

Artikkel 1

Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G. & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 2(11), 16-31.

Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner

Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter

Vår Mathisen, Aud Obstfelder, Geir Lorem og Per Måseide

Vår Mathisen: PhD-student, UiT, Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for helse – og omsorgsfag. MH-bygget, N-9037 Tromsø, Norge. E-postadresse: var.mathisen@uit.no Telefonnummer: 776 60714

Aud Obstfelder: Professor, UiT, Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for helse – og omsorgsfag. MH-bygget, N-9037 Tromsø, Norge. Forskningsleder ved senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik, Teknologivegen 22, 2815 Gjøvik, Norge.

Geir Lorem: Professor, UiT, Norges Arktiske Universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Avdeling for helse – og omsorgsfag. MH-bygget, N-9037 Tromsø, Norge.

Per Måseide: Professor, Universitet i Nordland, Fakultet for samfunnsvitenskap. Postboks 1490. 8049 Bodø, Norge.

Abstract

User participation in psychiatric institutions - Practicing of "user participation" through milieu therapeutic activities.

The purpose of this article is to examine how user participation is enabled in practice. Fieldwork is conducted in three Norwegian District Psychiatric Centres (DPCs), with an emphasis on observations of staff working with patients and interviews. The theoretical framework is interactionism. The data analysis shows that efforts to involve patients in activities related to their own illness and their stay at the centres are integrated into the work. The findings show that much time is spent on motivating patients to want to live. Practicing of user participation in combination with milieu therapy creates dilemmas. The staff must balance between the various considerations in their work: to motivate individual patients to live and to ensure that daily routines and milieu therapeutic joint activities are implemented. Such dilemmas give the staff a feeling of inadequacy in the practice of user participation. Because, either they must pressure patients to do things against their will or reject individual wishes for adapted services to get the daily routines to go round.

Nøkkelord/ Key Words

User participation; mental health work; field research; milieu therapy; dilemmas; Brukermedvirkning; psykisk helsearbeid; feltarbeid; miljøterapi; dilemmaer.

Referee*

Innledning

Brukermedvirkning er sentralt i psykisk helsevern i vestlige deler av verden, og betyr at brukere av helsetjenester skal bli inkludert i beslutningsprosesser og ansvarliggjort i utformingen av eget tjenestetilbud (Petersen, Hounsgaard og Vinther Nielsen 2008, Snowden og Marland 2012). I Norge er brukermedvirkning nedfelt i Lov om pasient – og brukerrettigheter (1999). Brukermedvirkning fratrar ikke fagpersoner det faglige ansvaret for tjenestene, men det gir brukere og pårørende rett til å motta informasjon om egen sykdom, bli inkludert i beslutninger og evaluering av behandling (Szmukler og Appelboum 2008). Dette innebærer at fagpersoner skal inkludere pasienters erfaringer og synspunkter i helsetjenester (eksempelvis Sosial – og helsedirektoratet 2006a). Inkluderingen innebærer at pasientrollen endres fra passiv mottaker av helsetjenester til deltager med delvis beslutningsansvar (Lorem, Frafjord, Steffensen og Wang 2013).

Internasjonal forskning viser til at dialog og etablering av felles forståelse mellom pasienter og behandlere er sentralt for å få til brukermedvirkning og tilfriskning (Szmukler og Holloway 2000, Davidson, Borg, Martin, Topor, Mezzina og Sells 2006, Kartalova-O'Doherty og Doherty 2010, Kidd, Kenny og Mc Kinstry 2014). I Norge har det vært gjennomført flere studier som tar for seg involvering av brukere i psykisk helsearbeid. Mange av studiene retter fokus mot hvordan involveringen oppleves av både tjenesteutøverne og brukere (Borg 2007, Norvoll 2007, Hem 2008, Storm 2010, Skorpen & Øye 2009, Terkelsen 2010, Rise 2012). Et sentralt poeng i disse studiene er at forhold knyttet til gjensidig respekt og tillitt har betydning for om de syke blir inkludert i egen behandling eller ikke. Dersom involvering skal skje er det spesielt viktig at fagpersoner toner ned den klassiske medisinske eksperrollen og at beslutninger blir diskutert med brukerne (Sundet 2009, Storm 2010). Borg (2007) går et skritt lenger i kritikken av medisinsens begrensninger for involvering og ansvarliggjøring i egen bedringsprosess. Hun understreker at dersom de syke skal kunne ta del i forebygging, behandling og rehabilitering av egen sykdom må tiltak ta utgangspunkt i utfordringene som sykdommen medfører for den enkelte i deres dagligliv.

Vi finner også studier som har en kritisk innstilling til psykiatriens forutsetninger for å kunne gjennomføre brukermedvirkning. Forfatterne hevder at begrepet representerer et norm- og verdisystem og ikke konkrete retningslinjer for praksis. De etterspør mer kunnskap om hvordan en brukermedvirkende praksis faktisk skal gjennomføres (Beresford 2002, Skorpen, Anderssen, Øye og Bjelland 2008, Valenta og Berg 2010). Norvoll (2007) for eksempel er opptatt av vilkårene for brukermedvirkning i miljøer og situasjoner hvor tvang ofte blir brukt. Øye, Bjelland, Skorpen & Anderssen (2009) er opptatt av brukermedvirkning i miljøterapi. Miljøterapi i psykisk helsevern innebærer å gi den enkelte bruker struktur og rammer for dagen slik at han/hun bedre kan delta i fellesskapet ut fra egne premisser (Hummervoll 2012). Terapien ansees å ha sin effekt gjennom relasjonene som oppstår, og innebærer at en sentral oppgave for miljøpersonalet er å stå i trykket av de følelsesmessige påkjenningene som de blir utsatt for (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2010). Samtidig skal fagpersoner bestrebe og få pasienter til å føle seg ønsket, respektert og invitert til å meddele seg på sin egen måte (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke 2009).

