



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for vernepleie

«*Det går ikke knirkefritt, dette her*»

Miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern

Grete Wærness

Masteroppgave i Funksjonshemming og deltakelse - Januar 2019



Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Begrepsavklaring.....	2
1.3	Problemstilling og oppbygning	4
2	Bakgrunnen for medikamentfrie behandlingstilbud.....	6
2.1	Historikk behandlingstilbud og perspektiv.....	6
2.2	Anvendte behandlingsmetoder	8
2.2.1	Medikamentell behandling	8
2.2.2	Psykososiale behandlingstiltak.....	10
2.3	Politisk bakgrunnsprosess	15
2.3.1	Bruken av tvang.....	16
2.3.2	Brukermedvirkning som rettighet.....	17
2.3.3	Brukerorganisasjonene krever handling!.....	18
2.3.4	Etablering av medikamentfrie behandlingstilbud – nå begynner det å skje noe	19
2.3.5	Kritiske røster og andre innspill i debatten om medikamentfrie behandlingstilbud.....	20
2.3.6	Føringer for medikamentfri behandling	21
2.4	Psykisk lidelse – ulike forståelser, modeller og diagnoser	22
2.4.1	Forståelsesmodeller	22
2.4.2	Diagnoser.....	24
3	Tidligere forskning	27
3.1	Litteratursøk	27
3.1.1	Søkeord og gjennomføring av søk i databaser.....	28
3.1.2	Nettsider	29
3.1.3	Kjedesøking.....	29
3.1.4	Bruk av medikamenter versus medikamentfrihet.....	29
3.1.5	Selvbestemmelse	31
3.1.6	Shared decision making.....	32
3.1.7	Deltakelse	33
3.2	Kunnskapsoversikt medikamentfri behandling i Norge	34
3.3	Oppsummering av forskningsgjennomgang.....	35
4	Teoretiske perspektiver.....	37
4.1	Brukermedvirkning	37

4.1.1	Empowerment – historisk tilbakeblikk.....	38
4.1.2	Empowerment – i nyere tid	40
4.1.3	Empowerment og makt	42
4.1.4	Brukermedvirkning i psykisk helsefeltet.....	44
4.2	Roller og kultur	46
4.3	Motivasjon.....	50
4.3.1	Motivasjon gjennom selvbestemmelse.....	51
5	Metodisk tilnærming	53
5.1	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	53
5.1.1	Forforståelse og fortolkning	54
5.2	Kvalitativ metode	56
5.3	Utvalg og rekruttering	57
5.4	Fokusgruppeintervju.....	58
5.4.1	Intervjuguide	60
5.4.2	Gjennomføring av fokusgruppeintervju	61
5.4.3	Forskerrollen	64
5.5	Analyse.....	65
5.5.1	Transkripsjon.....	65
5.5.2	Koding og kategorisering	66
5.6	Etiske betraktninger.....	69
5.7	Vurdering av undersøkelsens kvalitet	70
6	Kjennetegn ved medikamentfri behandling.....	72
6.1	Organisering	72
6.2	Grunnleggende behandlingsfilosofi.....	75
6.3	Behandlingstilbud.....	76
6.4	Motivasjon.....	80
6.5	Oppsummering	81
7	Likheter og / eller ulikheter mellom medikamentfri behandling og mer tradisjonell behandling.....	83
7.1	Brukermedvirkning	83
7.2	Roller og kultur	87
7.3	Miljøterapi	93
7.4	Medikamentbruk	98
7.5	Oppsummering	100
8	Fordeler og / eller utfordringer ved medikamentfri behandling.....	102

8.1	Ressurser	102
8.2	Nettverksarbeid og samarbeid med øvrig helsetjeneste	103
8.3	Ansvar og makt	104
8.4	Eierskap og medbestemmelse.....	109
8.5	Medikamentbruk	111
8.6	Oppsummering	111
9	Medikamentfri behandling – på vei mot et paradigmeskifte?	113
9.1	Stykket «Medikamentfri behandling» - fortsatt på plakaten eller kort levetid?	113
9.2	Epilog	114
	Referanseliste	I
	Vedlegg 1 - Forenklet vurdering fra NSD	1
	Vedlegg 2 - Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	1
	Vedlegg 3 - Intervjuguide	1
	Vedlegg 4 - Grovkategorisering av empiri	1
	Vedlegg 5 - Koder og kategorier	1
	Vedlegg 6 - Hovedkategorier, underkategorier, sitater	1
	Vedlegg 2 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet.....	5
	Vedlegg 5 - Koder og kategorier	11
	Vedlegg 6 - Hovedkategorier, underkategorier, sitater	12

Sammendrag

Forfatter: Grete Wærness, grete.wærness@uit.no

Tittel: «Det går ikke knirkefritt, dette her» - Miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern

Mastergradsoppgave i Funksjonshemming og deltakelse, januar 2019. UiT Norges Arktiske Universitet, Campus Harstad, Institutt for Vernepleie.

Bakgrunn:

Medikamentfri behandling i psykisk helsevern ble innført i 2016 og 2017 ved landets fire helseforetak. Siden tilbudet er nytt, eksisterer lite forskning på området. I litteraturgjennomgangen fant jeg ingen forskning på miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern, og begrenset forskning på medikamentfri behandling. Denne typen tilbud eksisterer foreløpig kun i Norge.

Hensikt og problemstilling:

Studiens formål var å få innsikt i hvilke erfaringer miljøterapeuter har med medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Ønsket var å finne ut følgende: 1) Hva som kjennetegner denne typen behandling, samt på hvilken måte miljøterapeutene bidrar; 2) Hva som er likheter og/eller ulikheter mellom medikamentfri behandling og mer tradisjonell behandling i psykisk helsevern, og 3) Hvilke eventuelle fordeler og/eller utfordringer miljøterapeuter opplever knyttet til medikamentfri behandling i psykisk helsevern.

Metode:

Kvalitativ metode i form av fokusgruppeintervju ble benyttet i den empiriske undersøkelsen. Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført ulike steder i landet, med til sammen 11 miljøterapeuter fra tre ulike avdelinger tilknyttet to ulike helseforetak.

Hovedfunn:

Miljøterapeutene er positive til medikamentfri behandling. Selv om tilbudet heter medikamentfritt behandlingstilbud, anvendes fortsatt medikamenter av enkelte. Forskjell fra tidligere er: økt fokus på mindre bruk av alle typer medikamenter; nedtrapping av psykofarmaka; og langsiktig mål om medisinfrihet. Brukermedvirkning og økt ansvar for egen helse og medvirkning i behandlingen er en annen viktig forskjell. Det fremkom også et økt fokus på gruppebehandling, samt prosesser som kunne bidra til tilfriskning for personer med alvorlig psykisk lidelse.

Innføring av medikamentfri behandling i avdelinger i psykisk helsevern har medført en rolleendring for både miljøterapeuter og pasienter. Miljøterapeuter beskriver denne endringsprosessen som krevende for begge parter, men de ønsker seg ikke tilbake til sin gamle rolle.

Ifølge miljøterapeutene kan medikamentfri behandling lykkes bedre dersom det sikres at pasientene får oppfølging lokalt når de skrives ut av avdelingene. De foreslår at det bør rettes en større innsats mot nettverksarbeid og samarbeid med øvrig helsetjeneste. Miljøterapeutene anbefaler et langsiktig perspektiv, som bør inkludere alle sektorer i helsetjenesten som pasienter kan komme i kontakt med, og i særdeleshet andre avdelinger tilknyttet psykisk helsevern.

Nøkkelord:

Medikamentfri behandling, brukermedvirkning, motivasjon, miljøterapeut, rolleendring.

Abstract

Author: Grete Wærness, grete.wærness@uit.no

Title of thesis: «This doesn't run entirely smoothly» - Experiences with non-medication based treatment in mental health care from the perspectives of milieu therapists

Master thesis in Disability and Participation, January 2019. UiT The Arctic University of Norway, Campus Harstad, Department of Social Education.

Background:

Non-medication based treatment in mental health care was introduced in Norway in 2016/2017. This treatment form is new, and there is limited research on the field. Non-medication based treatment only exist in Norway for the time being.

Aims and objectives:

The purpose of the study was to gain insight into experiences with non-medication based treatment in mental health care from the perspectives of milieu therapists. My aim was to find out: what recognizes this form of treatment, and in which way are milieu therapists contributing; what are the similarities and/or differences between non-medication based treatment and more traditional treatment in mental health care; and which possible advantages and/or challenges are milieu therapists perceiving connected to non-medication based treatment in mental health care.

Method:

Qualitative method in the form of focus group interviews was used in the empirical study. Three focus group interviews were carried out on three different locations in Norway, with altogether 11 milieu therapists from three different wards connected with two health care units.

Results:

The milieu therapists express positivity towards non-medication based treatment, although this treatment form for the time being has fewer applicants than expected. Although the treatment form is called "non-medication based", some patients still use psychotropic drugs. The main difference from earlier is: increased focus on less use of all types of medication; gradual reduction of psychotropic drugs; the long-term goal is non-medication. Client participation and more responsibility for their own health is another significant difference. Increased focus on group treatment also came to light, in addition with processes aimed to advance recovery for persons with severe mental illness.

The introduction of non-medication based treatment in mental health wards has caused change of roles for both milieu therapists and patients. The milieu therapists describe this changing process as demanding for both parts. Despite this demanding change of roles, the milieu therapists do not want their previous role back.

According to the milieu therapists, non-medication based treatment can succeed better provided that the patients are offered follow-up locally when discharged from hospital. They suggest that more attention should be paid towards social network and family work, in addition to teamwork with other departments in the health services. A long-term perspective is recommended, and should include all sectors in the health services which can affect the patients, particularly other wards connected to mental health care.

Key words: Non-medication based treatment, client participation, motivation, milieu therapist, change of role.

Prolog

Reisen mot målet Master i funksjonshemming og deltakelse startet i 2012. Første last som kom om bord handlet om makt og relasjoner i psykisk helsevern, men lasten ville ikke falle til ro, og skipet måtte derfor tømmes. Da jeg i fjor høst bestemte meg for å se nærmere på det nye tilbudet i psykisk helsevern - medikamentfri behandling, ble båten igjen lastet, og dermed kunne jeg sette seil igjen, i samme farvann, men med ny kurs. Seilasen har gått i bølger – innimellom har det vært helt stille og innimellom full storm. Å navigere masterskuta i storm og stille, og samtidig ikke miste målet for reisen av syne, har krevd sin skipper. Særlig en skipper som ikke er spesielt god på navigering, men har en tendens til å fortape seg i detaljer på kartet. Lasten ble i enkelte farvann for stor, og noe måtte kastes over bord. For en pedant som meg, var slik forkasting av viktig last ikke helt enkelt. Jeg ville aller helst ha alt med hele veien frem, men styrmannen sa «nei, da synker skuta».

Om reisen hadde endt ved målet i tide uten en tålmodig og erfaren styrmann, er høyst usikkert. Jeg vil rette en ydmyk, takknemlig og uforbeholden takk til min veileder, førsteamanuensis Line Melbøe ved UiT, som tålmodig, klokt og erfarent sørget for at skuta seilte i riktig retning når skipperen navigerte feil. Tusen takk til deg, Line!

Reisen hadde ikke latt seg gjøre uten den viktige lasten om bord. Tusen takk til alle miljøterapeutene som stilte opp til intervju i en hektisk hverdag!

Studieleder i rederiet som lot meg seile av gårde, Kirsti Koppen, er i særklasse når det gjelder lederskap, og hennes tro på min kompetanse, samt tilrettelegging av de øvrige arbeidsoppgavene om bord, har hatt stor betydning for min reise, og at jeg kom i havn til slutt. Tusen takk, Kirsti!

Til sjefen for rederiet, instituttleder Bjørn-Eirik Johnsen, og alle mine kollegaer ved Institutt for vernepleie, vil jeg si takk for oppmuntring og støtte mens seilasen pågikk.

Takk til bibliotekjeneren ved UiT, Campus Harstad, som hjalp til med navigering underveis.

Mine aller viktigste støttespillere har vært min nærmeste familie, som har holdt ut med en tidvis ganske fraværende kone, mamma og mormor. Fremover blir det mer tid til oss alle, og vi kan dra på spennende turer i lag!

Harstad, januar 2019

Grete Wærness

1 Innledning

«Jeg tenker jo at det er snudd litt på hodet på et vis, at det man i utgangspunktet kanskje har tenkt før kanskje var uprofesjonelt, synes vi er profesjonelt.»

Denne studien omhandler miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Sitatet er hentet fra en av informantene, en erfaren miljøterapeut, som en betraktning omkring mitt spørsmål om hva som er likheter og ulikheter mellom tradisjonell behandling og medikamentfri behandling. Medikamentfri behandling bryter med hvordan man tidligere har tenkt, særlig omkring selvbestemmelse, i psykisk helsevern, og denne oppgaven søker å sette lys på noen aspekter av hva denne endringen kan innebære.

Fokus i denne oppgaven er altså erfaringer med medikamentfri behandling. Regjeringen skrev i 2015 følgende i et oppdragsbrev til helseforetakene: «Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Helsedirektoratet vektla følgende fokus når det gjelder medikamentfri behandling (Helsedirektoratet, 2018d): For det første skal pasientens autonomi styrkes; for det andre skal frivillighet være regelen; og for det tredje skal tvang være unntaket (Helmikstøl, 2014). Her er det ingen tvil om at brukerens rettigheter skal stå i høysetet.

Målgruppen for medikamentfri behandling er mennesker med psykiske lidelser som ønsker et alternativ til medikamentell behandling, eller hjelp til nedtrapping eller mindre bruk av medikamenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). I utgangspunktet er altså medikamentfri behandling et tilbud til personer med alle typer psykiske lidelser, men en gjennomgang av de eksisterende behandlingstilbudene viser at i praksis retter tilbudet seg primært mot mennesker med alvorlige psykiske lidelser som psykoselidelser og bipolare lidelser (Bjørngen, Alexandersen, Kildal, Kvisle & Benschop, 2018).

Masteroppgaven skrives som en del av masterstudiet i Funksjonshemming og deltakelse ved Norges Arktiske Universitet (UiT), Campus Harstad. Studiet er erfaringsbasert, og tema for masteroppgaven bør være knyttet til erfart praksis. Min praksiserfaring er 18 år som miljøterapeut og behandler i spesialisthelsetjenesten, de siste årene som klinisk vernepleier¹. Arbeidsområdet har vært boliger, døgnavdeling, dagavdeling og poliklinikk, og jeg har møtt mennesker med ulike typer psykiske lidelser.

¹ Klinisk vernepleier (Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, 2008)

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er nå åtte år siden jeg var i klinisk praksis, og de siste årene har jeg jobbet som lærer ved vernepleierutdanningen ved UiT. Gjennom mine møter med mennesker som opplevde psykiske plager var det noen temaer som kom til å oppta meg spesielt. Ofte undret jeg meg over hvordan man kunne tro at pasienter skulle oppleve bedring når de ikke ble tatt med i vurderingen av hvilken behandling som ble ansett som virkningsfull. I særlig grad kom dette til syne når det gjaldt spørsmål om medisiner eller ikke, og i tilfelle medisiner, hvilken medisiner som skulle benyttes. Ved innleggelse i døgnavdeling lå det implisitt at medikamentell behandling var en selvskreven del av tilbudet. Jeg opplevde at pasienter som ikke ønsket medikamentell behandling, ikke fikk tilbud om alternative former for behandling. De kunne i tillegg oppleve å få «kjefte» av enkelte psykiatere fordi de ut fra psykiaternes oppfatning ikke forsto sitt eget beste, og nektet å ta medisiner som forskrevet.

Miljøterapeutene var de som måtte stå i den frustrasjonen pasientene opplevde når de var uenige i medisineren. I noen tilfeller opplevde pasienter å ha god hjelp av medisiner, det er viktig å nevne. I de tilfellene hvor pasientene opplevde effekt av medisiner, var det ikke forutgående en stor diskusjon omkring medisiner eller ikke. I de tilfellene der pasientene ble tatt med på råd og opplevde eierskap til beslutninger omkring egen behandling, hadde dette etter min erfaring stor betydning for bedringsprosessen.

Når medikamentfri behandling ble aktualisert og realisert, ønsket jeg å få miljøterapeutene i tale for å få innsikt i deres erfaringer med det nye tilbudet i psykisk helsevern.

1.2 Begrepsavklaring

Som empiri i denne oppgaven ligger intervjuer med miljøterapeuter i psykisk helsevern. Jeg redegjør her for begrepene legemidler, pasient- og brukerbegrepet, alvorlig psykisk lidelse, samt miljøterapeut.

Legemidler

Tema for oppgaven er medikamentfri eller legemiddelfri behandling, og i den forbindelse er det viktig å avklare hvordan begrepet legemiddel forstås i denne sammenheng. Et *legemiddel* er ethvert stoff, droge eller preparat som skal forebygge, lege eller lindre sykdom, sykdomssymptomer eller smerter, og kan gis til mennesker for å gjenopprette, endre, eller påvirke fysiologiske funksjoner gjennom en farmakologisk virkning (Statens legemiddelverk, 2018). Legemidler anvendt i behandling av psykiske lidelser kalles psykofarmaka, altså legemidler med innvirkning på psyken. Nevroleptika er en annen hovedgruppe av psykofarmaka, og det er i hovedsak denne typen medikamenter det er snakk om i forbindelse med medikamentfri behandling. Et viktig poeng som har vært fremhevet i debatten som har ført til etablering av medikamentfrie behandlingstilbud, er at ikke alle opplever bedring av

medikamentbruk. Siden nevroleptika kan føre med seg mange og uheldige bivirkninger (Aarre, 2012b), ønsker mange å reservere seg mot slike medikamenter (Bjørg Njaa, 2018).

