



**”Hvilke faglige utfordringer møter psykiatriske sykepleiere med implementeringen av Individuell Plan i DPS?”**

**Vibeke Lisa Malmo  
Masteroppgave i helsefag**

---

**STUDIERETNING PSYKISK HELSE  
INSTITUTT FOR HELSE OG OMSORGSFAG  
DET HELSEFAGLIGE FAKULTETET**

**Vår 2014**

**Ord : 25 168**

## **Førord**

Arbeidet med denne oppgaven har vært både utfordrende, slitsomt, interessant, spennende og svært lærerikt. Å skrive denne studien har gitt meg muligheten til å fordype meg i et tema jeg brenner for, og det har vært med på å gi meg ny og bredere forståelse.

Jeg vil først takke informantene for at de stilte opp og lot seg intervju. Fire personer som møtte meg med åpenhet og vennlighet og som har tatt seg tid til å dele sine kloke tanker og meninger. Benytter samtidig anledningen til å si at tolkningene i oppgaven står for forfatterens regning alene.

I løpet av disse tre årene på masterstudiet har jeg også blitt kjent med noen flotte mennesker som jeg har lært masse av. Takk til alle dere som jeg har vært så heldig å gå sammen med på dette studiet.

Vil gjerne takke min veileder Anne Grethe Talseth for gode råd og veiledning i oppgaveskrivingen.

Takk til familien min, spesielt mine barn som jeg nå ser frem til å få mer fritid sammen med.

Sist men ikke minst vil jeg takke min tålmodige mann Ronny for støtte og oppmuntring. Nå blir det snart fisketur! ☺

Tromsø, Mai 2014

Vibeke Lisa Malmo

## **Spør igjen**

Tallrekken ler av oss  
og vil forklare alt.  
Den har kjever av jern og tenner  
som det klirrer i.

Vi spør og vi spør  
og tallene svarer  
men ikke om fiolinene  
eller om lykken mellom to armer.  
Da hoster det på skjermen:  
-uklart spørsmål.  
Spør igjen.

Rolf Jacobsen, fra diktsamlingen *Nattåpent*,  
Gyldendal Norsk Forlag, 1985, s 24.

## OPPSUMMERING

**Bakgrunn:** Individuell Plan er en lovfestet ordning som har til hensikt at mennesker med langvarige og sammensatte behov for helsetjenester skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet 2010). Individuell Plan er tuftet på Opptrappingsplanens ideologier og målsettinger, der økt brukermedvirkning og samarbeid er sentrale tema. Det er nå tretten år siden Individuell plan ble lovfestet og fremdeles blir den lite brukt innenfor spesialisthelsetjenesten.

**Formål:** Tema for denne studien er: hvilke faglige utfordringer møter psykiatriske sykepleiere med Individuell plan i et distriktpsykiatrisk senter.

**Metode:** Jeg har brukt kvalitativ metode for å belyse tema og problemstilling. Informantene i undersøkelsen består av fire psykiatriske sykepleiere som jobber i et distriktpsykiatrisk senter (DPS). Metoden som er benyttet for innsamling av data er semistrukturerte intervju. I analysearbeidet er det brukt en fenomenologisk analysemetode som kalles for systematisk tekstkondensering som er modifisert av Malterud (2003). Metoden bygger på prinsippene dekontekstualisering og rekontekstualisering.

**Resultat:** Studien viser at det kan være mange utfordringer i forhold til kunnskapen om Individuell plan i DPS. Funn i studien tyder på at det å skape felles forståelse at målsettingene i planen kan være utfordrende. Det fremkommer også i undersøkelsen at det tverrfaglige samarbeidet mellom DPS og kommunene kan være utfordrende i forhold til å delta i et planarbeid. De organisatoriske rammene vil også være med på å sette begrensninger i forhold til gjennomføringen av planarbeidet.

**Nøkkelord:** individuell plan, opptrappingsplan, kunnskap, salutogenese, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning/empowerment,

## **Abstract**

**Background:** The Norwegian Health Department has provided the statutory reform Opptappingsplanen. This reform is meant to expand and strengthen the Norwegian mental health field. The main topic of this reform is to make the service system more coherent and to increase patient participation. "Individual plan" is a statutory document based on the Opptappingsplan, and is developed for people in need of multiple health care services. The main purpose of the individual plan is to make the health services less fragmented and empowering patients to increase their participation in their own treatment. It has been thirteen years since the Individual Plan was implemented and there is still very little use of it in the mental institutions.

**Aims:** The purpose of this study is to illuminate the disciplinary challenges with the implementation of the Individual Plan in a mental institution.

**Method:** The study is based on a qualitative research method which exerts phenomenology and hermeneutical philosophy of science. Meaning condensation was used as an analytical method.

**Results:** The study shows that the interdisciplinary cooperation between the institution and the municipal service can be challenging. Different views of knowledge between the participants working with Individual Plan and the knowledge about the plan itself can make it difficult to use.

**Conclusions:** The implementation of Individual Plan can be difficult because of the many different perspectives on how to treat people with mental disorder. The knowledge in the use of Individual Plan must be anchored on a system level to a greater extent.

**Keywords:** Individual Plan, patient participation, empowerment, interdisciplinary cooperation, knowledge,

# INNHold

## 1.0 INNLEDNING

- 1.1 Bakgrunn for studien.....s. 1
- 1.2 Utvikling av psykisk helsevern.....s. 1
- 1.3 Presentasjon av problemstilling.....s. 1
- 1.4 Individuell plan.....s. 2
- 1.5 Helsepolitiske føringer.....s. 3

## 2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

- 2.1 Syn på psykiske lidelser.....s. 4
- 2.2 Positivismens innflytelse.....s. 5
- 2.3 Språket i helsevesenet.....s. 6
- 2.4 Salutogenese.....s. 8
- 2.5 Brukermedvirkning og empowerment.....s. 10
- 2.6 Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.....s. 12

## 3.0 METODE

- 3.1 Kvalitativ metode.....s. 13
- 3.2 Studiets design.....s. 14
- 3.3 Utvalg og rekruttering.....s. 15
- 3.4 Gjennomføring av intervjuene.....s. 15
- 3.5 Semistruert intervju.....s. 16
- 3.6 Etske vurderinger.....s. 16
- 3.7 Forforståelse.....s. 17

## 4.0 ANALYSE AV DATA

- 4.1 Systematisk tekstkondensering.....s. 17

## 5.0 FUNN I STUDIEN

- 5.1 Innledning.....s. 20
- 5.2 Utviklingen av brukermedvirkning.....s. 20
  - 5.2.1 Den gamle historien.....s. 20
  - 5.2.2 Relasjoner og behandling.....s. 21

5.2.3	Det fremmedgjørende språket.....	s 21
5.2.4	Realistiske målsettinger.....	s. 22
<b>5.3</b>	<b>Samarbeid mellom DPS og kommunene.....</b>	<b>s. 22</b>
5.3.1	Usikkerhet rundt ansvarsforhold.....	s.22
5.3.2	En tidkrevende prosess.....	s. 23
5.3.3	Ikke alle mål er overførbare.....	s. 24
<b>5.4</b>	<b>Organisatoriske rammebetingelser.....</b>	<b>s. 24</b>
5.4.1	Kunnskap om IP.....	s. 24
5.4.2	Rett til IP.....	s. 25
5.4.3	Nettbaserte løsninger.....	s. 25
<b>6.0</b>	<b>DRØFTING AV FUNN</b>	
<b>6.1</b>	<b>Oppsummering av funn.....</b>	<b>s. 26</b>
<b>6.2</b>	<b>Utvikling av brukermedvirkning i DPS.....</b>	<b>s. 26</b>
6.2.1	Pasienters rettigheter.....	s. 26
6.2.2	Overbevisning eller overtalelse.....	s. 29
6.2.3	Ressurser og mestring.....	s. 31
6.2.4	Likeverdige holdninger.....	s. 34
6.2.5	Å ta egne avgjørelser.....	s. 35
<b>6.3</b>	<b>Samarbeid mellom DPS og kommunene.....</b>	<b>s. 40</b>
6.3.1	Empowerment og tverrfaglig samarbeid.....	s. 40
6.3.2	En tidkrevende prosess.....	s. 41
6.3.3	DPS og tverrfaglig samarbeid.....	s. 42
<b>6.4</b>	<b>Organisatoriske rammebetingelser.....</b>	<b>s. 45</b>
6.4.1	Behandling i DPS.....	s. 45
6.4.2	DPS som en pedagogisk enhet.....	s.47
6.4.3	Medisinering av problemer.....	s. 48
6.4.4	Implementering av ny praksis.....	s. 50
6.4.5	Maktaspektet innenfor de institusjonelle rammene.....	s. 52
6.4.6	Institusjonsmakt i endring.....	s. 53
6.4.7	Nettbaserte løsninger.....	s. 55
<b>7.0</b>	<b>METODOLOGISKE VURDERINGER</b>	
<b>7.1</b>	<b>Kvaliteten på studiet.....</b>	<b>s. 55</b>

<b>7.2 Forskningens bias.....</b>	<b>s.57</b>
-----------------------------------	-------------

## **8.0 AVSLUTNING**

<b>8.1 Oppsummering og refleksjoner.....</b>	<b>s. 58</b>
<b>8.2 Implikasjoner for praksis.....</b>	<b>s. 59</b>
<b>8.3 Utvikling av kunnskap og videre forskning.....</b>	<b>s. 60</b>

## **LITTERATURLISTE**

**Vedlegg 1**

**Vedlegg 2**

**Vedlegg 3**

**Vedlegg 4**



## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1. Bakgrunn for studien**

Bakgrunn for valg av tema i studien er dels knyttet til å selv ha arbeidet innenfor DPS og dels en voksende interesse for og nysgjerrighet på temaet gjennom masterstudiet. I min jobb som psykiatrisk sykepleier i spesialisthelsetjenesten møter jeg mange mennesker med psykiske lidelser som har behov for langvarige helsetjenester innenfor psykisk helsevern. Det er en sårbar gruppe som ofte i tillegg til sin psykiske lidelse trenger hjelp til å koordinere mange ulike aspekter ved sin livssituasjon. I beskrivelsene til Individuell plan så ser det ut til å være et godt verktøy både for å fremme brukermedvirkning, for å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient, og koordinere det tverrfaglige samarbeidet. Men hvorfor er den da ikke tatt mer i bruk innenfor psykisk helsevern, da spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten?

### **1.2 Utviklingen av psykisk helsevern**

Fra midten av 1980-tallet har det skjedd en endring og omstrukturering av psykisk helsetjeneste. Nedleggelsen av institusjonsplasser sentralt har i stor grad blitt erstattet med desentraliserte hjelpenettverk bestående av distriktpsykiatriske sentre (DPS), ambulante team, omsorgsboliger med nødvendig bistand, tiltak for arbeid og aktivisering, samt økte lokalbaserte tiltak i kommune helsetjenestene (Andersen og Karlsson 2003). På tross av innføring av ulike reformer og tiltak for å bedre og styrke psykiske helsetjeneste så er det fremdeles stor diskrepans mellom behovet for hjelp og den behandlingen som tilbys (ibid). Et sentralt formulert mål for å styrke og utvikle psykiatrien, har vært å skape en tjeneste som er bedre samordnet og derved mer helhetlige. Men i et fragmentert helsesystem med en mangfoldig profesjonsorganisering og motsetningsfylte kunnskapsgrunnlag innad, kan dette by på store utfordringer og medføre klare begrensninger i reformarbeidet (ibid)

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

Individuell plan er innført for å bidra til at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og samtidig individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det er nå 13 år siden Individuell plan ble lovfestet, og den er fremdeles lite i bruk innenfor spesialisthelsetjenesten. Jeg ønsker med denne undersøkelsen å få vite litt mer om hva andre psykiatriske sykepleiere tenker om dette tema og har kommet frem til følgende problemstilling:

## **”Hvilke faglige utfordringer møter psykiatriske sykepleiere i DPS med implementeringen av individuell plan?”**

### **1.4 Individuell plan**

1. Juli 2001 ble individuell plan (IP) en lovfestet rettighet. Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgsloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven har rett til å få utarbeidet en individuell plan (Helsedirektoratet.no). En IP skal være brukerens plan. Dette innebærer at tjenestemottakerens mål og ønsker skal være utgangspunktet for prosessen. Brukeren har rett til, og skal oppfordres til å delta aktivt i å beskrive behov for tjenester, ønsker og mål som er viktig for vedkommende selv, i dag og i fremtiden (ibid). IP er et plandokument som skal klargjøre ansvar og oppgaver når flere aktører er involvert rundt en person og har som intensjon å fremme samarbeid mellom enheter og på tvers av nivåene. Den skal være et verktøy som skal sikre kvalitet og dokumentasjon for de med behov for langvarige og koordinerte tjenester og samtidig ha en individuell tilpasning av hjelpen i forhold til den enkeltes forutsetninger og hverdagsliv. IP er imidlertid ikke noen forutsetning for samhandling mellom tjenestene og tjenestemottaker, men kan være et hjelpemiddel og bidra til terapeutiske effekter, slik som bedre selvtillit, større tro på egne ressurser og sterkere håp om positive endringer (Storm, 2009). Retten til en IP og innføring av samarbeidsreformen kan ses på som tiltak for å oppnå myndiggjøring og brukermedvirkning (Almvik & Borge, 2006). IP forutsetter samhandling og skal være et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet og de ulike tjenesteyterne. Når en person har behov for langvarige og koordinerte tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, er det kommunen som har hovedansvaret for at det blir utarbeidet en individuell plan (Helsedirektoratet.no). Dette er tydeliggjort i en ny og revidert lovgivning i samhandlingsreformen. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid plikt til å medvirke. Kommunen skal tilby pasient/bruker en koordinator som skal sørge for nødvendig oppfølging, samordning og fremdrift i planarbeidet (ibid). Ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a så skal det også her tilbys koordinator til pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Dette gjelder uavhengig om pasienten ønsker en IP. Koordinator skal sikre en samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og med andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med IP. Det anbefales at koordinator er lege (Lovdata § 22). Helsepersonell har også ansvar for å snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for IP og koordinator jf. Helsepersonelloven §38a. Dette gjelder også annet

personell som yter helse- og omsorgstjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1(ibid).

### **1.5 Helsepolitiske føringer**

Målsetningene til IP gjenspeiler ideologien og flere av målsettingene til den helsepolitiske reformen *Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008)*, som ble vedtatt av Stortinget i 1998. Planen bygger på St.meld.nr 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet*. Meldingene fra Stortinget er ment å gi føringer til økt grad av brukermedvirkning, samt en organisering av psykisk helsetjeneste som skal understøtte den enkelte brukers mulighet til mest mulig selvstyre og mestring i eget liv. Ved å ha fokus på og legge til rette for brukermedvirkning vil man også tydeliggjøre et demokratisk perspektiv i helse og omsorgstjenesten.

Brugerstemmene har etter hvert fått større plass i politiske meldinger og rapporter og har slik fått en større innflytelse på den stadige utviklingen og prosessen med å utvikle psykisk helsetjeneste. Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) innebar en styrking og omstrukturering av de psykiske helsetjenestene til et mer desentralisert hjelpetilbud (Andersen og Karlsson 2011) Tjenestene skal så langt som mulig utformes i den enkeltes ønsker og behov, uavhengig av sosial status, økonomi, eller bosted. I de statlige føringer og i opptappingsplanen legges det også vekt på en reduksjon i antall tvangs og akuttinnleggelser (ibid). Dette legger føringer og målsettinger om en praksis som legger opp til ”hjelp til selvhjelp” fremfor en paternalistisk holdning i helsevesenet, en holdning der hjelperen vet best, og pasienten er en passiv mottaker.

For å styrke sammenhengen i tjenestetilbudene har det blitt opprettet distriktpsikiatriske sentre rundt om i landet. Hensikten med DPS-ene er at de skal fungere som et bindeledd mellom sykehus og kommune. DPS – veiledningen fra 2006 gir føringer og fokuserer på aktuelle utfordringer for å nå intensjonene i opptappingsplanen (Sosial- og helsedirektoratet IS- 1388 Veileder). Det er stor forskjell på hvordan DPS-ene rundt om i landet ivaretar sine oppgaver. Det vil innenfor hver organisasjon eksistere en kultur med felles språk, ritualer og prosedyrer. Kultur er noe som dannes over tid, og har en tendens til å skape samhold innen kulturen og avstand til andre kulturer. Det legges også stor vekt på desentralisert psykisk helsevern andre europeiske land. I internasjonal litteratur omtales desentraliserte spesialiserte tjenester som *community psychiatry.*, og det er gjort en god del forskning som har dokumentert de positive virkninger slike tjenester har hatt (ibid). Da den europeiske helseministerkonferanse om psykisk helse ble avholdt i Helsinki januar 2005 ble det lagt frem

en handlingsplan og en deklarasjon som tar sikte på å utforme et felles syn og en felles strategi for bedring av psykisk helse i Europa. Det legges her vekt på prinsippene som inngår i *community psychiatry*, med tett samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og rustiltak samt å redusere stigma, forebygge psykisk lidelse og fremme god helse. Men i følge veilederen er fremdeles er en del av oppgavefordelingen mellom DPS og sykehus uklart, og tjenestene fremstår ofte som fragmenterte med mangelfull samhandling. Brukerperspektivet er heller ikke tilstrekkelig integrert (ibid).

## **2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER**

### **2.1 Synet på psykiske lidelser**

Et paradigme betyr mønster eller forbilde og referer til et felles grunnsyn blant utøvere av en vitenskap (Damms blå fremmedordbok 2000). Vitenskapsteoretikeren Thomas Khun utviklet paradigmebegrepet som et samlebegrep for hvilke felles regler som er etablert innenfor et fagområde (Askheim 2005). Et paradigme vil kunne beskrive den forståelsesramme som vi handler ut i fra og er i stor grad styrt av våre holdninger. Når det fremkommer ny kunnskap som ikke passer inn i det gamle paradigmet vil det føre til en forandring i det nåværende paradigmet. Når det stilles kritiske spørsmål den praksis som utøves vil det kunne oppstå tvil om den gjeldende kunnskapen som dette paradigmet representerer fortsatt er gyldig. På denne måten vil ny forståelse og kunnskap kunne vokse fram. Det psykiske helsefelt kan sies å være styrt av i hovedsak to paradigmer, det positivistiske og det fenomenologisk-hermeneutiske. Paradigmene er grunnleggende forskjellige når det gjelder det ontologiske og epistemologiske utgangspunktet, det vil si synet på hva virkeligheten er, hvilken type kunnskap vitenskapen kan innhente om virkeligheten, og hvordan forholdet mellom forskeren og den eller det som det blir forsket på kan eller skal være (Guba og Lincoln 1994).

Det finnes vel få plasser i arbeidslivet og i helsevesenet at folk har så mange slags perspektiv og utgangspunkt som i psykiatrien. Man har den biologisk orienterte overlege som er overbevist om at svaret på de fleste psykiske lidelser ligger i kjemi og gener, så har man psykologen som er psykodynamisk orientert, eller har en læringsteoretisk tilnærming og som mener at medikamentbruk kun skal brukes i akutte tilfeller. De psykiatriske sykepleierne har ofte en holistisk tilnærming med nestkjærlighet i bunnen, eksistensialisme i midten og den helende relasjonen i blikket (Anderson og Karlsson 2003). Psykisk helsearbeid har utviklet

seg i et spenningsfelt mellom en humanistisk og en biomedisinsk tilnærming til psykisk lidelse. Dette har gitt seg utslag i blant annet uenighet om hvordan vi skal forstå begrepet ”psykisk lidelse”. Humanistisk og biomedisinsk tilnærming er å betrakte som to ytterpunkter eller idealtypiske posisjoner, og representerer to forskjellige syn på hva som er relevant kunnskap og hvordan man går frem for å finne slik kunnskap (ibid). De fleste psykisk helsearbeidere vil være påvirket av begge disse kunnskapssynene, en praksis som kan kalles *eklektisk*. Odet eklektisme stammer fra det greske *eklektikos*, som betyr ”utvelgende” (ibid). Ved dette perspektivet så plukker man litt her og litt der alt ettersom hva som passer best i de forskjellige situasjonene. Men det å sammenslå forskjellige perspektiver er ikke helt uproblematisk. Det kan oppstå uenighet mellom helsearbeidere og pasienter om hva som trengs av hjelp og hva som er problemet, noe som kan oppfattes som en tvetydighet og et grunnlagsproblem i psykiatrien. Eklektismen blir innenfor psykiatrien sett på som et honnørord og blir brukt som en helhetsmodell der en frigjør seg fra å måtte ta stilling i striden mellom de ulike skoleretningene (ibid). En slik modell vil kunne fremstå som en rasjonell og åpen måte å nærme seg faglige utfordringer på og slik være en attraktiv modell for en helhetsforståelse av psykiske lidelser. I det humanistiske perspektivet er en opptatt av forståelse. Dette innebærer at det er den subjektive (den lidende) som legges til grunn. Det er pasientens egen livsverden som er gjenstand, og danner yttergrensene for klinisk praksis. Man ønsker være opptatt av *mening, helhet og kontekst* (Karlsson 2008). En slik praksis vil være forankret i terapeutiske tradisjoner med vekt på salutogenese, positiv psykologi, meningsdannelse, kultur og spiritualitet (ibid). Dette perspektivet vil legge vekt på erfaringskunnskap hos klienten. Mens målet for den empiriske/positivistiske retningene er å eliminere det subjektive, gjør fenomenologien det motsatte.