Flere kritiske studier retter oppmerksomheten mot selve brukermedvirkningsbegrepet. De drøfter hvordan begrepets positive assosiasjoner kan overskygge det faktum at det ofte er mennesker med store og langvarige hjelpebehov, som skal involveres og myndiggjøres. Konsekvensene av en slik overskygging kan være at fagpersoner pålegger pasienter et ansvar for egen tilfriskning og helse som de ikke er i stand til å håndtere og at de dermed

marginaliseres ytterligere (Cowden og Singh 2007, Engebretsen og Haldar 2010, Kristeva 2010). Flere hevder at begrepet er abstrakt og kontekstløst, noe som skaper dilemmaer og utfordringer for dem som er involvert i situasjoner hvor slikt skal skje (Valenta og Berg 2010). Både fagpersoner og forskningsmiljøer etterspør derfor kritiske studier som kan si noe om hvordan brukervedvirkning faktisk blir praktisert og hvilke fordeler, ulemper og utfordringer ulike praksiser kan føre med seg (Beresford 2002, Petersen et al. 2008). Her mener vi vår studie kan gi et viktig bidrag.

Hensikt

Hensikten med vår artikkel å trekke frem situasjoner og dilemmaer fra praksis for å øke kunnskapen om brukervedvirkning i psykisk helsevern. Vårt fokus er på *fagpersoners praktisering av brukervedvirkning, i forhold til pasienter*. Et fokus vi mener er lite belyst innen forskning angående brukervedvirkning. Konteksten for studien er døgnavdelinger ved distriktspsykiatriske sentre (DPS) i Norge. Døgnavdelingene i studien presenterte seg som enheter hvor miljøterapi er et organiserende prinsipp for aktivitetene og rutinene ute i avdelingene. At fagpersoner skal inkludere og involvere pasienter i utviklingen av miljøterapeutiske aktiviteter blir således like naturlig som i forbindelse med beslutninger om medisinsk behandling og rehabilitering. Våre forskningsspørsmål følger en slik sammenheng og vi spør: På hvilke måter blir pasientene involvert i utforming og gjennomføring av miljøterapeutiske aktiviteter i døgnavdelingene?

Forventninger om brukervedvirkning som ide omsatt til praksis

Ut i fra måten vi har argumentert over, kan vi si at brukervedvirkning er situasjonsbestemte hendelser kjennetegnet av relasjonelt arbeid som skjer prosessuelt, karakterisert av interaksjon og samhandling som forutsetning og resultat. Brukervedvirkning skal ideelt praktiseres i situasjoner hvor et mangfold av forventninger gjør seg gjeldene, enten dette er brukernes rett til medbestemmelse, fagpersonalets ansvar for kvaliteten på tjenestetilbudet eller institusjonelle ressurser. For å få økt forståelse for fagpersonenes praksis, har vi anvendt et interaksjonistisk perspektiv på profesjonelt arbeid (Måseide 2008) i analysen av datamaterialet. Perspektivet tar nettopp utgangspunkt i interaksjon og samhandling mellom personer og de konkrete aktivitetene som de gjør sammen. Det sier oss at samhandling krever samarbeid, og at dette kan innebære konflikter og dilemmaer vel så mye som harmoni og enighet. Det hjelper oss til å fokusere på at når fagpersoner og pasienter må samhandle om konkrete gjøremål, så må de på en mer eller mindre bevisst måte, praktisk og konkret, omgås og ta hensyn til hverandre. Videre, perspektivet viser oss at det er dannet – og dannes forventninger til samhandlingene som fagpersoner og pasienter gjør sammen. Forventningene kan forstås som rammer, eller forventningsstrukturer; et sett med forventninger knyttet til en anledning, situasjon eller aktivitet. Å identifisere en bestemt ramme handler ofte om å gi navn til noe som vanligvis er innerforstått og tatt for gitt (Goffman 1974). Rammer (heretter omtalt som forventninger), vil uansett uavhengig om den er kjent og definert, virke inn i samhandlingssituasjoner og interpersonlige relasjoner (Måseide 2008). For vår artikkel er forventninger et viktig teoretisk begrep som med sin kompleksitet er aktuelt for å belyse brukervedvirkning som på sin side et komplekst (innerforstått) fenomen med ulike ideologiske og praktiske begrunnelser og forutsetninger.

Forventningene virker på forskjellig nivå og de har ulike former. *For det første* virker de i selve samhandlingen og de kommer til uttrykk som moralske konvensjoner for hvordan

personer skal forholde seg til hverandre. Konvensjonene legger føringer på dem som samhandler uavhengig av den videre konteksten for samhandlingen (Goffman 1982). *For det andre* virker forventningene som rammer for hva samhandlingen skal handle om. Disse forventningene er uttrykk for tidligere erfaringer og oppfatninger av praksis, og hjelper fagpersonene til å skape retning og forutsigbarhet når de står overfor nye situasjoner. Utfordringene for de fleste samhandlingssekvenser er imidlertid at mer enn en ramme er aktuell samtidig og at det kan gi rammeskifter (Måseide 2008). *For det tredje*, tilskrives aktiviteter og handlinger mening ut i fra hvilke forventninger som er knyttet til dem. Når psykisk helsearbeidere kan gjøre ting med pasientene som ville vært uhørt i andre situasjoner, for eksempel hjelpe dem med intimvask eller be dem om å snakke om personlige forhold, er det fordi handlingene foregår innenfor rammene av profesjonell virksomhet. *For det fjerde*, hvilke forventninger som gjelder må kontinuerlig vedlikeholdes i samhandlingssekvensene. De som samhandler må stadig vise til symboler og andre institusjonelle strukturer som identifiserer hvilke forventninger som regulerer samhandlingssekvensene.

Materiale og metode

Studien er en del av en større studie som har som formål å studere praktisering av brukermedvirkning ved DPS i Norge. I perioden mellom høsten 2011 og våren 2012 har vi gjennomført tre intensive perioder med feltarbeid i tre ulike DPS i Norge, inspirert av Hammersley og Atkinson (2012). Førsteforfatter har innsamlet dataene. Hun har profesjonell bakgrunn og klinisk erfaring fra lignende arbeid som i denne studien, men i andre institusjonelle settinger og faser i behandlingen. Alle forfatterne har utstrakt erfaring fra profesjonelt helsearbeid, som klinikere og forskere.

Presentasjon av forskningsfeltet

Døgnavdelingene varierte i antall sengeplasser fra 15 til 7. Innleggelsestiden varierte fra tre dager til atten uker. Noen ganger lengre. Innleggelsene var i hovedsak frivillige. En betydelig andel pasienter var innlagte på grunn av høy selvmordsfare. Mange pasienter var nye for personalet, andre kjente de fra tidligere. I følge fagpersonalet var pasientene sykere ved innleggelse nå enn før, og både de og pasientene måtte forholde seg til betydelig kortere behandlingstid nå enn før. Fagpersonene understreket at pasienter får informasjon om pasientrettigheter, som retten til å brukermedvirke.