Helsedirektoratet bruker begrepene legemiddelfrie behandlingstilbud eller legemiddelfritt behandlingstilbud. I noen av helseforetakene finnes både begrepene medisinfritt eller medikamentfritt (Helsedirektoratet, 2018d). I denne oppgaven anvender jeg begrepet medikamentfri behandling.

Pasient- og brukerbegrepet

I oppgaven veksler jeg mellom å anvende begrepene pasient og bruker. En pasient er ifølge pasient- og brukerrettighetsloven «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Pasientbegrepet har blitt kritisert av mange, fordi ordet historisk sett er negativt ladet. Ordet pasient går tilbake til et latinsk ord, *patiens*, som bl.a. hadde betydningen «som lider» (Bruusgaard, 2018). Enhver som er syk, er ikke automatisk også en pasient. Slik jeg bruker begrepet i oppgaven, er det kun en beskrivelse av hvor en person befinner seg i systemet, i dette tilfellet innlagt i en avdeling i spesialisthelsetjenesten. Begrepet «bruker» kan være et alternativ til pasient. En bruker er «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er helsehjelp» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Når jeg omtaler en person som ikke er innlagt i spesialisthelsetjenesten, anvender jeg begrepet «bruker».

Alvorlig psykisk lidelse

Helseforetakene har i overveiende grad prioritert å gi tilbudet om medikamentfri behandling til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Følgende tilstander kategoriseres som alvorlig psykisk lidelse: psykoselidelser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon samt alvorlige personlighetsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2013a).

Miljøterapeut

Denne oppgaven handler om miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Miljøterapeut er ikke en beskyttet yrkestittel, det er en stillingsbenevnelse som beskriver en fagperson som jobber miljøterapeutisk. Miljøarbeider har tradisjonelt vært brukt som stillingsbenevnelse for en fagperson uten 3-årig høgskoleutdanning, mens for å inneha tittelen miljøterapeut har det vært praksis å måtte inneha en 3-årig høgskoleutdanning (Linde & Nordlund, 2006). Andre omtaler de som jobber «i miljøet» for miljøarbeidere, og mener denne stillingen kan innehas av både personer med 3-årig helse- og/eller sosialfaglig utdanning og personer med hjelpepleierutdanning (Vatne, 2006). I min oppgave anvender jeg begrepet miljøterapeut. Begrunnelsen for mitt valg av begrep bunner i at funksjonen til en miljøterapeut som jobber i spesialisthelsetjenesten er nettopp at vedkommende bedriver miljøterapi.

1.3 Problemstilling og oppbygning

Gjennom hele mitt yrkesaktive liv har jeg vært opptatt av makt i psykisk helsevern. Denne undringen startet allerede da jeg var vernepleierstudent, og hadde en praksisperiode i en akuttavdeling i psykisk helsevern. I tillegg til at jeg har vært opptatt av makt, har jeg vært opptatt av de ulemper pasienter kunne oppleve ved medikamentell behandling, spesielt i form av uheldige bivirkninger.

Medikamentfri behandling ble en realitet i 2016, og når jeg skulle lande en problemstilling i forhold til min masteroppgave, ble jeg veldig nysgjerrig på hvordan dette nye behandlingstilbudet ville utvikle seg. Siden jeg har jobbet som miljøterapeut, og bidrar i utdanningen av miljøterapeuter, ønsket jeg å høste erfaringer fra fagpersoner som jobber miljøterapeutisk.

Studiens hovedproblemstilling er som følger:

- Hva er miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern?

Hovedproblemstillingen er videre konkretisert gjennom følgende tre forskningsspørsmål:

- Hva kjennetegner medikamentfri behandling i psykisk helsevern, og på hvilken måte bidrar miljøterapeuter?
- Hva er likheter og/eller ulikheter mellom medikamentfri behandling og mer tradisjonell behandling i psykisk helsevern?
- Hvilke eventuelle fordeler og/eller utfordringer opplever miljøterapeutene knyttet til medikamentfri behandling i psykisk helsevern?

Første forskningsspørsmål ble i løpet av prosessen endret fra «Hvilke former for medikamentfri behandling bidrar miljøterapeuter med i psykisk helsevern?» til gjeldende ordlyd. Endringen skjedde på bakgrunn av opplysninger som fremkom i intervjuene. Ordlyden i siste spørsmål ble underveis endret fra «ulemper» til «utfordringer». Dette ble gjort på bakgrunn av at ingen av informantene kunne se noen ulemper ved innføring av medikamentfri behandling. Derimot kunne de se atskillige utfordringer, noe som vil fremkomme i presentasjonen av data og analysen.

Opgaven er bygd opp som følger:

I dette innledende *kapittel 1* gjøres det rede for bakgrunnen for valg av studiens tema, begrepsavklaringer, samt problemstilling og oppbygning. Neste er *kapittel 2*, hvor jeg redegjør for det historiske, begrepsmessige og politiske utgangspunktet for medikamentfri behandling; anvendte behandlingsmetoder; føringer for medikamentfri behandling; samt ulike forståelser av psykisk lidelse, modeller og diagnoser. I *kapittel 3* gjennomgås tidligere forskning om medikamentfri behandling. I *kapittel 4* presenteres studiens analytiske perspektiv, nemlig brukermedvirkning og empowerment; roller og kultur; samt motivasjon. Disse perspektivene legger føringer for hvordan miljøterapeuters

erfaringer med det nye behandlingstilbudet søkes forstått. *Kapittel 5* er studiens metodekapittel. Her gjennomgås undersøkelsens metodiske innfallsvinkel, og etiske utfordringer diskuteres. Videre beskrives studiens konkrete fremgangsmåte. I *kapittel 6, 7 og 8* presenteres og diskuteres empiri i forhold til miljøterapeuters erfaringer med kjennetegn ved medikamentfri behandling, likheter og/eller ulikheter mellom medikamentfri behandling og mer tradisjonell behandling, og fordeler og/eller utfordringer med medikamentfri behandling. I *kapittel 9* samles trådene fra de tre foregående kapitlene i en mer overordnet diskusjon. Her drøftes blant annet hvordan ulike perspektiv kan ha betydning for brukerens selvbestemmelse, sett i lys av den rolle- og ansvarsforskyvningen som har foregått etter innføring av medikamentfrie behandlingstilbud.

Avslutningsvis pekes det på praktiske og teoretiske implikasjoner av studien, samt behov for videre forskning.

2 Bakgrunnen for medikamentfrie behandlingstilbud

I dette kapitlet redegjøres det for den politiske og juridiske bakgrunnen for medikamentfri behandling, og hva som bidro til at tilbud om medikamentfri behandling ble en realitet. Innledningsvis under kapittel 2.1 kaster jeg blikket bakover, og ser på historien til ulike behandlingsregimer i psykiatrien. I kapittel 2.2 redegjør jeg for anvendte behandlingsmetoder. Veien frem mot medikamentfrie behandlingstilbud har handlet om en endringsprosess fra et legestyrt, til dels paternalistisk behandlingsregime, til et behandlingsregime som legger større vekt på brukermedvirkning. Som det fremkommer i dette kapitlet, ser vi at denne endringen har skjedd primært gjennom et utrettelig engasjement fra brukerorganisasjonene, tett fulgt av politiske og lovmessige endringer (Standal & Heiervang, 2018). Endringen er altså ikke initiert fra fagfeltet selv.

2.1 Historikk behandlingstilbud og perspektiv

Når det gjelder behandlingstilbud for mennesker med psykisk lidelse, har det i forhold til behandlingsregimer vært en del endringer historisk. Disse endringene handler om hvem som skal ha beslutningsmakten, ulike behandlingsregimer, medikamentenes rolle i behandlingen, samt dikotomien individuell kontra kontekstuell innfallsvinkel. Her presenteres hovedtrekkene i de ulike paradigmeskiftene fra slutten av 1700-tallet.

Den første fasen i «sinnssykepleien» foregikk frem til 1800-tallet, og inneholdt behandlingsregimer hvor tilbudet var preget av en sammenblanding av fattige, sinnssyke og kriminelle (Ludvigsen, 2010), og et syn på psykisk syke preget av overtro, religiøse spekulasjoner og besettelse (Vatne, 2006). Inntil den moralske behandlingsbevegelsen gjorde sitt inntok, var pleien preget av dollhus og dårkister, som i stor grad var et oppbevaringssted for samfunnets «verste utskudd» (Vatne, 2006). Foucault omtalte denne perioden som «den store innesperringen» (Wifstad, 1997). Mennesker internert på denne måten, ble ansett for å representere *ufornuften*, for å bruke Foucault sine ord. Innesperringen skapte galskapen om til et bilde på ufornuft, ut fra en forestilling om en enhetlig kropp og sjel, og hvor *lidenskapene* var det punktet hvor de to delene møttes (Wifstad, 1997). Lidenskapen den gale fremviste, var en trussel mot enheten kropp og sjel, og ble ansett som selvdestruktiv. Foucault anså imidlertid galskapen som et språk, all den tid lidenskapen ble betraktet som så sentralt. Han hevdet at ved inngangen til 1800-tallet var en mulig dialog med galskapen vanskelig å oppnå, all den tid man var begynt å betrakte galskap som et avvik – et avvik som kunne kureres ved «moral treatment» (Wifstad, 1997).

Ved midten av 1800-tallet så vi en overgang til moderne tid i Skandinavia, både sosialt og økonomisk (Blomberg, 2002). Troen på vitenskapen fikk fotfeste i deler av befolkningen – fortrinnsvis i akademikerprofesjonene, og legene befestet sin stilling som sterke premissleverandører av det medisinske regime (J. B. Bøe, 1994). Frem mot slutten av 1800-tallet rådde en viss sosialpsykologisk orientering, med vektlegging av resosialisering og «moralisk behandling» av de sinnssyke (Ludvigsen,

2010). Miljøterapien som metode har sitt utspring i den moralske behandlingsbevegelsen – en bevegelse hvis intensjon var å frigjøre pasientene fra lenkene (Vatne, 2006). Foucault hevdet at selv om de gale fikk større plass å bevege seg på, kom det etter hvert nye *moralske* lenker (Wifstad, 1997). Selv om tanken med «moral treatment» var god, hadde behandlingen sterke innslag av overvåkning og kontrollfunksjon, og et paternalistisk oppdragerperspektiv rådde grunnen. Ifølge Foucault var ikke legens rolle primært å være en medisinsk autoritet, men en moralsk autoritet. Psykiaterrollen fungerte i all hovedsak som en farsrolle – altså kom moral foran medisin som innhold i legens funksjon i psykiatrien (Wifstad, 1997). Kontrollfunksjonen kunne kombineres med en idé om at isolasjon hadde en terapeutisk verdi (J. B. Bøe, 1994). Det å lytte til pasienten for å få vedkommendes perspektiv ble lansert som en innfallsvinkel med psykoanalysen i første halvdel av 1900-tallet (Vatne, 2006).

Ved innføringen av et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser tidlig på 1900-tallet ble oppfatningen av at galskap er en sykdom tydeliggjort, og vitenskapelige forklaringsmåter rådde grunnen innenfor behandlingen (Vatne, 2006). Sykdommen ble oppfattet å ligge i individet selv, og kunne følgelig repareres. Asylet var ment å være et fristed, lokalisert i fredelige omgivelser, med legene i kontrollen (Vatne, 2006). Foucault hevdet at en disiplinering av menneskekroppen foregikk, og at denne disiplineringen kunne forstås som produktiv (Wifstad, 1997). I tråd med nyvinninger innenfor somatiske behandlingsmetoder, spesielt knyttet til malariabehandling av hjernesyfilis, rådde en optimisme knyttet til nye, vitenskapelig baserte, behandlingsmetoder (Dahl, Eitinger, Malt & Retterstøl, 1994).

Antall asyler vokste i perioden frem til 1920, legene var sentrale i utformingen, og bidro her til en videreføring av en medisinskfaglig tenkning (Ludvigsen, 2010). Profesjonsbåndene mellom utøverne av behandlingen ved asylene og de som skulle overvåke asylene, var tette, og legene sørget for å posisjonere seg sentralt både i kontrollkomisjonene, tilsynsordningen, undervisningen og i det offentlige kontrollapparatet (Blomberg, 2002). Behov for kvalifisert pleiepersonale meldte seg, og i perioden frem mot 1940-tallet ble gradvis flere sykepleiere ansatt på asylene (Ludvigsen, 2010). Med legene på toppen utgjorde de et medisinsk hierarki etter samme modell som i somatiske sykehus.

På midten av 1950-tallet fikk mer demokratiske behandlingsprinsipper fotfeste. Maxwell Jones var sentral i etableringen av det terapeutiske samfunn, hvor gruppe- og arbeidsterapi og sosial trening sto i fokus (Vatne, 2006), og sykepleierne var sentrale i behandlingen. Prinsipper om likeverd mellom pasienter og pleiere ble lansert, og frivillighet var et ideal. Samtidig kom psykofarmaka på banen. Praksisen med lobotomi opphørte ikke før utpå 1970-tallet (NOU 2011:9, 2011). Da klorpromazin ble introdusert i USA ved midten av 1950-tallet, ble det av noen betegnet som en «mirakel-pille», som sørget for at pasientene fikk «sjelefred» og «ble kvitt sin forvirring» (Whitaker, 2014, s. 85). At en ny æra i psykiatrien var innledet som følge av denne nyvinningen, hersket det en viss enighet om. De fleste psykiatere i USA på denne tiden tilhørte imidlertid den freudianske skole, og mente at psykiske

forstyrrelser hadde sin opprinnelse i psykiske konflikter. Argumentet legemiddelselskapene brukte for å promotere bruk av medikamenter var det samme da som nå, nemlig at legemiddelet kan ikke kurere psykisk sykdom, men det kan gjøre pasientene mer tilgjengelige for behandling (Whitaker, 2014). Innføring av psykofarmaka som en sentral behandlingsmetode, representerte et viktig paradigmeskifte i psykiatrien.

Fra 1960-tallet var fokus mer på ulike psykoterapeutiske behandlinger med et individuelt perspektiv, og psykiatere, psykologer og sosionomer var sentrale i utøvelsen av behandlingen (Vatne, 2006). Desentralisering av psykiatrisk behandling har foregått siden 1980-tallet. Brukerfokuset fant nå fotfeste, og tanken var at mennesker med psykiske lidelser skulle få et verdig liv i sin egen bolig i sitt eget nærmiljø. Hjemmesykepleie, poliklinisk behandling ved distriktpsikiatriske sentra og familie- og nettverksarbeid var de nye behandlingsskjedene. Den lokalbaserte psykiatrien ble etablert fra 2000-tallet, og problemer søkes løst der personen bor (Vatne, 2006), ved bruk av nettverkstenkning, tverrfaglige team og akutteam tilknyttet lokale distriktpsikiatriske sentra.

I tråd med nedbygging av institusjoner, fremveksten av lokalbaserte tilbud, antipsykiatriske bevegelser og en sosialpsykiatrisk utvikling, har inspirasjon til å tenke nytt på ulike vis funnet veien til nye praksiser og ny kunnskap (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Recovery er en filosofi som i forbindelse med medikamentfrie behandlingstilbud har fått en sentral plass i psykisk helsevern, og som redegjøres for i kap. 2.2.2.

2.2 Anvendte behandlingsmetoder

I det følgende redegjøres det for noen av de mest sentrale behandlingsmetodene som er anbefalt i nasjonale retningslinjer for psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013a), samt bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Behandlingsbegrepet i spesialisthelsetjenesten har tradisjonelt sett innbefattet ulike former for faglig anerkjente og evidensbaserte metoder og intervensjoner (Helsedirektoratet, 2013a). Slike metoder er for eksempel medikamentell behandling, miljøterapi, nettverksarbeid og familiearbeid, samt fysisk aktivitet. Det er en målsetting av behandling skal foregå på lavest mulige behandlingsnivå, og behandling i spesialisthelsetjenesten er vanligvis en kortere del av et langvarig behandlingsforløp.

2.2.1 Medikamentell behandling

Når jeg her redegjør for medikamenter brukt i behandling av alvorlige psykiske lidelser er ikke dette for å opprettholde et syn om viktigheten av medikamentell behandling. Det gjøres fordi det er en fordel å kjenne noe til hva den medikamentelle behandlingen innebærer, for slik å kunne forstå kritikken mot denne behandlingen, og bakgrunnen for hvorfor tilbudet om medikamentfri behandling vokste frem.

Legemidler anvendt i behandling av psykiske lidelser kalles psykofarmaka, altså legemidler med innvirkning på psyken. Sedativa og hypnotika er beroligende stoffer, mens antidepressiva brukes ved depresjoner. Nevroleptika er en annen hovedgruppe av psykofarmaka, og hovedindikasjonen for bruk er psykotiske symptomer, enten i tilknytning til schizofreni eller stemningslidelser (Dahl mfl., 1994). Hensikten med å bruke nevroleptika ved psykoser er å oppnå symptomreduksjon og derved muliggjøre psykososiale intervensjoner (Dahl mfl., 1994). Nevroleptika kalles også for antipsykotika. Antipsykotiske legemidler som brukes i dag, virker i hovedsak gjennom interaksjon med D2-reseptorer i hjernen. Når et legemiddel påvirker en signalsubstans som i neste instans påvirker en reseptor i hjernen, kan endringer skje i hjernecellens funksjon. Kjedereaksjoner inne i nervecellene kan igangsettes som en følge av legemiddelets tilstedeværelse. Dette fører til at det skjer endringer i måten genene avleses på, og denne prosessen kan gi langvarige og strukturelle endringer i nervecellene (Helsedirektoratet, 2013a).