## **2.2 Positivismens innflytelse**

I det medisinske fagområdet har det positivistiske paradigmet vært så å si enerådende, noe som har fått store konsekvenser for synet på psykiske lidelser. For å forstå den kultur som vi er bærere av og for å kunne være bevisste hva vi ønsker å videreføre og videreutvikle må vi kjenne til vår historie. Noen sentrale tradisjoner preger fortsatt dagens helsevesen, de er en del av vår allmenne kultur og kunnskapsarv. Filosofen Hans Skjervheim har uttalt det så sterkt som at de moderne vitenskapene har utviklet seg innenfor en mer eller mindre kartesiansk horisont (Tornquist 2003). Perspektivet kjennetegnes av noen sentrale antakelser: Kropp og sjel er atskilte dimensjoner og kan behandles uavhengig av hverandre. Kroppen blir her sett på som en maskin og legenes oppgave er å reparere deler som går i stykker. Sykdom har en

spesifikk og identifiserbar årsak som bakterie, virus eller lignende, og de sosiale og psykologiske faktorer er av underordnet betydning (ibid). Dette perspektivet på psykiske lidelser har hatt stor betydning for organisering av tjenestene, forskning og behandling. Psykiske lidelser blir sett på som sykdom der forskere leter etter årsaken til sykdommen i menneskenes anatomi og biologi. Symptomene bestemmer hvilken diagnose brukere får og behandlingen legges opp etter denne, og medikamenter utgjør en grunnleggende del av behandlingen. I det biomedisinske perspektivet har menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker og følelser liten betydning. Slike dimensjoner ved mennesket blir i kvantitative studier betraktet som forstyrrende faktorer (Guba og Lincoln, 1994). Medikalisering og sykelliggjøring av sterke personlighetstrekk som avviker fra det normative samfunnet, blir satt inn i diagnose-systemer. Det er to diagnose-systemer som har vært sentrale innenfor psykiatrien. Det ene er International Classification of Diseases (ICD), det andre er Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM). De er senere blitt videreutviklet og prøver å gi en så nøytral som mulig beskrivelse av symptomer og atferd (Paris J. 2010).

### **2.3 Språket i helsevesenet**

Innenfor psykisk helsevern finnes det mange ulike former for makt, både fysisk makt i form av tvangsbehandling og symbols makt i form av språk, kommunikasjon, virkelighetsforståelse og kunnskap (Norvoll 2002). Her har det vitenskapelige språket fått stor innflytelse gjennom medisinske termer, diagnoser og prosedyrer. Den symbolske makten er den Bråten (1981) kalte for modellmakt (Norvoll 2002). Den sosiale gruppen eller personen som får godtatt sin virkelighetsforståelse som grunnlag for det som skjer i en gitt situasjon vil ha modellmakt over den andre. Innenfor psykisk helsevern er modellmakt et sentralt aspekt. Et eksempel på dette vil være personalets mulighet til å tolke det pasienten sier som uttrykk for et symptom på en psykisk lidelse og som en del av et sykdomsbilde, heller enn som et uttrykk for en meningsytring. Meningene diagnostisert bort. Psykiatriens språk i diagnose-systemet har gjennomgått endringer over tid og avspeiler holdninger i samfunnet i sine beskrivelser av psykisk lidelse. For eksempel da diagnose-systemet for en noen år siden hadde homoseksualitet som en diagnose. Dersom man forstår en psykotisk person som psykisk syk og at han eller hun bør behandles av en ekspert som gjennom en eksakt diagnostisering kan bli gitt en medikamentell behandling, er det uttrykk for et bestemt perspektiv. Da har man valgt en spesiell måte å tenke om og snakke om, behandle og være sammen med en psykotisk person på – i dette tilfellet et medisinsk-psykiatrisk perspektiv. *Erkjennelse* er et ord som brukes om å være ærlig med seg selv, innrømme nødvendigheten eller sannheten av noe.

Ordet brukes også om det å erverve seg kunnskap og innsikt på et område og involverer tanker og følelser. Erkjennelsen er en prosess som må skapes, utvikles, leves og ivaretas av hvert enkelt individ (Dalland, 2011). Når vi sier at vi *går i oss selv*, så handler det om at vi tar inn sider ved oss selv som kanskje ikke er så behagelige. Det er en del av sosialiseringprosessen og utvikles i samspillet mellom mennesker innbyrdes og mellom mennesker og omgivelsene. I *anerkjennelsen* ligger det å bli akseptert, godtatt og respektert. Ordet forbindes ofte med prestasjoner der mennesker får et anerkjennende blikk eller omtale(ibid). Mennesket har i sin natur et behov for å bli sett, forstått og akseptert/respektet av andre for å selv føle seg verdifull. I psykiatrisk sykepleie blir anerkjennende kommunikasjon sett på som en viktig terapeutisk tilnærming. Gjennom det å oppleve anerkjennelse utvikles selvaktelse, en tilstand som rommer både opplevelse av egenverd og selvrespekt (Karlsson 2011). Det er ikke alltid like lett for hjelperen å vise anerkjennelse ovenfor den hjelpesøkende. Det kan være at det er gjort handlinger som ikke gir grunn til anerkjennelse. Da kan det være viktig å huske på at man kan anerkjenne mennesket uten å anerkjenne dets handlinger, holdninger eller meninger(ibid). Overført til en terapeutisk kontekst så vil anerkjennende kommunikasjon si at en samhandler med mennesker på en slik måte at de opplever seg verdsatt på tross av de negative opplevelsene psykisk lidelse kan medføre(ibid). Ifølge psykiateren Daniel Stern (1985) er anerkjennelse grunnleggende for menneskets utvikling. En mangel på anerkjennelse vil derfor kunne bidra til utvikling av psykisk lidelse(ibid). Slik vil det å oppleve anerkjennelse igjen være viktig for at mennesker med psykisk lidelse skal oppleve bedring. Det er viktig for den hjelpesøkende at han blir tatt på alvor og gitt autoritet i forhold til sine egne opplevelser, følelser, tanker, erfaringer og intensjoner. Det betyr ikke at man er nødt til å godta dem. Det kan være at hjelperen tar dem opp til drøfting, kommer med motforestillinger eller en konfronterer den hjelpesøkende med realiteter. Som helsearbeider har man en kunnskapsbasert makt som legger føringer for hva innholdet i en inkomstsamtale kan være. Vi informerer og forteller hva som skal skje, og i dette ligger det også en forventning til han, en forventning om at pasienten både samtykker og er forberedt til å innrette seg etter dette. Språket er med andre ord både informativt, og formativt. Når man har en agenda med en samtale vil dette representerer den to-ledda kommunikasjonen som Skjervheim skriver om. Det blir et subjekt-objekt forhold der man forholder seg til brukeren som et objekt. (Skjervheim 1996). Når vi snakker om en hermeneutisk samtale er begge partene delaktige og engasjert i samme sak, og det blir da en tre-ledda kommunikasjon. Språket som benyttes i helsevesenet er preget av det vitenskapelige språket der inngåelse og utfall av kommunikasjonen ofte er gitt på forhånd. Dette kan for

eksempel være den type informasjon som gis pasienter når de blir innlagt i institusjoner. Det er ofte på forhånd gitt hva det skal snakkes om og det gis lite rom for egne tanker og spontanitet i slike samtaler. I det vitenskapelige språket blir mening borte ved at språket blir gjort om til metode og teknikk. Ordene som brukes i det dagligdagse språket betyr mer enn det de konkret sier. Om dette sier Løgstrup (1976: 30):

*”Kun i bruken er ordet entydigt, bortsett fra bruken er det flertydig. Efter at være brukt og gjort entydigt af konteksten vender ordet så at sige tilbage til dets potentielle flertydighet”*

*(Kari Martinsen 2005:14)*

Det vitenskapelige språket tar ikke hensyn til konteksten og ordene blir permanent entydige og fastlåste. I dagligspråket tas det hensyn til at vi alltid står i en situasjon der ordene får betydning ut fra konteksten en står i (Guldal J, Møller M, 2005). Ordene har en stemning i seg, er varierte og innfallsrike, og kan brukes til å presisere med. Det innfallsrike språket, eller det poetiske språket som Gadamer kaller det, er et eksempel på et rommelig språk som både er distanserende og nærværende. Det gir distanse for å tenke og er nærværende i forhold til det vi holder på med (Gadamer 2003).

## **2.4 Salutogenese**

Teorien om salutogenese ble utviklet som en motvekt til patogenese. Den representerer et nytt perspektiv ved å fokusere på menneskets aktive evne til tilpasning til stressfulle indre og ytre omgivelser. Patogenese baserer seg på en påstand om at sykdommer forårsakes av bakterier, mikrobiologiske, psykososiale, kjemiske faktorer (Anontvsky, 2012). Man vil her forsøke å forklare hvorfor folk blir syke. Når oppmerksomheten kun rettes mot patologien ser man ikke selve mennesket med sin spesielle livssituasjon og sykdomstilstand. Ved en slik dikotomisk tankegang vil man ifølge Antonovsky ikke evne å forstå de bakenforliggende årsakene til personens helsetilstand. Den dikotome klassifiseringen av mennesker som enten syke eller friske, stammer fra den postkartesianske dualismen som fremdeles er en dominerende tenkning i utviklingen av helsetjenester. Teorien om salutogenese bygger på et positivt og tverrfaglig helsebegrep og egner seg derfor som en del av grunnlagstenkningen i psykisk helsearbeid (Almvik & Borge, 2006). Antonovsky betegner begrepet helse som et flerdimensjonalt kontinuum der vi alle befinner oss en plass mellom helse og uhelse, og som salutogenesen kan være med på å finne ut hvor her enkelt person til enhver tid befinner seg. Antonovsky fokuserte på hvilke ressurser som bidrar til at noen mennesker opprettholder og



utvikler bedre helse til tross for ulike belastninger. For å illustrere denne helsetenkningen bruker Antonovsky "helse i livets elv" som metafor: Alle mennesker er i elven som er livets elv. Ingen kan stå trygt på elvebredden. Vannet i elven er alltid i bevegelse, det kan være alt fra rolige strømminger til virvelstrømmer og fossestryk. Det viktige og avgjørende salutogene spørsmålet er: "Uansett hvor en er i livets elv, hva former ens evne til å svømme bra?" (Antonovsky 1987). I en salutogen tilnærming vil man se på stress som potensielt helsefremmende, og personens historie og opplevelser vil være viktigere enn et diagnosefokus, som er sentralt i patogenesen. Salutogenesen vektlegger bruken av eksisterende eller potensielle motstandsressurser mens i den patogene tilnærmingen ser på stress som sykdomsskapende og prøver å minisere risikofaktorene (Langeland 2014). Vår jobb som helsearbeidere skal være å hjelpe pasienter over mot helseenden av kontinuumet (Antonovsky 2012). Antonovsky vektlegger at bedring av helse skjer gjennom følelse av mestring og opplevelse av sammenheng (OAS). Det å ha en følelse av sammenheng- sense of coherence (SOC), regnes som det som er det mest betydningsfulle for helsen og deles videre inn i tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (ibid). Følelsen av sammenheng kommer fra forskjellige læreprosesser gjennom livet og kan ofte være redusert ved psykisk lidelse. For at ting skal være begripelig må det finnes mønstre og rutiner, årsaker og konsekvenser som personen kan støtte seg til. Da vil det være viktig at den fysiske og sosiale verden ikke endrer seg hele tiden. (ibid). Den enkelte må ikke stilles krav som overstiger den enkeltes ressurser, men være slik at en opplever en følelse av håndterbarhet. Den siste og viktigste av komponentene vil være at man opplever verden som meningsfull (ibid). Dersom andre bestemmer oppgaven, reglene og oppnår resultatene, kan man oppleve seg selv som et objekt der man stiller seg likegyldig for hva man selv gjør, noe som kan gjøre at verden blir uten mening (Almvik & Borge, 2006). Det at pasientene eller tjenestemottakere av psykiske helsetjenester selv kan delta og påvirke utfallet, vil kunne gjøre at verden blir mer meningsfull. I et helsefremmende perspektiv vil man her arbeide mot å gjøre pasienter aktivt handlende. Dette vil gjelde i forhold til relasjoner, vekst og mestring. Desto høyere grad av personlige og kollektive motstandsressurser en har tilgjengelig og kan anvende, desto høyere grad av helse vil en da oppleve (Langeland 2014). SOC vil altså ikke bare bestemme hvordan vi mestrer hverdagens stress, men vil også være fremmende for opprettholdelse av helsen. Ifølge Antonovsky så vil ikke velvære bety det samme som fravær av patogene faktorer. I motsetning til patogenese der det er viktig å unngå stressfaktorer og homeostase er idealet, vil en i salutogenese forstå stressfaktorene som naturlige stimuli og potensielt helsefremmende (ibid).

Det salutogene perspektivet vil være et viktig element i behandlingen der man vil prøve å styrke(empowering) og aktivere ressurser og potensialer hos pasienter. De mange forskjellige stressfaktorene vi møter til daglig og vår evne til å håndtere disse avhenger av våre motstandsressurser og evnen til å sette disse inn i en meningsfylt sammenheng (Langeland 2014). I det salutogene perspektivet retter man oppmerksomheten mot de faktorer som ser ut til å fremme bevegelse i retning av helseenden av kontinuumet. I stedet for å spørre hvilke faktorer som kan føre til sykdom, vil man heller ha fokus på de faktorene som kan være helsebringende. Man kan kjenne seg igjen i situasjoner der man har stått ovenfor en utfordring (stressfaktor), og etter å ha mestret denne kan man føle seg både sterkere og en erfaring rikere. Det å hjelpe andre og føle at man kan bidra med noe kan også gi positive erfaringer og slik føre en over til helseenden av kontinuumet(Antonovsky 2012). Ettersom salutogenese er en generell teori vil det å arbeide innenfor en salutogen referanseramme kunne innebære at en må bruke andre og mer spesifikke teorier eller teknikker som kan belyse og utdype teorien (Langeland 2014). Antonovsky fremhever at kvaliteten på sosial støtte er en avgjørende motstandsressurs, men han utdyper ikke begrepet sosial støtte noe nærmere. Dette indikerer at salutogenese kan ses på som en metateori hvor en kan integrere ulike innretninger for å få en mer effektiv behandling(ibid).

## **2.5 Brukermedvirkning og empowerment**

Brukermedvirkning er i dag blitt en grunnleggende verdi i helsetjenesten, og er ment å styrke pasientens makt over sin egen situasjon. I følge Helsedirektoratet (veileder 2013) skal brukermedvirkning sikre god kvalitet på tjenestene og sikre at brukeren får økt makt og innflytelse i eget liv generelt og over eget tjenestetilbud. I tillegg til å styrke egne krefter og ressurser skal økt brukermedvirkning bidra til å motvirke lært hjelpsløshet og avmaktfølelse (ibid). Målsettingene for brukermedvirkning kan deles inn på et individuelt nivå og på systemnivå. I brukermedvirkning på individnivå vektlegges det at bruker skal ha innflytelse på egen behandling, at pårørende ivaretas (spesielt barn), brukerne skal ha tilbud om opplæring i selvhjelp, mestring og nettverksetablering, og at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester har en individuell plan. Ved brukermedvirkning på systemnivå er målet at det etableres et systematisk opplegg for tilbakeføring av brukererfaringer, at ledere og ansatte har kunnskap om brukermedvirkning(ibid). Brukermedvirkning skal også vær en del av tjenestens internkontrollsystem, utdanning og opplæring av fagpersonell. Det skal også være etablert brukerstyrkende tiltak lokalt(ibid).

Brukermedvirkning ses ofte i sammenheng med ”empowerment” , på norsk oversatt til bemyndigelse. Begrepene har mye tilfelles og er begge lansert for å styrke brukerens situasjon og gi han større makt. Empowerment har sine ideologiske røtter i 1960-årene og kan forbindes med slagordene ”Power to the people” som er beskrivende for opprør og handling for å reformere eksisterende maktstrukturer. I Norge kan empowermentfilosofien og de reformistiske aspektene gjenkjennes i den kampen ulike grupper av funksjonshemmende og kronisk syke tjenestebrukere har kjempet for å oppnå like rettigheter til medvirkning og innflytelse på livet sitt og helsen sin som resten av befolkningen( Storm 2009). Men selv om deltagelse og medvirkning også er et essensielt aspekt med powerment, betyr ikke det nødvendigvis at det er ensbetydende med brukermedvirkning (ibid). Mens brukere alltid er definert i forhold til hjelpeapparatet, vil empowerment også omfatte borgernes forhold til samfunnet mer allment (Askheim og Starrin 2007).

Innenfor helsesektoren betyr empowerment en overføring av makten fra fagfolk og hjelpeinstanser til brukerne av tjenestene. Likheten med brukermedvirkning er svært tydelig ettersom begge begrepene dreier seg om maktoverføring. Begge begrepene er rettet mot de samme områdene og har i utgangspunktet samme ideologiske innhold, nemlig å styrke brukernes innflytelse i utformingen av sitt eget hjelpetilbud (ibid). Empowerment impliserer en endringsprosess, med vekt på politisk og sosial endring, og viser til en maktforskyvning der enkeltpersoner og befolkningsgrupper styrkes gjennom bevisstgjøring av egne rettigheter og eventuelle mangler på rettigheter. Dette kan gjøre at de blir istand til å ta kontroll over og ta ansvar for sitt eget liv og helse. Empowerment handler om at folk blir i stand til å definere sine egne problemer ut fra egen situasjon og finne sine egne løsninger, gjerne i fellesskap med andre. Myndiggjøringstanken har et grunnleggende syn på mennesket som et subjekt. Dette vil innebære at personen selv vet hva som er viktig, bra og nyttig for seg selv, og er i stand til å ta egne avgjørelser vedrørende sitt eget liv (Askeim 2007). Sentralt i denne sammenhengen er prinsippet om autonomi, dvs. selvbestemmelse, som er et sentralt begrep i denne sammenhengen. Empowerment kan også være en kompleks prosess i møtet mellom bruker og hjelper. Når brukerens rett til styring og selvbestemmelse er så grunnleggende kan det oppstå et dilemma mellom unnlattelse og formynderi, og er et kjent dilemma innen helse- og sosialfag. Selv om empowerment understreker den enkeltes frihet, så betyr ikke dette at den er uten grenser. Man skal ikke ha lov til i dø i rennesteinen hvis man ønsker det (Askheim 2012). Et vrangbilde av empowerment kan bli at brukere får et dårligere hjelpetilbud i selvbestemmelsens navn. En fagperson må balansere ansvaret en har til å hjelpe mennesker til

et verdig og anstendig liv med den enkeltes rett til selvbestemmelse, uten at løsningene er gitt. Askheim (2012) hevder at empowerment av fagpersoner er en forutsetning for at de kan bidra til empowerment av andre. Det handler om hvordan fagpersoner kan ta eierskap over sin faglige praksis og bekjempe opplevelsen av maktesløshet.

## **2.6 Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid**

I både Opptappingsplanen og i forskriftene til individuell plan blir det lagt vekt på at det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet er en viktig faktor i psykisk helsearbeid for å styrke og skape en mer helhetlig tjeneste. I DPS samarbeides det på flere ulike måter, både *tverrfaglig*, *fellesfaglig* og *flerfaglig*. Tverrfaglig samarbeid vil si at ulike faggrupper jobber sammen på tvers av profesjonsgrensene (Almvik og Borge 2006). I et *tverrfaglig* samarbeid er samarbeidet basert på den enkelte faggruppes spesifikke kunnskaper. Man vil her være engasjert om et felles prosjekt som man sammen forsøker å fatte beslutninger om, og det vil være høy grad av faglighet innen hver yrkesgruppe. Ny viten blir integrert av andre faggruppers grunnlag og viten, og skaper nye holdninger og ”merviten”(Skårderud 2010). Den tverrfaglige gruppen vil representere et helhetlig overblikk av gruppens synspunkter, samtidig som gruppen vil være foranderlig og dynamisk. Et eksempel på tverrfaglig samarbeid kan være når døgnavdelingen og poliklinisk avdeling ved DPS samarbeider. Ved *flerfaglig* samarbeid har faggruppene sterkt adskilte fagområder i et hierarkisk forhold mellom dem. De forskjellige faggruppene vil inneha en spesifikk ekspertise og det legges lite fokus på helhetssyn og fellesansvar. Et eksempel på flerfaglig samarbeid er når legen, som den ansvarlige i hierarkiet, rekvirerer faglige innsatser fra andre grupper som fysioterapeut eller ergoterapeut.

Ved *fellesfaglig* samarbeid vil man ha en felles faglig forståelse og et sterkt fokus på felles mål. Man vil ha et helhetssyn overordnet særinteresser der felles ansvar er sentralt(Larsen 1994). Dette vil kunne gjelde i DPS der de ansatte, uansett fagbakgrunn, må ha en felles forståelse for den miljøterapeutiske grunnstrukturen for at behandling i det hele tatt skal være mulig. Her vil også fellesfagligheten være en forutsetning for tverrfaglighet. Det vil si at man bare kan bruke sin spesifikke kunnskap i den grad den ikke ødelegger fellesfagligheten (Larsen 1994). Dette innebærer at fellesfagligheten er overordnet tverrfagligheten. Organisasjonene reguleres av ulike lovverk og regler og har ulike målsettinger for virksomheten sin. De er ofte dominert av bestemte profesjoner som har gjennomgått en bestemt sosialisering og som derfor vil forstå og konstruere problemene på bestemte

måter(Almvik og Borge 2006). Brukere må man forholde seg til ulike tjenestene som ivaretar ulike sider ved livet deres. De ulike organisasjonene vil ha et avgrenset ansvar for helheten og vil kanskje forstå og definerer problemene på ulike måter. Et godt tverrfaglig arbeid hviler på kunnskap om hverandres perspektiver og metoder(ibid). Det vil noen ganger være ansatte i kommunen eller ansatte i NAV som vil inneha den beste tilnæringsmåten til problemstillinger som personen har, andre ganger er det psykiatriske sykepleieperspektivet som er mest relevant. De ulike faggruppene bringer inn sine perspektiver i noe som skal bli noe mer enn hva de utgjør hver for seg. I alt psykisk helsearbeid er det brukernes behov som skal være utgangspunktet for hjelpen som gis. De ulike profesjonene innen psykisk helsetjeneste skal gjennom samhandling bidra til å fremme bedring , mestring og helse. Ettersom det er brukerens behov som skal være førende for hvordan fagressursene skal utnyttes må samarbeidsgruppene settes sammen på en slik måte at best kan etterkomme brukernes behov(ibid).

### **3.0 METODE**

#### **3.1 Kvalitativ metode**

Den opprinnelige greske betydningen av ordet metode er ”veien til målet” (Kvale og Brinkmann 2009). Det er en måte å gå frem på for å samle inn data om virkeligheten og har fått en viktig posisjon i moderne samfunnsvitenskap (ibid). I de fleste kvalitative metoder vil det preges av direkte kontakt mellom forskeren og dem som studeres (Thagaard 2009). Hensikten med denne studien er få en større forståelse og mer kunnskap om de faglige utfordringer som sykepleiere ved et DPS opplever med implementeringen av individuell plan. I følge Malterud (2003) så er det kvalitative forskningsdesign som best egner seg til å innhente vitenskapelig kunnskap om erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger og holdninger. Kvalitative forskningsdesign tilhører en hermeneutisk erkjennelsestradisjon, og handler om *”tolkning av meninger i menneskelige uttrykk”* (Malterud 2003;50). Forskeren vil i en slik erkjennelsestradisjon ta i bruk både beskrivelser og tolkninger, og det ene går ikke an å bruke uten samtidig å bruke det andre(ibid). Det vil si at alle beskrivelser er farget av tolkninger, og alle tolkninger brygger på beskrivelser.

