fra brukere ble sett som patologibasert og påvirket ikke nødvendigvis avgjørelser, og pasienter fikk ikke anledning til å diskutere andre pasienters individuelle behandling. Ansatte oppga at det var fristende å bruke patologibaserte forklaringer for å skille mellom ønsket og uønsket atferd. Brukernes stemmer ble vektlagt, men ikke nødvendigvis bestemmende (Larsen & Saavag, 2018).

Kontekstuelle påvirkninger som lovgrunnlag, organisasjonens struktur og retningslinjer kan begrense muligheten for å utforske brukeres meninger. Larsen og Saavag fant at noen brukere, ansatte og ledere oppfattet at brukerinkludering var opp til de ansatte og ledere, men visse avgjørelser om hvordan behandling skulle foregå var også avgjort på et høyere nivå i systemet. Dette la føringer for i hvor stor grad medbestemmelse for brukere var mulig. Brukervedvirkning ble i praksis sett på som noe brukerne ble tillatt av de ansatte når det lot seg gjøre. Arbeidet ble styrt av etiske retningslinjer, og ansatte og lederes hovedprioritering var pasientenes sikkerhet og en tilstrekkelig behandling forankret i krav fra lover, retningslinjer, organisasjonspolitik og brukerforventninger (Larsen & Saavag, 2018). En utfordring med at avgjørelser må gå gjennom flere nivå lengre opp i systemet, er at de som er

i daglig kontakt med brukerne kan ha vansker med å påvirke. De som kjenner brukerne best har ofte god kunnskap om brukernes behov, men formaliteter kan komme til hinder for at ansatte når fram med synspunkter og viktig innsikt. Dermed vil det kunne være vanskeligere for brukernes stemme å komme fram.

Ved institusjoner vil det være nødvendig med retningslinjer og «husregler» for forsvarlig praksis, sikkerhet og forutsigbarhet. For eksempel ønsket brukere ved denne institusjonen å ha innvirkning på andre brukeres behandling. Dette vil være krevende å gjennomføre på en forsvarlig måte, den enkeltes behandling og sykehistorie er vernet av taushetsplikt og lovverk. Samtidig bør man ha så lite inngripende regler som lar seg gjøre for å verne om brukeres rettigheter og autonomi. Slike regler vil kunne oppleves som overtramp for den enkelte bruker som oppholder seg i institusjoner, dersom de ikke får anledning til medbestemmelse eller inkluderes i dialog rundt forståelse av retningslinjer. Aarre hevder at når brukere inkluderes i avgjørelser om regler, er de ofte mer positive enn hva man kanskje kunne forventet.

«Pasienter har anbefalt mer vidtgående inngrep i deres frihet enn dem vi mener er påkrevd. Pasientene forstår at det kan være behov for orden og styring» (Aarre, 2018, s. 141). Dette vitner om at å inkludere brukere i avgjørelsesprosesser er til fordel for alle involverte. «Det finnes en del grunnleggende rettigheter som skal komme alle til del, for eksempel retten til informasjon, medvirkning og respekt for privatlivet. Rettighetene er for alle, ikke et privilegium for dem som blir oppfattet som normale» (Aarre, 2018, s. 141).

Brukermedvirkning kan ses som en verdi og en rettighet, men også som et virkemiddel for å nå mål om kvalitet i tjenestetilbud. Dette fordi vekt på brukervalg bidrar til å mobilisere brukerens ressurser. «Veien til et godt forløp ved alvorlige psykiske lidelser ser for mange brukere ut til å gå gjennom krokete og vanskelige terreng, der nettverk og ansatte støtter opp om viktige brukervurderinger og brukeren finner sin egen vei gjennom dette terrenget» (Nyttingnes, 2004).

Det vil alltid være en form for maktbalanse i forholdet mellom profesjonsutøver og bruker. Aarre hevder at makt innen psykisk helse- og rustjenester er asymmetrisk fordelt mellom de ansatte med makt og de avmektige brukerne. Selv om man arbeider for å balansere maktforholdet, vil det fortsatt være ujevnt på bakgrunn av lovverk, prosedyrer, og uuttalte normer som styrer samhandlingen, der tjenesteutøveren er eksperten (Aarre, 2018, s. 139).