Antipsykotiske medikamenter brukes i den hensikt å dempe hallusinasjoner, tvangstanker og tankeforstyrrelser, i tillegg til at den sedative virkningen fører til at pasienten blir mindre urolige (Aarre, 2012b). Ulempen er at medikamentene kan føre til nedsatt konsentrasjon og tretthet. Antipsykotisk medisin deles inn i høydose- og lavdosepreparater, som kalles førstegenerasjonsmedikamenter. Høydosepreparatene omfatter klorpromazin, og bivirkninger kan være vektøkning, tretthet, munntørrhet og akkomodasjonsparese (fokuseringsforstyrrelse) (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009). Lavdosepreparater kan gi såkalte ekstrapyramidale bivirkninger. Disse kan arte seg i form av parkinsonistiske symptomer som muskelstivhet, skjelving, nedsatt motorikk, opplevelse av uro, smertefulle kramper i halsmuskulaturen, og tvangspregede grimaser (Cullberg, 2005). For å dempe slike symptomer, anbefales medisiner som brukes mot Parkinsons sykdom (Helsedirektoratet, 2013a). Andre generasjonspreparater, atypiske antipsykotika, omfatter medikamenter med bivirkninger som sterk tendens til vektøkning, tretthet, hjertebank, risiko for hjertearytmi (Cullberg, 2005). Enkelte personer kan stå i økt risiko for å utvikle akutt hyperglykemi² etter oppstart av antipsykotika (Nilsen & Forsdahl, 2018).

På bakgrunn av at antipsykotika har alvorlige bivirkninger, skal det kun brukes i de tilfellene hvor nytten står i forhold til ulempene (Aarre, 2012b). Anbefalt behandling med medikamenter er minimum to år etter første psykoseepisode og fem år eller lengre etter tilbakefall hos personer som har diagnosen schizofreni (Helsedirektoratet, 2013a). Selv om nasjonale retningslinjer og ulike lærebøker fremholder at antipsykotika bør brukes ved schizofrenilidelser, må man behandle seks personer for å oppnå at en

² Hyperglykemi: unormalt høy sukkerkonsentrasjon i blodet, f.eks. ved diabetes mellitus (Halse, 2018)

ekstra person responderer (Aarre, 2012b). Vi vet lite om årsakene til slike lidelser, og medikamenter vil således ikke gjøre noe med de grunnleggende prosessene knyttet til lidelsene.

Når det gjelder **bipolare lidelser**, har grunnstoffet litium vært brukt over flere år, selv om stoffets virkningsmekanisme ikke er fullstendig utredet (Cullberg, 2005). Litium antas å ha effekt på signaloverføring inne i nervecellene, og dette gis hovedsakelig til personer med tilbakevendende bipolare (maniske) sykdomstilstander. Ulempen ved bruken er at stoffet kan føre til forgiftning, og i alvorlige tilfeller, til koma, kramper og død (Aarre, 2012a), og regelmessige blodprøver er nødvendig. Litium kan dessuten ha mange uheldige bivirkninger, som diaré, hudreaksjoner, lavt stoffskifte, i tillegg til at stoffet er teratogent³ (Aarre, 2012a). Antipsykotiske medikamenter, antikonvulsive⁴ medikamenter (herunder det som kalles stemningsstabiliserende medikamenter), og antidepressive medikamenter brukes også, og de to siste i særlig grad mot bipolare depresjoner.

Ifølge legemiddelstatistikk for perioden 2013-2017 ser vi en svak økning i salget av antipsykotika (Sakshaug, 2018). Tolker man økning i salg som økning i bruk, har det altså vært en liten økning i bruk av antipsykotisk medikasjon de siste årene.

At medikamenter er etablert som en så sentral del av behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser, har å gjøre med ulike forståelser av hva psykisk lidelse kan være. I kapittel 2.5 ser jeg nærmere på hvordan begrepet psykisk lidelse kan forstås.

2.2.2 Psykososiale behandlingstiltak

Behandlingstilbudene som redegjøres for her har vært tilbudt i tillegg til medikamentell behandling. Recovery er fremholdt som et viktig perspektiv ved de fleste institusjonene som tilbyr medikamentfri behandling.

Recovery – bedringsprosesser

Recovery viser ikke til en spesifikk behandling, men til alt det personen selv gjør for å håndtere ulike vansker av psykologisk og sosial art, samt å leve et meningsfullt liv (Borg, 2009). På norsk kaller vi recovery for *bedringsprosesser* (Borg mfl., 2013). Recovery kan ses på som en modell, en tilnærming, en filosofi og en visjon (Borg mfl., 2013), eller som en myte og et nytt «buzz-word» (Craig, 2008).

Forskningslitteratur og tjenesteutvikling henviser ofte til tre ulike definisjoner av recovery: 1) Recovery som en personlig prosess; 2) Recovery som en sosial prosess; og 3) Recovery som et resultat eller klinisk recovery (Borg mfl., 2013). Den personlige prosessen vektlegges særlig blant brukerne selv, og henspeler på hva det medfører å gjennomgå en recoveryprosess. Denne prosessen innbefatter

³ Teratogent: Det som fremkaller fostermisdannelser (Nesheim, 2018)

⁴ Antikonvulsiva: Legemiddel mot kramper (Øye, 2018)

betydningen av håp om en fremtid, tilknytning til andre mennesker, mening og egenkontroll, og en positiv identitet (Slade, 2013). Forstår man recovery som en *personlig prosess*, er ikke symptomfrihet avgjørende. Det handler om å leve et godt liv uten stempelet «psykiatrisk pasient» (Borg mfl., 2013). Aktiviteter og strategier med basis i personens hverdagsliv og lokalmiljø henspeiler på recovery som *sosial prosess*. Denne forståelsen har fått økende fokus, i og med at vi i større grad ser psykiske lidelser ikke utelukkende som en sykdom, men som et resultat av dynamiske faktorer mellom personen og omgivelsene. Tjenesteapparatet får store utfordringer knyttet til *klinisk recovery*. Dette begrepet er utviklet av behandlingsmiljøer som har en dreining mot objektive resultatmål og behandlingseffekt (Borg mfl., 2013). I miljøer innenfor medisin og andre helsefag som opererer med klinisk recovery, kan resultatmålet være å «å bli frisk» og helt symptomfri. Klinisk recovery har likhetstrekk med behandlingsforskning og effektmålinger, som i særlig grad har vært anvendt i spesialisthelsetjenesten. Det er å håpe at de ulike helseforetakene makter å motstå fristelsen til å omforme recovery til en måleenhet, slik at man i målingsiveren mister begrepets opprinnelse av syne. Det er personen selv som skal være hovedpersonen i sitt eget liv, og omgivelsene kan fremme eller hemme personens prosess.

Recovery er et begrep som representerer noe tradisjonelt og noe nytt på samme tid (Borg & Davidson, 2008). Begrepet inneholder en måte å forstå mennesker på som samsvarer med en humanistisk og en sosial tradisjon (Karlsson & Borg, 2017). Tradisjonen om at hvert menneske skapes, fastholdes og utvikles i sosiale relasjoner mellom mennesker, lokalmiljøer og samfunnsstrukturer er her toneangivende. Imidlertid er det ikke mulig å implementere tenkningen som sådan, den må fremkomme gjennom et samarbeid mellom fagpersoner og personer med egne erfaringer (Davidson, O'Connell, Tondora, Styron & Kangas, 2006) og representere noe nytt, og ikke komme som et tillegg til allerede eksisterende behandling. Målet med dette samarbeidet er at det enkelte menneske kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensningene vedkommende opplever å ha på grunn av sine problemer. Personsentrert tilnærming i klinisk praksis kan bidra at personer kan delta i samfunnet i større grad (Davidson, 2016), noe som er i tråd med recoverytenkningen. Sentrale elementer i bedringsprosessen er myndiggjøring og gjenvinning av kontroll over sitt eget liv. I Napha sin rapport over recoveryorienterte praksiser, nevnes at vi må forstå den økende interessen for recovery i lys av et sterkere fokus på menneskerettigheter og brukermedvirkning innen det psykiske helsearbeidet (Borg mfl., 2013).

Recovery henspeiler på prosessen med å *komme seg*, altså *recover* fra noe eller gjenvinne noe som er tapt (Karlsson & Borg, 2017). Recovery kan handle om å bli frisk fra noe, eller om en aksept av å leve med de utfordringene livet byr på. Noen ønsker på ingen måte å komme seg, og vil hevde sin rett til å kunne kalle seg selv «gal». Å ha lov til å kunne leve som man vil litt på siden av de etablerte rammer og normer, er for noen en sentral menneskerett. Kontroll over eget liv, rettigheter og valgmuligheter er

sentrale faktorer i recoverytenkningen (Karlsson & Borg, 2017). Recovery handler om tilhørighet, fellesskap og rettigheter som vi alle har som medlemmer av et samfunn.

I nasjonale retningslinjer beskrives recovery som et *bedringsperspektiv* (Helsedirektoratet, 2013a), og regnes som ett av flere momenter for god praksis. Recovery omtales også som *tilfriskning* (Helsedirektoratet, 2012), og anbefales som et fundament og en holdning overfor mennesker med alvorlige psykiske lidelser. En orientering mot i større grad å ta brukerens perspektiv på alvor gjør at recoverybegrepet har fått innpass, og begrepet er i særlig grad knyttet til medikamentfrie behandlingstilbud.

Familiesamarbeid, psykoedukasjon og nettverksarbeid

Når en person opplever psykiske vansker i en slik grad at behov for behandling melder seg, kan familien være en viktig støttespiller, og samarbeid bør vektlegges (Helsedirektoratet, 2013a). Tilknytningen til familie og omsorgspersoner vil som regel være nær dersom en person i ung alder utvikler en psykose (Helsedirektoratet, 2013a). Familiemedlemmer bør delta i samtaler, både for å forebygge uheldige samspillmønstre, og for å ivareta eventuelle følelser av redsel, håpløshet, skyld, sorg og tap. Slikt samarbeid betinger at personen som har en psykisk lidelse gir samtykke til at familien blir involvert. Slikt **familiesamarbeid** kan for eksempel være; fast kontaktperson; praktisk hjelp; følelsesmessig støtte; undervisning; tilbud om samtale (Helsedirektoratet, 2013a). Dersom personen har behov for behandling over lang tid, innebærer familiesamarbeidet også deltakelse i behandlingsplan - forutsatt samtykke fra personen det gjelder. Familiefokusert behandling har som mål å: vedlikeholde relasjoner; fremme kommunikasjonen; ivareta god kommunikasjon familiemedlemmene imellom (Helsedirektoratet, 2012). Psykoedukasjon i flerfamiliegrupper har vist seg nyttige, særlig når det gjelder å kunne støtte familiemedlemmet som er i psykisk krise (Norheim, Nilsen & Biong, 2015). Psykoedukativ familieintervensjon kan være en positiv bidragsyter i forhold til å øke sosial fungering hos personer med bipolar 1 lidelse (Fiorillo mfl., 2015), men motivasjonen for å delta i slik psykoedukativ intervensjon kan være lavere hos eldre personer med lang erfaring fra psykiatrien.

Psykoedukasjon som arbeidsform etablerte seg i 1970-årene, og to faktorer var sentrale i denne forbindelse: 1) Det biologiske perspektivet på psykiske lidelser rådte i større grad grunnen, og man tenkte at pasienter, gjennom kunnskap og opplæring, kunne forstå sin egen lidelse; 2) Økt fokus på forbrukerrettigheter og empowerment (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). I takt med nedbygging av institusjoner ble familie og pårørende i større grad sett på som viktige aktører i pasientenes liv, og gjennom bruk av pedagogiske virkemidler søkte man å øke forståelsen av lidelsen (Hummelvoll, 2012). Psykoedukasjon startet i tilknytning til pasienter med diagnosen schizofreni, og utviklet seg etter hvert til å omfatte flere områder i psykisk helsefeltet, som en pedagogisk metode. Tre elementer er sentrale i psykoedukativ metode: 1) undervisning/utdanning i en stor livsutfordring; 2) bistå

deltakerne i å tilegne seg ressurser/sosial støtte for å håndtere livsutfordringene; og 3) hjelpe til med etablering av mestringskompetanse for å overvinne/leve med utfordringene (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Slik gruppeundervisning har vist seg å ha positiv effekt (Austvoll-Dahlgren, Nøstberg, Steinsbekk & Vist, 2011). Den positive effekten handler i hovedsak om psykososiale faktorer som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom/lidelse.

Mangelfull motivasjon for å delta i psykoedukativt program kan henge sammen med mangelfull motivasjon i forhold til å delta i medikamentell behandling (Cakir, Bensusan, Akca & Yazici, 2009). Andre erfaringer med psykoedukasjon i gruppe viser at et slikt tilbud verdsettes høyt av personer med bipolar lidelse (Skjelstad, Norheim, Reiersen & Mjøsund, 2015), samt at en god individuell strategi og samtidig deltakelse i en psykoedukativ gruppe gir mulighet for gode mestringsstrategier (O'Connor, Gordon, Graham, Kelly & O'Grady-Walshe, 2008). Individuell psykoedukasjon for personer med bipolar lidelse kan bidra til økt deltakelse i sosiale aktiviteter på kort sikt (Gumus, Buzlu & Cakir, 2017), men gir dårligere effekt for generell livskvalitet på lang sikt. For personer med diagnosen schizofreni kan psykoedukasjon redusere sjansen for tilbakefall med påfølgende reinnleggelser (Zia, Merinder & Belgamwar, 2011).

Illness Management and Recovery (IMR) er en psykoedukativ metode som bygger på recovery-tenkningen (Mueser & Gingerich, 2011). IMR er et program bygget opp av 11 moduler, hvorav en av modulene handler om riktig medisinbruk (Bartholomew & Zechner, 2014). De andre modulene handler for eksempel om å lære: ulike mestringsferdigheter, sosiale ferdigheter, forhindre tilbakefall. Deltakelse i IMR-gruppe kan bidra til at personer med diagnosen schizofreni kan håndtere sin lidelse på en god måte (Färdig, Lewander, Melin, Folke & Fredriksson, 2011).

Det sosiale nettverket kan beskrives som en ramme eller struktur, som innrammer menneskelige relasjoner og samhandlingsforhold (Seikkula, 2000). Vedlikehold av gode relasjoner er sentralt i nettverksarbeid (Fyrand, 2016). Å vedlikeholde og ivareta det sosiale nettverket kan være vanskelig dersom en person i kortere eller lengre tid er innlagt i spesialisthelsetjenesten, eller er alvorlig psykisk syk over tid. Hensikten med nettverksarbeidet er å bidra til en bedring av psykosen, gjennom en prosess hvor det skapes nye meninger (Seikkula, 2000). I slike åpne samtaler blir språket viktig, og det nærmeste sosiale nettverket kan få satt ord på opplevelser som er vanskelige å beskrive, all den tid ordene kan forsvinne under en psykisk krise (Seikkula, 2000). Åpne samtaler kan beskrives som en dialogisk prosess.

Fysisk aktivitet

Motivasjon til og tilrettelegging for aktiviteter og trening anbefales som en viktig del av en helhetlig behandling for pasienter med psykoselidelser. Anbefalingen om økt fokus på fysisk aktivitet henger sammen med at personer med alvorlige psykiske lidelser har en overhyppighet av overvekt, hjerte-

karsykdommer, type 2-diabetes og en betydelig lavere gjennomsnittsalder enn normalbefolkningen (Helsedirektoratet, 2013a). Fysisk aktivitet regnes som gunstig både for kroppslig og psykisk helse. I en svensk studie hvor personer med psykoselidelser hadde deltatt i et program med fokus på fysisk aktivitet og endring av livsstil, fant de at slik deltakelse kunne bidra til en bedre helse, både fysisk og psykisk (Wärdig, Bachrach-Lindström, Hultsjö, Lindström & Foldemo, 2015), men at helsepersonell bør bli bedre på å motivere for slik deltakelse fremfor medikamentell behandling. En britisk studie (Firth mfl., 2016) viser at for personer med førstegangspykose bidro deltakelse i fysisk aktivitet til en forbedring ikke bare av den fysiske helsen, men også den psykiske, samt økt mestringsfølelse og selvtillit. Når det gjelder endring av livsstil og oppstart av fysisk aktivitet for personer med alvorlige psykiske lidelser, viser tre ulike studier (Vancampfort, Madou, mfl., 2015; Vancampfort mfl., 2016; Vancampfort, Stubbs, Venigalla & Probst, 2015) til betydningen av indre motivasjon, samt en autonomistøttende tilnærming fra fagpersoners side.

Fysisk aktivitet kan gi en helsegevinst også for personer med bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2012). En forskningsgjennomgang viser at for personer med alvorlige psykisk lidelser, herunder psykoser, schizofreni og bipolare lidelser, er det usikkert om fysisk trening har effekt på fysisk form eller symptomer (Underland, Holte & Vist, 2018). Imidlertid viser Folkehelseinstituttets forskere til at for personer med diagnosen schizofreni kan fysisk trening trolig gi en liten bedring av global kognisjon og arbeidshukommelse, i tillegg til moderat bedring av oppmerksomhet og sosial kognisjon (Underland mfl., 2018).