### 3.2 Studiets design

Jeg ønsker å bruke en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i denne studien. I det fenomenologiske perspektivet blir informantens erfaringer med individuell plan løftet fram. Dette blir tolket sammen med den helheten den utgjør en del av, det blir som en hermeneutisk spiral der en forstår delene ut fra helheten og helheten forstås ut fra delene. For å forstå informanten er det nødvendig å nærme seg den i den helheten han eller hun er en del av. Selvinnsikt hos forskeren er viktig for å holde orden på egen forforståelse, man setter den i parentes. Min forståelse og forforståelse som psykiatrisk sykepleier vil være avgjørende for hva jeg ser, hvordan jeg forstår og hvordan jeg møter den andre. Bevissthet og kunnskap om ulike teoretiske og erfaringsbaserte perspektiver er en nødvendig forutsetning for god psykiatrisk sykepleie og godt helsearbeid. Man kan da lettere skille mellom ens eget primære perspektiv og hvordan situasjonen, problemene, kan forstås fra andres ståsted. Ved å se problemene fra et individsentrert perspektiv og så sette de sammen i et samfunnsmessig perspektiv vil gi en helhetlig-eksistensiell grunnforståelse (Tornquist 2003). En fenomenologisk hermeneutisk metode vil ligge et sted mellom kunst og vitenskap der vi bruker våre kunstneriske evner til å formulere en naiv forståelse, og vår kritiske sans til å foreta en helhetlig forståelse. Gadamer har også hatt stor innflytelse på fenomenologiens hermeneutiske utvikling. Han innførte begrepet den *hermeneutiske sirkel* om forståelse. I den hermeneutiske sirkel forstår man helheten i en tekst på bakgrunn av delene, som for eksempel i et transkribert intervju, og man vil forstå delene på bakgrunn av helheten (Gadamer 2003). På denne måten er forsker i dialog med teksten, der han hele tiden spør etter mening.

Fenomenologi som metode for å innhente vitenskapelig kunnskap ble utviklet av Edmund Husserl (1859-1938). Fenomenologiens gjenstand er ”fænomenet, således som det optræder i min oplevelse”(Tornquist 2003). Det vil i denne sammenheng være av underordnet betydning hvilke bestanddeler noe består av; kjemisk struktur, fysisk oppbygging, størrelse osv. Det som er av betydning er opplevelsen av fenomenet. Betydningen dette har for vitenskapen er blant annet teorien som sier at det ikke går an å forklare noe ved å henvise til en årsak som befinner seg på et annet ontologisk nivå enn det som skal forklares(ibid). Fenomenologiens kjerne ligger i at vår evne til persepsjon og kognisjon, det som gir oss tilgang til den virkeligheten vi befinner oss i, ikke kan forklare den opplevelsen vi har av fenomenene: Jeg ser noe som jeg har lært å kalle sjø, det er blankt, kan se ut som blått, er flytende, med små og store bølger, vått, har mange ulike fasonger, størrelser og temperaturer.

Men all informasjon jeg har om sjøen kan ikke forklare opplevelsen jeg har av glede når jeg går i fjæra og ser ut over sjøen og kjenner sjølukta eller om opplevelsen av å svømme i sjøen å kjenne den rundt kroppen. Selve beskrivelsen av sjøen har sitt utgangspunkt i en erkjennelsesteori som fastslår at det finnes en objektiv virkelighet som vi kan få faktakunnskap om. Vektleggingen av den opplevelsen jeg har av sjøen, eller fjæra, tilhører en erkjennelsesteori som tar utgangspunkt i virkeligheten slik den fremstår for den enkelte (Guba og Lincoln, 1994). Formålet med denne studien vil være å utvikle kunnskap om informantenes opplevelser innenfor feltet individuell plan og de utfordringene de møter i den forbindelse. Forskeren leter etter vesentlige kjennetegn ved de fenomen som skal studeres, slik de oppleves for de involverte i deres naturlige sammenheng (Malterud 2003).

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Utvalget i min studie består av fire informanter som er ansatt ved døgnenheten i et DPS. Inklusjonskriteriene var at de var sykepleiere og hadde jobbet i mer enn tre år i psykiatrien. For å skaffe informanter til studien tok jeg kontakt med avdelingssykepleier om å få intervju 3-4 sykepleiere. Vi ble enige om at jeg skulle legge invitasjon til å delta i studien sammen med samtykkeskjema i konvolutter som skulle videreformidles til aktuelle informanter. Avdelingsleder sendte også ut mail til aktuelle informanter om å ta kontakt med meg eller avdelingsleder dersom de ønsket å delta i studien. Etter noen dager hadde jeg fått fire psykiatriske sykepleiere som sa seg villige til å delta i studien. Antallet ble begrenset på grunn av tidsperspektivet for studien.

### **3.4 Gjennomføring av intervjuene**

Det ble på forhånd avtalt med informantene om at intervjuet ikke skulle vare mer enn en time. Tidspunktene for intervjuene ble avtalt med hver og en av informantene ut fra når de hadde jobb. Vi brukte et lite møterom for gjennomføring av intervjuene. I forespørselen om å være med i studien hadde jeg informert informantene at jeg ville ta opp intervjuet på min telefon. Før jeg startet intervjuene hadde vi en kort uformell prat for å løse opp stemningen og for å åpne opp for muligheten til å stille spørsmål i forkant av intervjuet. Jeg informerte også at det på ingen måte skulle være noen slags test på hva informantene hadde av kunnskap om individuell plan eller noen form for kontroll av bruken av den, men ønsket å høre om deres erfaringer rundt planen. Etter gjennomføring av intervjuene lyttet jeg til dem. Alle intervjuene ble gjennomført på 40 - 45 minutter. Jeg transkriberte intervjuene selv og det ble totalt 23 sider. Intervjuene ble omformet til en mer formell og skriftlig stil istedenfor å transkribere

direkte i dialektform. Dette ble gjort ut fra hensynet om å anonymisere informantene da dialekt og uttrykk kan lede til personlig informasjon.

### **3.5 Semistrukturert intervju**

Jeg har brukt semistrukturert intervju som metode for å frembringe kunnskap om de faglige utfordringene ved bruk av individuell plan. Kvale og Brinkmann (2009) hevder at et semistrukturert intervju benyttes når tema fra dagliglivet skal forstås ut i fra intervjupersonens egne perspektiver. Dette er en intervjuform som søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (ibid). At det er semistrukturert vil si at det er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Et semistrukturert intervju vil være mere fokuserende enn et dybdeintervju, fordi man kan ha en forhåndsbestilling i form av en interjuguide, eller bare stikkord for tema man ønsker svar på (Olsen 2003). I følge Kvale og Brinkmann (2009), så vil et intervju ligge nært opp til en samtale i dagliglivet, men at det som et profesjonelt intervju har et formål. Under intervjuene brukte jeg brukte en intervjuguide med åpne spørsmål for å holde fokus på tema, samtidig som den ga rom for endringer og tilføring av oppfølgende spørsmål. Ved å ha et semistrukturert intervju fikk jeg muligheten til å stille spørsmål til det som informantene fortalte. Ved å spørre om mine tolkninger, så fikk jeg i noen tilfeller nye svar ut fra dette. På denne måten har analysen av det som blir sagt allerede startet.

### **3.6 Etiske vurderinger**

I forespørselen om å være med i denne studien ble det lagt vekt på frivillighet. Ved å ha informert samtykke får informanten opplysninger om studien og kan ta stilling til om han/hun ønsker å bidra med kunnskap eller ikke (Malterud 2003). Det ble her informert om at informanten har mulighet til å trekke seg både før og under undersøkelsen og at materialet anonymiseres og behandles konfidensielt. Samt at lydfilen slettes etter at intervjuet er transkribert. For å være sikker på at forskningen foregår innenfor etisk akseptable rammer, er det bestemt at kliniske forskningsprosjekter skal vurderes av den Regionale forskningskomite(REK). Arbeidet til REK baserer seg på internasjonalt anerkjente retningslinjer som er nedfelt i Helsinki-deklarasjonen(ibid). Ettersom jeg ikke hadde tenkt å intervju brukere av helsetjenester og kun helsepersonell, trengte jeg ikke tillatelse fra REK for å gjennomføre studiet. Jeg har sent inn melding til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) med informasjon om studiens behandling av personvernopplysninger.



Prosjektet er meldepliktig etter personopplysningsloven § 31. Prosjektets behandling av personopplysninger ble godkjent av NSD.

### **3.7 Forforståelse**

Som forsker vil min livshistorie, personlighet, livssyn, og utdanning påvirke forskningsprosessen og hvordan denne studien blir framstilt. Vi har alltid med oss en forforståelse inn i et møte og det er ved å være seg bevisst denne at vi kan åpne opp muligheten for ny forståelse. Ifølge Gadamer er nettopp denne bevisstheten om sine fordommer og førforståelse helt sentralt innenfor den hermeneutiske tenkning, han kaller det for å sette seg selv «på spill» (Gadamer 2007). Jeg hadde i forkant reflektert over mine forventninger til studien samt mine egne tolkninger av temaene rundt implementeringen av individuell plan. Jeg hadde også visse forventninger til hva jeg kom til å finne i studien. Forventningene jeg hadde baserte seg på det jeg på forhånd hadde kjennskap til gjennom å kjenne til informantene og arbeidsrutinene ved avdelingen. Ved at jeg forsker i eget felt vil det være viktig at mine forkunnskaper settes i parentes slik at de ikke de skygger for at en ny kunnskap skal kunne utvikles. En av mine forventninger i starten av studien var at informantene hadde lite erfaring med å bruke individuell plan. Jeg visste på forhånd at IP var lite brukt i DPS så jeg var litt usikker på hvorvidt jeg ville få nok data ved å intervjuer kun fire sykepleiere på bare et DPS. Jeg visste også på forhånd at det var en del usikkerhet rundt bruken av IP og hvem som har ansvar for å starte opp med den, spesialisthelsetjenesten eller kommunen. Dette var funn jeg på forhånd forventet å finne i studien.

## **4.0 ANALYSE AV DATA**

### **4.1 Systematisk tekstkondensering**

I den fenomenologiske analysemetoden ligger det som et sentralt poeng at kunnskapen som utvikles vil bli påvirket av forskeren selv, hans eller hennes forforståelse, synspunkter og verdier (Malterud 2003). Dette kalles for refleksivitet og er en aktiv holdning som forskeren må oppsøke og vedlikeholde under hele forskningsprosessen. Forskeren må lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner (ibid). I en hermeneutisk erkjennelsestradisjon tolker man informantenes historier. Dette kan by på mange utfordringer ettersom en sak kan ha mange sider og kan gi et utall av tolkningsmuligheter.

Jeg har prøvd å jobbe med et åpent sinn i denne prosessen slik at mine egne fordommer og oppfatninger ikke skulle bli styrende for hvordan jeg har forstått og fortolket resultatene i studien. For å være sikker på at det er informantenes og ikke mine egne fortolkninger som fremkommer i studien har jeg stilt oppfølgende spørsmål for å få avklaring på enkelte spørsmål, og jeg har lest gjennom transkriptssjonene flere ganger. Dette har ført til at jeg har fått en større og bredere forståelse av informasjonen fra informantene. Refleksivitet innebærer krav om tvil, ettertanke, falsifikasjonsholdning, og erkjennelse av at vi går inn i forskningsprosessen med en forforståelse som vil prege alle trinn prosessen, og er en forutsetning for vitenskapelig kunnskap i studier med kvalitative design (ibid).

Når de ulike trinnene i analyseprosessen blir beskrevet kan dette bidra til å gjøre studiet mer transparent slik at leserne lettere kan forstå hvordan prosjektet har blitt utført (Olsen 2003). I analyseprosessen prøver forskeren å utvikle en forståelse av det innsamlede datamaterialet. Å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer (Kvale og Brinkmann, 2010). Den metoden jeg valgte for å analysere intervjuene kalles for systematisk tekstkondensering og er modifisert av Malterud (2003). Målet er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og holdninger til IP. Systematikk og refleksivitet er viktige forutsetninger for at analysen skal kunne levere vitenskapelig kunnskap. Metoden bygger på prinsippene dekontekstualisering og rekontekstualisering. Sistnevnte prinsipp er et nødvendig element i forhold til å forebygge reduksjonisme og bevare sammenhengen med informantens virkelighet, og sikre at historien er tro mot den opprinnelige historien. Ved å sammenfatte informasjon fra forskjellige informanter, dvs en tverrgående analyse, kunne jeg innhente kunnskap om variasjonsbredde og fellestrekk. Metoden består av fire trinn. Ettersom intervjuene ble gjennomført over noen uker, ble hvert intervju transkribert og analysert etter trinn 1,2 og 3.

Trinn 1, fra helhetsinntrykk til tema: det første jeg gjorde med hver enkelt intervju var å lese grundig gjennom det flere ganger for å få et helhetsbilde av innholdet. Ved andre gjennomlesning prøvde jeg å finne ulike tema som kunne representere informantens erfaring med individuell plan og som kunne belyse problemstillingen fra ulike sider. Jeg prøvde å være bevisst Malterud (2003) sin oppfordring om å motstå all trang til å systematisere på dette trinnet. Ved å notere stikkord i margin i hvert intervju identifiserte og markerte jeg det som kunne betegnes som meningsbærende enheter. Det som jeg ble usikker på når jeg leste teksten, lyttet jeg på lydopptaket en gang til for å få tak i helheten i intervjuet. Underveis i analyseprosessen prøvde jeg å være bevisst på å fortolke informantens utsagn så korrekt som

mulig uten å være kategorisk og entydig. Dette for å best mulig ivareta informantenes perspektiv. De temaene som ble identifisert i første trinn i analysen ble til en lang rekke tema som jeg i trinn to skulle omforme til koder. Temaer som jeg hadde valgt ut her var: brukermedvirkning, mestring, samarbeid, behandling.

Trinn 2, fra tema til koder: I trinn to er hensikten å organisere materialet som skal studeres nærmere. Her startet jeg med en systematisk gjennomgang for å identifisere meningsbærende enheter med bakgrunn i temaene fra trinn ett. Dette kan være tekstelementer som har potensiell kunnskapskraft og som kan bære med seg kunnskap om ett eller flere av temaene (Malterud, 2003). De meningsbærende enhetene merket jeg med ulike farger og systematiserte tekstbitene ved å samle tekstbiter som hadde noe felles. Denne prosessen kalles koding og handler om en systematisk dekontekstualisering av materialet, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng. Deler av teksten ble her dekontekstualisert og hentet ut fra sin opprinnelige sammenheng og satt inn i koder som representerte fenomen i samme klasse. Underveis i denne delen av analysen ble noen av de kodete meningsbærende enhetene strøket og flyttet over til andre og mer sentrale koder. Denne frem og tilbakeprosessen kan sammenlignes med en hermeneutisk spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen. For at analysen skal føre frem til en helhetsforståelse av dataenes meningsforhold må de enkelte avsnitt studeres i forhold til den helheten de er en del av.

Trinn 3, fra koder til mening: De forskjellige kodegruppene inneholdt mange nyanser når det gjelder informantenes opplevelser omkring individuell plan. På trinn tre er hensikten å hente ut mening fra den kunnskapen som kodegruppene representerer. Dette gjøres gjennom å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene under hver av kodene. Ulike nyanser innenfor hver kodegruppe deles så inn i subgrupper som deretter deles inn i artefakter ut fra disse subgruppene. Artefakter er kunstige sitat som fungerer som et arbeidsnotat i forhold til resultatpresentasjonen i trinn fire (Malterud, 2003). Kondenseringsprosessen var en omfattende og tidkrevende prosess, men som også gav meg mange nye innfallsvinkler til en forståelse av svarene som informantene hadde gitt. For å få oversikt over de ulike subgruppene brukte jeg også et tenkekart der jeg delte gruppene inn i forskjellige farger. Hver subgruppe med tilhørende koder fikk hver sin farge. Dette gjorde det litt mer oversiktlig.

Trinn 4 Fra kondensering til beskrivelser og begreper: under trinn fire skal materialet rekontekstualiseres. Dvs sette sammen bitene igjen. På dette trinnet er det å vurdere hvorvidt

resultatene fortsatt gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen hvor de ble hentet ut fra. Dette innebærer at det forskeren forteller er tro mot informantenes opprinnelige historier (Malterud, 2003). Videre i rekontekstualiseringen ble enkelte av subgruppene slettet fordi de viste seg å ikke ha sterk nok forankring i materialet. På bakgrunn av de meningsbærende enhetene valgte jeg ut sitat som på best mulig måte kunne illustrere det som ble omtalt i teksten. Som siste del av trinn 4 ble det gjort en systematisk validering av funnene i forhold til den sammenheng de var hentet ut fra, rekontekstualiseringen.

## **5.0 FUNN I STUDIEN**

### **5.1 Innledning**

På bakgrunn av analysen har jeg kommet frem til tre kategorier som beskriver sykepleiernes faglige utfordringer med implementering av IP i DPS.

Den første kategorien ”**utvikling av brukermedvirkning i DPS**” har følgende subgrupper: ”Den gamle historien henger igjen”, ”Relasjoner og behandling”, ”Det fremmedgjørende språket” og ”realistiske målsettinger”.

Den andre kategorien ”**Samarbeid mellom DPS og kommuner**” har følgende subgrupper: ”Usikkerhet rundt ansvarsforhold”, ”En tidkrevende prosess”, og ”Ikke alle mål er overførbare”.

Den tredje kategorien ”**Organisatoriske rammebetingelser**” har følgende subgrupper: ”Kunnskap om IP”, ”Rett til IP”, og ”Nettbaserte løsninger”.

## **5.2 UTVIKLING AV BRUKERMEDVIRKNING I DPS**

### **5.2.1 Den gamle historien henger igjen**

En av informantene forteller at i de tilfeller der pasienten er dårlig eller psykotisk, så må man noen ganger gå inn og ta bestemmelser for pasienten. Men dette hender ikke ofte og pasientene er som regel med på alle avgjørelser angående dem selv. En av informantene påpekte at det ikke alltid har vært slik at pasientene får være med å bestemme sin egen

behandling. Tidligere var det legen, sykepleieren eller andre behandlere som skulle bestemme behandlingen, og pasientene hadde svært lite innvirkning på hva som skjedde med dem innenfor institusjonene. Informanten forteller det vil ta tid å endre på denne kulturen og sier:

*”Den gamle historien henger igjen, spesielt gjelder dette for de som har vært lenge under psykiatrisk behandling. De tror det er behandleren som skal sette opp og bestemme hva som skal stå i planen”.*

### **5.2.2 Relasjoner og behandling**

I DPS er miljøterapi en viktig del av behandlingen. En av informantene forteller at i tillegg til medisiner, så vil miljøterapi være hovedbehandlingen i DPS. Informanten forteller videre at i den miljøterapeutiske behandlingen vektlegges det relasjonelle mellom miljøterapeutene og pasienten, og all samhandling som skjer på avdelingen brukes for å bevisstgjøre pasienten om seg selv og sine omgivelser. Informanten forteller videre at situasjonene som oppstår i hverdagen kan brukes på en slik måte at pasientene kan hjelpe seg selv på en hensiktsmessig måte. Det å ha likeverdige holdninger ovenfor pasientene ble av en av informantene trukket frem som et viktig moment for å styrke brukermedvirkning. Det fortelles videre at brukermedvirkning er en lovpålagt praksis og det er i dag blitt til en naturlig og ”*automatisert handling*”. Informantene mente alle at de pårørende kunne være en viktig ressurs for pasientene og burde trekkes inn i behandlingen i større grad enn det gjøres i dag. Det at pasientene er såpass kort tid innlagt på DPS kan gjøre det vanskelig med å starte opp med IP. Informantene forteller at det ha en god relasjon til pasienten er viktig og da helst en relasjon som er bygd over tid. Hvordan IP blir presentert og relasjonen til den som skal hjelpe til med å sette opp planen vil også ifølge informantene kunne ha innvirkning på hvorvidt pasienten ønsker en eller ikke. Det blir lagt vekt på at pasienten må føle seg trygg og ha tillit til den som skal hjelpe i gang med planen.. Da vil man kjenne bedre til pasientens livssituasjon og de utfordringene som han står ovenfor. Som en av informantene sier:

*”Har man en god relasjon til pasienten så vet man også mer om forutsetningene til pasienten. Det er viktig at pasienten har tillit til den eller de som skal starte opp med en individuell plan, uten tillit kommer vi ingen vei”*

### **5.2.3 Det fremmedgjørende språket**

Alle informantene poengterte at selv om det ikke blir brukt individuell plan der på DPS så blir det arbeidet på samme måte. De mente alle at selv om det ikke blir skrevet ned så gjøres mye

av det samme som man ville skrevet ned i en IP. En av informantene forteller at det på samarbeidsmøter ofte settes opp fremdriftsplaner og fordeles arbeidsoppgaver frem til neste møte og sier: *”det jobbes på en måte skult som med individuell plan”*. En av informantene sier at selve navnet ”individuell plan”, istedenfor for eksempel ”min plan”, kan være fremmedgjørende for de av brukerne som blir introdusert for planen for første gang. Mange av pasientene vet ikke hva en IP er og skjønner ikke hva som er hensikten med den. Informanten sier videre:

*” Det blir et fremmedord de ikke har noe forhold til. Det kan gjøre at de sier nei til individuell plan for de skjønner ikke at dette er et gode for dem ”*

#### **5.2.4 Realistiske målsettinger**

Det er viktig at målene som blir satt opp i planen er realistiske og oppnåelige. En av informantene forteller at i tillegg til at målene må være realistiske så må planen heller ikke inneholde for mange målsettinger. Dersom planen inneholder for mange mål, og mål som er uoppnåelig, kan det medføre at planen blir en forpliktelse og en oppgave som pasienten må slite med i tillegg til sine andre problemer. Det kan da ifølge informanten føre til at planen bare blir til et dokument på alt det de ikke mestrer og pasienten kan føle seg mislykket. Dette kan også være en av grunnene til at så mange av pasientene ikke ønsker å ha IP. Forventningene kan bli for store i forhold til det pasienten føler han kan mestre. En av informantene sier om dette:

*”Ting tar tid.. Blir det for mye så kan det være med på å skape frustrasjon og en følelse av å ikke mestre. Man bør heller ta en eller få ting av gangen”*