Maktforholdet kan komme fram ved journalføringer fra daglig kontakt med brukere som kan brukes for eksempel til å begrunne diagnoser. Larsen og Saavag (2018) fant at noen brukere fryktet at hvordan de oppførte seg og hva de sa kunne mistolkes og få negative konsekvenser for deres behandling. Noen brukere var forsiktig med hva de sa, fordi de hadde opplevd at utsagn ment som en spøk hadde blitt misoppfattet og framstilt feil i dokumentasjon.

4.4 Ethiske dilemma

Et etisk dilemma er om en empowerment-tilnærming kan gi for mye ansvar til «den syke». Ut ifra tankegangen at mennesker er rasjonelle, ekspert på seg selv, og dersom de gis valg vil handle etter sin egen beste interesse, kan man si at den syke står til ansvar når de tar valg som medfører enda flere utfordringer. Det forutsettes at man tar bevisste valg etter rasjonell overveielse, men dette er ikke like enkelt for mennesker i psykisk krise (Askheim, 2018, s. 151). Samtidig kan det ses som motstridende at hjelpetrengende mennesker skal motta hjelp på bakgrunn av fagkunnskap og profesjonsferdigheter, og at det likevel skal gis makt, valg og selvbestemmelse til brukeren. Det kan være vanskelig for profesjonsutøvere som har mye kunnskap å ikke gripe inn når man ser brukere slite. Samtidig er en sentral del av kunnskapen innen sosialt arbeid nettopp det å anvende kunnskap til å styrke avmektige til å finne sin egen motivasjon. Grupper som allerede er undertrykkede og «svake» har et spesielt behov for å lyttes til og styrke sin autonomi. Grunnleggende menneskerettigheter er retten til selvbestemmelse, makt og styring over eget liv (Askheim, 2018, s 155).

Psykisk helsehjelp vil kreve en balansegang mellom omsorg og ansvarliggjøring, som må baseres på skjønn og tilpasses den enkelte brukers behov og ønsker. En empowerment-rettet arbeidsmåte krever mye og er avhengig av både egenskaper hos tjenesteyteren og brukeren selv. Tjenesteyteren bruker seg selv som instrument, noe som krever at han eller hun er bevisst sine sterke og svake sider og har evne til å forstå hvordan brukeren har det med seg selv. Viktige elementer er samarbeid, ansvarlighet og teamarbeid (Sæterstrand, 2009).

5.0 Avslutning

Empowermentperspektivet bygger på et demokratisk tanke sett der enkeltindividet har rettigheter og plikter. Tjenesteytere bør ivareta brukerens autonomi, selvbestemmelsesrett og medbestemmelsesrett ved å la brukerne delta i beslutningsprosesser og ved å være bevisst sin egen rolle og makt. Bruk av alternative arbeidsmetoder, som erfaringsmedarbeidere, brukergrupper, samt metoder som basal eksponeringsterapi kan føre til mer empowerment for den individuelle bruker, ved at brukeren får mer makt over eget liv. Samtidig kan det gi muligheter til empowerment på et system og samfunnsnivå. Empowerment handler om å styrke menneskers tro på seg selv, deres styrker og ressurser, og gjenvinne egenmakt. Empowerment er fokus på mennesket i deres kontekst, med ressurser og muligheter på tross av utfordringer, snarere enn fokus på diagnose og sykdom. Brukeren går fra å være en passiv mottaker av behandling, til å bli en aktør som samarbeider med tjenesteytere for det livet de vil ha og har forutsetninger til å mestre.

Det finnes ikke noe enkelt svar på hvordan man best kan legge til rette for empowerment for mennesker med langvarige, alvorlige psykiske lidelser. Dette er et komplekst og sammensatt tema som det kunne vært skrevet mer utdypende om enn innenfor rammene i denne oppgaven, og det er et spørsmål som burde utforskes videre. Hvert enkelt menneske har ulike behov, ønsker og forutsetninger som springer ut fra deres personlighet, oppvekstvilkår, miljø og livserfaringer. Det som hjelper for noen kan bli feil for andre. Derfor blir relasjonelle ferdigheter og lydhørhet viktige egenskaper hos sosialarbeideren. Når mennesker har hatt alvorlige lidelser i mange år, kan det virke som man blir fastlåst, og det kan noen ganger framstå som at brukeren ikke ønsker å bli bedre. Dette kan komme av avmaktskrefter i samfunnet og hjelpetjenestene, samtidig som alvorlige lidelser ikke lar seg løse på en enkel måte. Brukeren kan få en opplevelse av at det ikke er muligheter for bedring. Et viktig poeng vil være å ikke gi opp brukeren. På den ene siden vil kontinuitet og langvarige hjelperelasjoner kunne være trygt for brukeren, på den andre siden kan dette medvirke til at man ikke får opp øynene for nytenkende hjelpetiltak. Det viktigste spørsmålet vil uansett dreie seg om brukerens egen opplevelse. Det å bli bedre vil ikke bare handle om å bli symptomfri fra psykiske lidelser, men hvordan personen kan oppnå et liv de selv opplever er verdt å leve og gir dem god livskvalitet.