Miljøterapi

Miljøterapi defineres på ulike måter, og en måte å beskrive begrepet på er at det er en form for behandling hvor hovedvekten ligger på terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og igangsettes i det miljøet pasienten befinner seg i (Vatne, 2006). Behandlingsformen er aktivitetsorientert, og rettet mot at pasienten skal få en bedring av kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Vatne, 2006), og et viktig fokus er å skape struktur i hverdagen. Miljøterapi blir terapeutisk når valgene man tar er velfunderte, og fagideologien som legges til grunn er forankret i institusjonens organisering (Olkowska & Landmark, 2016). Det miljøterapeutiske arbeidet kan ha følgende grunnprinsipp: det relasjonelle prinsipp; det strukturelle prinsipp; prinsipp om kunnskap om miljøfaktorer og utnytting og tilrettelegging av disse; samt prinsipp om helhetlige prosesser (Olkowska & Landmark, 2016). En måte å betrakte miljøterapi på er å se det som relasjonsbehandling. Miljøterapiens viktigste fokus blir da å utnytte mulighetene som ligger i relasjonen, for på den måten å hele relasjonsskader (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Selve ordet er satt sammen av to ord, *miljø* og *terapi*. Organisering av hverdagen; mat og tak over hodet, aktiviteter og sosialt samvær utgjør i hovedsak miljødelen. Den terapeutiske delen handler om å utvikle og forandre, og utgjør terapidelen.

Miljøterapi kan kort oppsummeres som en terapiform som har til hensikt å fremme muligheter for læring, mestring og personlig ansvar (Skårderud & Sommerfeldt, 2013), og en slik definisjon omfatter ambisjoner om å ivareta både psykologiske, sosiale og pedagogiske forhold som er viktig for mennesker som søker hjelp. En vektlegging av pasientens ressurser er sentralt i alle de ulike forståelsene av miljøterapi.

Miljøterapi nevnes som viktig i behandlingen både i nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013b) og nasjonale retningslinjer for behandling av bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2012), og den skal innbefatte det psykososiale miljøet, det sosiale læringsmiljøet og relasjonen mellom miljøterapeuten og den enkelte pasient.

Til tross for at disse behandlingsperspektivene har eksistert parallelt med medikamentell behandling, presset det seg etter hvert fram krav om endringer i behandlingstilbudet innenfor psykisk helsevern.

2.3 Politisk bakgrunnsprosess

I denne delen vil jeg foreta en kronologisk gjennomgang av den politiske og juridiske prosessen som har ledet frem til etablering av medikamentfrie behandlingstilbud her til lands.

I perioden fra 1997 frem til i dag har det kommet flere stortingsmeldinger og andre utredninger som på ulikt vis har ført oss dit vi er i dag, hvor brukermedvirkning anses som et sentralt prinsipp i helsevesenet (NOU 2014:12, 2014). Deinstitusjonalisering har fra 50-tallet vært et fremtredende trekk ved psykisk helsevern i europeiske og vestlige land. På 1970- og 1980-tallet ble interessen for pasienters rettigheter styrket, og åpenhet og styrking av det psykiske helsefeltet ble i større grad satt på dagsorden. I 1997 kom St.meld.nr.25, som et resultat av årelang kritikk av psykisk helsevern i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Bakgrunnen for stortingsmelding nr. 25 var at pressen i lang tid hadde publisert historier om dårlige tjenestetilbud i psykisk helsevern både for barn, unge og voksne (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Dreiningen i retning av en større helhetstenkning var en del av en internasjonal trend, og tiden hvor mennesker med psykiske lidelser kunne behandles i årevis i en institusjon, var forbi (Gjertsen, 2006). I stortingsmeldingen står det også at brukeren skal få mer makt i møte med helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997), altså ble begrepet brukermedvirkning trukket frem som et ideal.

Den medisinske modellen var moden for konkurranse fra andre tenkemåter, og omtrent samtidig kom Opptrappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998b). Planens utgangspunkt var at mennesker med psykiske lidelser som gruppe betraktet kom svært dårlig ut på vanlige velferdsindikatorer, i tillegg til mange forsømmelser på feltet psykisk helsevern (Ekeland, 2011). Planens intensjon var at brukerne skal ha mulighet til å utøve innflytelse over sin egen behandlingssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998b). Opptrappingsplanen initierte at en

person med psykiske problemer skal forstås ut fra et helhetlig syn, og vedkommende ikke kun betraktes som en pasient. Mange pasienter i psykisk helsevern har opplevd å bli mistrodd med hensyn til å kunne ta egne kompetente valg ut fra en manglende tiltro til deres egen dømmekraft. Å bli fratatt troen på slike grunnleggende rettigheter er noe mange har erfart, og slike opplevelser kan karakteriseres som et angrep på ens verdighet som menneske (Ekeland, 2014). Brukerne av helsetjenester skulle i større grad ha en aktiv rolle i beslutninger vedrørende behandling. En slik dreining av tankegang var en invitasjon til både brukere og fagfolk om en annen type samarbeid enn de har hatt tidligere.

2.3.1 Bruken av tvang

Den vanskelige balansegangen mellom retten til selvbestemmelse og omsorgsansvaret i psykisk helsevern belyses i en offentlig utredning fra 2011 (NOU 2011:9, 2011). Her henvises det til at vi er omfattet av bestemmelser knyttet til menneskerettigheter og forpliktelser som ikke nødvendigvis er omfattet av norsk lov. Bestemmelser i Den europeiske sosialpakt, Europarådets konvensjon om menneskerettigheter og biomedisin, Europarådets torturforebyggelseskonvensjon og FNs torturkonvensjon ble trukket frem (NOU 2011:9, 2011). Videre viste utredningen til Grunnloven § 110 c første ledd, hvor det heter at det påligger myndighetene «at respektere og sikre Menneskerettighetene». I 2007 undertegnet Norge FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), og denne ble ratifisert i 2013.

Juridisk sett kan en påstå at sentralt for etableringen av et medikamentfritt behandlingstilbud sto innføringen av en ny psykiatrilov. Den nye psykiatriloven, som kom i 1998, inneholdt flere punkter som handler om personlig integritet og selvbestemmelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998a, kap. 4.1). Videre fremhevet den nye loven forholdet til de internasjonale menneskerettigheter, som fikk fornyet aktualitet ved at man hadde fått en ny §110 c i grunnloven. Det har i Norge vært stilt spørsmål ved om hvorvidt menneskerettigheter også gjelder for psykiatriske pasienter (Blesvik mfl., 2006). Et legitimt spørsmål på bakgrunn av at den europeiske torturkomitéen rapporterte om flere eksempler på grove brudd på menneskerettighetene i psykiatriske institusjoner i Norge (Blesvik mfl., 2006). Den nye psykiatriloven hjemlet flere tiltak som var inngripende i forhold til enkeltmennesket, og henvisningen til menneskerettigheter var derfor høyst relevant og viktig. Ifølge Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern fra 2001, må pasientens samtykke foreligge før behandling kan igangsettes (Sandsberg, 2001). Hovedkriteriet for tvangsbehandling er fortsatt at pasienten må regnes som alvorlig sinnslidende. Dersom faglig ansvarlig mener at behandling er nødvendig, til tross for at pasienten ikke deler denne oppfatningen, kan behandling gjennomføres etter særskilt vedtak (Sandsberg, 2001).

Flere offentlige planer satte fokus på tvangsbruk i psykisk helsevern. En av disse som skisserte tiltak for å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern, kom i 2006. Tiltaksplanen ble utarbeidet på bakgrunn

av at en stor andel av innleggelse i psykisk helsevern var tvangsinnleggelse (Helsedirektoratet, 2006b). I planen diskuteres hvordan en person kan oppleve å bli utsatt for tvang, og om behandling innenfor rammer av en slik paragraf har klinisk effekt. En rapport fra Helsedirektoratet om bruk av tvang viser at 18 prosent av alle innleggelsene i 2010 var et resultat av tvangsvedtak (Bremnes, Pedersen & Cederkvist, 2011). Den omfattende bruken av tvungent psykisk helsevern ble av enkelte kalt en nasjonal skandale (T. Gundersen, 2016). Tvangsvedtak kan være alt fra skjerming, kortvarig fastholding, mekaniske tvangsmidler, isolering, samt korttidsvirkende legemidler. Totalt 1.831 personer var i 2016 under kontinuerlig tvungent vern og hadde vært det i minst ett år (Helsedirektoratet, 2018b). Medikamentell behandling under tvang befinner seg altså, som tidligere nevnt, under noen av disse tallene.

Dersom en behandling oppleves som påtvunget, er det nærliggende å anta at relasjonsetablering mellom pasient og behandlingsapparat ikke har det optimale utgangspunkt. Å ivareta selvbestemmelsesretten mens man samtidig sørger for at pasienten får den nødvendige omsorg, er dermed en utfordrende balansegang.

Arbeidet med redusering av tvangsbruk nevnes her fordi det, etter min mening, henger nøye sammen med holdninger og behandlingsfokus overfor mennesker med psykiske lidelser. Holdninger og fokus henger også nøye sammen med betydningen av brukermedvirkning.

2.3.2 Brukermedvirkning som rettighet

Brukermedvirkning er en rettighet som er nedfelt i lovverket. Pasient- og brukerrettigheter ble satt på dagsorden omtrent på samme tid som innføringen av ny psykiatrilov (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). En hovedintensjon med disse rettighetene er å sikre tillitsforholdet mellom pasienter og brukere i møtet med helse- og sosialtjenesten. Medvirkningen kan skje på ulike nivå; gjennom medvirkning i politikkutforming, påvirkning på systemnivå og individnivå (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). De regionale helseforetakene skal ha brukermedvirkning i sin arbeidsform (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Alle helseforetakene har tatt brukermedvirkning som et punkt i sine vedtekter. Dette viser at brukermedvirkning som rettighet blir implementert i styringsdokumenter.

Pasientens behov skal være utgangspunkt for all behandling, og det skal være kjernen i all pleie (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Videre anbefales det i offentlige føringer utover 2000-tallet at brukere i større grad skal medvirke til innholdet i individuell behandling. Vi ser at Helsedirektoratet og andre legger stor vekt på denne rettigheten i ulike dokumenter og retningslinjer. Det vises til at god kvalitet på helsetjenester betyr at brukeren og pasienten blir sett og tatt på alvor (Helsedirektoratet, 2005). Ifølge denne «strategien for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten» (Helsedirektoratet, 2005) betyr god kvalitet på helsetjenester at brukeren og pasienten får mulighet til reell medvirkning.

Videre påpekes viktigheten av å vise respekt overfor de som av ulike grunner ikke ønsker å involveres i alle beslutningsprosesser. Brukere som ikke selv kan, eller ikke ønsker, å uttrykke sine behov, må bli hørt og få tilrettelagt det de ikke selv klarer (Helsedirektoratet, 2005). Å delta i beslutningsprosesser kan være en krevende øvelse for noen og enhver, og dersom man har psykiske vansker kan det periodevis oppleves ekstra krevende. At personalet er lydhøre og oppmerksomme på dette, er et viktig aspekt ved brukerperspektivet.

De offentlige føringene legger opp til at brukeren skal være den viktigste aktøren i all behandling og oppfølging. Alle mål og tiltak skal drøftes i et nært samarbeid med brukeren, og brukerperspektivet legger til grunn at forebygging, kartlegging og behandling skal ta utgangspunkt i brukerens kunnskap, ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2014).

Fokus på pasientenes rett til selvbestemmelse og rettssikkerhet førte til flere dokumenter fra sentralt hold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b). Medvirkning og selvbestemmelse nevnes som sentrale elementer for å styrke brukerens medvirkning i helse- og omsorgstjenestene. Det ble også foreslått lovendringer som hadde til hensikt å styrke rettssikkerheten til pasienter i psykisk helsevern som motsetter seg behandling eller andre tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b). Pasienter som har samtykkekompetanse fikk rett til å nekte behandling i det psykiske helsevernet (Lovdata, 2017).

Respekten for den enkelte brukers autonomi og egne ønsker og behov er sentralt i begrunnelsen for behovet for medikamentfrie behandlingstilbud.

2.3.3 Brukerorganisasjonene krever handling!

Mental Helse Norge, Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien, Hvite Ørn, Aurora og Landsforeningen We Shall Overcome gikk sammen i *Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp*, og krevde i et brev til helseministeren i 2011 at alle landets helseforetak måtte etablere medikamentfrie behandlingstilbud. I brevet presiseres følgende:

Med medisinfrie tilbud mener vi medikamentfrie døgnbaserte behandlingssenheter som et reelt og etablert valg tilgjengelig for mennesker i krise, hvor man ikke blir utsatt for tvangsmedisinering, eller opplever at medisiner påtvinges ved press eller overtalelse, grunnbehandlingen er å få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med, og det kan utvikles gode behandlingskulturer for ikke-medikamentell behandling, som kan styrke et fagfelt og fagpersonell med behov for kunnskapsutvikling (Fleiner, 2013).

Fellesaksjonen presiserte at det ikke handler om å være imot medisiner. Saken handler om at folk må få muligheter til å velge den behandlingen de selv har mest tro på. Videre påpekte de at medisinfrie enheter ikke betyr at brukeren skal nektes medisiner, men det betyr at medisiner ikke nødvendigvis må være en viktig del av behandlingen som tilbys (Fleiner, 2013). Medikamentfri behandling handler altså ikke om totalt fravær av medisiner, men om en større tilstedeværelse av valgfrihet og selvbestemmelse.

Betydningen av å etablere medikamentfrie tilbud som er i tråd med styringskravet ble understreket i et brev fra helseministeren til de regionale helseforetakene i 2015. Dette pålegget kom etter sterke krav fra brukerorganisasjonene. Brevet hadde følgende ordlyd:

De regionale helseforetakene skal etablere et reelt tilbud om valg av alternativer til medisiner, herunder hjelp til nedtrapping og avslutning og igangsetting av andre terapeutiske støtte- og behandlingstiltak. For pasienter som skrives inn i psykisk helsevern og som behandles med legemidler bør det utarbeides en plan for nedtrapping/avslutning av medikamentell behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

Helseforetakene ble pålagt å utarbeide tilbudet i en dialog med brukerorganisasjonene, noe som innebar at målkravet anses innfridd når brukerorganisasjonene er fornøyd med tilbudet som etableres. Hvordan måloppnåelse av dette målkravet skal måles, er ikke nærmere spesifisert. Imidlertid har allerede Fellesaksjonen påpekt at de ønsker at det etableres egne enheter/poster som kun arbeider med medisinfrie behandlingsforløp. Fellesaksjonens begrunnelse for dette ønsket er at egne, separate poster⁵ vil kunne sikre en kultur som har medisinfri behandling som mål, selv om altså pasienten selv ønsker å bruke medisiner (Björg Njaa, 2018). Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest ble pålagt å etablere minst en enhet i DPS som skulle øremerkes for medikamentfri behandling og/eller nedtrapping av medikamentell behandling. Helse Sør-Øst ble pålagt å etablere to slike enheter. Alt dette som et ledd i arbeidet for å høste erfaringer med medikamentfri behandling for alvorlig psykisk syke (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Fristen for etablering av slike enheter ble satt til 1. juni 2016.

2.3.4 Etablering av medikamentfrie behandlingstilbud – nå begynner det å skje noe

På bakgrunn av kritikken av den omfattende tvangsbruken og i forlengelsen av innføringen av retten til brukermedvirkning innenfor psykisk helsevern, så tilbudet om medikamentfri behandling dagens lys i 2016. Nå skal det innenfor psykisk helsevern «legges til rette for legemiddelfrie behandlingstilbud for pasienter som ønsker det.» Det er ønskelig at slike behandlingstilbud også bør vurderes og utprøves i de kommunale omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Frivillighet blir fremhevet som et grunnprinsipp i all behandling innen psykisk helsevern. Befolkningen skal tilbys medikamentfrie behandlingstilbud, og dette skal gjelde både voksne og personer under 18 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Medikamentfri behandling innebærer at personer vil kunne velge et terapeutisk alternativ til medisiner, dersom dette alternativet regnes som faglig forsvarlig. Videre påpekes det at de som ønsker det kan velge å bruke færre medisiner.

⁵ Post: «Organisatorisk enhet innen en dag- eller døgnavdeling. Dette vil ofte være den minste funksjonelle kliniske enhet ved en dag- eller døgnavdeling dersom avdelingen er inndelt i mindre enheter.» (Ruud, Nordhuus & Thorsen, 2001)

Som vi ser, har det foregått en politisk prosess over mange år. Felles for de nye tankene fra departementalt hold og signalene fra brukerorganisasjoner, er et fokus på medbestemmelse i forhold til eget behandlingsopplegg. Etablering av en trygg relasjon mellom pasient og behandler kan være avgjørende for god behandling. Under et dialogmøte i 2014 mellom ulike aktører innen psykisk helse og rus kom det frem fem punkter som en anbefaling om hva som behøves for å fremme en bedre psykisk helse (NAPHA, 2014). Foruten betydningen av en god relasjon mellom pasient og behandler, ble det påpekt at psykofarmaka ikke alltid er veien til tilfriskning, og ikke alltid bør være førstevalget som behandling. Det anbefales videre at de nasjonale faglige retningslinjene for behandling av psykoselidelser (NAPHA, 2014) bør revurderes med henblikk på tradisjonen med å anbefale medisin som prioritert i valg av behandling.

På bakgrunn av at frivillighet vedrørende behandlingstilbud settes høyt, ser vi at etablering av medikamentfrie behandlingstiltak er et ledd i arbeidet med å oppnå redusert og riktig bruk av tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). De regionale helseforetakene har på bakgrunn av den beskrevne prosessen fått pålegg fra Helse- og omsorgsdepartementet om å etablere medikamentfrie behandlingstilbud i dialog med brukerorganisasjonene. Samtlige helseforetak har nå etablert medikamentfrie behandlingstilbud.

2.3.5 Kritiske røster og andre innspill i debatten om medikamentfrie behandlingstilbud

I debatten rundt innføringen av medikamentfrie behandlingstilbud har det vært sterke innlegg både for og imot. Walter Keim påpeker for eksempel at for å kunne foreta frie valg må det eksistere alternativer for behandling, men at det i realiteten har eksistert kun tre valg for mennesker med psykisk lidelse som blir innlagt: ta medisinene frivillig, bli tvangsmedisinert om man nekter, eller ingen behandling. Han hevder derfor at tiden nå er overmoden for innføring av medikamentfrie behandlingstilbud (Keim, 2016).