### **5.3 SAMARBEID MELLOM DPS OG KOMMUNENE**

#### **5.3.1 Usikkerhet rundt ansvarsforhold**

Ifølge informantene så kan samarbeidet mellom DPS og kommunene være både utfordrende og til tider vanskelig. Samarbeidet mellom dem kan ifølge informantene være svært varierende alt etter om det er snakk om en liten eller stor kommune. Der hvor brukere tilhører noen av de små kommunene er samarbeidet lettere å få til. Her er forholdene små og oversiktlige og det er enkelt å få tak i ansvarlige personer. Informantene forteller at det er vanskeligere å få til et godt samarbeid med en stor kommune som består av mange

forskjellige instanser og avdelinger. En av informantene forteller at det ofte brukes mye tid på å lete etter informasjon både når det gjelder hvilke avdelinger man skal kontakte og hvilke personer som er ansvarlige i de ulike sakene, og at dette er noe som ofte fører til frustrasjoner blant de ansatte på avdelingen. Informanten mener at dette kunne kanskje vært unngått dersom man hadde hatt en IP der aktuelle samarbeidspartnere var oppgitt. Det ville kunne fungere som en rød tråd man kunne følge med de forskjellige pasientene. Det ble fortalt under et av intervjuene om et tilfelle der ansatte på DPS hadde søkt til kommunen, på vegne av pasienten, om å få hjelp til å starte opp med IP. Kommunen hadde avslått søknaden med begrunnelse av at de ikke var behjelpelig med å sette opp en plan som hadde med saker som andre instanser kunne ta seg av. Pasienten var ikke i stand til å ivareta seg selv og hadde heller ingen pårørende. Informanten fortalte at det var svært overraskende at det i dette tilfellet ble avslått av kommunen om å få en IP. Informanten uttrykker sin misnøye med samarbeidet med en av kommunene slik:

*”Har noen ganger inntrykk av at noen er mer opptatt av å drenere ting enn å finne løsninger. Det går da mye energi til samarbeidsproblemer og lite blir gjort i forhold til det som står i planen”*

### **5.3.2 En tidkrevende prosess**

Det finnes mange ulike versjoner av IP og dette er noe som ifølge en av informantene kan skape en del usikkerhet rundt utformingen av planen. Informanten forteller at den versjonen som tidligere ble brukt her på DPS var svært omfattende og arbeidskrevende å jobbe med for det var mange punkter som skulle være med, og at det var ”ei kjempelelse” av en plan å komme igjennom. Informanten sier at når det brukes omfattende planer så går det mye tid og ressurser til dette, og da kan det være ekstra frustrerende når planen ikke blir fulgt opp av kommunen når pasienten kom hjem. Da blir hensikten med den borte og som en av informantene sier ”alt arbeidet med den blir bortkastet”. Når de forskjellige instanser tar i bruk ulike versjoner av IP så kan det være med på å skape ulikt innhold og måte å jobbe på med planen, og dette kan bidra til forskjellig syn på hva planen skal inneholde, og den planen som man er vant til å bruke vil bli foretrukket. En av fordelene med IP er ifølge en av informantene at ansvaret vil bli plassert og synlig når det blir skrevet ned i et dokument, det kan da være med på å legge press på de involverte slik at tingene blir utført til oppsatt tid, det blir som en slags ”deadline”. Pasientene trenger ofte hjelp til forskjellige ting og det kan være utfordrende å få en oversikt over hvem som er involvert i hjelpeapparatet rundt brukeren og

hva de forskjellige aktørene ”skal gjøre til enhver tid” som en av informantene sier. En annen fordel med å ha IP er at all informasjon da kan samles på en plass. Det fortelles at når flere instanser er involvert i et samarbeid så brukes det en del tid på å finne frem til de rette personene og man må lete gjennom journaler og diverse papirer for å finne opplysninger. Men at man på sikt vil spare tid og ergrelser med å ha alt samlet i et dokument. Som en av informantene sier:

*”Det negative med planen er at det er svært mye arbeid med den. Men jeg tror man på sikt vil tjene inn denne tiden”*

### **5.3.3 Ikke alle målene er overførbare**

En av informantene sier det kan være forskjell på de målsettinger pasientene har når de er innlagt i institusjon og de mål som pasienten har når han er hjemme. Det å for eksempel komme seg opp om morgenen å holde en døgnrytme vil være lettere å følge opp i institusjonen. Derfor vil det ifølge informanten være enkelte målsettinger som ikke vil være overførbare mellom institusjon og hjem. Informanten sier at det er et stort press på kommunene så det er ikke alltid mulig for dem å følge opp alle målsetningene til pasientene. En av informantene sier at istedenfor å bruke IP så bruker de behandlingsplanen til å sette opp behandlingsmålene sammen med pasienten. Dette vil være de målene som pasienten ønsker å jobbe med mens han er innlagt i DPS. Informanten forteller videre at ikke alle målene er overførbare og at det kan være viktig å fokus på dette når man skal sette målene opp i en IP. Og sier videre:

*”Det kan være at det blir misforstått problemstillingen pasienten har hjemme i kommunen kontra når han er innlagt. Det er viktig at vi i DPS setter opp mål som kan overføres til kommunen. Det er jo der pasienten skal fungere og ha et bra liv”*

## **5.4 ORGANISATORISKE RAMMEBETINGELSER**

### **5.4.1 Kunnskap om IP**

Det kom frem av studien at ingen av informantene hadde noen form for opplæring i individuell plan. Dette kan være en grunn til at de hadde lite kjennskap til å bruke planen. Det kan være vanskelig som en av informantene sier å forklare noe som man selv ikke vet så mye



om. Informanten foreslår at man kanskje kunne hatt fellesundervisning om IP sammen med pasientene. En annen av informantene sier:

*”Jeg vet kun om en her på avdelingen som har vært på et kurs om IP for mange år siden. Vi har svært lite kunnskap om dette tema å vårt miljø”*

#### **5.4.2 Rett til IP**

Informantene mente alle at bruk av individuell plan kunne være med på å styrke brukermedvirkningen. Men det blir ikke så ofte det blir spurt om IP ifølge en av informantene. Informantene har erfaring med at de fleste pasientene sier nei når de blir spurt om de vil ha en IP og en av informantene trekker frem at de trenger å bli flinkere til å ”motivere” pasientene til ville ha en IP.

*”Dokumentet er lovbestemt og vil derfor være en plikt for oss som hjelpere å ta i bruk når pasienten ønsker det. Men det er få som stiller krav til å ha en IP”*

#### **5.4.3 Nettbaserte løsninger**

Det har skjedd en del endringer innenfor helsetjenesten med bruk av data. Nettbaserte løsninger blir stadig mer brukt, mens dokumenter i papirutgave ser ut til å forsvinne. En av informantene forteller at det brukes data til det meste noe som vil medføre konsekvenser for den videre utviklingen av tjenesten. Informantene mener også at det vil være hensiktsmessig å bruke en nettbasert løsning på IP. Det vil være mer i tråd med tiden og gjøre det lettere å holde oversikt involverte instanser. En annen av informantene sier om dette:

*” Det kan se ut som om at bruken av IP er gått ut av dato. Det er blitt en litt gammeldags måte å jobbe på. I dag skal alt legges inn på data”*

## **6.0 DRØFTING AV FUNNENE**

### **6.1 Oppsummering av funn**

Funn i studien viser at brukermedvirkning er et velkjent begrep som er godt integrert i avdelingen mellom miljøterapeutene og pasientene, det fokuseres på å ha en likeverdig holdning og pasientene er med å bestemme sin behandling. Utfordringen er at institusjonsmakten fremdeles er dominerende tilstede i institusjonen og mange av pasientene tror at det er de forskjellige tjenesteytere som skal bestemme behandlingen. Språket som brukes i dokumentet kan også oppleves som fremmedgjørende. Studien viser at det vil være av betydning at pasienter får ta i bruk egne ressurser og føle at de gjør nytte for seg, og at dette vil være med på å øke mestringsfølelsen. De pårørende vil her være en viktig ressurs og kan bringe med seg kunnskap om pasienten. Utfordringen her ligger i at det ikke er vanlig praksis i dag og ta med pårørende inn i behandlingen ved DPS. Det fremkommer også at det kan oppstå et dilemma når pasientene er for syke til å sette opp realistiske målsettinger. Studien viser at det kan være utfordrende å skulle undervise og gi informasjon om IP når man føler at man selv ikke innehar de nødvendige kunnskaper om temaet. Funn i studien viser også at rammebetingelsene for jobbe med IP kan gjøre det utfordrende ettersom pasientene er kort tid innlagt og det vil være en tidkrevende prosess å utarbeide planen. Det fremkommer i studien at det ligger en del utfordringer i samarbeidet mellom DPS og kommunene. Det systemet som DPS er en del av oppleves som fragmentert og med uklare ansvarsforhold. Målene som pasientene jobber med mens de er innlagt i DPS vil ikke alltid kunne overføres til kommunen. En av årsakene til dette kan være de mange ulike versjoner av IP som det skal velges mellom. En annen utfordring i dette samarbeidet er ulik kunnskapsforståelse, og at det jobbes under svært ulike rammebetingelser.

Jeg vil videre i oppgaven drøfte funnene innenfor de tre kategoriene: *Utvikling av brukermedvirkning i DPS, Samarbeid mellom DPS og kommune og Organisatoriske rammebetingelser*

## **6.2 UTVIKLING AV BRUKERMEDVIRKNING I DPS**

### **6.2.1 Pasienters rettigheter**

Det fremkommer av studien at pasientene som oftest sier nei til å ha IP og at årsakene til dette kunne være flere. En av dem kan være at pasientene ikke har nok kunnskap om IP, de vet ikke

hva det spørres om og svarer nei uten å vite hva de svarer nei på. Informantene på sin side opplever det som utfordrende å skulle forklare noe at de selv føler de ikke har nok kunnskap om. Da kan det bli lett bli til et tema som det ikke snakkes om eller tas opp ved senere anledning. Det er kan være vanskelig å skulle tilby IP når man selv ikke føler seg trygg på hvordan den skal utformes og hva som er dens hensikt. En annen grunn til at pasienten ikke ønsker IP kan være at de er for syke eller har psykotiske symptomer som gjør det vanskelig å delta i et planarbeid. Når pasienten har begrenset mulighet til å forstå hva som er best for han selv vil det oppstå en etisk forpliktelse (Dalland 2010). Det kan være at i de tilfeller der brukeren ikke har sykdomsinnsikt eller at han er for syk til å ta til seg informasjon, da kan man ha en etisk forpliktelse til å prøve å nå gjennom ved en senere anledning(ibid). Når og hvordan informasjon skal gis må tilpasses den enkeltes situasjon og muligheter for å ta imot informasjonen. Mange kan ha vanskelig for huske hva som blir sagt under et møte, så det bør gis skriftlig materiale i tillegg til muntlig informasjon(ibid). Når man er syk eller i en personlig krise kan evnen for å motta og bearbeide informasjon bli påvirket. Mange med psykisk lidelse har erfaring med vanskelige relasjoner og tillitsbrudd og opplevelser av å ikke ha blitt behandlet med verdighet og respekt i møte med behandlingsapparatet. Dette kan medføre at de kan ha problemer med å etablere tillit og allianse med fagpersoner. For å sikre at informasjonen blir bearbeidet og forstått vil det være helt grunnleggende at man får til en god kommunikasjon og dialog med brukeren(ibid).

Det fremkommer også av studien at noen pasienter kan oppleve IP mer som en forpliktelse, enn en rettighet som kan være til hjelp, og at noen pasienter kan oppleve det som en ”*merbelastning*” å skulle ha en IP å forholde seg til i tillegg til sine andre problemer. Retten til en IP er gitt for å styrke brukermedvirkning og gi brukere av helsetjenester en mer aktiv og deltagende rolle, men den kan også ses på som ”relasjonelle kontrakter” og en måte å organisere forholdet mellom velferdsstaten og den enkelte (Askheim, 2012). I en surveyundersøkelse utført av Nilsen (2011) vises det til at mange forskere er kritiske til en slik kontraktstenkning. Det blir her fremhevet de potensielle illiberale og kontrollerende egenskapene ved den, og at den prøver å skape et selvstendig individ ut fra gjeldende normer om hva som anses som normalt, godt og aktverdig i samfunnet (ibid). Dette kan ses som et styringsmiddel ved at den forplikter brukerne til bestemte handlinger. En slik tankegang kan man finne igjen i Foucaults maktforståelse om selvstyring.

Et annet funn i studien viser til at det er svært få som setter krav til sin rettighet til å få utarbeidet en plan. I det norske samfunnet legges det vekt på et kollektivt ansvar for høy grad av sosial trygghet og sosial likhet. At individuell plan er rettighetsfestet betyr ikke at de som trenger eller ønsker en får den automatisk(Askheim 2012). Dersom betingelsene for å oppnå rettigheter ikke er likt fordelt i befolkningen, vil det heller ikke være en reell mulighet for alle å benytte seg av slike ordninger. For de mest sårbare og de som trenger hjelpen mest, kan det være vanskelig å selv be om eller kreve sine rettigheter. Dersom det blir forbeholdt de ressurssterke å benytte seg av rettighetene vil dette være med på å skape en skjevhet i tilbudet. For de som ikke er i posisjon til å kreve sine rettigheter eller ikke har assistanse til å kreve dem på sine vegne, vil slik rettighetsfesting ha liten eller ingen verdi. For at brukere skal ha en reell mulighet å få individuell plan forutsetter det at de vet hva det dreier seg om og hvor de kan få hjelp til å starte opp med planen. Ansvaret ligger hos tjenesteutøver og det skal ikke oppleves som en merbelastning for brukeren å få slik informasjon (ibid). Mange med psykiske lidelser sliter med et dårlig selvbilde og kan derfor være ekstra sårbare i forhold til å fremme sin egen sak. Derfor vil det ligge et særlig ansvar på tjenesteutøverne å sikre at det legges til rette for at brukere med psykiske lidelser gis muligheten til å medvirke på lik linje med andre(ibid). I St.meld. nr. 17 (2004-2005) ble makt- og demokratiforholdene i det norske samfunnet utredet. Det ble her vist til at beslutningsmyndighetene som tidligere lå innenfor folkevalgte kompetanseområder er flyttet over til rettslige organer (Askheim, 2012). En slik rettighetsfestning fra staten skal være med på å sikre mot ulikheter i tjenester og ytelser. Brukere skal kunne kreve rettigheter uten å måtte være avhengig av kommunale skjønnsavgjørelser. De skal selv kunne ha styring over hva slags tjenestetilbud de kan kreve. En slik empowerment-tenkning vil imidlertid ikke bare kreve at tjenestene blir individuelt rettighetsfestet, men også at de som skal utløse disse rettighetene har de nødvendige ressurser og kunnskap til å faktisk benytte seg av dem(ibid).

I offentlige utredninger har det blitt fokusert på brukermedvirkning som et viktig virkemiddel for å bedre helsetjenesten og pasientenes rettigheter (Stortingsmelding nr 50,1993-1994). Det skal ifølge Helse- og omsorgsdepartementet legges til rette for en sterkere brukerrolle. Målet med dette er at brukerne skal få mer kunnskap om tjenestene, og at de aktivt skal kunne medvirke og påvirke (Str.prp.1, 2008-2009). Dette innebærer at brukermedvirkning er ikke noe som brukerne skal gjøre krav om til tjenestene, men det vil først og fremst være et krav fra tjenestenes eiere (stat og kommuner) om at brukerne skal bidra i produksjon, drift, utvikling og evaluering av tjenestene(Andersen og Karlsson 2011).

## 6.2.2 Overbevisning eller overtalelse

Som nevnt ovenfor kom det frem av studien at de fleste pasientene sier nei til å ha en IP.

Dette kom frem i studien at de som jobber i DPS bør bli flinkere til å ”*motivere*” pasientene til å starte opp med IP. Å motivere pasienter kan gjøres på to måter, gjennom overtaling eller overbevisning. Dette er to helt forskjellige måter å påvirke den andre på. Skjervheim (1976) viser til Sokrates i måten å påvirke den andre til å innta eget standpunkt: Overtalelse fører til tro uten innsikt. Denne opplevelsen kan sies å være knyttet til en type passivitet.

Overbevisning fører til tro på bakgrunn av innsikt (Dallan 2010). Når vi overtaler andre forutsettes det et jeg/det - forhold. Dette beskriver Skjervheim som et subjekt/objekt - forhold. Den som skal overtales blir til et objekt som skal manipuleres slik påvirkeren ønsker. Det kan i enkelte tilfeller ligne på forholdet mellom undertrykker og den undertrykte. Et slikt maktforhold kan ofte ses i helsesektoren der personalet bruker sin makt til å overtale istedenfor å overbevise. For å overbevise andre forutsetter det et subjekt/subjekt – forhold, eller et jeg/du – forhold. Når personal overtaler en bruker til å endre livsstil til noe han ikke selv tror på, vil han så snart han er utenfor personalets åsyn mest sannsynlig ta opp sine gamle livsstilsvaner (ibid). Dersom brukeren får innsikt gjennom overbevisning der ting blir oppfattet som viktig for en selv, er det større sannsynlighet for at dette vil leve videre i han etter møtet. Kunnskap gir innsikt, noe som vil gjøre bevisste valg mer i fokus. Bevisste valg og handling vil fremme opplevelse av mestring og styrke identitet (Langeland 2014).

Mens overtalelse dreier seg om en monologisk kommunikasjonsform der en person fremmer sine synspunkter, er overbevisning dialogisk. Det er ofte slik at de som oppsøker psykiatrisk helsetjeneste ofte ønsker å få det bedre og trenger hjelp og støtte i en vanskelig livssituasjon. Som helsepersonell vil dette kunne kreve at en har kunnskap på forskjellige områder. Det kan dreie seg om økonomiske eller sosiale forhold der den hjelpesøkende trenger hjelp til å sette seg opp realistiske mål. Dette vil kreve at man er ærlig og ikke skaper falske forhåpninger. Overbevisning handler om egen innsikt og at partene er i dialog med hverandre og ikke at en bare kommer med overleverte synspunkter (Dalland 2010). For at den hjelpesøkende skal kunne lære nye ting og utvikle seg må han også få innsikt i og bli bevisst sine muligheter og betingelser. Dette vil kunne gjøres ved drøfting av mål, innhold, metoder og organisering (ibid). Disse fire perspektivene er forbundet med hverandre og avhengige av hverandre. Formålet representerer det vi ønsker å oppnå en gang i fremtiden, og vil også gi

en beskrivelse av hvorfor. For å nå målene er det nødvendig å sette opp delmål som beskriver hvordan og hva som er nødvendig for å realisere formålet. Delmålene vil beskrive de konkrete kunnskaper, ferdigheter og holdninger som må legges til rette, og disse kan variere i presisjon fra helt spesifikke atferdsmål til mer generelle mål. Når målene skal formuleres vil behandlerens merviten være viktig. Målene skal gi uttrykk for de ferdigheter og kunnskap som det er ønskelig at brukeren oppnår, de vil også uttrykke forventninger fra både hjelper, familie, venner, samfunnet og brukeren selv(ibid).

Den hjelpesøkendes personlige erfaringer og private situasjon er en nødvendig del av innholdet for at prosessen skal være realistisk. Det er viktig at pasienter ikke bare fungerer mens de er innlagt og at alt faller sammen så snart de kommer hjem. Mange føler seg trygge innenfor rammene i institusjonen og takler dårlig virkeligheten de møter når de kommer hjem(Dallan 2010). Det er derfor viktig at innholdet i mål og delmål bygger på størst mulig realisme for hva som er brukerens muligheter og ressurser. Det bør allerede under formuleringen av målene enes om hvordan de skal vurderes(Almvik og Borge 2006).

Vurdering av hvordan målene skal utformes og hvilket innhold de skal ha, bestemmes i et samspill mellom bruker og hjelper innenfor de rammene de befinner seg i (ibid). Under et møte med en ny pasient kan det være viktig å holde tilbake informasjon og ikke komme med for mange spørsmål. Mange befinner seg i en sårbar fase i livet og kan oppleve spørsmål om problemer de sliter med i livet sitt som krenkende og gi en ytterligere opplevelse av å ha mislykkes. Ifølge Kari Martinsen (2005) må vi passe på å ikke invadere hverandres tanker og følelser. Alle har krav på en urørlighetssone som fordrer å bli tatt vare på og bli behandlet med varsomhet. Urørlighetssonen både beskytter personen mot å bli krenket, og den muliggjør menneskelige møter og samtaler (Martinsen 2005). Uten urørlighetssonen holder vi oss ikke til saken og kan risikere at åpenheten blir til ”åpenmunnethet og sjelesjakaleri”(ibid). Dette kan ødelegge for en videre relasjonsbygging og tillit til behandler. Når vi snakker med pasienten om de problemene han har i sin hverdag, hva han trenger av hjelp til, og prøver å få til en dialog med han, så kan det å ta frem et dokument for å få skrevet dette ned, være med på og ødelegge og låse fast dialogen.

Man må våge å stille seg ikke-vitende i møtet med pasienten og ikke se gjennom diagnosebriller. Innen psykiatrien blir ofte pasienter objektivert gjennom at motivet for samtale er til å bruke den til en profesjonell vurdering. Dette kan bli problematisk for relasjonen til den man skal prøve hjelpe. Det er en grunnleggende forutsetning at samarbeid

og tillit mellom behandler og pasient er til stede for at behandling skal være virksom. Det første møtet vil være viktig for å bygge opp et tillitsforhold, og kan bli avgjørende for hvordan et samarbeid utvikler seg. En ikke-terapeutisk holdning vil være en paternalistisk holdning der man har et objektivt syn på pasientens lidelse (Storm 2009). Skjervheim skriver i «deltakar og tilskuer» at det er problematisk når behandler vet bedre enn deg, og kjenner deg bedre enn deg selv. Dette kan medføre en forsvarsholdning for å beskytte sitt ego og sin frihet, og sin egen selvforståelse (Skjervheim 1996). I slike maktrelasjoner gis det ikke rom for tillit og den andre vil bli gjort til en tilskuer i sitt eget liv. Selv om pasienter har fått en lovfestet rettighet til å medvirke i sin egen behandling, er det helsepersonell som til syvende og sist har det faglige ansvaret for å ta beslutning om og iverksette behandling (Storm 2009).