Avdelingene presenterte seg som behandlingstilbud for mennesker med allmennpsykiatriske lidelser. Helsetjenesten omfattet i hovedsak diagnostisering, medikamentutprøving, behandling og miljøterapi. Miljøterapi utgjorde slikt sett kun en del av behandlingsopplegget rundt pasientene, men en sentral del av det døgnkontinuerlige behandlingstilbudet. Med individuelt tilpasset samhandling, ble miljøterapi som ideologi og praksis, begrunnet å skulle øke sannsynligheten for trivsel og mestring. Avdelingene bestrebet å være en arena hvor pasientene skulle få øve seg på sosiale ferdigheter med fagpersoner som viktige rollemodeller og medpasienter som støttespillere, samt stimulere til (gjenopptakelse) av aktiviteter. Både organiserte og uorganiserte aktiviteter som husarbeid, matlaging – og kjøkkenaktiviteter, håndarbeids/hobbyaktiviteter, fysisk aktivitet og friluftsliv var sentrale i behandlingen og hverdagen på avdelingene. Mange aktiviteter ble ofte gjennomført i grupper av pasienter.

Datasamling

Førsteforfatter deltok i de fleste av avdelingens rutiner slik som rapporter i vaktskiftet, fellesmøter med pasienter og personalet, måltider med pasientene, dagsutflukter og andre planlagte og ikke-planlagte aktiviteter. Hun deltok i samtaler med fagpersonene og pasientene der det følte naturlig og hvor det ble gitt tillatelse. Feltarbeidet i de tre DPS varte i overkant av en uke på hvert sted. Til sammen utgjorde dette 200 timer observasjon. Fokus for observasjonene var fagpersonalets samhandling med pasientene og samhandlingens nære omgivelser. Det ble gjennomført 12 individuelle og ett fokusgruppeintervju av fagpersonalet. Totalt sett omgikk førsteforfatter 69 fagpersoner og 25 pasienter.

Førsteforfatter gjorde notater fra observasjonene og samtalene, og det ble forsøkt å gjengi aktivitetene og samtalene så detaljert og konkret som mulig. De individuelle intervjuene varierte fra 20 -120 minutter. Fokusgruppeintervjuet varte tre timer. Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon, og skrevet ut. Tema for de individuelle intervjuene var informantens arbeidsoppgaver, vilkår og forutsetninger for brukermedvirkning. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført etter feltarbeidet når analyseprosessen var kommet godt i gang. Data ble presentert og diskutert i lag med en tverrfaglig gruppe på åtte fagpersoner. Det overordnede temaet for fokusgruppeintervjuet var praktisering av brukermedvirkning med svært syke pasienter.

Analyse av data

Vi har gjennomført en tematisk analyse inspirert av King (2004). Rådata ble ordnet i tekstnære koder. Kodene var begreper som allerede fantes i datamaterialet og hensikten var å få oversikt og identifisere gjennomgående mønstre og trekk relevant for studiens overordnede tema. Gjennom hele fortolkningsprosessen har førsteforfatter hatt ansvaret for å presentere nye fortolkninger i regelmessige veilednings/diskusjonsmøter med de andre forfatterne, samt sjekke disse mot rådata.

For denne artikkelen ledet forskningsspørsmålet og det teoretiske perspektivet vår oppmerksomhet mot samhandlingssituasjoner hvor fagpersonalet forsøkte å involvere pasientene i avdelingens fellesaktiviteter og hvilke forhold som gjorde seg gjeldene i situasjonene. Analyse av datamaterialet viser at fagpersonalet forsøkte å inkludere pasientene i døgnavdelingens fellesaktiviteter, men at dette var utfordrende. Det var særlig tre forhold som gjorde seg gjeldene i situasjonene og som bidro til utfordringene. Disse forholdene har vi tematisert som pasienters 1) *mangel på engasjement* grunnet pasientenes reduserte helsetilstand. Personalet måtte gjøre en 2) *balansering mellom individuelle og kollektive hensyn* i deres daglige arbeid i kombinasjonen av pasienter, rutiner og miljøterapi. På grunn av forventninger om effektivitet og behandlingseffekt, bidro dette til at fagpersoner måtte holde både seg selv og pasienter under et 3) *konstant pågående press*.

Forskningsetikk

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (saksnummer 27813). Alle fagpersoner har gitt skriftlig samtykke til å delta i studien. Et eget informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble utformet til pasientene. Vi har ivaretatt anonymiteten til informantene ved å bruke fiktive navn og benevne alle som terapeuter.

Presentasjon av resultat

Brukermedvirkning presenteres som noe som skal skje mellom likeverdige parter, og at partene må være *involverte*. Resultatene i vår studie viste at personalet arbeidet med pasienter som *trengte hjelp til å bli involvert* i avdelingens aktiviteter, noe som førte til et kontinuerlig arbeid for å få pasientene ut av rommene sine og i aktivitet.

Mangel på engasjement

De fleste pasienter var veldig syke når de kom til avdelingen, men de fikk ikke ligge lenge på morgenen. De ble, som fagpersonene uttrykte det: *“presset til å engasjere seg i hverdagen”* (terapeut, Sigrid). Mange av pasientene måtte i perioder bli passet ekstra på, for at de ikke skulle skade seg selv.

Mangel på mening og overskudd til å engasjere seg i miljøterapeutiske tiltak på avdelingen viste seg også i de daglige fellesmøtene på morgenen. Hensikten med møtene var å planlegge dagens aktiviteter som pasientene skulle involveres i. Dette omfattet individuelle avtaler mellom fagpersoner og pasienter og miljøterapeutiske fellesaktiviteter som matlagning og turer. Dersom avtaler og aktiviteter kolliderte ble de forsøkt justert til hverandre. Slike justeringer ble gjort i fellesskap, men for fagpersonalet var det vanskelig å få respons fra pasientene. Dette gjaldt både for avtalene og for de andre aktivitetene. For eksempel kunne personalet spørre om det var noe spesielt pasientene ønsket å spise til lunsj. Ville noen ha egg? Koka? Stekt? Ville noen kanskje ha kakao? Vanligvis var det fagpersonene som til slutt kom med forslag, og noen pasienter kunne nikke bekræftende eller avkreftende på avgjørelsene som ble tatt til slutt. Personalet måtte henvende seg til pasientene for hver eneste aktivitet. De gjorde det for å gi pasientene enda en mulighet til å rekke opp hånden og melde seg 'til tjeneste'. Når pasientene ble bedt om å tenke seg om en gang til, så hendte det at noen ville delta, men mange framholdt at de ikke ville eller klarte å delta. Personalet kunne også spørre enkeltpasienter direkte.