Andre, som overlege Røssberg, uttrykker derimot i et innlegg i Aftenposten bekymring for at personer med psykoselidelser skal få muligheten til å velge om de vil ha medikamenter eller annen virksom behandling (Røssberg, 2016). I innlegget omtales innføring av medikamentfrie alternativer som et sjansespill, og Røssberg hevder at det ikke finnes veldokumenterte behandlingsmetoder uten bruk av medikamenter for mennesker med psykotiske lidelser. Han påstår at helsemyndighetene innfører en «behandlingspakke» uten at en eneste god vitenskapelig studie er lagt til grunn, og uttrykker frykt for at det nye tilbudet vil medføre at personer med psykoselidelser kommer senere til optimal behandling som man vet virker (Røssberg, 2016). Også andre hevder at etablering av en medikamentfri psykiatri er et eksperiment uten forskning (K. Gundersen, 2016). Gundersen, som er professor i biologi, hevder i artikkelen at det kun eksisterer forskning på samtalerterapi og aktivisering i samspill med

medikamenter, og at «oppsummering av erfaringer», som departementet legger opp til, ikke kan kalles forskning (2016). Han foreslår at det i stedet for å etablere en uprøvd behandling som rutine, burde vært etablert et forskningsprosjekt.

Forskning på ikke-medikamentelle tiltak ønskes velkommen av medisinsk redaktør i Tidsskrift for norsk legeforening. Som et motsvar til skeptikerne sier Slagstad, som også er lege, at det vi nå ser er psykiatriens indre konflikter eksponert (Slagstad, 2017). Kravet om medisinfrie tilbud henger sammen med hvilket vitenskapssyn man skal basere seg på. Slagstad hevder at samfunnet ikke kan fortsette å betale for behandling som ikke har effekt, og som i tillegg påfører pasienter mange uheldige bivirkninger. I tillegg hevder han at vi, til tross for mer avansert nevrovitenskapelig forskning, fortsatt har begrenset kunnskap om årsaker til psykiske lidelser. Slagstad sier at det denne debatten til syvende og sist dreier seg om, er et spørsmål om autonomi (Slagstad, 2017). Siden mennesker med psykiske lidelser har et særlig svakt rettsvern, bør vi lytte til deres preferanser.

Blant de om ønsker medikamentfrie behandlingstilbud velkommen er professor Anne-Kari Torgalsbøen. I sin forskning på unge pasienter med førstegangpsykose finner hun en mangelfull oppfølging av medikamenter, noe som fører til at mange blir stående på en for høy vedlikeholdsdose. De som kan ha nytte av medisiner, blir dermed utsatt for unødige bivirkninger fordi oppfølgingen av medisinene ikke er god nok (Torgalsbøen, 2016).

Blant øvrige kritikere av den omfattende medikamentbruken innen psykisk helsevern er den amerikanske vitenskapsjournalisten Robert Whitaker. Han påpeker at dersom nyere psykiatriske legemidler er så gode som farmasøytisk industri og psykiatere hevder, hvordan kan det da ha seg at psykiske lidelser har eksplodert i samme tidsrom som disse nye legemidlene har vært på markedet (Whitaker, 2014). En annen kritiker til omfattende medikamentbruk er overlege Trond F. Aarre. Han mener at vi medikaliserer normalitet, og hevder at den medisinske modellen passer dårlig i psykisk helsevern (Aarre, 2010). Aarre mener brukerne bør bli møtt med forståelsesrammer de i større grad enn nå kan kjenne seg igjen i. Blant de som sier ja, takk til medisinfrie behandlingstilbud er videre presidenten i Norsk Psykologforening (Hofgaard, 2014). Han mener at løsningen er ikke å kutte ut medisiner for alle, fordi noen opplever medisiner som viktige. Hofgaard (2014) ønsker imidlertid medikamentfrie behandlingstilbud velkommen i form av en reell valgfrihet for de som ikke ønsker å bruke medisiner.

2.3.6 Føringer for medikamentfri behandling

Så langt det er mulig og forsvarlig, skal alle pasienter kunne velge mellom ulike behandlingsalternativer, også medikamentfri behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Videre bør medikalisering av normale livsproblemer søkes unngått. Dersom psykofarmaka må forskrives, skal det kun gjøres på god indikasjon, og seponeres dersom effekten uteblir. Videre skal

ikke doseringen overskride WHO's anbefalinger, bivirkninger skal fanges opp i tide, slik at det kan gjøres eventuelle endringer, og leger plikter å holde seg oppdatert innenfor psykofarmakologi. Avslutningsvis anbefales det i føringene for medikamentfri behandling at psykofarmakabruk ved det enkelte sykehus bør registreres, og sammenliknes med andre sykehus (Helsedirektoratet, 2018d). Leger forskriver medikamenter, og sitter således med mye makt. At leger får beskjed fra Helsedirektoratet om å holde seg oppdatert om legemidler brukt i behandlingen av alvorlige psykiske lidelser, er en tydelig melding om en større bevissthet omkring bruk av medikamenter. Samtidig nevnes forsvarlighetskravet, som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 (Lovdata, 2018) og helsepersonelloven § 4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001), og også medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern må etterleve disse kravene. Det skal også utvises god praksis, i henhold til anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer for psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013a). Prinsipper for god praksis (Helsedirektoratet, 2013a) handler om god dialog og god relasjon mellom pasient/bruker og fagperson, samt kontinuitet i behandling og oppfølging.

Som det fremgår ovenfor, er de nasjonale føringene for utformingen av tilbudet om medikamentfri behandling ganske generelle. Mye er overlatt til de enkelte helseforetak å avgjøre, og de har løst oppgaven ulikt (Bjørngen mfl., 2018). I rapporten fra Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling (KBT) (Bjørngen mfl., 2018) fremgår at de fleste medikamentfrie tilbudene er for pasienter i frivillig poliklinisk behandling, og at døgnopphold tilbys ved behov.

2.4 Psykisk lidelse – ulike forståelser, modeller og diagnoser

I vår tid tenker vi at behandling av mennesker som av ulike grunner ikke klarer å oppfylle kravene til «normalitet» er tuftet på humanistiske prinsipper og menneskerettigheter. Utfordringer med å oppfylle krav kan for eksempel være redusert evne til: å arbeide; å ivareta seg selv; å ivareta sin familie; og til å delta på sentrale områder i samfunnet. Innenfor psykisk helsevern kan vi møte på mange mennesker med denne type utfordringer.

2.4.1 Forståelsesmodeller

For å forstå, har vi mennesker en tendens til å lage modeller av det vi oppfatter som virkeligheten (Brudal, 1989). Vi lager vår egen forståelse, som så vil møte andres forståelse i form av deres modeller. Modellene vil ha en struktur og en opprinnelse, og de vil få konsekvenser. Historisk sett har det eksistert ulike modeller for hvordan en har forstått psykiske lidelser, og i det følgende redegjøres for sentrale slike modeller. Psykiske lidelser kan klassifiseres ved å observere og påpeke avvikende atferd, tankegang som anses som særpreget, måter å snakke på som faller utenom det vi regner som normalt, samt hvordan følelser kommer til uttrykk (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009). En slik måte å klassifisere menneskelig atferd på, faller inn under det som omtales som *den medisinske modell* (Grue, 2004). Plagene tillegges den enkelte som individ, som forstyrrelser i biologiske,

psykologiske eller atferdsmessige funksjoner (Aarre, 2018). Psykiske lidelser regnes ut fra denne forståelsen som en «forstyrrelse», og den vil vise seg som symptomer, som igjen medfører at det settes en diagnose.

Det som anses som særpreget og utenfor det vi regner som normalt, og potensielt egnet for en klassifikasjon av en psykisk lidelse, er knyttet til en historisk, kulturell og sosial sammenheng. At begrepene vi bruker for å klassifisere psykiske lidelser er sosialt konstruerte kategorier, som avhenger av hvilken tid vi lever i, er viktig å ha i mente (Haugsgjerd mfl., 2009). Utgangspunktet for å klassifisere en psykisk lidelse er enten å observere fenomener og atferd (symptomer), ferdighetsmangler som fører til funksjonshemming eller i strukturell patologi (Haugsgjerd mfl., 2009). Den *medisinske* modellen er en hierarkisk modell, hvor legene tradisjonelt sett har tronet øverst (Brudal, 1989), og denne måten å omtale og klassifisere menneskelig atferd på, er i tråd med synet på individet som et objekt, som kan repareres.

Brukerorganisasjoner har et uttalt ønske om at den medisinske modellen viker, til fordel for andre modeller som i større grad tar hensyn til den enkeltes preferanser når det gjelder synet på psykiske vansker, samt behandlingsmetode. Det som kalles *den sosiale modellen*, viser til at det er ikke individets opplevelse av sine egne vansker eller funksjonshemming som tillegges størst vekt. Samfunnet vi er en del av, i form av ulike barrierer og holdninger, og hvordan den enkelte møtes, har betydning (Kassah & Kassah, 2009). Stigmatisering på grunn av ens funksjonshemming, i denne sammenheng en psykisk lidelse, var også et sentralt poeng da den sosiale modellen vokste frem (Grue, 2004). Brukerorganisasjoner har tatt til orde for at de har opplevd en stigmatisering ikke bare generelt i samfunnet, men også fra de som skulle hjelpe (Aarre, 2018).

Vi kan se et økt fokus på i hvilken sammenheng folks problemer oppstår. Folk opplever ting i livet, og reaksjoner på opplevelser kan være både normale og rimelige, men diagnosespråkets symptomkategorisering gjør dette til noe som skal repareres – en lidelse (Aarre, 2018). Det Aarre beskriver som et kontekstuellt perspektiv har tilnærmet samme begrepsinnhold som *den relasjonelle modellen*, som beskriver funksjonshemming som et misforhold mellom personens kapasitet og krav fra omgivelsene (Kassah & Kassah, 2009). Dette kalles også gap-modellen, som refererer til gapet / misforholdet mellom personens forutsetninger og omgivelsenes krav (Owren, 2011). Det har skjedd en forskyvning av perspektiv, på det viset at et menneskes funksjon ikke avhenger kun av individuelle ferdigheter, men også blir forstått ut fra den konteksten vedkommende befinner seg i. At den enkeltes evne til å fungere også er situasjonsbestemt, er erkjent (NOU 2005:8, 2005). Jeg finner det betimelig å trekke frem begreper som omhandler funksjonshemming, med tanke på hvordan psykiatrien har bedrevet – og fortsatt praktiserer – kategorisering med påfølgende behandling av mennesker med psykiske lidelser.

2.4.2 Diagnoser

Å definere en psykisk lidelse presist og entydig er ikke enkelt, og skal heller ikke være det. Symptomer som anses karakteristiske for den enkelte tilstand/diagnose letes opp, og i en pragmatisk ånd må man innfri noen eller bestemte av disse kriteriene for å få en diagnose (Møller, 2018).

Bruken av diagnoser for å beskrive menneskers mangfoldige følelsesliv og atferdsuttrykk er sterkt omdiskutert. Hvorom allting er; diagnoser er fortsatt «inngangsbilletten» til helse- og sosialtjenester, samt at diagnoser har avgjørende betydning i helseretten (Dahl & Løvlie, 2018). Inntil vi som samfunn bestemmer oss for at vi ikke skal klassifisere mennesker via en diagnosemanual, har diagnoser for alvorlige psykiske lidelser store implikasjoner for den det gjelder, for behandlingstilbudet, samt for muligheter til inngripen i vedkommendes liv via lovverket (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016b).

Avslutningsvis under dette punktet redegjør jeg kort for hvordan begrepene psykoselidelser og bipolare lidelser kan forstås. Redegjørelsen kommer på bakgrunn av at medikamentfri behandling i særlig grad tilbys mennesker med psykoselidelser og bipolare lidelser. Jeg ønsker å vise hvordan mennesker som søker hjelp for sine livsvansker blir kategorisert. Denne kategoriseringen er gjeldende prosedyre, selv om vi altså ser et ønske om et mindre diagnosestyrt psykisk helsevern.

Psykoselidelser

Forståelsen av en psykose avhenger, som nevnt ovenfor, av hvilket perspektiv man inntar. Begrepet er som sådan ikke mulig å gi en biologisk «markør» (Cullberg, 2005). Man kan forstå en psykose ut fra to hovedperspektiver, enten kun via ytre, observerbar atferd, eller via den indre opplevelsen (Møller, 2015). Forståelsen og tilnærmingen til psykose som fenomen har variert gjennom tidene (Aarre mfl., 2009), og har omhandlet alt fra organiske årsaksforklaringer til «kalde» mødre». Expressed emotions, som handler om hvordan følelser uttrykkes både verbalt og non-verbalt – og som kan være skadelig for sårbare barn dersom følelsesuttrykkene i for stor grad er inkongruente, har det vært forsket mye på (Aarre mfl., 2009). En finner at dette ikke er en årsaksforklaring, men sier noe om at det sosiale miljøet har betydning. Forekomsten av psykoselidelser ligger på rundt 1-2 prosent av befolkningen (Aarre mfl., 2009) (Helsedirektoratet, 2018a).

Psykoselidelser deles vanligvis i to undergrupper, et *schizofrenispektrum* og et *bipolarspektrum* (Melle, 2015). Atferd kan gi opphav til opplevelser, men studier viser at det i all hovedsak er opplevelsene som først endrer seg ved utvikling av *schizofreni* (Møller, 2018). Atferden vil så bli påvirket av opplevelsene. Faren ved å operasjonalisere diagnoser ligger i at vi kan komme til å objektivisere noe som handler om personlige opplevelser, som tolkes ved atferdsuttrykk. Realitetsbrist eller svekket evne til å vurdere realiteter (Løberg, Hagen & Johannessen, 2012), og periodevis tap av realitetskontakt (Melle, 2015) nevnes som sentralt ved en psykosetilstand. Realitetsbrist kan gi seg utslag i sansningsforstyrrelser (hallusinasjoner) eller fastlåst/feilaktig tankeinnhold

(vrangforestillinger) (Løberg mfl., 2012). Hallusinasjoner og vrangforestillinger er blant de mest sentrale diagnosekriteriene ved psykoselidelser (Møller, 2018), og disse kalles også positive symptomer, fordi de representerer noe som vanligvis ikke er til stede (Løberg mfl., 2012). Dersom et symptom representerer en reduksjon av noe som vanligvis er til stede, eller et bortfall av normale funksjoner, omtales det som negativt (Løberg mfl., 2012). Eksempler på negative symptomer kan ligne en depresjonsutvikling - personen trekker seg tilbake fra omgivelsene, og viser manglende engasjement og motivasjon. Personen kan virke uengasjert. At personen kan virke uengasjert, står i motsetning til den sterke angsten som ofte kan ligge til grunn når en person er psykotisk.

Å være psykotisk kan innebære å leve med en tilnærmet kontinuerlig følelse av skrekk og panikk (Monsen, 2007). Alle kan oppleve perioder med en «psykotisk» funksjon, dersom vi blir utsatt for ekstreme former for stress. Videre bør vi ha i mente at det er snakk om en *person* som kan ha psykotiske forstyrrelser, og ikke om «en psykose» (Monsen, 2007). Slik jeg oppfatter dette, understøtter det en holdning om å se det enkelte menneske med sin personlighet og sine livserfaringer, og ikke en lidelse som sådan, løsrevet fra menneskets unike perspektiv. Dette får implikasjoner for hvordan vi tilbyr og tilrettelegger behandling. I 2010 var schizofreni angitt som hoveddiagnose hos 39 prosent av innlagte pasienter i psykisk helsevern, og 63 prosent av disse mottok tvangsmedisinering (Bremnes mfl., 2011).

I nasjonale retningslinjer anbefales det å tilby et antipsykotisk legemiddel til pasienter med en diagnostisert psykoselidelse, både som førstevalgsbehandling ved førstegangpsykososer og ved forebygging av tilbakefall (Helsedirektoratet, 2013a). Ifølge retningslinjene skal behandling med legemidler som hovedregel gjennomføres utfra at personen har samtykket. Unntaket er dersom det er hjemmel for å gjennomføre tvungent psykisk helsevern.

Bipolare lidelser

Bipolare lidelser tilhører sammen med depressive lidelser gruppen av det som kalles stemningslidelser (Aarre, 2012c). Det viktigste symptomet ved bipolare lidelser er langvarige og vesentlige avvik i sinnstemningen. Bipolare lidelser ble tidligere kalt manisk-depressive lidelser (Aarre, 2012c), og vi skiller hovedsakelig mellom bipolar 1 og bipolar 2. Ved bipolar I lidelse vil personen veksle mellom mani og depresjon, og de maniske periodene kan være med eller uten psykotiske symptomer. Perioder med depresjon forekommer også ved bipolar 2 lidelse. Her kalles de oppstemte periodene hypomani, og når ikke opp til den diagnostiske terskelen for mani (Aarre, 2012c). Dersom en person er manisk, vil stemningsleiet være hevet langt over det som harmonerer med situasjonen og forholdene. I tillegg vil aktivitetsnivået stige, søvnbehovet minke, taletrangen øke, selvtilliten stige – iblant til grandiose høyder (Helsedirektoratet, 2012). Varer en mani over en uke, kan den føre til alvorlig nedsatt funksjonsevne (Aarre, 2012c). Nedsatt funksjonsevne kommer delvis av for lite søvn og økt

aktivitetsnivå, men også på grunn av at atferden kan bli farlig og kritikkløs, og føre til at vedkommende gjør ting hun eller han ellers ikke ville ha gjort. I hovedsak vil bipolar lidelse type 1 være aktuell for medikamentfri behandling i spesialisthelsetjenesten. En person i en manisk fase kan utvikle psykose, og kommer inn under tvangsparagraf dersom personen ikke frivillig ønsker innleggelse eller behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998a).

Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar vektlegger personens egne ønsker ved valg av behandling (Helsedirektoratet, 2012). Hovedfokus bør være tilbud om: symptomlindrende hjelp; forkorte episoder; samt bedre forløpet av lidelsen. Slik behandling vil som oftest være medikamentell, ifølge retningslinjene. Dog finnes et eget underkapittel om legemiddelfri behandling i retningslinjene for behandling av bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2012), hvor det understrekes at personer som ikke ønsker medikamenter skal få tilbud om annen behandling, og pasientens avgjørelse med hensyn til behandlingsvalg skal respekteres av helsepersonellet. Unntaket fra dette er dersom det vurderes at tvungent psykisk helsevern skal benyttes.

3 Tidligere forskning

Fokuset for denne forskningsgjennomgangen er erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Det foreligger ikke forskning som går direkte på min problemstilling, altså hvilke erfaringer miljøterapeuter har med medikamentfri behandling. Søket inkluderte derfor forskning som befattet seg med medikamentfri behandling generelt sett, samt på sentrale begreper som fremkom i intervjuene. En oversikt over disse søkebegrepene fremkommer i tabell 1.

3.1 Litteratursøk

Jeg har gjort et omfattende og systematisk litteratursøk i ulike databaser i den hensikt å få oversikt over tidligere forskning. Hensikten var å få en kunnskapsstatus om medikamentfri behandling og brukermedvirkning for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Litteratursøket ble gjennomført i perioden juli – oktober 2018.

Tabell 1. Oversikt over litteratursøk

Database:	PsycInfo	Medline Ovid	Cinahl	Cochrane	SveMed
Søkeord					
Self determination AND psychotic disorders	6	10	7	1	2
Self determination AND bipolar disorder	14	8	4	2	0
Participation AND psychotic disorders	61	224	80	42	5
Participation AND bipolar disorder	14	234	56	10	3
Non-medication based treatment AND psychotic disorders	0	8	6	12	0
Non-medication based treatment AND bipolar disorder	0	8	3	3	0
Self determination AND non-medication based treatment AND psychotic disorders	0	8	0	6	0
Self determination AND non-medication based treatment AND bipolar disorder	0	8	0	0	0
Participation AND non-medication based treatment AND psychotic disorders	0	8	0	0	0
Participation AND non-medication based treatment AND bipolar disorder	0	8	0	3	0
Relevante	2	32	30	8	6

3.1.1 Søkeord og gjennomføring av søk i databaser

Valget av databaser er gjort ut fra et ønske om å dekke et stort område. Det ble søkt med begrepene som fremkommer i tabell 1. Funn ble begrenset til å gjelde aldersgruppe 18+ og forskning fra 2008 og frem til i dag. Begrensingen i alder og utvalg gjelder alle søkene. Utvalgte databaser med antall funn i klammer er: PsycInfo (2), Medline Ovid (32), Cinahl (30), Cochrane Library (8), og SveMed (6). Til å begynne med søkte jeg kun på «mental disorder», men siden begrepet «alvorlig psykisk lidelse» er brukt for å beskrive hva som skal prioriteres i forhold til medikamentfri behandling, forsøkte jeg søkeordet «severe mental disorder». Psykoselidelser og bipolare lidelser er spesifikt nevnt som prioriterte diagnosegrupper, og jeg søkte til slutt spesifikt på «psychotic disorders» og «bipolar disorder», og valgte altså til slutt å søke på self determination, participation og non-medication based treatment i kombinasjon med de to diagnosegruppene. Jeg er oppmerksom på at det finnes andre aktuelle søkeord i tilknytning til mitt tema, og eksempler på slike er «non-pharmacological treatment of psychiatric disorder» og «drugfree treatment of psychiatric disorder». Disse søkene ble kombinert med self determination og participation, men ga ikke tilfredsstillende resultater. Eksklusjonskriterier var rus, demens, utviklingshemming, barn og ungdom, Alzheimer, autisme og spilleproblemer. Disse nevnes fordi en del artikler omhandlet medikamentell behandling i tilknytning til nevnte områder.

Underveis i søkeprosessen fikk jeg bistand fra bibliotekar ved universitetsbiblioteket, spesielt i forhold til å avgrense søkekriterier. Treffene ble vurdert ut fra tittel, abstract og i noen tilfeller hele artikkelen. Jeg kikket også på «find similar articles», og et begrep som ofte dukket opp i tilknytning til mitt søk var «shared decision making (SDM)». Jeg vil ta med relevante artikler i forhold til SDM også, all den tid dette begrepet er nært knyttet til self determination og participation.

Tabell 2. Oversikt utvalgte artikler

Tema:	Bruk av medikamenter versus medikamentfrihet	Selvbestemmelse (self determination)	Shared decision making (SDM)	Deltakelse (participation)
Antall artikler:	17	11	14	8

De ulike artiklenes relevans varierer. Relevansen er blant annet avhengig av overførbarhet i forhold til juridisk rammeverk, oppbygging og organisering av velferdstjenestene i de ulike land, kultur – herunder behandlingskultur og så videre. Forskningsresultater fra ulike land er dermed ikke nødvendigvis overførbare. For å forebygge eventuelle feilkilder knyttet til dette opplyser jeg underveis

i forskningsgjennomgangen i hvilke(t) land de ulike undersøkelsene er gjennomført. Vurdering av mulige kontekstuelle forskjeller blir dermed opp til leseren.

3.1.2 Nettsider

Engasjementet i forhold til medikamentfri behandling er stort, og det gjenspeiles i engasjementet på ulike nettsider. *Medikamentfrie behandlingstilbud* kalles en nettgruppe hvor fagfolk utveksler relevant forskning, fremgang i forhold til etablering av det nye tilbudet, samt deler artikler og synspunkter. Mental Helse har egen nettside, og det samme har Nasjonalt kompetansesenter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (Napha). Jeg har hentet inspirasjon og tips til artikler og aktuell litteratur på flere nettsider, hvorav de nevnte nettsidene er de jeg i hovedsak har anvendt. Tradisjonelt sett benytter man seg i liten grad av slike nettsider, men siden det har vært gjort begrenset med forskning på dette feltet, har jeg fått nyttig informasjon ved å følge disse nettsidene.

3.1.3 Kjedesøking

Utfordringen har ikke vært å finne interessante og relevante artikler, men heller det å sette en begrensning for hva jeg skulle lese. Når jeg leste en artikkel, fant jeg nye og interessante artikler og boktitler i litteraturlista, og dermed måtte jeg lese noen av de. I en ny artikkel kommer det en litteraturliste som presenterer nye, spennende innfallsvinkler, og de måtte også leses. Denne metoden kalles kjedesøking (Rienecker & Jørgensen, 2013). Kjedesøking kan minne om en snøball som ruller. Analogien med en snøball har å gjøre med at jo mer en snøball ruller, jo større blir den. På et tidspunkt må snøballen stoppes – blir den for stor, kan den rulle i utilsiktede retninger. Å forhindre snøballen å bli for stor, har vært en stor utfordring i min prosess med skriving av masteroppgaven.

3.1.4 Bruk av medikamenter versus medikamentfrihet

Unødig langtidsbruk av antipsykotisk medisin har vært et sentralt moment for kritikken av den medikamentelle behandlingen i psykisk helsevern. Jeg vil presentere noen studier som har undersøkt ulike effekter ved bruk av antipsykotiske medikamenter, nedtrapping av medikamenter, og psykososiale behandlingsmetoder med eller uten samtidig bruk av antipsykotiske medikamenter.

3.1.4.1 Ulike effekter ved bruk av antipsykotiske medikamenter

I en britisk/amerikansk (Moncrieff & Leo, 2010) review viser 14 av 26 longitudinelle studier at det finnes en sannsynlighet for at antipsykotiske medikamenter reduserer hjernevolumet, samtidig som disse medisinene kan endre hjernens funksjon, og slik bidra til symptomer som ligner på symptomer ved schizofreni. Moncrieff (2011) viser til forskning som viser endringer i hjernen ved langvarig bruk av antipsykotika, og i en amerikansk longitudinell studie (Andreasen mfl., 2011) beskrives endringer i hjernen ved schizofreni, som det ikke kan utelukkes skyldes langvarig bruk av antipsykotika. En amerikansk longitudinell studie (Harrow, Jobe & Faull, 2014) konkluderte med at etter 20 års bruk av antipsykotika kan det reises tvil om effekten, i og med at de som ikke hadde brukt medisin fungerte

bedre enn de som hadde brukt antipsykotika. Studien antyder at bruk av antipsykotika over år kan bidra til en økning i psykotiske symptomer (Harrow mfl., 2014). I en dansk studie (Albert mfl., 2018) konkluderes det med at det ikke kan påvises at det å slutte med antipsykotika har en negativ effekt på kognisjon. Tvert imot, seponering av antipsykotika var assosiert med bedre kognitiv fungering.

I en tysk review (Leucht mfl., 2012) viser de til at vedlikeholdsbehandling med antipsykotika til mennesker med schizofreni forebygger tilbakefall, mens en nederlandsk studie (Wunderink, Nieboer & Wiersma, 2013) har funnet at dosereduksjon/avslutning av antipsykotisk behandling ved langtidsbehandling gir både symptommessig og funksjonsmessig bedre recovery til mennesker med schizofrenidiagnose. Denne studien var en oppfølgingsstudie til en studie som undersøkte recovery hos personer med schizofrenidiagnose (Wunderink, Sytma, Nienhus & Wiersma, 2009), hvor de konkluderte med at personer kan oppleve funksjonell recovery uten klinisk/symptommessig recovery, og forskerne hevder at samtidig bruk av antipsykotika ikke er til hinder for recovery. En taiwansk studie (Chen mfl., 2018) viser at visse anti-epileptiske medikamenter brukt ved bipolare lidelser gir økt risiko for slag, mens litium og lamotigrin ikke medfører slik risiko. Imidlertid påpekes det i en britisk artikkel (Moncrieff, 1997) at litium brukt i behandling av bipolare lidelser er opprettholdt som behandling til tross for stor risiko for forgiftning og alvorlige bivirkninger.

3.1.4.2 Nedtrapping / ikke bruk av antipsykotiske medikamenter

En dansk kohortstudie (Wils mfl., 2017) fant at pasienter viste remisjon⁶ av psykotiske symptomer uten å bruke antipsykotisk medisin for en periode. Forskerne fant at blant de 60 prosent som deltok i studien var 30 prosent i remisjon med tanke på psykotiske symptomer uten samtidig bruk av antipsykotisk medisin. Disse 30 prosent representerte i stor grad kvinner som ikke misbrukte alkohol eller narkotika, som hadde liten grad av negative symptomer, høy GAF-score⁷ og deltok i arbeidsmarkedet (Wils mfl., 2017).

En amerikansk kohortstudie tok utgangspunkt i at mange personer står på høyere doser antipsykotisk medisin enn nødvendig, og at det finnes få retningslinjer for hvordan nedtrapping og dosereduksjon kan foregå (Steingard, 2017), og resultatene viste at etter 5 år var det ingen signifikant forskjell mellom de som trappet ned og de som fortsatte på for høy dosering, målt opp mot funksjonsnivå, sykehusinnleggelse og status i arbeidslivet. Forskerne antyder at de som var villige til å redusere medisindosen, også hadde størst mulighet til å komme tilbake til arbeidslivet (Steingard, 2017). En annen amerikansk studie (McGorry mfl., 2018) undersøkte om personer med førstegangspsykose kan

⁶ Remisjon betyr å bli symptomfri, ofte definert som under en viss poengsum på en graderingsskala (for eksempel <12 på MADRS ved behandling av depresjon) (Evensen, 2018).

⁷ GAF står for Global Assessment of Functioning (Helsebiblioteket.no, 2018), og er et generisk og overordnet mål på alvorlighetsgrad av symptomer og psykososial svekkelse.

komme seg uten bruk av antipsykotika, og konklusjonen var at under kontrollerte forhold bør intensiv psykososial intervensjon vurderes som et alternativ til antipsykotisk medisin ved førstegangpsykose.

3.1.4.3 Psykososiale behandlingsmetoder med eller uten medikamenter

En gjennomgang av psykoterapeutiske og andre intervensjoner uten bruk av medikamenter foretatt av australske forskere (Jung & Newton, 2009) viste at intervensjoner som førte til stor grad av støtte for personer med psykiske lidelser var tverrfaglige, ambulante team; kriseintervensjon; musikk-terapi og psykoedukasjon. Intervensjoner med moderat grad av støtte var for eksempel familieintervensjon og CBT⁸ (Jung & Newton, 2009). Funnene viser at ulike psykososiale intervensjoner kan redusere sykehusinnleggelse og bidra til bedring av negative symptomer for personen med en schizofreni-diagnose. Dog anbefales disse brukt i tillegg til medikamentell behandling (Jung & Newton, 2009).

I en britisk undersøkelse ønsket forskere å se på om lengden på CBT hadde behandlingmessig effekt, og de konkluderte med at lengden på terapien, 9 måneder, indikerte bedre behandlingseffekt enn trenden med å tilby kortvarig CBT (Spencer mfl., 2018). I en annen britisk studie (Morrison mfl., 2018) undersøkte de hva som kunne gi best behandlingmessig effekt til personer med førstegangpsykose: kun CBT; kun antipsykotisk medikasjon; eller en kombinasjon av CBT og antipsykotisk medikasjon, og de fant at en kombinasjon av CBT og antipsykotika ga signifikant best effekt, mens gruppen som fikk kun CBT hadde færre bivirkninger enn de to andre gruppene.

3.1.5 Selvbestemmelse

Når det gjelder muligheten til å ha innflytelse på eget behandlingsopplegg har forskningen særlig fokus på hvordan selvbestemmelse i beslutninger omkring medikasjon og andre forhold som vedrører behandling kan ivaretas.

3.1.5.1 Motivasjon og kapasitet for beslutningstaking

I en tysk sammenlignende undersøkelse (Hamann mfl., 2011) fant forskerne at personer med diagnosen schizofreni som ønsket å delta i beslutningstaking, ofte uttrykte en stor skepsis til pleien/omsorgen og medikasjonen, samt at personer som vurderte sin egen beslutningskapasitet som dårlig og hadde lav utdanning, foretrakk å ikke delta i beslutningstaking. I en amerikansk studie (Gard mfl., 2014) fant forskerne at personer med diagnosen schizofreni kunne ha manglende motivasjon i forhold til å sette seg egne mål i livet, og forskerne ble overrasket over å finne at målene som ble satt av pasientene i stor grad var styrt av det psykologiske behovet for relasjoner – altså *ytre motivasjon*, og i mindre grad styrt av autonomi og ferdigheter – altså *indre motivasjon*. I en australsk studie deltok personer med alvorlige psykiske lidelser i en 5 dagers recoveryleir, mens kontrollgruppen ikke deltok

⁸ CBT= Cognitive Behavioral Therapy, som innebærer en psykoterapeutisk terapi med fokus på endring av negative tankemønstre, her-og-nå fokus, og løsningsorientert (Psychology, 2018).

(Taylor mfl., 2017). De som deltok i recoveryleiren ga uttrykk for større bevissthet omkring egen person («self»), noe som har betydning i forhold til motivasjon og selvbestemmelse (Taylor mfl., 2017). I en fransk studie (Nordon mfl., 2014) fant de at å undersøke, ved bruk av spørreskjema, i hvilken grad pasienter opplever tilfredshet omkring informasjon om endring i behandlingsopplegget i etterkant av maniske episoder, kan øke muligheten for at pasienter følger opp behandling, herunder medikamentell behandling.

Andre forskere i USA (Candilis, Fletcher, Geppert, Lidz & Appelbaum, 2008) fant i en sammenlignende analyse at kognitiv kapasitet, fysisk fungering og en diagnose på psykisk lidelse – i særlig grad diagnosen schizofreni - hadde størst innvirkning på kapasitet for beslutningstaking, i tillegg til at utdanningsnivå også gjorde en forskjell. I en britisk studie fant man at personer med diagnosen bipolar lidelse kan ha innflytelse på avgjørelser angående behandling av fremtidige maniske episoder ved hjelp av personsentrert evaluering av beslutningskapasitet (Gergel & Owen, 2015). Forskerne konkluderte med at å treffe en selvforpliktende beslutning i en stabil periode gir større opplevelse av medbestemmelse, og ivaretar personens autonomi⁹ (Gergel & Owen, 2015). En amerikansk studie (Jochems mfl., 2015) fant at behandlere i liten til moderat grad var i stand til å vurdere om deres pasienter med alvorlig psykisk lidelse hadde motivasjon for behandling og endring, og fant at et større samarbeid mellom pasient og behandler ville kunne føre til bedre mental helse for pasienten. En norsk studie (Tytlandsvik & Heskestad, 2009) viser at brukerstyrte innleggelses ved psyko-sepost fører til større nytte for pasienten.

3.1.5.2 Tidlig intervensjon og recovery

I en amerikansk studie (Breitborde, Kleinlein & Srihari, 2012) har de funnet at personer med førstegangpsykose kan få et bedre liv og bedre recovery ved bruk av selvbestemmelsesteoriens fokus på autonomi, kompetanse og tilhørighet. Selvbestemmelse i beslutningstaking omkring egen behandling for personer med diagnosen bipolar 2 er belyst i en studie fra Australia (Fisher, Manicavasagar, Sharpe, Laidsaar-Powell & Juraskova, 2017). Oppsummert viser funnene i studien at klinikerne undervurderer betydningen ulike bivirkninger personen selv kan oppleve som sentrale i sin beslutning omkring medikamentell behandling i særdeleshet. Dette funnet har likhetstrekk med funn i en annen review fra Australia, hvor kommunikasjon og beslutningstaking for personer med bipolar lidelse var i fokus (Fisher, Manicavasagar, Kiln & Juraskova, 2016).