Vi er alle preget av vår oppvekst og våre sosiale erfaringer, men vi står fritt til å velge hvordan vi representerer samfunnet ovenfor den som søker hjelp. Både helsefagarbeidere og pasienter har hver sin kultur, sin historie og sine verdier i tillegg til holdninger og kunnskaper som de tar med seg inn i møtet (Dalland 2010). Den samfunnsmessige konteksten som hver av dem er en del av, vil også være deler av den som vil være felles. Det å engasjere seg i en situasjon krever at vi som omsorgsarbeidere bryr oss. Vi kan som Skjervheim sier velge om vi møter den andre som en deltager eller som en tilskuer. Dersom vi velger å være tilskuer til den som søker hjelp, blir møtet mellom oss utvendig og uten menneskelig kontakt. På bakgrunn av en diagnose kan det lett bli til at hjelperen definerer og skaper vedkommende ut fra denne, og dermed lar handlingene styres ut fra hva en selv mener er bra for den hjelpetrequende (Norvoll 2002). Dersom det ikke oppnås kontakt mellom hjelper og hjelpesøkende, er det små muligheter for at det skjer en positiv endring.

### **6.2.3 Ressurser og mestring**

Studien viser at ingen avgjørelser blir tatt uten at pasienten er tilstede. Pasientene er med under behandlingsmøter og teammøter og får der være med på å bestemme sin behandling. Men selv om pasienten er med på alle avgjørelser, så er ikke det nok i seg selv. Seikkula og Arnkil viser til prosesser der rehabiliteringsekspertene inviterte pasienten til delta i møtet, men opptrådte som før- ved å legge frem dokumentasjon på pasientens svakheter og diskuterte seg imellom uten å ta hensyn til pasienten- noe som var svært ødeleggende for pasienten. Det var få av de som var tilstede på møtet som kjente pasienten fra før og fagfolkene leste opp klientens historikk fra papirene uten å be vedkommende om lov først. De

tok beslutninger seg imellom som de la frem for pasienten. Saksbehandlingen var svært effektiv, men de glemte at mennesker er ikke saker (Seikkula og Arnkil 2013). Dette viser at det må tilrettelegges for en reell mulighet til å medvirke, en tilstedeværelse i seg selv vil ikke være nok. Det fremkom av studien at de pårørende er en viktig ressurs for pasientene og bør inkluderes i behandlingen av pasientene. Dette kan også være en effektiv måte bruke ressursene på. Når man kombinerer profesjonelle ressurser med hverdagens ressurser, mangedobles potensialet (ibid). Det legges her vekt på samle alle ressurser som kan være med i bedringsprosessen. Alle mennesker lever i sosiale relasjoner, og en viktigste ressursen mennesker har er de relasjonene de har i hverdagen. Dette innebærer at: *man må aldri glemme at alle menneskers viktigste ressurs er det private nettverket* (ibid;153).

Seikkula og Arnkil sier man må vektlegge ressursene heller enn svakhetene. Dette vil være i tråd med begrepet salutogenese som er en motreaksjon til begrepet patogenese. Antonovsky har rettet sterk kritikk mot helsetjenesten som han mente var alt for sykdomsorientert. Istedenfor å fokusere på hvordan sykdom kan identifiseres, retter han oppmerksomheten mot helsens opprinnelse, de salutogene faktorene. Istedenfor å søke etter den rette kuren basert på rett diagnose, så vil en i salutogenese vektlegge en aktiv tilpasning som idealet for behandling(ibid). Det å ha opplevelse av mestring er nær knyttet til graden av utfordring, som må være passende i forhold til de ressursene personen har til rådighet. Det vil i like stor grad handle om å ta i bruk de ressursene man har, som hvor mye ressurser man objektivt sett har. På lik linje med empowerment vil salutogen terapi ha som mål å aktivere ressurser og potensialer. Det viktigste er å kunne influere på eget liv og kan ta i bruk motstandsressursene. Ifølge Antonovsky så vil kvaliteten på sosial støtte som intime, emosjonelle bånd være særs viktig (Antonovsky 1987). Når behandlere definerer og diagnostiserer menneskene ut fra sine faglige kriterier, vil dette prege selvbildet til den som på denne måten får tegnet bilde av seg selv. Måten vi som helsearbeidere ser på psykisk lidelse vil derfor være viktig for hvordan pasienten opplever seg selv. Enkelte diagnoser kan oppleves negativt i folks bevissthet og kan ofte virke stigmatiserende på bæreren(Dalland 2011). Som hjelper vil man ha stor innvirkning på hvordan den enkelte takler sin situasjon, og mestrer sine utfordringer.

I arbeidet med IP vil det være aktuelt å trekke inn det sosiale nettverket rundt brukeren, og som tidligere nevnt så vil det private nettverket være den viktigste ressursen til pasientene. Mange med psykiske lidelser har et lite nettverk rundt seg for å kunne søke hjelp og støtte og vil derfor også kunne trenge hjelp fra et profesjonelt nettverk. Det er viktig at mennesker som



er i kontakt med hjelpeapparatet får anerkjennelse i forhold til egne problemer, egen mestring og egne løsningsforsøk. I følge Trefjord og Hatling (2004) forutsetter dette at hjelpeapparatet arbeider i relasjon med bruker, pårørende og nettverk på en slik måte at brukerne kjenner seg møtt, styrket og forstått. Nettverkstenkningen har fått en ganske bred plass etter hvert innen psykiatri og psykisk helsearbeid, spesielt når det gjelder å sette sammen eller organisere pasienter, privat og profesjonelt nettverk i egne nettverksmøter. Det blir en slags nettverksterapi der brukerne og fagfolkene er egne aktører, forbundet med hverandre gjennom lenker og relasjoner. Nettverkstenkningen kan sies å være i samsvar med Opptappingsplanens fokus på brukere, pårørende, desentralisering og lokalsamfunn, selv om den bare i en viss grad finnes direkte i planens dokumenter (Iversen 2013). I nettverksperspektivet ses den aktuelle virksomheten som et garn eller nett, og man vil bevege seg ut av institusjonenes tradisjonelle kontekst og faglighet. Man vil her ha fokus på de reelle, dagligdagse problemene, behovene og løsningene som brukere, pårørende, private og lokale aktører opplever og ser (ibid). Nettverkstenkningen har en tett tilknytning til systemteori, der menneskelige relasjoner ses som egne systemnivåer. Individuer, organisasjoner eller grupper ses som knutepunkter og forbindelsen mellom dem ses som lenker. I nettverksperspektivet vil den aktuelle virksomheten være en form for garn eller nett. Dette vil kunne åpne for en tingliggjøring der noen styrer det som skjer i nettverket, for eksempel i behandlingsmessige sammenhenger der fagfolk tar over styringen overfor brukerne (ibid).

Nettverk er et begrep som kan brukes til å beskrive en helhet av menneskelige relasjoner. Når man snakker om det sosiale nettverket, dreier det seg om de samhandlinger som er med på å gi oss vår sosiale identitet (Seikkula 2000). Dette kan dreie seg om forskjellige sosiale relasjoner, slik som familie, venner, arbeidskollega, eller profesjonelle hjelpere. Enhver form for samhandling vil i større eller mindre grad påvirke alle involverte i den samme situasjon, både positivt og negativt. Det er viktig at personer har relasjoner i sitt nettverk der de både kan få hjelp, og selv gi hjelp til noen. Dette kan være med å styrke den sosiale identiteten og gi et mer funksjonelt og praktisk nettverk (ibid). Det kan gi trygghet å vite at man kan søke hjelp når man går gjennom en krise i livet, at man har sine støttespillere. Det vil også være av betydning for ens eget selvbilde at man kan bidra og være til hjelp for noen, noe som kan være med på å skape mening.

#### 6.2.4 Likeverdige holdninger

Studien viser til at det å ha likeverdige holdninger er viktige for maktforholdene i institusjonen. Vårt syn på den som trenger hjelp og vår holdning til det å være hjelper er grunnleggende for den kontakten som oppnås. Det er hjelperens ansvar å legge til rette for at møtet blir preget av likeverd og respekt. Som behandler vil vår holdning være av betydning for den relasjonen vi får med pasienten. Man kan kalle det for en terapeutisk holdning, der en er interessert i og nysgjerrig på vedkommende sin situasjon og opplevelser. En terapeutisk holdning er en væremåte som uttrykker at en tåler og er interessert i menneskers annerledeshet og har en ikke-moraliserende holdning (Skårderud 2011). Det kan være utfordrende å finne en balansegang mellom det å være ekspert på et felt med faktakunnskap, og det å være åpen og nysgjerrig på vedkommende sin situasjon og opplevelser. Vår identitet dannes i møte med den andre, og vår evne til å samhandle utvikles her. For at vi som helsearbeidere skal kunne hjelpe mennesker til å gjøre endringer i livet, må vi forstå hvem de hjelpesøkende er, hvilken situasjon de er i, og hvilke prosesser de må ledes inn i for å kunne endre seg og utvikle seg videre (Dalland 2010). Når man retter fokus bort fra sykdom og patologi, og heller retter fokus mot hva som skal til for at pasienten skal få det bedre og mestre sine problemer og hverdag, kan pasienten inviteres til å se om igjen og se på ny helheten i sin livssituasjon. Mange pasienter opplever mangelfull respekt ved at de ikke blir tatt på alvor i møtet med hjelpeapparatet, og blir ikke invitert til å se sin egen situasjon eller livserfaring på en ny måte (Bengt Karlsson 2008). For å beskrive en slik relasjon mellom sykepleier og pasient benytter Hummelvoll og Røsset (1999) begrepet ”terapeutisk overflatskhet”, og viser til den medisinske modelldominansen som årsak. I praksis vil sykepleiere uttrykke en humanistisk orientering i forståelsen av pasientarbeidet, mens den kliniske utøvelsen domineres av en medisinsk behandlingsmodell. Synet på pasienten som et autonomt, helhetlig, rasjonelt, sosialt og åndelig menneske vil stå i motsetning til en praksis der det sentrale er bruk av medisiner og en tids- og kontekstuell avgrenset forståelse av symptomer på sykdom med vekt på medisinske observasjoner og vurderinger (ibid).

Funn i studien viser at brukermedvirkning er godt integrert i praksis og kan ses på som en ”*automatisk handling*”. Sosialisering er en prosess som følger oss hele livet og legger grunnlaget for hvordan vi møter andre mennesker og hvordan vi opptrer og handler i ulike situasjoner. Som helsearbeidere står vi ofte overfor situasjoner som innebærer endringer i et menneskes liv. Det kan noen ganger være at den hjelpesøkende er sosialisert slik at han mangler handlingsrepertoar for å mestre situasjonen. Vi kan som helsearbeidere formidle

omsorg og kjærlighet, men det vil også være muligheter til å utøve makt over en som befinner seg i en svakere posisjon (Dalland 2010). Så hvordan vi forholder oss til vår egen sosialiseringssosialiseringsprosess vil ha stor betydning. Mennesker blir formet og influert av den verden vi er en del av, samtidig som vi er med på å skape vår egen verden. Vi reflekterer noen ganger kritisk over meninger med normer og regler, mens vi andre ganger bare adlyder uten å tenke over dem. Ved en tilpassningssosialisering blir mennesket redusert til objekt for det som skjer med dem, og vil ikke være et selvstendig tenkende og handlende subjekt (ibid). Den tilpassende sosialiseringen kan beskrives av uttrykket indoktrinert eller være ensidig og systematisk påvirket. Man stiller ikke spørsmål ved sin egen situasjon eller ved de samfunnsmessige rammene en eksisterer innenfor. Motsetningen til den passive holdningen som ordet tilpassning har, er ordet å danne. I dette ligger verbene å lage eller forme, konstituere og grunnlegge, oppdra og utvikle (ibid). I dannelsesprosessen står spørsmål og undring sentralt, noe som åpner for vurdering og refleksjon og dermed gjør oss til tenkende og handlende personer. Ved å kunne være kritisk til egen praksis og kunne stille spørsmål ved rutiner, gjør det mulig og oppdage egen praksis på en ny måte. Ved å dele opplevelser og erfaringer med andre, vil det føre til en større bevissthet om og tillit til ens egne vurderinger. For at den hjelpesøkende skal få kunne medvirke krever det både kunnskap, innsikt og en bevisst holdning fra hjelperens side. Man må være bevisst at dette dreier seg om et asymmetrisk møte som kan gjøre det komplisert ettersom det er store ulikheter mellom den hjelpesøkende og hjelperen. Den samfunnsmessige konteksten hver av partene representerer vil gjøre seg gjeldende i samarbeidet. Dette betyr at pasienten ikke bare vil møte hjelperen som menneske, men vil også møte samfunnet slik det avspeiler seg i hjelperens holdninger og væremåte (Dalland 2010).

### **6.2.5 Å ta egne avgjørelser**

Studien viser til at det noen ganger være utfordrende å vite hva som vil være realistiske mål å sette opp i planen, og viser til de tilfeller der pasienten er for syk til å sette opp realistiske og oppnåelige mål. Dersom behandlingen er i strid med brukerens mål, vil man sjelden få ønsket effekt på lengre sikt, man må da heller prøve å finne en minste felles målsetting og prøve bygge videre på denne (Anderson & Karlsson 2011). Dersom tjenesteyter på forhånd har en forestilling om hva en individuell plan skal omhandle, og ser på seg selv som den som vet, inntar han en ekspertrolle ovenfor brukeren (ibid). Brukeren blir da en passiv mottaker av hjelpen, noe som vil være det motsatte av planens hensikt. Dette kan være et dilemma og stå i kontrast til det å hjelpe brukeren til å sette opp realistiske og oppnåelige mål. Spesielt i de

tilfeller der brukeren er i en dårlig periode eller er psykotisk, og har urealistiske og kanskje irrasjonelle målsettinger, så vil dette være et problematisk utgangspunkt for å utarbeide en IP. Den som skal hjelpe må kanskje da ta noen bestemmelser og vente med planarbeidet til pasienten blir bedre. Ifølge veiledningen til Forskrift om individuell plan skal det legges vekt på at den enkelte tjenestemottaker skal gis mulighet til å ta ansvar for og styring over eget liv (Sosial- og helsedirektoratet 2007). I planprosessen skal brukeren være den sentrale aktøren og tjenesteyter skal koordinere planarbeidet. Når forholdet mellom tjenesteyter og bruker er blitt forankret gjennom en individuell plan, blir det som en kontrakt mellom dem, og et styringsmiddel som forplikter brukerne til bestemte handlinger (Askheim, 2012). Dette kan også medvirke til at pasienter er tilbakeholdne med å sette opp en IP.

Tar man avgjørelser på vegne av andre så vil dette være et forhold mellom styrende og styrte. Dette kalles for paternalisme og innebærer en nesten faderlig omsorg og kontroll fra den styrende og en uselvstendig stilling for den styrte (Det store norske leksikon 2014). I følge Askheim og Starrin (2007), så bygger det paternalistiske systemet på en forestilling om at vanlige mennesker er passive, uvitende og har et stort behov for hjelp og styring ovenfra. Systemet bygger på en over- og underordning der man antar at mennesker i sin alminnelighet og utsatte mennesker i særdeleshet ikke selv er i stand til å vite hva som er best for dem. Det vil her være opp til en ”ekspert” eller myndighet å bestemme dette. Som en konsekvens at dette blir livet for ”vanlige mennesker” planlagt og bestemt av andre (Askheim og Starrin 2007). Dersom man på forhånd har gjort seg opp en mening om hva brukeren trenger på bakgrunn av en diagnose eller behandlingsplaner, så vil dette være bestemmende for hva vi ser. Han blir i dette perspektivet en *observatør*(ibid). Ifølge Tom Andersen (1996) så representerer dette et utenfra-perspektiv. Den profesjonelle har en antakelse om at det et menneske sier og gjør, stammer fra bestemte strukturer. Det kan være til biologiske strukturer, eller psykologiske, andre igjen til sosiologiske. Et slikt perspektiv vil ikke innby til dialog og vil kunne være hemmende for å skape tillit og en god relasjon til bruker. Terapeuten lager en beskrivelse i sitt språk som gir grunnlag for den videre behandling. I et innenfra- perspektivet vil imidlertid hjelper og bruker være begge deltagere. Brukeren har særlige erfaringer om sitt eget liv og tjenesteyter har erfaringer med å snakke med brukere. Sammen må de finne ut hvordan de skal samarbeide. I en innenfra-praksis så vil bruker og hjelper snakker om det som ligger innenfor rammen av klientens interesser og muligheter (Andersen 1996). De er begge deltakere i dette samarbeidet. Med dette perspektivet for øye så

er det brukeren som skal legge føringer for hvordan en individuell plan skal utarbeides ut fra sine ønsker og muligheter. Målene i planen må samtidig være realistiske og gjennomførbare.

Men det kan bli problematisk dersom behandlere opptrer som om de har fasiten og bruker det de vet til å styre brukeren i den retningen de mener er den mest gunstige. Det er brukeren som er ekspert på sitt eget liv og som vet hva som kjennes riktig, så de rette svarene må skapes i *samspill* mellom bruker og behandler (Andersen og Karlsson 2011). Som en italiensk professor har uttalt om psykiatrisk behandling: *-den tid er forbi når fagfolkene alene avgjorde hva som er god behandling* (ibid). Hvem og hva som skal være avgjørende for å vurdere om hvorvidt målene i planen er realistiske, kan også være et dilemma det kan herske ulike meninger om. I den selvbiografiske boken til Arnhild Lauveng ”i morgen var jeg alltid en løve” (2005) fortelles det om hennes tidligere liv som psykiatrisk pasient med et ti år langt forløp inn og ut av psykiatrisk sykehus. Hun hadde schizofreni diagnose og fremsto som svært psykotisk og selvdestruktiv. Da hun fortalte til behandlere at hun hadde et ønske om å bli psykolog, ble det betraktet som et utslag på hennes galskap (Lauveng 2005). Lauveng ble til slutt tatt på alvor og utdannet seg til psykolog. Hennes historie viser at brukerens stemme må bli tatt på alvor selv om det kan virke som om målene er store og langt fremme. Vi må være støttende og la håpet leve.

I en studie om individuell plan i kommunalt psykisk helsearbeid utført av Vold Hansen(2007) blir det konkludert med at selv om tjenesteytere er positive til å gi tjenestemottakerne innflytelse på utformingen av tiltak, så er det få av tjenestemottakere som klarer å benytte seg av denne muligheten. Han trekker frem at for å bedre på denne situasjonen så må det fokuseres mer på økt bevissthet om ordningen og hensikten med den(Askheim og Starrin 2007). Noe av forklaringen kan kanskje ligge i at når personlige ting skal nedfelles i et dokument så kan det føre til en avpersonalisering og slik skape distanse og et hinder for det relasjonelle. Studier har vist at en manualisering av problemer kan ha negative effekter på terapiforholdet (Andersen & Karlsson 2011). Det kan være vanskelig når det blir uenigheter i målsettingene mellom tjenesteyter og mottaker. Individuell plan skal inneholde mål, ressurser og behov for tiltak som er aktuelt for bruker. De konkrete tiltakene som planen inneholder bør også kunne være varierte og mangfoldige, ifølge psykiatrisk psykepleier Trefjord (2004). Man trenger ikke bare ha med det som angår helse, men man kan også ha med generelle livsområder som arbeid (eller passende aktivitet), utdanning, bolig, fritidsaktiviteter, sosialt liv og økonomi. Individuell plan må også kunne inneholde brukerens drømmer og visjoner

(Trefjord og Hatling 2004). Dersom brukeren drømmer om å få seg en kjæreste, kan for eksempel en støttekontakt eller andre ta vedkommende med på en sosial tilstelning. Brukerrollen vil bare utgjøre en liten del av livet, men for å kunne leve et aktivt liv, er det viktig å få den hjelpen en trenger og de tjenestene en har behov for. Det kan være et dilemma når hjelpetrengende skal oppfattes som uavhengig samtidig som han har behov for profesjonell hjelp (Anderson og Karlsson 2011). Derfor er det viktig å ha en lyttende holdning og være tålmodig slik at brukeren kan få den tiden han trenger til å selv formulere hva han trenger hjelp til. Dersom planen skal være forankret i tjenesteyterens virkelighet og basere seg på diagnostisert sykdom uten å ta hensyn til brukerens vurderinger og medvirkning vil det stride mot planens hensikt og mål (ibid). Et av planens mål er å gjøre brukeren aktiv og styrende i sin egen bedringsprosess, noe som krever en endring i rollen som passiv bruker til en aktiv bruker. Dette innebærer at man *tar* ikke medisiner, men man *braker* medisiner når en kan ha nytte av det. Man *legges ikke inn* på sykehus, men *braker* sykehuset hvis en trenger det, og man *mottar* ikke behandling, men en *braker* terapeuten/psykiateren og hans eventuelle kompetanse (Ibid).

Man må passe seg for å ikke bli korrigerende på en oppdragende måte, eller tar ansvaret fra personer man skal hjelpe. Internasjonal forskning viser at psykiatriske sykepleiere har utviklet en oppdragende og korrigerende praksis i møte med utfordrende atferd, preget av en ekspertrolle som innebærer monolog med pasientene (Karlsson, 2010). Det går ofte igjen i litteraturen at sykepleierne beskriver pasientene med begreper som at de ikke er samarbeidsvillige, de er manipulerende, splittende, kverulerende, oppmerksomhetssøkende og liknende (ibid). Et slikt egenskapsfokus og disiplinierende opptreden fra hjelperens side kan bidra til at behandlingssituasjonen låser seg. Psykiatrien har vært preget av at behandlere har hatt en ekspertrolle der en alltid synes å vite hva som er best for pasientene. En slik ekspertrolle har blitt beskrevet som ”å være påståelig”, ”å handle kategorisk”, og ”å definere pasientene” ved å tilskrive dem negative egenskaper (Karlson 2010). Ved en slik tilnærming vil ofte interaksjonen mellom behandler og pasienten låse seg. Ved å påta seg en distansert profesjonell rolle som ”vet best”, blir ikke pasienten anerkjent som kompetent i sitt eget liv. Undersøkelser viser at livsproblemer, som at de var uten jobb, venner, enslige, avhengig av foreldre, trygdemottakere, unge og med hyppige sykehusinnleggelse, er sterke medvirkende faktorer til opplevelsen av egen tilstand og sosial status (Andersen og Karlson 2003).