Det som preget fellesmøtene var langsomhet og stillhet og som vist over, var det personalet som drev møtene. Pasienter ble beskrevet som så slitne av livet sitt når de blir lagt inn, at personale forsøker å tilby og forslå aktiviteter, bare for å komme i gang. Men dette ble forklart som vanskelig. Det vanskelige lå i de mange forslagene de måtte finne frem til og måten de la dem frem på. Noen av forslagene til aktivitet ble av personalet opplevd som overtalelser. Terapeut, Frank beskrev det slik:

“Hva er det jeg holder på med? Det tenker jeg mange ganger på. Dette er jo ikke brukermedvirkning! Men det er jo en daglig utfordring at pasientene ikke vil noen ting. Ingenting! Så da må vi jo dytte og dra. Det føles nesten som om vi tvinger noen til å gjøre noe, hele dagen lang...”

Selv om personalet beskrev det som ubehagelig å presse pasientene til deltakelse, argumenterte flere for at det å gjenoppta daglige aktiviteter er nødvendig for igangsetting av bedringsprosesser. Terapeut, Lena forklart det slik:

”På denne avdelingen forsøker vi sammen med pasienten å få de mest basale aktivitetene på plass, som å stå opp om morgenen, ta en dusj, spise måltider, pusse tennene. For realiteten er

faktisk slik, at hadde pasientene blitt gitt muligheten, så hadde de fleste ligget i senga hele dagen.”

Balansering mellom individuelle og kollektive hensyn

Et helt sentralt aspekt ved arbeidet til de ansatte var å passe på og aktivisere pasienter som ikke ville leve. Ved innleggelse var det vanlig at pasientene avviste avdelingene rutinemessige behandlingstiltak og fagpersonalet fikk ansvar for å motivere og gi håp. Mye av arbeidet i avdelingene var tilpasset denne typen pasienter, siden alle pasientene som var innlagte hadde store hjelpebehov. Mange var avhengig av døgkontinuerlig observasjon og behandling av psykiske og fysiske symptomer som fulgte med lidelsene de var innlagt for. Mange måtte følges tett i forhold til medikamentell behandling, flere måtte ha bistand og veiledning knyttet til for eksempel egenomsorg, og som vist i forrige avsnitt, måtte de fleste motiveres til å ta del i fellesaktivitetene i avdelingene.

At avdelingene var forpliktet til å jobbe etter miljøterapeutiske prinsipper, førte til dilemmaer for personalet. Fagpersonalet forsøkte alltid å utvikle individuelle behandlings- og aktivitetsopplegg for den enkelte, inkludert miljøterapeutiske tiltak. Men både det å involvere pasienter i utforming, og gjennomføre individuelt tilpassede aktivitetsopplegg planlagt ut i fra den enkelte pasientenes ønsker og behov, var ikke alltid mulig å realisere. Det var særlig tre årsaker til dette. For det første kunne ikke personalet bare ta seg av pasientene som nylig var blitt lagt inn. De hadde også ansvar for pasienter som hadde vært innlagt en stund. Personalet måtte forholde seg til et kontinuum av individuelle pasienttilstander. I avdelingene var det hele tiden mange pasienter som var veldig syke, noen som var litt bedre, og noen som var på vei hjem. Forskjellene mellom de enkelte pasientenes tilstand kom til uttrykk på fellesmøtene. De pasientene som hadde vært lengst i avdelingene, var som regel mest aktive på møtene. De ga respons til personalet på henvendelser og ble med dette mer involvert i planlegging av fellesaktivitetene enn de øvrige pasientene. De fikk ansvar for å forberede måltidene og de fikk være med på å ta avgjørelser på vegne av hele pasientgruppen når aktiviteter skulle velges. For det andre måtte personalet forholde seg til den enkelte pasients tilfriskning samtidig som fellesaktivitetene skulle gjennomføres. I starten av oppholdet, da planlegging av ukeaktivitetene ble gjort, hadde noen pasienter kanskje vært lite delaktige i planleggingsprosessen. I løpet av uken og dersom pasientene hadde blitt friskere, kunne det hende de ikke ville være med på det som var blitt planlagt. Slike situasjoner kunne medføre uro blant både pasientene og personalet. Under følger beskrivelse av en typisk situasjon:

Pasienten sier hun ikke vil være med å spille stikkbball ute. Personalet som er til stede ser oppgitt ut, og sier at dette ble jo bestemt på mandag. En av de andre pasientene bryter inn og sier at han vil heller ikke spille stikkbball. Personalet ser spørrende på gruppen av pasienter fremfor seg. De nøler, og enda en pasient bryter inn. Hun sier at det var ”Benny” (navn på en fagperson) som sa de skulle spille stikkbball (feltnotat, avdeling A, stue, høst 2011).

Siden aktiviteten allerede var planlagt, ble den gjennomført. Dette selv om noen pasienter ikke ville delta og ikke hadde vært med på å planlegge aktiviteten. Hensynet til fellesskapet ble prioritert på vegne av den enkelte fordi det var vanlig å gjennomføre det som var planlagt på fellesmøtet tidligere i uken.

Den tredje utfordringen knyttet til realisering av individuelle aktivitetsopplegg var at personell situasjonen ved avdelingene var ustabil. Plutselige endringer i sammensetningen og antall av fagpersonell på grunn av for eksempel sykdom, medførte at planlagte aktiviteter ble avlyst.