3.1.6 Shared decision making

For å øke kvaliteten og effektiviteten omkring pasienters mulighet til å innvirke på beslutninger omkring egen behandling, samt utarbeide modeller som kan sikre gjennomføring og evaluering av

⁹ CRPD = Convention of the Rights of Persons with Disabilities (United Nations, 2016)

SDM, så the International Decision Aid Standards (IPDAS (Collaboration, 2018)) dagens lys i 2003 (Volk, Llewellyn-Thomas, Stacey & Elwyn, 2013). Shared decision making (SDM) defineres som en tilnærming hvor kliniker og pasient i fellesskap tar beslutninger om evidensbasert behandling. SDM kan oversettes til samvalg, eller et veiledet valg, hvor pasient og lege tar beslutninger sammen (Nylenna, 2014). I en kanadisk review (Légaré & Thompson-Leduc, 2014) forsøker forskerne å avkrefte en del myter omkring hvor vanskelig det kan være å implementere SDM, og de hevder at SDM kan brukes av alle typer helsepersonell, og ikke kun leger. At SDM vil bidra til økt selvbestemmelse og bedre helse for personer med alvorlig psykisk lidelse fremkommer også i en Cochrane-review (Duncan, Best & Hagen, 2010).

3.1.6.1 Utfordringer knyttet til implementering av SDM som tenkning

I tre tyske studier (Haarig mfl., 2016) (Hamann mfl., 2008) (Heres & Hamann, 2017), en britisk/amerikansk (Joseph-Williams, Elwyn & Edwards, 2014); en britisk (Stovell, Morrison, Panayiotou & Hutton, 2016); samt en australsk (Kokanovi mfl., 2018) review fant de at det å implementere SDM, som viser seg å kunne øke opplevelsen av empowerment for pasienter, byr på visse utfordringer knyttet til i hovedsak to forhold; 1) pasienter er ikke vant til å bli inkludert i beslutningsprosesser, og trenger opplæring i å øke sin beslutningskompetanse, og 2) leger og annet helsepersonell må endre sin innstilling, og trenger også opplæring i å tenke nytt. En nederlandsk (van der Krieke mfl., 2013), en amerikansk (Wilder, Elbogen, Moser, Swanson & Swartz, 2010) og en tysk (Hamann mfl., 2010) studie har konkludert med at når pasienter får delta i beslutninger, spesielt omkring medisiner, øker sjansen for at medisinen tas, og behandlingen for øvrig følges. En britisk studie (Farrelly mfl., 2016) viser at det eksisterer barrierer i forhold til SDM, og nevner felles kriseplaner som et eksempel. I denne studien (Farrelly mfl., 2016) fant de at pasienter som oftest blir informert, men ikke involvert, i viktige beslutninger omkring egen behandling.

3.1.7 Deltakelse

Når det gjelder deltakelse har forskningen i hovedsak vært opptatt av: hva som kreves av fagpersoner for å fremme brukers medvirkning; personer med alvorlig psykisk lidelse og deltakelse i forskning; hva som er sentralt når personer deltar i utforming av recoveryplan; samt sammenheng mellom nevrokognisjon og motivasjon når det gjelder deltakelse.

3.1.7.1 Fagpersoners rolle i å sikre brukermedvirkning

I en norsk observasjons- og intervjustudie (Mathisen, Obstfelder, Lorem & Måseide, 2015) fant de at for å sikre brukermedvirkning i miljøterapeutiske aktiviteter kreves det at personalet har kreativitet, pågangsmot og utholdenhet. I en annen norsk studie (G. F. Lorem, Frafjord, Steffensen & Wang, 2014) ble pasienter intervjuet rett etter en krise, og da fant forskerne at personalet bør ha økt fokus på å følge retningslinjer for samtykke, gi tilstrekkelig informasjon, samt vektlegge dialog og SDM. En svensk studie (Flyckt & Msghina, 2015) viser at samarbeid mellom ulike aktører, iberegnet pasienten

selv, vil øke muligheten for en vellykket behandling, og her nevnes bruk av individuell plan spesielt. I en amerikansk studie (Paksarian mfl., 2014) fant de at pasientens deltakelse var størst i spørsmålet omkring tvangsbruk ved innleggelse, og at dette sammenfalt med at lengden på innleggelsen da ble forkortet.

3.1.7.2 Deltakelse i utforming av recoveryplan

To amerikanske studier (Fukui, Davidson, Holter & Rapp, 2010) (Simon mfl., 2011) viser at bruk av likemenn/erfaringskonsulenter/andre brukere i arbeidet med recoveryplan, enten i grupper eller ved elektronisk kontakt, kan øke selvbildet, gi færre symptomer, bidra til håp, samt muligheten for å klare seg selv hjemme.

I en amerikansk longitudinell studie (Thomas, Luther, Zullo, Beck & Grant, 2017) fant de at manglende deltakelse i nærmiljø og samfunnsliv ikke i så stor grad handlet om manglende motivasjon, men om manglende tro på egen mestringsevne. Ulike CBT-metoder ble tatt i bruk for å initiere større aktivitet og deltakelse (Thomas mfl., 2017). En annen amerikansk studie (de Waal, Dixon & Humensky, 2017) fremhever betydningen av å undersøke hvilke mål og ønsker personer med alvorlige psykiske lidelser har, fordi alle områder av livet blir påvirket når et ungt menneske får en alvorlig psykisk lidelse. De fant at yngre mennesker var opptatt av recoveryorienterte aktiviteter, som for eksempel skole og jobb, og i hvilken grad symptomer og bivirkning av medisiner kunne hindre aktiv deltakelse i livet, mens eldre mennesker var mer opptatt av medisin-orienterte symptomer (de Waal mfl., 2017). Konklusjonen er at fagpersoner må lytte til pasienters mål i livet, for slik å kunne utforme pasientsentrerte behandlingsplaner.

3.2 Kunnskapsoversikt medikamentfri behandling i Norge

Folkehelseinstituttet gjorde i 2016 et systematisk litteratursøk i den hensikt å finne forskning om effekt av medikamentfrie tiltak til personer med alvorlige psykiske lidelser som ønsker et medikamentfritt behandlingstilbud. Oversikten omhandler tiltak gitt til mennesker med ulike typer alvorlige psykiske lidelser, hvor schizofreni, depresjon og bipolare lidelser utgjør de vanligste. I oversikten fremgår det at de har funnet en rekke medikamentfrie tiltak, som i hovedsak er ulike psykologiske tiltak, trenings- eller livsstiltiltak og kosttilskudd eller naturpreparater. Imidlertid fremgår det av rapporten at enkelte av disse tiltakene tilbys i tillegg til medikamentell behandling, og ikke som «medikamentfri behandling» slik det nye tilbudet i Norge defineres (Fønhus, Fretheim & Johansen, 2016).

I 2017 utarbeidet Folkehelseinstituttet en systematisk oversikt over «Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose». Litteratursøket viste et stort omfang av referanser, og et stort antall diskusjonsartikler, noe som viser betydningen spørsmålet om bruk eller ikke bruk av antipsykotiske medikamenter i behandlingen har. Ut fra de søkekriterier som ble valgt,

konkluderer rapporten med at det ikke finnes studier som evaluerte effekt av psykososial behandling uten bruk av antipsykotika sammenlignet med psykososial behandling der pasienter med aktiv psykose samtidig får antipsykotika. På bakgrunn av dette kan det ikke gis noen konklusjon om effekten av slike tiltak (Holte, Austvoll-Dahlgren & Straumann, 2017).

I en systematisk oversikt fra 2018 om «Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med shizofrenispektrumlidelser» konkluderer Folkehelseinstituttet med at det er vanskelig å besvare spørsmålet om virkninger og bivirkninger av langtidsbehandling (lenger enn to år) med antipsykotika. De finner ikke at det er gjort randomiserte studier hvor den reelle behandlingstiden overstiger to år (Smedslund, Siqveland, Kirkehei & Steiro, 2018).

En brukerstyrt brukerundersøkelse om behandling av psykoser i Bergen (Blindheim, 2018) i tilknytning til medikamentfritt behandlingstilbud, fant en forskjell mellom yngre og eldre psykosepasienter. Forskjellen handler i hovedsak om at yngre pasienter i større grad enn de eldre tar til orde for sine rettigheter, mens de eldre har vært i et psykiatrisk system i mange år, og har erfart en annen tradisjon, noe som kan bidra til at de ikke så lett krever sine rettigheter i forhold til medbestemmelse.

Det fremgår av protokollene til de ulike helseforetakene at følgeforskning er igangsatt (Bjørgen mfl., 2018), og alle etterspør mer kunnskap om medikamentfri behandling.

I en nylig publisert artikkel som tar for seg noe av debatten omkring medikamentfrie behandlingstilbud, samt de ulike tilbudene (Standal & Heiervang, 2018), fremkommer det at på tross av at innføringen var omstridt, er det nå innført tilbud i alle helseforetak, samt at de ulike helseforetakene har prioritert tilbudene ulikt.

3.3 Oppsummering av forskningsgjennomgang

Når det gjelder bruk av *medikamenter versus medikamentfrihet*, viser studier at antipsykotisk medikasjon brukt over tid kan skade hjernen i alvorlig grad, og påføre personen symptomer som kan forveksles med symptomer på diagnosen schizofreni. Andre studier viser at personer som ikke bruker antipsykotika fungerer bedre enn de som bruker slik medikasjon, og personer opplever bedre recovery uten samtidig bruk av antipsykotisk medikasjon, eller ved dosereduksjon. Jeg fant også studier som viser at det er stor risiko for alvorlige bivirkninger ved enkelte medikamenter brukt i behandlingen av bipolar lidelse. Andre studier har sett på hvilke psykososiale behandlingsmetoder som virker bra, men da hovedsakelig brukt i kombinasjon med medikamenter. Slike metoder er for eksempel ambulante team, psykoedukasjon og familieintervensjon.

Studier som omhandler pasienters *selvbestemmelse* viser at personer ønsker å delta i beslutningstaking vedrørende egen behandling, men at manglende tro på egen mestring hindrer medvirkning. Manglende

motivasjon i forhold til å sette seg mål i eget liv handler i stor grad om manglende tro på egen mestringsevne. Andre studier viser at det å etterspørre pasientenes preferanser, både når det gjelder egen behandling, samt egne målsettinger, er noe helsepersonell kan bli bedre til.

I forhold til *shared decision making* viser studier at å implementere slik tenkning i alle deler av helsevesenet vil øke pasientenes selvbestemmelse, men at leger og annet helsepersonell har en vei å gå i forhold til å tenke nytt omkring spørsmål knyttet til pasientenes autonomi og medvirkningsrett.

Deltakelse i form av aktiv brukermedvirkning krever at helsepersonell tenker nytt og utviser stor grad av utholdenhet, i tillegg til at økt fokus på samarbeid mellom ulike aktører vil øke muligheten for god behandling. Likemenn og erfaringskonsulenter bidrar til bedre recovery for pasienter. I tillegg fant jeg studier som viser at det er forskjell på yngre og eldre pasienter, og at denne forskjellen i særlig grad fremkommer når det gjelder hva de ulike aldersgruppene er opptatt av i livet. De yngre er i større grad opptatt av å leve et aktivt liv på tross av sine vansker, mens de eldre i større grad er opptatt av symptomer.

Norge er det eneste landet som til nå har etablert medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern, og det er hittil ikke gjort mye forskning knyttet til dette nye tilbudet. Jeg har presentert det jeg har funnet. Forskningsgjennomgangen viser at det foregår interessant og relevant forskning både i USA og ulike europeiske land, hvor fokus i stor grad er på mindre medisinbruk, hva pasienter legger i god recovery, pasienters medvirkning og selvbestemmelse, samt holdningsendring og nytenkning hos helsepersonell.

4 Teoretiske perspektiver

For å kunne belyse de erfaringer miljøpersonalet har med medikamentfri behandling, har jeg som teoretisk perspektiv valgt *brukermedvirkning og empowerment, roller og kultur, samt motivasjon*.

4.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet som innebærer at enkeltpersoner kan medvirke i beslutningsprosesser som angår egen livssituasjon. I Norge har vi ulike begreper i forbindelse med brukers medvirkning i eget liv. De mest sentrale begrepene er brukermedvirkning, selvbestemmelse og deltakelse. I engelskspråklig faglitteratur brukes begrepet *participation* for å beskrive brukers medvirkning, og i ICF beskrives deltakelse som den enkeltes «engasjement i sin livssituasjon» (Norvoll, 2013). «Engasjement i sin livssituasjon» - altså *participation* – rommer de tre ulike begrepene vi bruker i Norge.

Vi snakker om ulike grader av brukermedvirkning, og skiller vanligvis mellom individnivå, tjenestenivå og systemnivå (T. D. Bøe & Thomassen, 2007). På systemnivå handler brukermedvirkning om å tilføre erfaringer og kunnskap for å forbedre kvaliteten på utformingen av tiltak og tjenester, mens brukermedvirkning på individnivå handler om retten til innflytelse og selvbestemmelse over eget liv (NOU 2001:22, 2001). Det innebærer mulighet til, på individuelt nivå, å få innflytelse og reell deltakelse i utforming av den behandling som vedrører den enkelte.

Brukermedvirkning på tjenestenivå handler om at brukeren skal kunne påvirke utforming og utvikling av tjenester som gis av en avgrenset avdeling eller tjeneste (T. D. Bøe & Thomassen, 2007).

Medikamentfri behandling handler om brukermedvirkning på alle tre nivåer, slik jeg ser det.

For å beskrive ulike grader av deltakelse, holder meg til begrepet *participation* for en stund, fordi jeg ønsker å vise til Arnsteins klassiske *Ladder of citizen participation*. Arnstein delte begrepet *participation* i 8 stige-trinn, som var delt inn i 3 hovedområder av deltakelse (Arnstein, 1969). Hun snakker om *non-participation*, *degrees of tokenism*, samt *degrees of citizen power*. Manipulasjon og terapi befinner seg på de to laveste trinnene, og innebærer ikke-deltakelse, i den forstand at de som innehar makt underviser og behandler. Her er ingen invitasjon til deltakelse. Grader av tokenisme befinner seg midt på stigen, og innebærer informasjon og konsultasjon. Å bli informert og konsultert i saker innebærer ikke reell innflytelse, ifølge Arnstein. Blidgjøring eller rådgivning er det høyeste nivået av tokenisme, all den tid makthaverne innhenter brukernes synspunkter, men selv tar de viktige beslutningene. Stigens siste trinn innebærer grader av brukernes makt, i form av partnerskap (reell mulighet til å delta i forhandlinger om beslutninger), delegert makt og brukerkontroll (full selvbestemmelse og medbestemmelse) (Arnstein, 1969). Arnstein påpekte at det selvsagt var flere forhold som kunne påvirke «stigetur» i en eller annen retning, og hun nevnte som eksempler paternalisme og uvilje til å fordele makten fra makthavernes side (1969). Fra brukernes side, som hun

kaller «have-nots», vil sosioøkonomisk infrastruktur og manglende kunnskap, i tillegg til manglende tillit til makthaverne, ha betydning for muligheten til å oppnå reell deltakelse, og altså brukervedvirkning.

Brukermedvirkning bygger på teorien om *empowerment*, og utgangspunktet for begrepet kan vi finne hos Paulo Freire og hans tanker omkring de undertryktes pedagogikk.

4.1.1 Empowerment – historisk tilbakeblikk

I boka «De undertryktes Pædagogik» beskrives forholdet mellom *de undertrykte* og *undertrykkerne* (Freire, 1993). I det som kan beskrives som en frigjøringspedagogikk, settes dialogen i sentrum. For å komme seg ut av en situasjon fylt av undertrykkelse, kreves mot, samt mulighet til å kunne inngå i en dialog med makthaverne. Innenfor psykisk helsevern kan det være mange ulike makthavere, eller undertrykkere, som pasienten skal møte og gå i dialog med. Freire beskriver de undertrykte som søkende etter et rikere menneskeverd. Undertrykkeren vil først kunne være solidarisk med de undertrykte i «... det øyeblikk han holder op med at betrakte de undertrykte som en abstrakt størrelse og ser dem som personer, der er blevet uretfærdig behandlet...» (Freire, 1993, s. 22). Det å forlate en rolle som gjennom et helt liv har vært preget av en følelse av maktesløshet, kan oppleves nærmest umulig (Freire, 1993). Et system som baserer seg på en hierarkisk orden, vil på denne måten opprettholdes, og den undertrykte kan bli sin egen undertrykker. Inngåelse i slike hierarkisk baserte roller er historisk betinget, ifølge Freire. Man kan ikke frigjøre seg selv eller den andre, det er nødvendig at mennesker frigjør hverandre i fellesskap og dialog. Dersom man ønsker å frigjøre seg, må man være sikker på at det er det som er ønskelig – det er ikke gitt at alle ønsker frigjøring. Frigjøring innebærer ansvar, og frigjøringen må komme fra de undertrykte selv. Fase 1 i de undertryktes pedagogikk består i at de undertrykte avslører undertrykkernes verden og gjennom praksis forplikter seg til å endre den. Dette kan vi se har skjedd gjennom avsløringer av omfattende tvangsbruk innen psykisk helsevern, samt forskning som viser unødige bruk av medikamenter. Fase 2 består i at undertrykkelsens virkelighet er blitt endret, og myter som ble skapt og utviklet i det gamle systemet er drevet ut. Fase 2 er i gang innenfor psykisk helsevern, men å si at gamle myter er drevet ut, vil være å dra optimismen til urealistiske høyder.