Den sosiale interaksjonen vil alltid foregå innenfor visse rammer gitt av samfunnet, med regler, normer og roller som regulerer samhandlingen(Askheim 2012). I dette rollespillet vil man handle strategisk ut fra de rollene man er tildelt i situasjonen. Som hjelper skal man utfylle rollen som systemets representant i sitt møte med brukeren. Dette krever av brukeren orienterer seg mot hjelperen som systemets representant i sitt møte med han/henne. Dersom disse forventningene oppfylles, så vil det være en felles oppfatning om hvordan situasjonen skal defineres(ibid). Men det kan også være tilfeller der brukeren bryter med hjelperens forventninger av situasjonen og anvender mot-strategier for å få sin definisjon av situasjonen gyldiggjort. Aktørene kan her gå inn i samhandlingssituasjoner der de ut fra sine ulike roller lett vil opptre strategisk basert på hvilke forventninger de har til hverandre(ibid). Det blir et spill der både bruker og hjelper ønsker å få sin definisjon av situasjonen til å bli gyldig. De ansatte ved velferdsorganisasjonene setter ord på problemene og kategoriserer dem. Individets problemer blir i dette perspektivet endret og tilpasset organisasjonens problemkategorier, regler, rutiner og tiltaksrepertoar(ibid). Dette kan for eksempel være årsaks-virkning-forhold, og hva som anses som god eller dårlig behandling. I møtet mellom bruker og institusjon vil ikke bare brukerens problemer bli definert, men også *produseres* og *konstrueres* med institusjonens kategorier(ibid). Dette medfører en maktrelasjon der tjenesteyter sosialiserer brukeren til organisasjonens forventninger og prioriteringer.

Omsorgsarbeideren må søke rettledning i tidligere erfaring, samtidig som man må være åpen for det ikke-før-erfarte i denne pasientens situasjon. For å forstå pasienten vil det også kreve at vi som omsorgsarbeider har evne til empati, vår følelsesmessige evne til å blir berørt av den andres berørthet. Dette vil være noe annet en ren kognitiv registrering av om pasienten har det slik eller slik. Empati innebærer en deltagelse i den andres opplevelse, til forskjell til at jeg betrakter den andre fra utsiden. Skjervheim beskriver i sitt essay ”deltakar og tilskuer” det forhold der man betrakter den andre fra utsiden, da objektiviseres den andre ( Skjervheim 1996). Ved å observere og diagnostisere uten å gjøre seg kjent med personens kontekstuelle omgivelser og problemene slik som pasienten opplever dem i sin hverdag, vil han gjøres om til et faktum.

## 6.3 SAMARBEID MELLOM DPS OG KOMMUNE

### 6.3.1 Empowerment og tverrfaglig samarbeid

Organisasjoner vil på ulike måter utøve makt og være regulert av ulike lovverk og regler med ulike målsettinger. Vårt samfunn er preget av en sterk differensiering og spesialisering av organisasjonene. De ulike organisasjonene er også ofte dominert av bestemte profesjoner som har gjennomgått en bestemt sosialisering og som derfor vil forstå og konstruere problemene på bestemte måter(Askheim 2012). Det fremkom i studien at mange av de problemene som pasientene fikk hjelp til når de var innlagt i DPS var ikke alltid overførbare når de ble kom hjem og skulle få hjelp av kommunen. Dette vil innebære at pasienten må forholde seg til ulike organisasjoner og tjenesteytere som ivaretar ulike sider ved livet, men som har avgrenset ansvar for helheten og som kanskje forstår og definerer problemene på ulike måter(ibid). Som en bivirkning til dette er det skapt et uoversiktlig og oppsplittet velferdssystem. Den spesialiserte fagkunnskapen som tjenesteytere innehar vil kunne skape uenighet om hvilke former for behandling, trening og opplæring som vil være til beste for den enkelte bruker(ibid). Samarbeidsperspektivet har hatt fokus på de organisasjonsmessige utfordringene, og hvordan organisasjoner og fagpersoner kan samarbeide bedre. Det har vært fagpersonenes kunnskapsgrunnlag og kunnskapsutvikling som har hatt hovedfokus. Innenfor dette samarbeidet kan det ses ut som at brukernes plass har fått liten oppmerksomhet(ibid). Det må kunne sies å være et paradoks at opptattheten av å få til en felles tilnærming til brukerne blant fagpersoner kan innebære at brukerne glemmes. Skal kunnskapen som brukerne selv innehar om sin situasjon vies oppmerksomhet og legges inn som et viktig bidrag til den tverrfaglige innsikten, må vi kanskje endre på den forståelsen vi har til den faglige delen, og legge til brukermedvirkning og ikke-faglig innsikt. Ettersom brukermedvirkning er blitt en mer fremtredende målsetting, kan det stilles spørsmål til om ikke det trenges et nytt begrep til det tradisjonelle tverrfaglige samarbeidet(ibid).

Det kan virke som om at brukermedvirkning og myndiggjøring av brukerne på den ene siden og økt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid på den andre siden kan stå i motsetning til hverandre(ibid). For at tverrfaglig samarbeid og samordning skal lykkes vil det kreve noe mer enn et tilfeldig sak til sak-arbeid. For å sikre kontinuitet og motvirke personavhengighet må det utvikles en relativ sterk grad av formalisering(ibid). Dette innebærer at målene ikke kun kan være relatert til den enkelte virksomheten og profesjonen. For at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere godt vil kreve forpliktelser og lojalitet overfor felles mål og



beslutninger fra de ansatte, og organisasjonene må stå sammen og forplikte seg til det de har blitt enige om(Askheim 2012). Konsekvensen av dette vil profesjonsutøvernes lojalitet til disse feller beslutninger og forpliktelser overskygge lojaliteten til brukerne. Dermed vil dette kunne føre til at institusjonsmakten som de ulike instansene i det offentlige er tillagt og forvalter øker, og brukernes innflytelse blir svakere(ibid). En formalisering vil også kunne føre til at tilnærmingene blir mindre fleksible og mindre tilpasset individuelle behov og enkeltsituasjoner. For brukernes del kan det bli til at de møter en organisasjon som står sterkt samlet og som oppleves som lite lyttende, byråkratisk og der det oppleves som vanskelig å få gjennomslag for egne standpunkter(ibid). En slik samordning av tjenestene kan dermed være lite tjenlig for brukerne og framstår med motstridende budskap. For at den rådende forståelsen av tverrfaglig og tverretatlig samarbeid skal kunne bli utfordret, må brukerperspektivet og maktproblematikken trekkes inn i debatten om tverrfaglighet(ibid). Individuell plan kan betraktes som et forsøk på å forene de to motstridende målsettingene, med tverrfaglig og tverretatlig samarbeid på den ene siden og brukermedvirkning på den andre. Hvorvidt man har lyktes med dette kan det være ulike meninger om. I artikkelen til Ørstadvik (2008) stiller hun seg kritisk til at innføringen og lovfestingen av individuell plan ikke har blitt tatt tilstrekkelig i bruk av mange tjenester, og mener dette skyldes et manglende kulturoppgjør der noen skulle få mindre makt. Det kan se ut til at kulturen i de ulike organisasjonene er sterkere enn statlige føringer, lover og rettigheter (Ørstadvik 2008).

### **6.3.2 En tidkrevende prosess**

Arbeidet med å skulle starte opp med IP kan være både tid- og ressurskrevende og funn i studien viser til at dette kan være en av grunnene til at den blir lite brukt innenfor DPS. Når arbeidsoppgaver og saker står i kø, kan det være lettere og mer effektivt å ta beslutninger uten å involvere brukerne unødige(Askheim 2012). Et av problemene med å starte opp med individuell plan er at det utløser en rekke faglige oppgaver som det ikke fattes noen beslutninger på om hvordan disse skal løses (ibid). Når planene ikke inneholder hvordan arbeidet konkret skal organiseres, eller hvordan administrative rammebetingelsene og arbeidsoppgaver skal fordeles, kan det lett bli til at planen bare blir liggende ”i skuffa”. For at brukere skal kunne definere hva som er problemet og hva de trenger hjelp til samt å sette opp mål for sine fremtidsplaner, må det settes av tid til dialog. Økte effektivitetskrav og knapphet på tid og ressurser har skapt et press og vanskeligere arbeidsforhold for mange arbeidstakere innenfor helsesektoren. Det fremkom i denne studien at det kan ligge mye arbeid i å utarbeide en IP og at det var en tidkrevende prosess. Trefjord og Hatling (2004) har i

forbindelse med individuelt planarbeid, kartlagt noen viktige forutsetninger for å lykkes med samhandling mellom bruker og tjenesteyter. Det første er *tillit* og *relasjonsbygging*. Så må man ha *åpenhet* og *likeverd*. Til slutt så må man ha *tid*. Studien viste også at det er viktigere med brukermedvirkning enn fremdrift i planarbeidet (ibid).

### **6.3.3 DPS og tverrfaglig samarbeid**

Det fremkom av denne studien at det kunne være utfordrende å få til et godt samarbeide mellom DPS og kommunene. Hvordan man forstår samarbeid og hva man legger i et godt samarbeid kan være forskjellig innenfor de ulike instansene og den kulturen man er en del av. Informantene uttrykker at det kan være vanskelig å finne ut hvilke avdelinger man skal kontakte, og hvem som har ansvar for hva i de mange ulike sakene. I psykisk helsearbeid brukes ofte begrepene tverrfaglig og tverretattlig samarbeid. Målet for tverrfaglighet er ikke bare å arbeide sammen, men å utvikle ny viten, en merviten, som den enkelte fagperson ikke kan utvikle alene (Skårderud 2010). De ulike profesjonene vektlegger ulike aspekter ved brukerens liv noe som ofte fører til et bestemt behandlingsmønster hos ulike behandlere i helsetjenesten. Mennesker med psykiske lidelser har ofte sammensatte vansker som får følger for selvfølelse, relasjoner, sosiale og yrkesmessige funksjoner og kroppslige uttrykk (Iversen 2013). De forskjellige nivåene i helsetjenesten har forskjellige oppgaver og ulike metoder i arbeidet med brukere, noe som kan være med på å gjøre samarbeid mellom nivåene utfordrende. Spesialisthelsetjenesten har som mål å behandle symptomer og kommunehelsetjenesten mer fokus på funksjonsnivå og mestringsevne (Storm 2009). Ulike perspektiver på pasientens omsorgsbehov og ulik forståelse av pasientens problemer, kan medføre uenighet om hvordan arbeidsfordelingen mellom nivåene skal og bør være. Dette kan gi ulike forventninger eller mangel på forventninger til hverandre og medføre unødige samarbeidsproblemer mellom partene.

Den norske velferdsstaten er preget av store og formelle organisasjoner. En slik type oppdeling medfører at man kan spesialisere seg på et avgrenset område, og slik bli mer effektiv i det man gjør. Problemet her er at mottakere av tjenester og produkter ønsker et helhetlig produkt. For å kunne skape et helhetlig produkt fordrer det at delene fungerer sammen. Effektiviteten til en organisasjon vil ikke bare være avhengig at man greier å spesialisere seg, men at samordningen av tjenesten fungerer (Iversen 2013). Dette vil nok kreve et større og omfattende reformarbeid med kreative løsningsforslag, om det i det hele tatt

lar seg gjøre. Et tverrfaglig samarbeid vil ikke bety at alle gjør det samme, men er basert på at hver enkelte faggruppe har sine spesifikke kunnskaper (Larsen 1994). De ulike yrkesgruppene vil da kunne bidra med sitt spesifikke bidrag og være berikende for utviklingen av psykisk helsetjeneste. Men det kan også by på sine problemer og utfordringer innenfor et oppsplittet og uoversiktlig velferdssystem. Som en konsekvens av tverrfaglighet kan fagligheten ”tørke ut” og skape en faglig maktkamp med uklare ansvarsforhold (ibid).

Å være faglig er det motsatte av å synse og arbeide ut fra tilfeldigheter, og finnes på flere nivåer. En årsak til samarbeidsproblemer både når det gjelder tverrfaglig og tverretatlig samarbeid kan være som følge av at fagligheten ikke er nivåbestemt. Det kan være betydelig nivåforskjell mellom en person med treårig høyskoleutdanning og en person med en seksårig spesialisert akademisk utdanning. Da kan nivåforskjellen bli for stor eller utydelig (ibid). En annen viktig side ved det å være faglig er at man som fagperson har innsyn i muligheter og begrensninger. Mangler man innsyn i de faktiske begrensningene vil ens synspunkter bare bli synsing (ibid). Hva ens faglighet skal brukes til er også av betydning for hvordan et samarbeid utarter seg. Skal man for eksempel fatte raske beslutninger vil kanskje ikke et tverrfaglig samarbeid være det mest funksjonelle i og med at tverrfaglighet er basert på konsensus, og derfor ikke har en klar og ikke-hierarkisk beslutningsstruktur (ibid). Det kan også være et spørsmål om hva slags faglighet og på hvilket nivå. Det kan for eksempel være et tverretatlig samarbeid der kompetanseforskjellen er for stor, da kan det være vanskelig å innfri premisset om likeverdighet (ibid).

Noen ganger kan diskrepansen mellom samarbeidspartene være for stor og føre til frustrasjon, og da kan det lett oppstå *tverr* faglighet (ibid). Larsen beskriver begrepskjennetegnene ved *tverr* faglighet som mangel på realisme, lav grad av faglighet, mistenksomhet, bedre vitende og oppgitt selvgodhet. Fordelene med en *tverr* faglighet er at man beskytter egen faglige selvfølelse og bevarer bildet av seg selv som den eneste gode hjelper. Man slipper å tenke nytt og man kan bevare sine fordommer og stereotyper. *Tverr* faglighet trenger ikke nødvendigvis bety at det er noe galt med den som er tverr, men det kan også være at samarbeidet er tuftet på urealistiske og idealiserte forestillinger om at man kan samarbeide uansett oppdrag, mål, nivåforskjeller og samarbeidsstrukturer (ibid). Men resultatet av en *tverr* faglighet vil som regel bety at brukeren får dårlig og ineffektiv hjelp, og samarbeid blir umulig. Det fremkom i studien at det kan være enkelte problemer som ikke lar seg overføre fra spesialisthelsetjenesten og ut til kommunene, og motsatt, det som pasienten sliter med

hjemme kan være vanskelig å gjøre noe med mens han er innlagt på institusjonen. Det som Seikkula (2013) kaller for *grenseoverskridende problemer*. Det dreier seg om de problemer som ikke kan kategoriseres i henhold til faglige profesjoner og ansvarsområder og som ikke passer inn i organisatoriske systemer (Seikkula og Arnkil 2013). Dette kan vise at det er behov for å krysse grenser og behov for et mer nettverksorientert system i institusjonspsykiatrien.

Likhet og harmoni alene kan lett føre med seg en gjenskapning av tidligere mønstre og dermed stå i konflikt med en dynamisk endring og nyskaping av tjenestene (Iversen 2013). Innenfor DPS vil det være de fellesfaglige prinsipper som er dominerende, og behovet for konsensus vil da kunne gå på bekostning av nytenkning og utvikling. Ulikheter og forskjeller kan gi spenninger som lettere kan introdusere nye synspunkter og perspektiver, og samtidig skape positive endringer. Dette kan være med på å føre til en endring i menneske- og samfunns syn på pasienter, brukere og borgere, på behandling og faglig tenkning, årsaksforhold, problemer og mulige løsninger (Ibid). I et tverrfaglig samarbeid vil det kunne oppstå trusler mot profesjonell identitet og muligheter for misforståelser, spenninger og konflikter. Det er da viktig å ha evne til å se og anerkjenne den/de andre og deres perspektiver og synspunkter, og heller bruke forskjelligheten til å tenke nytt og prøve å skape en positiv endring og utvikling.

Utviklingen av den psykiatriske helsetjenesten er preget av svært mange spesialiserte profesjoner, noe som fører til utvikling av mange forskjellige kulturer med ulikt kunnskapssyn og faglige tilnærminger. Psykisk helsetjeneste preges i hovedsak av de to paradigmene, fenomenologisk og biologisk tilnærming, og disse kan være motstridende og legge visse begrensninger på samarbeidet mellom de ulike profesjonene (Andersen og Karlsson 2003). I dette eklektiske samtaleklime kan det i noen tilfeller tilsløre både styrker og svakheter med de to perspektivene. Hvordan den enkelte behandler velger å hjelpe mennesker som søker hjelp vil ikke bare bestemmes av eget kunnskapssyn, men være styrt av en kontekstuell etikk. Fagtradisjoner og sentrale føringer av klinisk praksis vil alltid være til stede og sette rammer og påvirke profesjonsutøvere til å ta bestemte valg. Det kan oppstå dilemmaer når en beholders etiske preferanser baserte på et spesifikt kunnskapssyn dikterer andre handlinger enn hva de kontekstuelle rammene tilsier (ibid). I dette eklektiske paradigmet så ligger det altså en anerkjennelse av de ulike tilnæringsmåtene samtidig. Når de ulike faglige tilnærminger brukes samtidig i praksis, så er ikke det helt uproblematisk. De ulike paradigmene vil drive den psykiatriske organisasjonen i motsatte retninger. Kravene til

arbeidsutførelse og organisering er så ulike, og en eklektisk psykiatri kan fremstå som konfliktfylt der maktkamper mellom de ulike tilnærmingene blir resultatet(ibid).

Det har vært påpekt svakheter ved lovhjemlingen til individuell plan. Dette kan relateres til uklarheter knyttet til hvem som har hovedansvaret for å forankre en individuell plan av spesialisthelsetjenesten eller kommunen. Denne tvetydigheten rundt hvem som har ansvaret for å starte opp med planen kan også skyldes at individuell plan har ulik ordlyd for å beskrive i hvilke tilfeller tjenestemottaker har krav på en plan. I psykisk helsevernloven § 4-1 skal *institusjonen utarbeide en individuell plan for vernet*. I kommunehelsetjenesteloven § 6-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 er kravet om at det *skal utarbeides individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud*. I lov om sosiale tjenester § 4-3 sies det at sosialtjenesten *i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder* (Almvik & Borge 2006). En ulik formulering for å beskrive i hvilke tilfeller tjenestemottaker har krav på en plan, kan vanskeliggjøre samarbeid og ansvars plassering mellom første- og andrelinjetjenesten (ibid). Ifølge forskriftene så vil det være kommunen sitt ansvar å sørge for at det blir utarbeidet en IP, og koordinering av planarbeidet. Når helseforetaket ser behov for en IP som omfatter tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, skal de medvirke kommunens arbeid med IP (Lovdata §18). Helseforetaket vil også ha ansvar for å gi melding om pasienters behov for IP og koordinator, jf. helsepersonelloven §38a. Dette vil innebære at helseforetaket, her DPS, vil ha en meldeplikt til kommunene når det avdekkes behov for IP(ibid).

## **6.4 ORGANISATORISKE RAMMEBETINGELSER**

### **6.4.1 Behandling i DPS**

Miljøterapi vil i tillegg til medisiner være viktigste behandling som gis i DPS. I miljøterapi vil relasjoner mellom mennesker og omgivelsene være det sentrale. Det dreier seg om mennesker i et fysisk rom der holdninger, postkultur, fysiske rammer skapes av menneskene i rommet. Den enkelte pasient sitt sykdomsbilde blir faglig vurdert og behandlingstiltak blir så satt med utgangspunkt i fem terapeutiske funksjoner: beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring (Skårderud 2010). I miljøterapi er relasjonen bruker-hjelper i fokus. Det som skjer i forholdet mellom de to og rammene rundt står sentralt i den miljøterapeutiske behandlingen. Lars Thorgaard har skrevet om relasjonsbehandling i psykisk helsevern og

vektlegger det å skape gode relasjoner og bruke samtalen som verktøy (Thorgaard 2006). I tillegg vil det være viktig å anvende systematisk kunnskap for å la brukeren medvirke i egen sykdom ved å gi ansvar til brukeren og samarbeide om mestring av konsekvenser som sykdommen har. Relasjonsbehandleren må gi mulighet for vekst og modning i en hver samtale og et hvert samvær (ibid). Det fremkommer i studien at det legges stor vekt på at pasientene skal få medvirke til sin egen behandling. Det legges også her tilrettelegge for at pasientene får være med på og bestemme ulike aktiviteter som foregår på avdelingen. Dette kan gjelde friluftaktiviteter, ulike typer av trening på aktivitetsrom, musikk, kunst og håndverk/håndarbeid. I en kultur som setter personer i stand til sosial deltagelse vil være i tråd med den salutogene tilnærmingen, og være med på å styrke SOC.

Det stilles forventninger til behandler både fra samfunn og bruker til at det gis best mulig behandling, og samtidig må det tas hensyn til den sykes familie og eventuelle barn. Dersom den som er psykisk syk har manglende sykdomsinnsikt, kan man som behandler havne i en situasjon der krav og forventninger ikke er forenlige, eller har noen gode løsninger. Sykepleier vil i praksis anvende sin generelle kunnskap i tillegg til de handlingsregler som er nedfelt innenfor den aktuelle institusjonen. Samhandlingen mellom de profesjonelle og pasientene vil være regulert av de sosiale kontekster som eksisterer i institusjonen, situasjoner og aktiviteter som skjer der. Det vil være institusjonelle *rammer* som regulerer praksis og samhandling mellom deltagerne (Måseide 2008). Rammene er med på å styre forståelsen av våre egne og andres aktiviteter innenfor institusjonen. Det kan dreie seg om forskjellige rammer i forskjellige situasjoner og det kan være flere rammer tilstede samtidig. Når vi definerer en situasjon så innebærer det å sette rammen på plass (ibid). Rammene kan skifte etter hvilke deltagerstatus som er aktivisert, og slik være med på å karakterisere samhandlingssituasjonen. En vanlig samhandlingsform i institusjonen, som også har vært en del kritisert, er at pasienten her blir objektivisert og redusert til en sykdom, kropp eller kroppsdel. Når pasienten blir tingliggjort på en slik måte, gir det mulighet for helsepersonell å distansere seg. Pasientene blir bare en diagnose man skal handle instrumentelt med. Innenfor denne rammen av faglige regler som er med på å strukturere arbeidet, vil man også ha delegert myndighet til å utøve skjønn (Grimen og Molander 2009). Myndigheten til å utøve skjønn vil ha visse begrensninger og ettersom det er en form for resonering krever det også tid for å kunne vurdere hva som bør gjøres i konkrete enkelttilfeller.