Dette gjaldt særlig dersom aktivitetene var ressurskrevende slik som å dra på kafébesøk, kjøre til butikken eller bruke formingsrommene. Slike aktiviteter var populære blant pasientene, men med for få ansatte på jobb, kunne de ikke gjennomføres. Personalet hadde klart å skape engasjement hos pasientene, men måtte skuffe dem på grunn av mangel på personell. De som var tilgjengelig måtte brukes på pasienter som nylig var blitt lagt inn, og andre rutinemessige oppgaver i avdelingene, som å delta i diverse møter og vaktskifter, eller passe telefonen på kveldstid

Konstant pågående press

Selv om stemningen på fellesmøtene og i avdelingenes fellesrom for øvrig var preget var tiltaksløshet og taushet, hadde kommunikasjonen mellom pasientene og fagpersonalet form som forhandlinger. Pasientene som klarte å involvere seg og personalet, forhandlet hele tiden om *hvilke*, og *hvor* og *når* aktivitetene skulle gjennomføres. Episoden under er en typisk forhandlings situasjon:

Roger som er terapeut, henvender seg til pasientene på stua og sier at i morgen er det tirsdag og da skal alle på tur! Pasientenes respons er negativ. "Åh... nei" høres fra flere av dem.. "Jo!", sier Roger: "Tirsdag er turdag. Det blir bra!". En annen terapeut, Lise, skyter inn med lovnader om ostehorn: "Vi skal lage ostehorn og ta dem med oss". Pasientene virker ikke overbeviste og Lise fortsetter entusiastisk: "Vi pakker ostehornene i folie, og varmer dem på bålet. Kom igjen!" Pasientene småsnakker sammen, og Lise sier videre: "Det er sikkert noen som vil bake... ikke sant?" Det blir et stille minutt over kaffekoppene, før en av pasientene spør: "Hvor skal vi dra?" Roger svarer og legger til at det er lavvo der og at den har bål plass. En annen pasient bryter av Roger: "Jeg vil i alle fall ikke sitte i midten av bilen!". Lise sier det er greit og spør hvor han vil sitte. Han svarer at han vil sitte i forsetet og to andre skyter inn og sier de vil sitte sammen, bakerst i bilen. Lise spør så hvem som kan sitte i de midterste setene. Pasientene diskuterer dette seg imellom. Til slutt sier en av de kvinnelige pasientene: "Jeg kan kanskje sitte i midten, men jeg vil at vi skal ha med kaffe på turen". Roger bekrefter at de skal ha med kaffe og spør samtidig om det er noe annet de ønsker at de skal ta med. "Kanskje kakao?", sier en pasient (feltnotat, avd. B, fellesrom, vår 2011).

Forhandlinger med pasientene var krevende situasjoner og på grensen til overtaling. Personalet formidlet at de har erfaring med hva som skal til for at pasientene kan bli involverte i fellesaktivitetene, men at de ofte er usikre på hvor hardt de skal argumentere for egne faglige ønsker på bekostning av pasientenes ønsker.

Diskusjon

Studiens resultat viser at brukermedvirkning i miljøterapi kan sies å få konkrete uttrykk i situasjoner hvor pasienter inviteres eller krever å få medvirke i utforming av egne tjenestetilbud, som miljøterapeutiske aktiviteter. Hvordan slik involvering skjer, diskuteres videre.

Pressing av pasienter som ikke vil leve

Et sentralt aspekt i arbeidet til fagpersonene slik de så det selv, var å passe på og aktivisere pasienter uavhengig om mange avviste avdelingens rutinemessige behandlingstiltak. Forventninger om korte innleggelse gav personalet liten tid til å bli kjent med pasientene, og dette hadde betydning for interaksjonen mellom pasienter og fagpersoner. På den ene siden måtte personalet overtale pasienter til å stelle seg om morgenen, ta medisinene sine og ta del i fellesaktiviteter. På den andre siden fikk pasientene anledningen til å uttale seg om hvilken mat de ønsket til ulike måltider, hvilken drikke de ville ha med seg på tur, og hvor de ville sitte i bilen. Personalets forsøk på å imøtekomme pasientenes ønsker kan sees som et uttrykk for demokratiseringsidealet som ligger i brukermedvirkningens ideologiske røtter (Vatne 1998), og antakelsen om at deltakelse i beslutninger om egen behandling vil gi personer som mottar offentlige tjenester opplevelse av uavhengighet, selvstendighet og mestring og at slik opplevelse har en terapeutisk effekt i seg selv (Harman, Cohen, Leucht, Busch og Rissling 2007, Tveiten og Knutsen 2011). Imøtekomning av pasientens ønsker kan også ses som oppfylgning av forventninger om moralske konvensjoner for hvordan mennesker skal forholde seg til hverandre (Goffman 1982), men også miljøterapi som individuelt tilpasset samhandling. Samtidig ser vi at forventningene om å *bistå* pasienter i prosessen fra lite engasjement til deltakelse, ga personalet følelser av ubehag og utilstrekkelighet i arbeidet.

Personalet opplevde at de måtte presse pasientene lengre enn de selv ønsket, og at de derfor sto i fare for å underkjenne den innsikt og kompetanse pasientene hadde om egen sykdom og hva som måtte til for at de skulle komme seg over krisen som hadde ført til innleggelse. Samtidig ble pressing til deltakelse i miljøterapeutiske aktiviteter forklart å kunne gi positive opplevelser for pasientene, som i eksempelet med planleggingen og gjennomføringen av turen som utløste et potensial i pasientene som gav økt engasjement for deltagelse. I alle fall der og da.

Antony & Crawford (2000) har undersøkt brukermedvirkningens plass i planlegging av behandling i psykiatriske institusjoner. I følge sykepleierne i studien hadde pasientene behov for "time-out" og beskyttelse mot situasjoner der de måtte ta stilling til noe. I perioder hadde pasientene behov for å bli tatt hånd om. Vi argumenterer for at akseptering av "time-out", altså slippe å delta i miljøterapeutiske aktiviteter og andre aktiviteter, nettopp er et uttrykk for brukermedvirkning. Dersom slik aksept ikke blir anerkjent og "rammet inn" som brukermedvirkning, er det fare for at brukermedvirkning 'blir til' behandling og tiltak for å fremme effektivitet i psykisk helsevern, og "lirking" og pressing 'blir til' tvang. Dette gav fagpersonene på døgnavdelingene selv uttrykk for. De må stadig opprettholde en faglig overbevisning om at de presser ut i fra hensikten om igangsetting av bedringsprosesser, til tross for mange dilemmaer. Likevel, institusjonelle forventninger om å få pasientene fort utskrevet ga fagpersonene følelsen av at det blir feil 'uansett hva de gjør'.