6.0 Litteraturliste

Aarre, Trond F (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.

Askheim, Ole Petter (2018). *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal.

Dalland, Olav (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Einarson, Randi & Jacobsen, Karl Henry (2019). Samfunnspsykologiens bidrag til helsefremmende strukturer i arbeid med mennesker med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse. *Psykologi i kommunen*, (1), 21-28. https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmllui/bitstream/handle/11250/2596895/Samfunnspsykologiens_bidrag.pdf?sequence=1

Ellingsen, Ingunn T. & Levin, Irene & Berg, Berit & Kleppe Cecilie, Lise (2009). *Sosialt arbeid: en grunnbok*. Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet (2021), Bang, Ragnhild m.fl. *Livskvalitet i Norge*,
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>

Folkehelseinstituttet, Jørgen, Gustav B (2014). *Rusmiddellidelser i Norge*
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/rusmiddellidelser/>

Folkehelseinstituttet (2014), Steen, Marit T. m.fl. *Psykiske lidelser hos voksne*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/#endringshistorikk>

Heggedal, Didrik & Hammer, Jan & Alsos, Trude H. & Malin, Ingrid & Fosse, Roar (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (12), 2. utg, 120-128. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2015-02-03>

Helsedirektoratet (2022). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandlig, og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. <https://n9.cl/w0ado>

Helsedirektoratet (2014). *Veileder I lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Sammen om mestring*. Oslo.

Håkonsen, Kjell Magne (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Gyldendal Akademisk.

Karlsson, Bengt & Borg, Marit & Ogundipe, Esther & Sjøfjell, Tommy L. & Bjørlykhaug Knut I. (2017). Aspekter ved samarbeidsrelasjoner mellom erfaringsmedarbeidere og brukere i psykisk helse- og rustjenester: en kvalitativ studie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, (2) 13. <https://doi.org/10.7557/14.4214>

Larsen, Tone & Sagvaag, Hildegunn (2018). Empowerment and pathologization: A case study in Norwegian mental health and substance abuse services. *Health Expect*, (21), 1231-1240. DOI: 10.1111/hex.12828

Lauveng, Arnhild (2020). *Grunnbok i Psykisk helsearbeid, Det landskapet vi lever i*. Universitetsforlaget.

Mjøsund, Nina & Strand, Monica & Nettet, Elisabeth & Røysland-Sundhagen, Marte & Fosse, Roar (2022). Når behandling gjør vondt verre: erfaringer med basal eksponeringsterapi

(BET). *Tidsskrift for Norsk psykologiforening* (59), 1092-1103.

<https://doi.org/10.52734/9C4TpX24>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. NTNU samfunnsforskning AS.

<https://napha.no/content/9157/om-napha>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid, Slade, Mike (2017). *100 råd som fremmer recovery, en veiledning for psykisk helsepersonell*. 2. utg.

Nyttingnes, Olav (2004). Nytt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* (1), 66-70. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2004-01-09>

Paulsen, Veronica & Aune, Jørn A. & Melting, Jan K. & Stormyr, Otto & Berg, Berit (2017). Relasjonen som plattform i møte med ungdom i barnevernet, *Tidsskriftet Norges Barnevern* (94), utg. 2, 84-94. <https://doi.org/10.18261/issn.1891-1838-2017-02-02>

Sæterstrand, Torill (2009). Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie. *Klinisk sykepleje*, (23), 4-11. <https://doi.org/10.18261/ISSN1903-2285-2009-03-02>

Thesen, Janecke & Malterud, Kirsti (2001). Empowerment og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Den norske legeforsening* (13). <https://tidsskriftet.no/2001/05/kronikk/empowerment-og-pasientstyrking-et-undervisningsopplegg>

World Health Organization (2013-2020) *Comprehensive mental health action plan*.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf

Meld. St.prp. 63 (1997-98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>