## 6.4.2 DPS som en pedagogisk enhet

Studien viser til at det kan være utfordrende å overbevise pasienter om at IP kan være et godt verktøy. Funn i studien tyder på at det er en del usikkerhet rundt hva planen skal inneholde og hva som er hensikten med den. I veilederen ”-med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen” står det at DPS skal fremstå som en lærende organisasjon. For å utvikle organisasjoner som kan tilpasse seg de økende krav til endring og fleksibilitet vises det her til at DPS bør legge større vekt på perspektivet *organisatorisk læring*. Dette ses på som nødvendig for å få til fornyelse og stimulering til gode endringsprosesser (Sosial- og helsedirektoratet 2006). I en lærende organisasjon vil det pågå et kontinuerlig forbedringsarbeid og kontinuerlige læringsprosesser på individ- og organisasjonsnivå (ibid). Det har i flere sammenhenger blitt pekt på at det psykiske helsevern i dag ikke fremstår som lærende organisasjoner. For å nå intensjonene i Opptrappingsplanen vil det være nødvendig å arbeide med kulturendringer av dagens organisasjoner. For å skape organisasjonskulturer som tilrettelegger læring må ledere kartlegge og eliminere de faktorer som hindrer at kontinuerlig læring kan finne sted (ibid). Som helsefagutøvere utøver vi pedagogisk arbeid uten alltid å være seg bevisst at det er det vi gjør. Vi er pedagoger når vi bidrar til at den andre selv oppdager sine iboende ressurser. Samtidig som vi utøver pedagogikk er vi også selv utsatt for pedagogisk påvirkning (Dalland 2010). Vi blir hele tiden informert eller belært og vi blir stadig forklart noe selv om vi ikke deltar i noe organisert undervisning. De pedagogiske utfordringene til helsearbeidere handler om å få pasienten til å forstå hva som skjer med dem og hjelpe dem til å utvikle handlingsredskap slik at de greier å bedre en vanskelig livssituasjon, og mestre livet og hverdagen sin bedre (ibid). Å utøve pedagogikk indikerer et lederskap og har til hensikt å påvirke mennesker, og å påvirke vil si å endre menneskelig aktivitet (ibid). Denne endringen har til hensikt å føre til en handling som resulterer i noe ønskelig. For å kunne forstå forskjellige menneskers livssituasjoner er det nødvendig med kunnskaper fra mange områder. Man må kunne ha innsikt i det miljøet mennesket lever i og de forhold som påvirker levekår og muligheter for livsmestring. En pedagogisk handling vil kreve kunnskap fra fag som filosofi, psykologi samt andre ulike samfunnsfag for å kunne forstå og sette seg inn i en kompleks livssituasjon (ibid).

Det pedagogiske arbeidet handler om å legge til rette for og lede menneskers læring, mestring og personlige utvikling (ibid). Vi høster erfaring hele tiden gjennom våre tanker, følelser og opplevelser. De gir oss læring om vår egen situasjon og vår evne til å mestre den.

Undersøkelser har også vist at informasjon og undervisning om sykdommen har stor betydning for selvidentitet og forståelsen av egen situasjon. Psykiske lidelser representerer komplekse og mangesidige fenomener. For å forstå psykiske lidelser kreves det ydmykhet, undring, dialog og refleksjon. Disse grunnpilarene må også prege det pedagogiske møtet med det psykisk lidende mennesket (ibid). Den tradisjonelle opplæringen fra fagfolk for å endre på livsstil, kan imidlertid se ut til å ha begrenset virkning (Askheim 2012). En har måtte erkjenne at det er pasienten selv som må være motivert til endring og må mobiliseres med utgangspunkt i egen livssituasjon og eget verdigrunnlag. Endringene bygger på pasientens initiativ, valg og beslutninger. Fra å vektlegge planlagte, målrettet påvirknings- og opplysningsarbeid, har perspektivet dermed dreid seg mot empowerment av pasienten (ibid). Dette innebærer at man involverer pasienten gjennom dialog, medvirkning, og ressursmobilisering. Oppmerksomheten dreies bort fra pasientenes problemer rettes mot pasientenes behov, ressurser og preferanser.

### **6.4.3 Medisinering av problemer**

Historiene til psykiatrien er mange og ofte uhyggelig lesning. Det har vært gjennomført mange ulike uvitenskapelige behandlingsformer opp gjennom tidene, lobotomering, fjerning av tenner og indre organer, isolasjon, forsøkskaniner for utprøving av medisiner, stigmatisering og kategorisering, for å nevne noe. De første legene som begynte å bruke antipsykotika, dokumenterte effekten som medisinen hadde på hjernen som en "kjemikal lobotomi". Dette anså de for å være en bra ting og en medisinsk suksess (Whitaker 2010). Det fremkommer i studien at medisiner er en viktig del av behandlingen i DPS. Svært mange av pasientene med alvorlige psykiske lidelser som blir innlagt ved DPS blir satt på ulike typer av medisiner. Medikaliseringsprosessen har ført til at medisinen har fått stor betydning for forståelse av sykdom og helse i samfunnet og stor makt til å definere hva som regnes som normalt eller sykdom (Norvoll, 2002). Legene har reseptblokken som sitt fremste arbeidsredskap og praksis er basert på systematiske diagnoser, laboratorieprøver og medikamentell behandling. Vi snakker om diagnoser som den naturligste og mest inneforståtte ting i verden uten å reflektere over at dette representerer et faglig perspektiv med et syn på mennesker, på behandlingen og på hjelperen selv. Virkelighetens forståelsesmuligheter er mangfoldig, og en slik erkjennelse vil bryte med et ensidig modernistisk, sannhetssøkende kunnskapsideal (ibid). Dagens psykiatri drives av et ønske om å anerkjennes som en medisinsk spesialitet, og for å oppnå dette har de tatt opp et paradigme som er parallelt med indremedisinens (ibid). Kritikken for den utstrakte bruken av



antidepressiva er at det kan signalisere at det er sykt å være trist og at vanskelige situasjoner og problemer kan medisineres bort. I takt med medisinske fremskritt er befolkningens tiltro til og bruk av medikamenter ekspandert. En stor del av den medisinske forskning skjer på legemiddelindustriens regning. De er store aktører på det psykiske helsetjenestefeltet og har stor innvirkning på utviklingen og forskningen som skjer innenfor feltet. Fremdeles vet vi lite om nevrovitenskapen og hjernens mysterier. Biologi er nødvendig som en del av psykiatriens teori og praksis, men den vil ikke kunne gi en fullgod sykdomsforklaring eller gi uttømmende retningslinjer for behandling. Psykiske lidelser kan ikke beskrives like spesifikk som hjerteinfarkt eller brystkreft. Man kan ikke se bort ifra det mentale eller la være å snakke med folk. Det finnes ikke ett entydig svar på spørsmålet om hva som forårsaker psykisk lidelse, de fleste sykdommer har ikke enkle eller enkeltstående årsak. Når personer utvikler et negativt selvbilde kan det skape en følelse av mislykkethet og depresjon, og leder ofte til at personer isolerer seg fra sosiale sammenhenger.

Personer med alvorlige psykiske lidelser opplever ofte tendens til avpersonalisering, der vedkommende blir så oppslukt av stigma slik at omgivelseene bare ser sykdommen og ikke personen. Sykdommen kan slik overta og redefinere personens identitet på en fundamental måte. Det blir ikke en sykdom man har, men noe vedkommende er. En slik skade i selvet vil få betydning for prognose og forløp (Ibid). Et sentralt spørsmål i hva som skyldes et kronisk forløp, er hvorvidt det skyldes skade i individet selv, eller om det skyldes reaksjonen fra de sosiale omgivelsene eller hvordan disse to innvirker på hverandre (ibid). Problemene som mennesker med alvorlig psykisk lidelse opplever i sin hverdag faller som oftest ikke inn under ”symptomene” i en snever diagnosemodell. Når man ser på diagnosen schizofreni fra et biomedisinsk ståsted, er medisiner og pasientens etterlevelse (compliance) vektlagt. Det kan være lett å forstå at pasientens motivasjon for å opprettholde håp kan bli redusert i en slik kontekst. I et salutogent perspektiv retter man oppmerksomheten mot pasientens egen opplevelse og fokuserer på egen historie, egne ønsker og erfaringer her og nå. Hvis medisiner blir brukt så er det for å støtte pasientens prosess for å nå sine mål (Langeland 2014).

#### 6.4.4 Implementering av ny praksis

Det fremkom i studien at det ikke var blitt gjennomført noen form for undervisning om IP og at det var sjelden det ble tatt opp som tema i avdelingen. Dette skapte også en del usikkerhet i forhold til det å skulle starte opp med planen. I følge Seikkula og Arnkil (2013) så vil kravet om universelle forklaringer og eksperimentelle forsøksmodeller stamme fra et ønske om å kontrollere behandling og annen praksis på avstand. Dette innebærer at man delegerer beslutningsmyndigheten til regionale eller lokale instanser, samtidig som man ønsker å kontrollere praksis. Implementering av en ny praksis handler om å duplisere, gjenta en undersøkt praksis (ibid). Men det betyr ikke at den automatisk blir standarden. Med et slikt syn på implementeringen vil man ignorere at hvert eneste steg på veien i denne prosessen er politisk betont. Innføring av ny praksis vil kreve forhandlinger, valg, prioriteringer, beslutninger, variasjoner, tilpasning til lokale forhold (ibid). Det dreier seg om en politisk prosess som vil kreve god ledelse, robuste relasjoner mellom instans eller profesjonsutøvere som mottar pasienter og god lokal nettverksbygging i lokalsamfunnet. Det vil i denne prosessen være mange ulike interessekonflikter og utallige aktører som gjør at praksis spres på mange og svært forskjellige måter (ibid). En måte som er dominerende i dagens system ved implementering av ny praksis er at det er pasientene som er objekter for intervensjon, mens fagpersonene er subjekter. Fagpersonene er objekter for implementeringen og forskere og utviklere er subjekter. Og lokale aktører er objekter for spredning mens sentrale myndigheter er subjekter (ibid). For å kunne være i dialog med hverandre vil det forutsette at man er subjekter på alle nivåene: pasientene er medprodusenter av tjenestetilbudet og resultatet av det. Fagpersonene må få være medforskere og medutvikler av praksis. Til slutt så må de lokale aktørene være i dialog med aktører på andre steder, med sentrale myndigheter som tilrettelegger og partner. Det er ikke bare det administrative apparatet som søker å styre kontekster på avstand. Legemiddelselskaper har en enorm inntjening og er en sentral aktør på helsefeltet. Disse vil sammen utgjøre heterogene elementer som sammen danner et *dispositiv* (Seikkula og Arnkil 2013). Foucault brukte begrepet *dispositiv* for å beskrive og analysere hvordan aktivitetene som styrer praksis og tenkemåte, knyttes sammen innenfor gitte aktivitetsområder og sier:

*”Det jeg forsøker å fange med dette begrepet, er først og fremst en fullstendig heterogen kombinasjon av diskurser, institusjoner, arkitektur, lovgivning, forskrifter, administrative tiltak, vitenskapelige rapporter, filosofiske, moralske og filantropiske påstander- kort sagt, det sagte like mye som det usagte. Dette er apparatets elementer. Apparatet er selve systemet av relasjoner som kan etableres mellom disse elementene”*

Det man har sett er at det har vokst frem et dispositiv for praksiskontroll der felles interesser danner grunnlag for allianser og forbindelser mellom administrative, økonomiske og akademiske nettverk(ibid). Disse elementene er gjensidig avhengig av å skape en ensidig praksis på feltet og legitimerer dette gjennom lovnader om ensidig kontroll med årsaksfaktorer.

Da stortingsmeldingen 25, ”Åpenhet og helhet ”kom, viste den til feltets store problemer tilknyttet skam og fordommer, i en lukket og fragmentert tjeneste. På bakgrunn av denne melding fikk vi Opptappingsplanen året etter med penger, politikk og prioriteringer av psykisk helsevern. I en artikkel av Sunniva Ørstavik stiller hun seg kritisk til selve utformingen av Opptappingsplanen. Hun hevder i artikkelen at det er problematisk at de som er premissgiverne i opptappingsplanen også er de som burde endre sine tjenester, og at det er her snuoperasjonene og endringene burde komme. Det trekkes frem tre forhold som ikke ble tatt med i opptappingsplanen. For det første så ble ikke utfordringene knyttet til kunnskap og forståelse av psykiske lidelser tatt med. Fremdeles er det sykdomsbegrepet som råder som premiss for tiltakene i handlingsplanen. For det andre ble det ikke tatt noe konkret tak i kulturutfordringen som preger tjenesteapparatet. Fremdeles får historien om at fagfolk alltid vet mer enn pasienten selv dominere(Ørstavik 2008). Dette representerer en paternalistisk kultur. Og sist men ikke minst, fikk ikke makt- og avmaktforholdene noen konsekvenser i Opptappingsplanen (ibid). Dette gjelder for den iboende kontrollfunksjonen som psykiatrien har og om pasienter og pårørendes erfaringer med å ikke ha innflytelse. Man kan ikke øke makten hos en part uten at den andre parten gir noe av makten ifra seg. Det handler ikke om å bare gi makt til de som ikke har det, men å få de som har makten til å gi den fra seg. Ifølge Michel Foucault (1980) så finnes det maktrelasjoner overalt og er umulig å unngå: ”*En maktrelasjon er i seg selv verken god eller dårlig, men den kan være farlig- derfor må man på hvert eneste nivå vurdere hvordan kreftene i en slik relasjon kan kanaliseres på best mulig måte*”(Ibid;87).

#### **6.4.5 Maktaspektet innenfor de institusjonelle rammene**

Kunnskap er makt. Dette betyr at dersom pasienter får økt kunnskap om seg selv og sin behandling så vil det medføre til at de får større makt over sin egen situasjon. De psykiatriske institusjonene er bygd opp rundt kunnskap om psykiatriske lidelser og behandling. Dette har medført en sterk institusjonsmakt som har et stort handlingsrom for å kunne definere pasientens problemer og utforme behandlingstiltak for pasienten. Gjennom økt brukermedvirkning skal pasienten i større grad få ta ansvar for utforming og gjennomføring av sin egen behandling. Den hjelpesøkende kan lett komme i en underdanig posisjon til hjelperen. Det er ikke så lett å være i en maktposisjon ovenfor et annet menneske og mange hjelpere misliker denne posisjonen(Dalland 2010). Det er viktig da å ikke undertrykke denne realiteten, at man er i en maktposisjon, men være seg den bevisst og møte den andre med respekt. Mennesker med psykisk lidelse tilhører en stigmatisert pasientgruppe som ofte er blitt karakterisert som passive og lite motiverte for å motta hjelp. En slik oppfatning ligger nok langt tilbake i tid, i en behandlingskultur preget av eksperter. Historien til psykiatrien er ingen historie som kan sies å ha vært preget av samarbeid og deltagelse i egen behandling (ibid).

Språk er også makt. Skau skriver at det handler om retten til å definere (Skau 2013). Når profesjonsutøveren bruker et språk som pasienten ikke forstår kan det virke forvirrende og ydmykende og det vil bli et dårlig utgangspunkt for videre samarbeid (ibid). Det fremkom av studien at språket som ble brukt når man presenterer en IP kan virke fremmedgjørende på pasienten. Det kan være lett å glemme at det fagspråket som vi til daglig bruker kan virke fremmedgjørende for de pasientene vi møter. Når et menneske blir pasient, skjer det en språklig transformasjon, fra hverdagspråk til fagspråk(ibid). Problemene blir diagnostisert, mistenksomhet for en invadering i ens privatliv blir til paranoide trekk eller manglende samarbeidsvilje. Å få en diagnose kan for noen være en lettelse. Man får et svar på hva som feiler en, og man blir fritatt fra å være lat eller dum, og man kan få et håp om at behandling er mulig (Askheim og Starrin 2007). Men diagnosen kan også bidra til at man blir sittende fast i en rolle som syk og hjelpetrengende, og man blir møtt som et ”kasus” som den ”psykiatriske langtidspasient” eller en ”tung bruker”(ibid).

Grensen mellom positiv og negativ bruk av makt kan mange ganger være flytende(Norvoll 2002). Når vi hjelper mennesker vil en alltid risikere å begrense dets personlige selvstendighet.(Ibid). Det kan ofte være vanskelig å finne balansen mellom makten til å hjelpe

og det å hjelpe til uavhengighet. Når man blir pasient gir man også fra seg råderetten til problemene sine og det kreves en diagnose for å kunne få behandling. Diagnostisering av sosiale fenomener gjør at en blir gjort til et objekt som skal behandles av eksperter. Dette kan være med på å gjøre at folk kjenner seg små og maktesløse. Forholdet mellom sykepleier og pasienten i en institusjon vil være strukturelt betinget. Mens sykepleieren er på hjemmebane på arbeidsplassen sin vil pasienten være på fremmed grunn. Dette er med på å gjøre forholdet mellom dem ubalansert og konstruert. For at makten skal kunne forskyves over på pasienten må maktforholdet erkjennes av sykepleier(ibid). Verdigrunnlaget til hvordan helsearbeid skal utføres har gjennomgått store endringer og blir i stadig større grad organisert etter en bedriftsøkonomisk modell(Andersen og Karlsson 2011). Språket endres og mennesker med psykiske lidelser blir omtalt som kunder og brukere. Det problematiske og uetiske med dette er at en slik modell legger vekt på å måle mengden av effekten som arbeidet med disse menneskene gir (ibid).

Behandlingen blir standardisert slik at myndighetene lettere kan styre helsevesenet, og fagfolk og skjønn få mindre betydning. Institusjonens rammer legger sterke føringer og definisjonsmakt på klinisk praksis. Som omsorgsarbeider må man ta valg og beslutninger innenfor de rammene vi er omgitt av. Hva som vil være det rette å gjøre akkurat nå, ovenfor denne pasienten, med sin livshistorie, personlighet og tilstand, lar seg ikke systematisere innenfor forhåndsbestemte forordninger av et generelt slag. De forskjellige situasjonene er kontekstuelle og ikke en enkelt repetisjon av forutgående tilfeller. Dette vil kreve en dynamisk blanding av erfaring og skjønn, for å kunne forstå den enkelte pasientens situasjon og behov(ibid).

#### **6.4.6 Institusjonsmakt i endring**

De som jobber i spesialisthelsetjenesten trenger kanskje å få vite mer om IP og hva som er hensikten med den for å kunne bistå kommunen i planarbeidet, og for å melde fra når det avdekkes behov for den hos pasienter. I studien til Trefjord og Hatling(2004) blir det understreket at viktige aktører som blant annet institusjoners faglige ledelse og fagfolk må forplikte seg til å forankre og etterspørre arbeidet med IP. I veileder for individuell plan blir det vektlagt at planen skal være ”tilpasset den enkelte persons individuelle behov, preferanser og mål” (s.11). Dette vil innebære en faglig og personlig utfordring for helsepersonell. Det vil ikke bare være nok å ha kunnskap om lovverket, psykiske lidelser, og hvilke behov personer med alvorlige lidelser har.

Nye helsepolitiske føringer og endringer i synet på psykiske lidelser vil påvirke forholdet mellom pasientene og helsepersonell. Det etablerte rollemønstre i helsetjenesten vil bli utfordret gjennom krav om økt brukermedvirkning. Utfordringen for helsepersonell vil være å finne en mer tilbakelemt rolle (Ørstavik 2002). Å innta en slik rolle vil innebære flere utfordringer, blant annet å gi fra seg makt. Det ligger mye makt i å ha informasjon, derfor vil det å dele på informasjon også være med på å fordele makt. Retten til nødvendig og tilstrekkelig medvirkning og informasjon i gjennomføringen av helsehjelpen er lovfestet i pasientrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2. Samtidig så vil helsepersonell ha en plikt til å sikre at kravet til faglig forsvarlig helsehjelp blir oppfylt (Lov om helsepersonell §4). I dette spenningsfeltet mellom en tilbakelemt rolle og plikten til å sikre faglig forsvarlige helsetjenester, oppstår det juridiske, etiske og faglige dilemma (Ørstavik 2002).

Brukermedvirkning blir vektlagt både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og er en god forutsetning for god rehabilitering, i tråd med statlige føringer (Almvik og Borge 2006). Selv om brukerperspektivet har blitt tydeligere så dominerer likevel det medisinske behandlingssystemet, der spesialisthelsetjenesten er premissleverandør. Brukerens reelle innflytelse og samtykkekompetanse er spørsmål som krever kontinuerlige, faglige refleksjoner av de ansatte (ibid). Utviklingen av tjenestene må rettes mot et samarbeid med tjenestemottakeren, og det vil være i dette spennet og samarbeidet mellom partene, at prosessen utvikling skjer. Dette innebærer en utvikling på både individ, tjeneste og systemnivå. Brukermedvirkning innebærer å styrke pasientens makt over sin egen situasjon, noe som vil bety en reduksjon av institusjonsmakten. Brukermedvirkningen i psykiatriske institusjoner er ofte avgrenset til å gjelde den enkelte pasients deltagelse i bestemte og avgrensede situasjoner (Norvoll 2002). Medvirkning vil da som oftest skje etter helsepersonellens premisser, vurdert etter hva som er best for pasienten. Empowerment blir i WHO (2005) betraktet som en grunnleggende verdi når målet er å fremme helse. I det helsefremmende arbeidet er empowerment en strategi for å styrke enkeltindividets og lokalsamfunnets innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helse og velvære (Askheim og Starrin 2007). Det vil derfor være viktig å etablere helsetjenester som er med på å styrke mennesker med psykiske lidelser, og gi dem kontroll over og innflytelse på utformingen av helsetjenesten og behandlingen. For å kunne nå et slikt ideal, å bli empowered i ideologisk og politisk forstand, vil brukermedvirkning være et viktig og nødvendig utgangspunkt. (ibid).

### **6.4.7 Nettbaserte løsninger**

Elektroniske løsninger for samhandling blir i stadig økende grad tatt i bruk for å bedre informasjonsflyten og effektivisere kommunikasjonen mellom aktørene i helsesektoren. For de menneskene som har langvarige og sammensatte behov kan manglende kontinuitet i hjelpeapparatet være et problem. Dette var også bakgrunnen for at individuell plan trådte i kraft. Hensikten med forskriftene er at tjenestemottaker og fagpersonell skal samarbeide mot de samme målene. Det tar tid å implementere nye ting og det kan sies at etter snart 13 år så er ikke mye skjedd innen bruken av IP i DPS eller institusjoner forøvrig. Dokumenter i papirutgaver forsvinner, og det meste legges nå inn på data. Studien tyder på at databruken også bør inkluderes i bruken av IP. Det er i dag en del kommuner som har tatt i bruk nettbasert IP. Visma FLYT SamPro er et eksempel på et slikt nettbasert verktøy. Her er individuell plan endret fra å være et papirbasert og statisk dokument blitt til et dynamisk og levende hjelpemiddel som utnytter de mulighetene et nettbasert verktøy gir (Visma FLYT SamPro). Ved å bruke et nettbasert verktøy vil man alltid ha en oppdatert plan lett tilgjengelig. Her kan man legge inn bakgrunnsinformasjon og aktuelle mål og aktiviteter. Med få klikk vil man ha oversikt over hva som tidligere har skjedd og hva som er planlagt framover, og hvem som har ansvaret for gjennomføringen. Planeier og koordinator kan gå sammen og bestemmer hvem som skal få tilgang til planen og til hvilken informasjon. Den elektroniske planen vil fungere som en kommunikasjonsplattform og et elektronisk møtested for alle som er involvert i arbeidet med planen. Man vil også her kunne sende beskjeder til hverandre om møteendringer, innkallinger, avlysninger eller andre forhold. Noe som kan redusere behovet for brevutsendinger og telefoner. En fremtidig bruk av en nettbasert IP vil kanskje muliggjøre en annen og mer oppdatert bruk.