Korrigerings av pasientenes ønsker

I psykisk helsevern kan det sies å være en allmenn oppfatning om at miljøterapi er positivt for pasienter (Kværna og Lund 2004, Humerfelt 2005, Vatne 2006, Vatne og Hoem 2007, Øye et al. 2009, Hanssen 2010). Skriftlig veileder for DPS påpeker også at miljøterapeutiske tiltak skal inkluderes i individuelle behandlingsplaner (Sosial- og helsedirektoratet 2006b). Forventninger tilknyttet praktisering av miljøterapeutisk ideologi, førte fagpersonene inn i dilemmaer. De bestrebet å anerkjenne pasientenes ønsker og behov, *samtidig* som de måtte

korrigere ønskene og behovene for å få de daglige rutinene og strukturene for avdelingsarbeidet til å gå rundt (som vaktskiftet, medisinerer, stell, individuelle behandlingsstimer), og rutiner for det miljøterapeutiske arbeidet. Dette resulterte i at den enkelte pasients ønsker og behov stadig måtte vike for fellesskapets behov og opprettholdelse av avdelingsrutinene. Institusjonelle fordringer aktualiserte seg i situasjoner med knapphet på fagpersonell og den enkelte pasients ønske om medvirkning i eget miljøterapeutiske behandlingsopplegg måtte settes på vent. Vi hevder ikke at det å delta i aktiviteter er synonymt med brukermedvirkning, men når miljøterapeutiske aktiviteter er en sentral del av behandlingen, oppstår det problemer når noen pasienter ikke har mulighet eller ikke ønsker å delta som følge av deres reduserte helse.

Krysspress

Fagpersonene ble således satt i et krysspress av forventninger som var aktuelle samtidig (jamfør Måseide 2008). Å daglig jobbe med pasienter som uttrykte av de aller helst ville dø, appellerte til *forventninger om praktisering av profesjonell yrkes et* som går på å redde liv, og det profesjonelle arbeidet tilpasset seg disse forventningene og realitetene. *Moralske forventninger* og konvensjoner ble oppfylt, og det ble utvist respekt, forståelse og tid for enkeltpasienter. Av den grunn måtte av og til planlagte fellesaktiviteter utgå. Andre forventninger førte gjerne til dette. Lojalitet til *institusjonelle forventninger om behandlingseffektivitet* førte samtidig til justeringer av det medisinske og psykisk helsearbeidet, og personalet måtte overtale og 'presse' pasienter til deltakelse av andre faglige hensyn enn *forventninger om bedringsprosesser* og *forventninger om miljøterapi*. Dermed måtte individuelle behov til pasientene (igjen) bli satt til siden. Siden pasientenes sårbarhet krevde en kvalitativ nærhet og fysisk tilstedeværelse, ble det profesjonelle arbeidet sterkt styrt av de *økonomiske forventningene* som ikke tillot å sette inn ekstravakter når det var nødvendig. Dette førte igjen til moralske dilemmaer for fagpersonene. Da kunne de verken gjennomføre avtalte fellesaktiviteter, eller sitte på rommet til pasienter som trengte det, siden de måtte være tilgjengelige for alle pasienter.

I vår utforskning av forventninger knyttet til praktisering og involvering av pasienter i egne behandlingstilbud og fellesaktiviteter, blir det synlig at lojaliteten og oppmerksomheten til fagpersonene i studien er knyttet til opprettholdelse av miljøterapi som regel og daglig rutine i avdelingene, i tillegg til rutiner og strukturer som møter og medisinerer. Becker (1963) ble innflytelsesrik på bakgrunn av sin forskning knyttet til avvik og utstøtelse, og bidro til forståelse for hvordan institusjoner kan være med på og forsterke avvik og utstøtelsesprosesser. Hans begrep *moralsk entreprenørskap* anser vi som nyttig for å forstå og belyse dilemmaer knyttet til brukermedvirkning i kontekst og samspill med omgivelser. Et dilemma som oppstår når fagpersoner jobber som lojale entreprenører for opprettholdelse av regler og rutiner ved avdelingene, samt tar avgjørelser på vegne av pasientene, er at pasienter står i konstant fare for å utstøtes fra medvirkningsprosesser.

Et annet dilemma som oppstår, er at manglende involvering fra pasienters side, ses på som avvikende ut i fra institusjonelle *forventninger om aktivitetsdeltakelse* og *forventninger om behandlingseffektivitet*. Behandlingen på døgnavdelinger er av en slik karakter at de mest syke pasientene kan ikke motta den, uten at fagpersoner samtidig ignorerer deres ønsker og behov (som å ligge i sengen hele dagen). Samtidig er mobilisering – og pressing av pasienter til deltakelse også et uttrykk for flere forventninger. Gjennom å få pasienter til å delta i aktiviteter, kamufleres avvikende oppførsel, og *forventninger om miljøterapi* oppfylles. På denne måten blir brukermedvirkning redusert til: "hva vil du ha til lunsj", som for å skjule at

det reelt er snakk om tvang. Brukermedvirkning i døgnavdelingene skjer på et plan der pasientene i utgangspunktet kan velge i behandlingstilbudet, inkludert miljøterapeutiske aktiviteter. Men de kan ikke velge å ikke delta. Pasientene får da ikke en reell innflytelse på deltagelse om beslutning om egen behandling, noe som igjen kan gi pasientene opplevelse av at de er utsatte for ufrivillighet og tvang (Szmukler og Appelbaum 2008). Når pasienters motstand mot å delta i miljøterapeutiske aktiviteter blir stemplet som avvikende og problematisk, fremmes et nytt dilemma. Pasienter står i fare for å bli definert og konstruert som sosiale problemer fordi psykisk helsevern anser det som et problem at de ikke følger behandlingen. Vi anser det som viktig i denne sammenhengen, at ”den motvirkende bruker” oppstår ikke av en bestemt psykisk lidelse, heller ikke av en bestemt personlighet eller noen bestemte handlinger, men av en diskurs om brukermedvirkning som frambringer en bestemt forståelse. Fagpersoner som definerer og praktiserer en slik forståelse, blir dermed moralske entreprenører, som på sitt moralske korstog skal motivere pasienter til å delta i noe som pasienter kanskje verken vil være med på eller føler de har nytte av. Et paradoksalt dilemma som fagpersoner kanskje vanskeligere får øye på selv, er at når lojaliteten og arbeidet rettes mot rutineene for å oppfylle forventningene om behandlingseffekt(ivit), setter de seg selv i en konstant tvangssituasjon hvor de må overtale og presse pasienter til deltakelse, for igjen innfri forventningene til institusjonen, tross eget ubehag ved å gjøre nettopp det. De blir dermed selv opprettholdere av moralske dilemmaer grunnet sitt moralske entreprenørskap.

Brukermedvirkning handler ikke om å få velge fritt fra alle hyller, men at pasienten skal bli informert om sine muligheter, og at fagpersonene interesserer seg for hva som er viktig for pasienten i forhold til målet med behandlingen (Hansen, Hatling, Lidal og Ruud 2004, Skorpen et al. 2008). Vår studie viser at fagpersoner interesserte seg for dette. De mobiliserte pasientene til å ta del i avdelingens miljøterapeutiske aktiviteter for å igangsette bedringsprosesser og gi struktur i hverdagen til pasientene. Av den grunn var deltakelse i måltider og turer ansett som viktig. Fagpersonalet hadde ikke mange ressurser til rådighet, men i noen situasjoner klarte de å snu tilstander av viljeløshet til noe engasjement hos den enkelte og hos pasientfelleskapet. Noen av pasientene ble hjulpet til å hevde selvstendighet til tross for alvorlig sykdom. I beskrivelsen av forberedelser og gjennomføring av turen til lavvo synliggjøres dette.

Forventninger om at pasienter skal være aktive brukere som ønsker og klarer å involvere seg i egen tilfriskning, åpner for et paradoks. Den som er definert som avhengig av profesjonell hjelp, skal likevel regnes som prinsipielt uavhengig (Aadnanes 2007). Et slikt paradoks kan føre til at fagpersonalet blir mer opptatt av å presse den enkelte pasient til å delta i fellesaktivitetene, enn å samarbeide om å få den enkelte til å involvere seg i utformingen av sitt eget behandlingstilbud. Eller det kan føre til at fagpersoner anser kritiske pasienter som problematiske, siden psykisk helsevern ikke har nok ressurser til å utøve individuelt tilpasset samhandling. En slik praksis kan også føre til at fagpersoner unngår å erkjenne at mange kritiske pasienter faktisk forsøker å brukermedvirke. Dersom dette skjer kan brukermedvirkning være med på å skape en brukermedvirker som helsetjenesten trenger, og definisjonen: *evner å brukermedvirke* en ”diagnose” på om pasienten er utskrivningsklar. Dette gjør det relevant å spørre hvem som eier problemene som brukermedvirkning skal løse; helsevesenet eller pasientene?

Konklusjon

Studien vår viser at praktisering av brukermedvirkning er krevende arbeidsoppgaver med mange forventninger involvert. Det kan ta lang tid å bistå en pasient i å klare å engasjere seg i tilbudet til døgnavdelingene, og det forutsetter at fagpersonene har kreativitet, pågangsmot og utholdenhet i denne prosessen. For det første jobbet fagpersonene for å inkludere pasientene i beslutninger om fellesaktivitetene tilknyttet avdelingenes miljøterapeutiske profil. For personalet var ikke en slik inkludering alltid forenlig med pasientenes behov for individuelle behov eller pasientfellesskapets behov for å få gjennomført planlagte miljøterapeutiske aktiviteter. Noen ganger opplevde fagpersonene også å handle på tvers av hva de anså som moralsk riktig i samhandling med andre. I situasjoner der fellesaktiviteter ble planlagt og gjennomført, måtte personalet ofte bruke det meste av sin oppmerksomhet på å regulere selve samhandlingen og de interpersonlige relasjonene. Av den grunn ble interaksjonsorden stadig utfordret: den forsinket og noen ganger forhindret fagpersonalet i å gjennomføre fellesaktivitetene og inkludere de skjøreste pasientene til å delta i samhandlingen.

For det andre hadde flere av fagpersonene vært ansatt i avdelingene i flere år og kjente pasientene og/eller problemstillinger som pasientene slet med, veldig godt. De hadde også mange erfaringer med organisering og begrunnelser for gjennomføring av fellesaktiviteter som skulle bidra til at pasientene utviklet samhandlingsferdigheter med omgivelsene. Så ble forventninger om brukermedvirkning innført, noe som «forstyrret» de daglige rutinene og det trygge vante. Det kan se ut som at avdelingene ikke hadde definert og utviklet forventninger for å skille mellom - og hva som skulle gjelde i situasjonene: miljøterapi, brukermedvirkning eller etablering av en god samhandlingssituasjon. Det vil si strategier for å kunne bestemme hva situasjonene skulle handle om.

Vi kan derfor hevde at de institusjonelle forventningene for praktisering av ”brukermedvirkning” gjennom miljøterapeutiske aktiviteter i DPS sine døgnavdelinger ikke ennå var utviklet. Brukermedvirkning som forventning var til stede i avdelingene, men ideologien hadde ikke fått en tydelig institusjonell form enda. Verken ideologien eller de praktiske konsekvensene var problematisert på en systematisk måte i avdelingene, og det var heller ikke utviklet kategorier som kan styre slike aktiviteter i avdelingene. I planlegging og gjennomføring av fellesaktivitetene ble det ikke eksplisitt snakket om brukermedvirkning, men i refleksjonene med førsteforfatter om eget arbeid fremhevet fagpersonene at de alltid forsøker å ta hensyn til pasientenes individuelle ønsker, også angående miljøterapeutiske aktiviteter. De mente at slike forsøk var et uttrykk for brukermedvirkning på deres avdelinger, men i hektiske situasjoner var det ikke enkelt å skille mellom hvilke forventninger som skulle gjelde: brukermedvirkning eller avdelingenes miljøterapi. Spesielt siden det i begge ideologiene er like relevant å hjelpe pasientene til å delta i fellesskapet på egne premisser.

At brukermedvirkning kan være (så) krevende å få til, kommer ikke frem i myndighetenes dokumenter og retningslinjer for brukermedvirkning. Dersom dette ikke blir forsket videre på, samt problematisert i både retningslinjer, utdanning og praksiser, er vi redd for at brukermedvirkning kan bidra til en reduksjon av pasientenes rettigheter, og ikke utvidelse. Det kan skape et skille mellom idealer og praksis, og dermed et moralsk dilemma for velferdsstaten og demokratiseringsprinsippet.