## **7.0 METODOLOGISKE VURDERINGER**

### **7.1 Kvaliteten på studiet**

For å vurdere kvaliteten på en studie kreves det at data og tolkning oppfattes som sann. Validitet er et begrep som brukes om forskningens kvalitet og sier noe om i hvilken grad forskningen evner å måle det den sier at den skal, og i hvilken grad den er overbevisende i sin gjengivelse av verden. Reliabilitet viser til selve måleinstrumentets nøyaktighet og presisjon brukt i forskningen. Det er imidlertid en eviggående debatt hvorvidt denne terminologien kan brukes i kvalitativ forskningsmetode (Polit og Beck 2011). Kritikere mener at begrepet validitet viser til stringente kriterier som ikke passer inn med en fortolkende tilnærming som

verdsetter innsikt og kreativitet. Det hevdes videre at selv om validitet og reliabilitet er et kriterium for begge metodene, så har forskere ulike prosedyrer for å oppnå dem(ibid). Dette har resultert i utviklingen av bruk av begrepet pålitelighet i kvalitativ forskning. Lincoln og Guba (1985) foreslår å bruke fire kriterier for å oppnå pålitelighet i kvalitative studier: *troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet, og overførbarhet*(Granheim & Lundman, 2003). Det dreier seg i hovedsak om to aspekter ved vurderingen av *troverdigheten* i studiet. Den ene er at studiet blir utført på en måte som gjør funnene troverdige, og det andre, at dette blir demonstrert i studiet gjennom å vise til en grundig dokumentering og refleksjon rundt funnene. Gjennom å vise til at meningsenhetene man har kommet frem til er relevante og presise i forhold til tema, er en måte å oppnå troverdighet på(ibid). Ved å beskrive analyseprosessens fire trinn har jeg forsøkt å beskrive måten jeg har kommet frem til meningsenhetene i denne studien. Ved at andre studier viser lignende funn, viser at de funnene som ble gjort i denne studien er relevant. *Påliteligheten* kan påvirkes av stabiliteten i data over tid. Datainnsamling over tid kan medføre at det skjer endringer dataene og eller det blir gjort endringer underveis i analyseprosessen noe som kan medføre at dataene blir inkonsistente(ibid). I denne studien ble problemstillingen endret under analyseprosessen. Mitt utgangspunkt var å undersøke sykepleiernes *erfaringer med å jobbe med IP*. Allerede etter første intervjuet skjønnte jeg at det ville bli en vanskelig problemstilling ettersom det kom frem at de ansatte hadde svært liten erfaring med å bruke IP på avdelingen. Det kunne altså bli for lite data ut fra denne problemstillingen. Derfor ble problemstillingen endret til å undersøke sykepleiernes *faglige utfordringer ved implementering av IP*. Men det må også tas i betraktning at det i studier av fenomener foregår en kumulativ prosess, noe som vil kunne medføre behovet for ny innsikt og oppfølgende spørsmål(ibid). For å få *bekreftet* at funnene i studiet er en realitet som kan deles med andre, og ikke bare er mine egne oppfatninger og tolkninger av data som er samlet inn, har jeg drøftet funnene med studiekamerater, arbeidskollegaer samt min veileder for masteroppgaven. Det kan være forskjellige oppfatninger om hvorvidt det å få andres meninger om sine tolkninger er av stor betydning. Granheim og Lundman sier til dette at det ikke er snakk om å få verifisert at dataene er sortert og tolket nøyaktig likt, men at det kan være av betydning av å få en tilbakemelding på funnene sine(ibid). Jeg synes det har gitt meg mange gode refleksjoner og ny innsikt å få andres meninger om de forskjellige tema som har kommet frem i studien. Forskningen må også kunne vise til at den kan representere andre lignende situasjoner, mennesker og deres kontekst, være *overførbar*. Ved å gi rike beskrivelser kan leser finne alternative fortolkninger av teksten og ikke bare forskerens perspektiv. En tekst vil alltid kunne inneholde flere



meninger, og tolkningene av disse vil alltid være influert av forskerens personlige historie, kvalifikasjoner, kunnskap og praksiserfaring. Tekstens autentisitet viser til studiets evne til å vise flere vinklinger av fenomenene og kunne gjengi den kontekstuelle virkeligheten som informantene er en del av. Den kontekstuelle virkeligheten i denne studien har sitt utgangspunkt i et DPS. Gjennom å beskrive behandlingen der og beskrive hvilken kunnskapsforståelse og rammebetingelser det er underlagt, er det min hensikt å prøve å gi flere vinklinger av de faglige utfordringene som ligger i implementeringen av IP.

## **7.2 Forskningens bias**

Når man planlegger en studie er det viktig og vurdere de ulike bias som kan oppstå i forskningsprosessen da dette kan svekke forskerens sin fremstilling av virkeligheten som sann. Bias i forskning er svært utbredt, så det er ikke bare snakk om det *er* bias i forskningen, men hvilken type bias er representert, hvor utbredt er den, og hvor systematisk er den (Polit og Beck 2011). Det kan være at valg av design er utilstrekkelig, såkalt seleksjonsbias. Eller når deltagere regulerer atferden sin og svarer på spørsmål ut fra hva de tror er rett svar, eller prøver å pynte litt på historien, vil også kunne føre til bias (ibid). I den kvalitative forskningen er forskeren sitt eget forskningsinstrument, og er følgelig en mulighet for feilbarhet. Min forforståelse og erfaring som sykepleier vil være med på å påvirke utformingen og de tolkningene som blir tatt i studiet. Mine forventninger til resultatet kan også være med på å påvirke utformingen av forskningsspørsmålene. Bestemte formuleringer av et spørsmål kan på forhånd ha bestemt hvilke former for svar som er mulige (Kvale & Brinkmann, 2010). Det vil derfor være viktig å være bevisst dette og sette min egen forforståelse i parentes. Det kan også være at det ikke er samsvar mellom det informanten tenker om brukermidvirkning og IP, og det brukeren selv mener om det, noe som er viktig å være bevisst under intervjuet og tolkningen av resultatet for å unngå eller redusere bias. En innvending mot denne studien kan være at den tar for seg bruken av individuell plan uten å spørre etter brukers opplevelse. Av hensyn til studiens omfang har jeg valgt et hjelperperspektiv. I teoridelen blir det brukt litteratur som også får fram brukernes synspunkt, men fokuset på hjelperperspektivet vil forhåpentligvis komme brukerne til gode.

## 8.0 AVSLUTNING

### 8.1 Oppsummering og refleksjoner

Det legges stor vekt på at partene skal samarbeide i individuell plan, men hvordan og hva man legger i dette samarbeidet sies det lite om. Det kan lett bli til honnørord med lite meningsinnhold når det ikke blir tatt opp til diskusjon hva man legger i disse begrepene og gir det et mer konkret innhold. Når begrepene blir generelle og uklare så vil det muliggjøre et uendelig antall projeksjoner av følelser, tanker og synspunkter inn i begrepene. Et annet relevant spørsmål er at når intensjonen til individuell plan er at alle relevante instanser /etater skal samarbeide, hvorfor er ikke individuell plan da hjemlet i flere lover? Mange brukere har barn og det kan være aktuelt og samarbeide med både barnehage, skole, barnevernstjeneste, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Andre samarbeidspartnere som ofte er aktuelle er NAV.

Endringene i psykiatrien kan sies å ha vært basert på det eklektiske prinsippet og det har vært relativ stor grad av enighet om både behovet for en mangfoldig psykiatri og retningen i reformarbeidet (Andersen og Karlsson 2003). Men dersom ambisjonene er en samordnet og helhetlig psykiatri, vil det eklektiske prinsippet kunne representere en stor utfordring. For det første, hvordan skal det eklektiske prinsippet fortolkes? Her vil grunnlaget for maktkamper mellom paradigmen kunne danne seg. For det andre så kan eklektismen danne et utgangspunkt for å kreve faglig autonomi og derved en form for frakobling, noe som kan skape store problemer for utviklingen av gode behandlingsskjeder (ibid). Opptrappingsplanen åpner for andre praksisformer og muliggjør nyskaping. Men det mangler en forutgående diskusjon om det faglige grunnlaget for psykisk helsearbeid. Mange stiller seg kritisk til at det kun kan vises til de kvantitative målene i Opptrappingsplanen. Målene som gjaldt aktiviteter, penger, personell, kapasitet, etableringer av boliger, distriktpsykiatriske sentre, har man lyktes godt med. Men når det gjelder de kvalitative målene så har vi svært begrenset kunnskap om i hvilken grad disse er nådd (Ørstavik 2008). Kanskje det nå er på tide å tenke annerledes og bredere og åpne for flere og andre vitensregimer enn det medisinspsykiatriske. Dette vil i neste omgang få betydning for organisering og struktur på tjenestetilbudet. Det er et paradoks at som svar på helsemyndighetenes krav om kvalitet og dokumentasjon, fører til at det psykiske fagfeltet krever mer utredning og presis diagnostisering. Mange pasienter som får diagnoser føler at de ikke blir tatt på alvor eller hørt med utgangspunkt i vedkommende sin subjektive historie. Slik depersonalisering og objektivisering av fagfolk kan medføre en fremmedgjøring

der vedkommende opplever det som et overgrep mot sin identitet. I en slik situasjon vil det være vanskelig om enn ikke umulig å etablere tillit. Recovery eller bedringsprosesser er et nytt paradigme som har satt sitt ideologiske preg på opptrappingsplanen (Iversen 2010). Man går her bort fra den tradisjonelle oppfatningen om at mennesker med alvorlige psykiske lidelser er ”kronikere” og baserer seg alternativt på forskning som viser at svært mange med alvorlige problemer kommer seg helt eller delvis. Det er brukere som selv er den avgjørende aktøren i bedringsprosessen, og veien til bedring vil være unik for hver enkelt. I dette perspektivet kan hjelpeapparatet fungere som problemskapende og undertrykkende. De faktorene som fører til bedring vil også derfor ligge utenfor behandlingsapparatet, for eksempel økonomi, boforhold, personen selv, venner, familie eller kjæledyr (Topor 2002; Iversen 2010). Kunnskapen bak recoverytenkningen er i liten grad knyttet til bestemte profesjoner, men er i stedet knyttet til et tydelig relasjonelt menneskesyn: *Mennesket står hele tiden i endrings- og utviklingsprosesser- i relasjoner til seg selv og andre* (Iversen 2010). I recoverytenkningen vil fokuset være på det ulike, unike og uforutsigbare i sin tilnærming til bedringsprosesser og en tro på at det er mulig å overskride dagens situasjon og oppnå et annet liv, og veien dit vil være unik for hver enkelt. En slik tenkning og praksis i behandlingsapparatet vil forutsette fagfolk med myndighet og kompetanse til å jobbe med et mangfold av individuelt tilrettelagte og uforutsette, uplanlagte tiltak. En slik ideologi vil trekke tenkningen om psykisk helsearbeid i nye retninger, bort fra det medisinske og i retning av en relasjonell og transformativ grunnorientering.

## **8.2 Implikasjoner for praksis**

Det kan se ut til at den gamle institusjonspsykiatrien er på vei ut og nye praksisformer sakte vokser frem. Tidligere forskning har vist at gode relasjoner til både hjelpere og pårørende er viktig for bedringsprosesser. Det sosiale nettverket har stor betydning for hvordan brukere mestrer sin psykiske lidelse, spesielt gjelder dette de pårørende som i større grad bør få bli inkludert i behandlingen. IP kan være et godt verktøy for dette formål, men det vil være under visse forutsetninger. De som jobber innenfor spesialisthelsetjenesten få opplæring og bli kjent med bruk av IP og det må settes inn ressurser for å kunne jobbe med dette. Dette er en tidkrevende prosess og med korte innleggelses og få sengeplasser vil det legge visse begrensninger på hvordan dette arbeidet lar seg gjøre innenfor de institusjonelle rammene.

### 8.3 Utvikling av kunnskap og videre forskning

I den tradisjonelle akademiske forskningen som foretas innen naturvitenskapen er kunnskapen som produseres her lite tilgjengelig for folk flest. Dette gjelder både for de prosedyrer som må følges for at kunnskapen skal ha gyldighet og det språk som kunnskapen publiseres i. I det akademiske miljøet spres kunnskapen ovenfra og ned. Kunnskapen er ekstern og har stringente krav til gyldighet, validitet og reliabilitet for å i det hele tatt kunne bli betegnet som kunnskap. For å gjøre kunnskapen mer tilgjengelig må forskningen starte nedenfra, blant de som er berørt av endringene og gjøre dem mer motivert for selv å prøve å få til endringer av uverdige eller uønskede forhold. Forskningen i psykiatrien bør satse på en bredere og mer sammensatte teoretiske rammer enn det som preger den i dag. Nevrovitenskapen kan riktignok bidra til kunnskaper om hjernens mekanismer og at farmakologien kan utvikle nye og mer effektive legemidler, men den kan ikke alene gi forklaring eller finne årsaker til psykisk lidelse.

For å videreutvikle det psykiske helsefeltet må det fokuseres på de grunnleggende problemene og ikke bare gi personene det gjelder behandling og omsorg, men også legge vekt på de fag- og sosialpolitiske utfordringene i feltet. Det arrogante kunnskapsregimet og maktstrukturene må avsløres for at mennesker med psykiske lidelser skal få en reell medvirkning i sin behandling. Dette kan gjøres gjennom deltagerbasert forskning. Visjonen for denne retningen er at det tas utgangspunkt i vanlige menneskers evne til selvrefleksjon og ser på mennesket som en kompetent og handlende aktør som selv innehar nødvendige ressurser til å endre uønskede samfunnsforhold. Kunnskapen vil da bli demokratisert og gjort tilgjengelig for alle.

Det er lett å skape enighet om behovet for en økning i tjenestetilbudet. Utfordringen ligger i å få videreutviklet mere konkrete tiltak med fokus på brukerne av tjenestene. Mange brukere opplever gode møter med hjelpeapparatet og får den hjelpen de har behov for, men det er fortsatt svært mange som opplever hjelpeapparatet som et autoritært og umyndiggjørende system som de selv har liten innvirkning på (Andersen og Karlsson 2003). Psykiske lidelser vil ofte henge sammen med problemer med bolig, økonomi, skole, arbeidsmarked osv. og psykiatrisk helsearbeid må ført og fremst ha fokus på de alminnelige grunnleggende behov. Alle trenger penger til de utgifter som følger med det å leve i samfunnet, og alle ønsker å ha noe meningsfullt å gjøre og et fellesskap å høre til. Når samarbeidet svikter og oppgavefordelingen ikke er avklart, så øker risikoen for at pasientene ikke får nødvendig behandling (Bøe & Thomassen 2007). Til tross for sprikende oppfatninger for hva psykisk

helsearbeid er og burde være, kan det se ut til at vi er inne i et paradigmeskifte som går i riktig retning. Endringsprosessene er i gang og verdigrunnlaget fra Opptrappingsplanen ser ut til å fortsette: -fra sykehusbaserte til lokalbaserte tjenester, fra fokus på sykdom til fokus på mestring, fra tvang og stigma til frivillighet og åpenhet, fra makt til likeverd, fra ideologi til kunnskap, fra kvantitet til kvalitet, fra fragmentert til samarbeid og helhet.(Andersen og Karlsen 2003).

## **LITTERATURLISTE**

Almvik A & Borge L.(2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget.

Andersen, T. 1996: *Reflekterende prosesser*. København: Dansk psykologiske forlag

Borg, M. og Topor, A. 2003. *Virksomme relasjoner*. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget

Bøe TD, Thomassen A 2007: *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Universitetsforlaget. Oslo

Gadamer H-G (2007) Det virkningshistoriske princip, I: *Sandhed og Metode*.

Gadamer, H., G. (2003) Om forståelsens sirkel. I: H. G. Gadamer, *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. Cappelens upopulære skrifter*, Cappelens Forlag.

Granheim, U.H. & Lundman, B. 2003: *Qualitative content analyses in nursing research: Concepts, procedures and measures to achive trustworthiness. Nurse Education Today*.

Grimen, H. og Molander, A. 2009: *Profesjon og skjønn*. Molander, A., og Terum, L., I., (red), Molander, A. *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget

Gulddal, J., og Møller, M. 2005: *Hermeneutikk. Fra filologi til filosofi – introduksjon til den modern hermeneutikk*. I: *En antologi om forståelse*. Gulddal og Møller (red.). Gyldendal.

Larsen, E. 1994: *Flerfaglig, tverrfaglig og fellesfaglig samarbeid i og med barnevernet*. Tidsskriftet Norges Barnevern, 71, (1), 4-9

Måseide, P. 2008: *Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv*. Molander, A., og Terum, L., I., *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget

Norvoll, R. m.fl. 2002: *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon*. Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo

Olsen, H. 2003: *“Gode” kvalitative interview med “riktige” informanter?* Sosiologisk Tidsskrift.

Polit, D. & Beck, C.(2011).: *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9<sup>th</sup> Edition. Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia.

Seikkula, J. 2000: *Åpne samtaler*. Tano Aschehoug

Skjervheim, H (1996). Etikken og dagleglivet sin moral. Eit grunnproblem i pedagogisk filosofi I: Skjervheim: Deltakar og tilskodar og andre essays, Aschehoug, Oslo

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. 2010: *Psykatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Storm M.(2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Gyldendal akademiske

Thornquist, E. (2003). Empirisme og positivisme. I: *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Anne-Grethe Talseth  
Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 17.12.2013

Vår ref: 36559 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

**TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER**

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36559</i>	<i>Samhandling med individuell plan mellom DPS og kommune</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne-Grethe Talseth</i>
<i>Student</i>	<i>Vibeke Lisa Malmo</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 13.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Vibeke Lisa Malmo [vibekelisamalmo@hotmail.no](mailto:vibekelisamalmo@hotmail.no)

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO:* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
*TRONDHEIM:* NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
*TROMSØ:* NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svt.uio.no](mailto:nsdmaa@svt.uio.no)



### FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

- *Hvilke erfaringer har sykepleiere med bruken av individuell plan i DPS?*

#### Bakgrunn og hensikt

Denne studien er min masteroppgave i psykisk helse ved institutt for helse og omsorgsfag med universitetet i Tromsø. Jeg ønsker med dette å spørre deg om å delta i en forskningsstudie for å se på samhandlingen mellom DPS, kommune og bruker med individuell plan som hjelpemiddel. Hensikten med denne studien er å få en forståelse av hvordan sykepleier erfarer bruken av individuell plan i DPS. Du er valgt ut til å delta i denne studien ettersom du har erfaring med å jobbe tverrfaglig i samarbeid med bruker. Du har også jobbet i mer enn 3 år og har erfaring fra din praksis.

#### Metode

Jeg ønsker å få vite om dine erfaringer med å arbeide med individuell plan og hvilke tanker du har rundt dette tema og hva du synes er viktig å få frem rundt arbeidet med individuell plan. Hvert intervju vil ta ca 1 time og vi kan bli enige om tidspunkt og sted. Jeg vil ta opp intervjuene på telefon og disse vil bli slettet ved prosjektslutt 12.06.14.

#### Frivillighet og samtykke

Det er frivillig å være med og du kan når som helst trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere. Deltagelse i prosjektet vil ikke ha konsekvenser for deg eller ditt arbeidsforhold.

#### Anonymisering

Som forsker i dette prosjektet vil jeg ha taushetsplikt. Alle opplysninger som du gir vil bli behandlet konfidensielt. Det forutsettes at du som sykepleier utaler deg på generelt grunnlag og ikke om gjenkjennbare enkeltsaker/personer. Alt av datamateriale i masteroppgaven vil bli anonymisert og presentert generelt.

Med vennlig hilsen

Vibeke Lisa Malmo

## SAMTYKKEERKLÆRING

Vedrørende studien:

***”Hvordan erfarer sykepleiere bruken av individuell plan i DPS”***

Jeg har lest informasjonen og har forstått at deltakelse i dette forskningsprosjektet er frivillig. Jeg er informert om at jeg kan si nei til å delta, og at jeg når som helst før prosjektslutt 13.06.14 kan velge å trekke meg fra undersøkelsen.

Alle personopplysninger vil bli behandlet i tråd med personopplysningsloven § 8.

### **Et informert samtykke innebærer at jeg:**

- Vet hvordan opplysningene skal brukes og til hvilket formål
- Er kjent med at det ikke skal registreres flere opplysninger enn det som er nødvendig
- Er kjent med at alle opplysninger blir behandlet konfidensielt

Navn: ..... Dato: .....

Dersom du ønsker ytterligere opplysninger, kan du gjerne kontakte Vibeke Lisa Malmo  
Telefon: 95085238  
E-post: vibekelisamalmo@hotmail.no

## INTERVJUGUIDE

1. Hvilke erfaringer har du med bruk av IP?
  - Hvilke rutiner er det der du jobber?
  
2. På hvilken måte mener du at IP kan være med på å gi brukermedvirkning?
  - Hvordan har du konkret jobbet med IP sammen med brukere?
  - Synes du at IP er nyttig for brukere?
  - Fungerer IP etter hensikten med planen?
  
3. Har du fått opplæring i hvordan en IP kan utformes?
  - I så fall hvordan opplevde du dette?
  - Hvis ikke, synes du at det er ønskelig med opplæring i utforming av IP?
  - Har du tanker om hvordan en eventuell opplæring kunne blitt gjennomført?
  
4. Er det spesielle utfordringer som kan være vanskelig for å iverksette med IP?
  
5. Hva kan fremme en mer aktiv bruk av IP?