Litteratur

- Aadnanes, P (2007) Den uavhengige avhengige? Empowerment-idealet som profesjonsetisk grunnverdi i helse- og sosialsektoren. Eit kulturanalytisk perspektiv. I Ekeland, T-J og Heggen, K (red) *Meistring og myndiggjering - Reform eller retorikk?* Gyldendal Norsk Forlag, Oslo, s. 223- 245.
- Anthony, P og Crawford, P (2000) Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 425-434.
- Becker, H.S. (1963) *Outsiders. Studies in the sociology of Deviance*. A Free Press Paperback. Macmillan Publishing CO., INC. New-York.
- Beresford, P (2002) User Involvement in Research and Evaluation: Liberation or regulation? *Social Policy and Society*, 1, 95-105.
- Borg, M (2007) *Hverdagslivet gjennom bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelse*. Thesis for the degree of philosophia doctor. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine. Department of Public Health and General Practice.
- Cowden, S og Singh G (2007) The "User": Friend, foe or fetish?: A critical exploration of user involvement in health and social care. *Critical Social Policy*, 27, 5-23.
- Davidson, L, Borg, M, Marin, I, Topor, A, Mezzina, R og Sells, D (2006) Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177-201.
- Engebretsen, E og M, Haldar (2010) Annerledeshet og medvirkning – er det plass til en sårbar klient? I Kristeva, J. og Engebretsen, E. (red.). *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Gyldendal Akademisk, Oslo, s.195-211.
- Goffman, E (1974) *Frame analysis. An Essay on the Organization of experience*. Northeastern University Press, New England.
- Goffman, E (1982) 'The interaction order'. *American Sociological Association*, 48, 1-17.
- Hammersley, M og P, Atkinson (2012) *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Gyldendal Akademisk, 7. opplag.
- Hansen, T, Hatling, T, Lidal, E og Ruud, T (2004) The user perspective: respected or rejected in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 292-297.
- Hanssen, H (2010) Faglig skjønn ved utforming av vilkår for sosial stønad – handlingsrom, ressoneringsprosess og brukemedvirkning. I H. Hanssen (red) *Faglig skjønn og brukervedvirkning*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, s. 151-179.
- Harman, J, Cohen, R, Leucht, S, Busch, R og Kissling, W (2007) Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 6(7), 992-997.

Haugsgjerd, S, Jensen, P, Karlsson, B og Løkke, J. A (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Hem, M.H (2008) *Mature care? An empirical study of interaction between psychotic patients and psychiatric nurses*. PhD dissertation. Section for Health Sciences, Institute of Nursing and Health Sciences, Faculty of Medicine. University of Oslo.

Humerfelt, K (2005) Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv- honnørord med lavt presisjonsnivå. I E, Willumsen (red) *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 15-31)

Hummervoll, J.E (2012) *Helt, ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal akademisk.

Kartalova-O'Doherty, Y og Doerty, D. T (2010) Recovering from recurrent mental health problems: Giving up and fighting to get better. *International Journal of Mental Health Nursing* 19, 3-15.

Kidd, S, Kenny, A og Mc Kinstry, C (2014) The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing* 71(1), 181-192.

King N. 2004. *Using Templates in the Thematic Analysis of Text*. In *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*, eds C Gassel and G Symon, 256-269. London: Sage.

Kristeva, J (2010) Frihet, likhet, brorskap og ... sårbarhet. I Kristeva, J og Engebretsen, E (red) *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Gyldendal Akademisk, s. 34-50.

Kværna, E og Lund, B (2004) *Biter av liv: miljøterapi – fortellinger og refleksjoner*. Gyldendal Akademisk.

Lorem, G.F, Frafjord, J.S, Steffensen, M og Wang, C.E (2013) Medication and participation. A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs, *Nursing Ethics*, 21(3), 347-358.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999): Hentet fra http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven*#KAPITTEL_3

Måseide, P (2008) Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I Molander, A og L.I Terum (red) *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget, Oslo, s. 367-385.

Norvoll, R (2007) *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling for dr. polit-graden. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

Petersen, K, Hounsgaard, L og Vinther Nielsen, C (2008) User participation and involvement in mental health rehabilitation: A literature review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 15, 306 – 314.

Rise, M. B (2012) *Lifting the veil from user participation in clinical work- What is it and does it work?* Thesis for the degree of philosophia doctor. Norwegian University of Science and Technology. Faculty of Medicine. Department of Public Health and General Practice.

Skorpen, A, Anderssen, N, Øye, C, og Bjelland, A. (2008) Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 4, 19-23.

Skorpen, A & Øye, C (2009) *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser*. Doctoral thesis. Det psykologiske fakultet. Universitetet i Bergen.

Skårderud, F, Haugsgjerd, S og Stånicke, E (2010) *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Gyldendal Akademisk, Oslo.

Snowden, A og Marland, G (2012) No decision about me without me: concordance operationalised. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1353-1360.

Sosial- og helsedirektoratet (2006a) Plan for brukermedvirkning – Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. (Rapport IS-1315/2006). Direktoratet, Oslo.

Sosial- og helsedirektoratet (2006b) Distriktspsykiatriske sentre– med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. (Veileder IS-1388/2006). Direktoratet, Oslo.

Storm, M (2010) *Service user involvement in in-patient health service*. Thesis submitted in fulfilment of the requirements for the degree of philosophia doctor PhD. Faculty of Social Sciences University of Stavanger.

Sundet, R (2009) *Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit. A study of the use of research generated knowledge in clinical practice*. Psychological of Social Science. University of Oslo/Buskerud University College.

Szmukler, G og Holloway, F (2000) *Mental Health law: Discrimination or protection*. King's College, London.

Szmukler, G og Appalbaum, P (2008) Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health* 17(3), 233-244.

Terkelsen, T. B (2010) *Håndtering av UFOer og engler i en psykiatrisk avdeling. En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres*. Avhandling for graden philosophia, Universitet i Bergen, Medisinsk odontologisk fakultet, Institutt for samfunnsmedisin, Seksjon for sykepleie vitenskap.

Tveiten, S og Knutsen, I.R (2011) Empowering dialogues – the patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 333-340.

Valenta, M og Berg, B (2010) User involvement and empowerment among asylum seekers in Norwegian reception centres. *European Journal of Social Work*, 13 (4), 483-501.

Vatne, S (1998) *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget.

Vatne, S (2006) *Korrigere og anerkjenne: relasjoners betydning i miljøterapi*. Gyldendal Akademisk.

Vatne, S og Hoem, E (2007) Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 61(6), 690-698.

Øye, C, Bjelland, A.K, Skorpen, A og Anderssen, N (2009) User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nursing Inquiry*, 16(4), 287-296.