Freire (1993) hevder at det er de undertryktes store historiske og humanistiske oppgave å frigjøre seg selv fra undertrykkerne. Kun styrken som utledes og springer ut av de undertryktes svakhet vil kunne frigjøre dem begge. Falsk gavmildhet kaller Freire det undertrykkerne gjør når de forsøker å mildne de undertrykte ved å tilsynelatende gi tilbake makt (1993). Det er å håpe at det store fokuset på brukervedvirkning innebærer en reell invitasjon fra styresmaktene sin side.

Dialogen er knyttet til språket, og i dialogen kan man finne felles ord for å konstruere en ny forståelse. Ifølge Freire er dialogen knyttet til *kjærlighet, tro på mennesket, ydmykhet, tillit, håp og kritisk*

tenkning. Forutsetningen for dialog, og samtidig grunnlaget for den, er kjærligheten. Kjærlighet i denne forbindelse handler om å frigjøre mennesket fra posisjoner der de er ufrie (Freire, 1993). Kjærlighet kan ikke eksistere mellom to parter som ikke er likeverdige. Gjennom dialog og historier fikk Freire mennesker til å fortelle hvordan de opplevde sin virkelighet. En sentral forutsetning for en sann dialog er en grunnleggende tro på mennesket. Denne troen på mennesket innebærer også å ha tro på seg selv. Selvforakt hos de undertrykte har sin årsak i at de ser seg selv med undertrykkerens blikk, som de gjennom årevis med undertrykking har internalisert. Det diagnostiske blikket kan oppleves som undertrykkende.

Dialogiske forhold krever at dikotomien personale – pasient oppheves, slik frigjørende undervisning består av erkjennelser og handlinger, og ikke i overføring av informasjon. Pedagogikk eller opplæring som utøvelse av herredømme kalte Freire «sparekassepedagogikk» (Freire, 1993). Man må lytte til hverandre med respekt for hverandres syn, og vise ydmykhet overfor den andres ståsted. «Hvordan kan jeg gå ind i dialog, hvis jeg alltid projiserer uvidenhets ind i andre og aldrig oppfatter min egen?» spør Freire (1993, s. 65). Gjensidig tillit skapes når deltakerne i dialogen tror på den andres gode hensikter. Dialog krever videre kritisk tenkning, noe som ifølge Freire betyr å ha en tro og et håp om at verden er foranderlig, og at en selv kan påvirke forandringen (1993). I og med at betingelser i samfunnet er skapt av mennesker, kan de også endres. En refleksjon omkring sammenhengen mellom egen livssituasjon og samfunnsmessige forhold er sentralt i Freires tenkning.

Avsløringen av dehumanisering har som endelig hensikt å skape endring gjennom etablering av motmakt. Freire (1993) snakker om *tese*, *antitese* og *syntese*. Dersom tesen er at det undertrykte mennesket er et objekt, blir antitesen at mennesket får status som subjekt. Å gi det undertrykte mennesket status som subjekt er enhver revolusjons mål, og skal dette lykkes, kreves at folket reflekterer og handler i forhold til den virkelighet som skal endres. Freire (1993) hevder at i det øyeblikket man reflekterer over at mennesker har status som objekter, vil de få status som subjekter. Om ikke annet vil de være blitt «subjekter i forventning», noe som kan tolkes som at selve forventningen om en endring vil få mennesker til å prøve å styrke sin nye status (Freire, 1993).

Freire hevder videre at årsaken til at undertrykkernes posisjon ikke blir svekket av å ikke lytte til folket, kommer av at folket utgjør dens antitese, selve årsaken til at den herskende klasse kan eksistere. Dersom eliten skulle tenke sammen med folket ville motsigelsen bli overvunnet. Fra de herskendes ståsted forutsetter korrekt tenkning folkets ikke-tenkning, og dette gjelder uansett tidsepoke (Freire, 1993). Fokuset på brukermedvirkning, og nå innføring av medikamentfrie behandlingstilbud i psykisk helsevern, representerer et oppgjør med gamle teser. Imidlertid påpeker Freire at de som fører an i en revolusjon må huske å lytte til folkets ønsker, samt få makthaverne til å tro på deres prosjekt, og til å inngå i en «kulturell syntese». Ledere som ikke handler dialogisk, men pådytter andre sine beslutninger, bedriver manipulasjon, ikke organisering. Freire sier videre at det

ikke kan eksistere frihet uten autoritet, og heller ingen autoritet uten frihet, og disse står i forhold til hverandre. Autentisk autoritet skjer ikke alene gjennom overføring av makt, men gjennom overdragelse eller gjennom samarbeid (Freire, 1993). En organisasjon har bruk for autoritet slik at den ikke blir autoritær; og for frihet slik at den ikke blir løssluppen, ifølge Freire.

Medikamentfri behandling innebærer at organisasjonene som innrammer tilbudet tar høyde for at virkeligheten har endret seg. Forandring kan kun skje gjennom en felles dialog, hvor det skapes nye ord. Et slikt «ny-gammelt» ord er empowerment.

4.1.2 Empowerment – i nyere tid

Begrepet empowerment oversettes av noen til «myndiggjøring», mens det engelske begrepet har en tredelt betydning: 1) å gi makt eller autoritet til; 2) å gjøre i stand til; og 3) å tillate (NOU 1998:18, 1998).

Power utgjør kjernen i empowermentbegrepet, og dette kan oversettes til styrke, kraft og makt. Gjennom oppbygging av individuell styrke og selvtillit, og realisering av egne ressurser, kan den enkelte bli i stand til å få kontroll og makt over livet sitt (Askheim, 2016). Dette er hva som kan kalles «self-empowerment», og her vil alltid arbeidet med empowerment starte (Adams, 2008, referert i Askheim, 2016). Empowerment har altså å gjøre med individer eller grupper som har vært i en avmaktssituasjon, og om hvordan man kan komme ut av avmakten. Som Freire har beskrevet handler det om å styrke de avmechtige, slik at selvtillit, kunnskapsnivå og ferdighetsnivå øker. Helse- og sosialansatte kan bidra til denne prosessen på ulike måter, og et slikt arbeid krever kritisk refleksjon omkring både teoretiske begreper og yrkesutøvelsen (Askheim, 2016). Pasienter må selv være motivert til endring av egen livssituasjon, ut fra deres eget verdigrunnlag. Pasienter skal mobilisere en «egenkraft», som skal understøttes ved hjelp av helsearbeideres innlevelse og støtte. Det at helsearbeidere «gir pasienter mulighet til å forandre perspektiv» kan til forveksling ligne det Freire kaller for *falsk gavmildhet* (Freire, 1993).

Askheim (2016) påpeker skillet mellom empowerment som *motmaktilnærming* og mer *individorienterte* tilnærminger. Han skiller videre mellom «empowerment som individuell selvrealisering», en «konsumorientert tilnærming» og en «terapeutisk tilnærming». Felles for alle de ulike tilnærmingene er et grunnleggende positivt syn på mennesket som et handlende individ, som både kan og vil sitt beste dersom forholdene legges til rette for det (Askheim, 2016). Blir vi ensidig fokuserte på individorientert tilnærming glemmer vi den samfunnsmessige konteksten. I et individorientert perspektiv kan avmakt betraktes kun som en individuell opplevelse.

Bruker og pasient blir ut fra en *konsumorientert tilnærming* mer å betrakte som en kunde, en forståelse som er aktualisert i tråd med New Public Management-tenkningen. Utfordringen ved å være en kunde,

er at tar du valg som ikke er i tråd med tanken om mennesket som en rasjonell aktør, kan du bli stående alene. Mennesket anses i denne tenkningen som i stand til å ta valg ut fra en idé om at mennesket er uavhengig, kompetent og altså rasjonelt (Askheim, 2016). Noen kaller den konsumorienterte tilnærmingen for «brukerperspektivet fra helvete» og «kunde uten kjøpekraft» (Volden, 2011, s. 50). Empowerment på individnivå kan også betegnes som *psykologisk empowerment*, ut fra tanken om at empowerment har sitt grunnlag i individet (Tveiten & Boge, 2014), og empowerment betraktes da som en indre motivasjonsfaktor.

I stedet for å betrakte pasienter som passive tjenestemottakere, ser vi nå vedkommende som en aktiv og kompetent borger (Askheim, 2016). En slik *terapeutisk tilnærming* til empowerment, vil for eksempel kunne utøves gjennom selvhjelpsgrupper, men vil i all hovedsak handle om at det er pasienten selv som må forandre seg for å få et bedre liv. Som nevnt tidligere var bevisstgjøring sentralt for Freire. Prosessen mot økt bevissthet er en kollektiv prosess, i form av erfaringsdeling, som i neste instans fører til kollektiv handling (Askheim, 2016). Mobilisering av egne ressurser vil bidra til økt mestringsevne og mot til å håndtere utfordringer. Pasientopplæring og rehabilitering befinner seg også innenfor en terapeutisk tilnærming til empowerment. Vi nærmer oss her det som kalles helsefremmende arbeid, og utfordringen er igjen at helseproblemer og sosiale vansker ikke kan frigjøres fra konteksten de fremkommer i (Askheim, 2016).

Empowerment har også *en emosjonell dimensjon*, som kan knyttes spesielt til begrepene emosjonell energi, skam og stolthet. Tar vi i betraktning Midré sin beskrivelse av «verdige» og «ikke-verdige» trengende (Midré, 2001), vil en person med både en psykisk lidelse og et rusproblem kunne bli betraktet som en «ikke-verdig» trengende, og følgelig oppleve stigmatisering og individuelt ansvarliggjort for sine egne valg. De «ikke-verdige» trengende kan laste seg selv. I diskusjonen omkring bruk av diagnoser eller ikke vil dette kunne få implikasjoner, all den tid en sterk motmaktsprofil vil kunne så tvil om legitimiteten ved institusjonene i velferdsstaten (Askheim, 2016). For enkelte kan det å få en diagnose oppleves som avlastende, all den tid diagnosen utløser rettigheter, og symptomene blir omgjort til en definert lidelse, og man blir behandlet fremfor bebreidet for sin lidelse (Dahl & Løvlie, 2018). For å demme opp for et, for noen, uforholdsmessig stort personlig ansvar, blir det viktig å rette oppmerksomheten mot de ytre, strukturelle forholdene som innvirker på en persons liv. At den enkelte bruker eller pasient ser at det finnes en forbindelse mellom de ulike nivåene undertrykkingen kan skje på, og setter dette inn i en samfunnsmessig kontekst, kan bidra til å avprivatisere det som oppleves som vanskelig i livet (Askheim, 2016).

Empowerment som *motmakttilnærming* innebærer at vi ser litt på hvordan makt kan uttrykke seg. Snakker vi om *makt over*, tenker vi på en opprettholdelse av en eksisterende maktsituasjon. Makt kan være knyttet til de ulike aktørene, eller vi kan snakke om strukturell makt, som vil ligge i organisatoriske strukturer (Askheim, 2016). En tredje form for makt som kalles diskursiv makt eller

definisjonsmakt, handler om hvem som har makt til å få sin forståelse til å bli den gyldige. For pasienter i psykisk helsevern har det vært leger og annet helsepersonell som har hatt definisjonsmakten, i tillegg til bestemmelser i lovverket. Askheim (2016) nevner mer optimistiske former for makt, som har et preg av samarbeid over seg, og disse er en motvekt mot «makt-over»-tilnærmingen. Han snakker om «makt sammen med» (power with), «makt til» (power to) og «makt innenfra» (power within). «Makt sammen med» henger sammen med «integrative power» (integrert makt), og handler om å finne en felles løsning som alle kan være tilfreds med, uten at noen av aktørene må gå på akkord med sine preferanser (Askheim, 2016). Man skal altså gjennom en dialog, som Freire la opp til, komme til enighet, og på denne måten vil det skje en maktspredning.

«Makt til» handler også om at den totale makten øker, uten at noen av de impliserte må gi slipp på noe. Det handler om å skape nye muligheter, uten at hverken pasienter eller fagpersoner «taper ansikt». «Makt innenfra» bygger på at makten kan besittes dersom en opplever en personlig styrke, og har tiltro til seg selv (Askheim, 2016). Har man en slik tillit til seg selv, altså «self-empowerment», vil ikke maktøvelsen skje på bekostning av andre. Både «makt sammen med», «makt til» og «makt innenfra» henger sammen med empowerment-tenkningen, og bereder grunnen for selve arbeidet med empowerment. Den optimistiske tanken her er, som nevnt, at en maktfordeling gjennom mobilisering av pasientenes ressurser ikke vil føre til at helsepersonellens makt minker, men at den totale makten vil øke (Askheim, 2016). Imidlertid kan det oppstå situasjoner hvor pasient og helsepersonell er uenige om hva som er den beste løsningen, og da kan det være at helsepersonell opplever sin faglige autoritet truet. Andre typer makt kan da gjøre seg gjeldende.

4.1.3 Empowerment og makt

Makt var ifølge Foucault ikke historisk konstant, men i stadig endring (Lundgren, Juritzen, Engebretsen & Heggen, 2012). Makten er relasjonell. Vi har innenfor psykisk helsevern forflyttet oss fra disiplineringsmakten – som vi dog fortsatt henger fast i med tanke på diagnostisering og tvangsbehandling – til en mer moderne maktform, nemlig styringsmentalitet. Disiplineringsmakten handlet i mindre grad om direkte kontroll, og i større grad om å indirekte utøve makt gjennom å administrere folket til lydighet (Lundgren mfl., 2012). Styringsmentalitet, det Foucault kalte governmentality, er en enda mer indirekte maktform enn disiplineringsmakten. Denne styringen retter seg mot den enkeltes selvstyring (Askheim, 2016), og metoden for å bidra til dette er ikke tvang, men oppmuntring. Det har vært reist kritikk mot denne formen for makt, all den tid den bidrar til opprettholdelsen av en dikotom verden befolket av de mektige versus de avmektige (Juritzen, Engebretsen & Heggen). Tanken om at empowerment skal gi økt makt til de med lite makt gjennom de riktige virkemidlene, kan i stedet føre til økt selvregulering, og dermed blir empowerment en illusjon om et fritt valg, og selve ideologien kan komme til å virke undertrykkende.

Begrepet *modellmakt* handler om noe av det samme. Den tar utgangspunkt i to grupper, nemlig de «modellsterke» og de «modellsvake» (Engelstad, 2005). De modellsterke har sin styrke i kraft av mange modeller å sammenligne seg med. Det Bourdieu kaller *symbolsk vold*, handler om når en gruppe ender opp med å legitimere andres herredømme over dem, gjennom å akseptere et bilde av seg selv som ikke stemmer overens med dens øvrige selvbilde. Denne aksepteringen kan skape selvforakt (Engelstad, 2005). I likhet med Foucault var Bourdieu opptatt av aspekter ved makt som ikke var synlige (Askheim, 2016). Når makten ikke gjenkjennes som maktutøvelse, vil den heller ikke bli gjenstand for diskusjon, men heller anses som noe selvsagt, og dette foregår spesielt innenfor arenaer hvor det eksisterer et hierarki, som i psykisk helsevern. Det rådende sett med holdninger, verdier og normer som over tid har fått gyldighet, og anses som det dominerende, kaller Bourdieu *doxa* (Askheim, 2016). Som jeg viste i kapittel 2, kan vi stå overfor en endring av veletablerte doxa, i og med at medikamentfrie behandlingstilbud krever en ny og utvidet forståelse av autonomi og mennesker med psykiske lidelser, og valg av behandlingstilnærming.

Videre bidro Foucault med å flytte fokus for hvordan makt utøves på strukturelt nivå og til hvordan makten utspiller seg (Askheim, 2016). Begrepet *mikro-makt* handler om den makten som utøves mot mennesker i det daglige, og dette skjer gjennom påvirkning av menneskers selvoppfatning og handlinger. Det er ønskelig å bringe frem bestemte egenskaper, oppfatninger og ressurser i individet, i den hensikt å gjøre vedkommende i stand til å handle på en bestemt, og ønskelig, måte. Denne makten kalles *produktiv*, i betydningen at makten skapes eller konstrueres. Foucault hevdet at kunnskap og makt henger nøye sammen, og begrunner dette med at moderne maktutøvelse begrunnes i rådende vitenskapelige kunnskapssyn (Askheim, 2014). Brukermedvirkning er nevnt i flere overordnede føringer, som jeg har vist til tidligere, og må kunne sies å være et ønsket kunnskapssyn. Imidlertid er det grunn til å være oppmerksom på at den rådende faglige modellmakten fortsatt er forankret i den medisinske modellen (Borg & Karlsson, 2011), all den tid psykisk helsefeltet er basert på et diagnosesystem.

Makt kan altså ha ulike utfall; som et middel til å få råderett over noe eller noen, og også som empowerment, i den hensikt å styrke undertrykte individers eller gruppers forutsetninger for å hevde seg selv. Foucault påpekte at makt kan ha en oppbyggende dimensjon, på det viset at makt er en forutsetning for dannelsen av subjektet (Engelstad, 2005). Uten anledning til å bruke makt vil ikke sosialisering finne sted, og oppdragelse uten bruk av makt vil ikke være mulig. Oppdragelse i denne forståelsen handler om hvordan man påvirker individet til å se på seg selv. Selvbetraktning er beskrevet av Foucault som negativt i hans beskrivelser i boka *Galskapens historie*. De gale måtte erkjenne at de ikke var «normale», særlig sammenliknet med de allmektige legene (Engelstad, 2005). Tenker vi at makt formidles gjennom språk og andre virkemidler, vil det være den som behersker terminologien som besitter situasjonen. Slik legerollen fungerte som legitimering av maktutøvelse i

Galskapens historie, kan vi se på moderne profesjonsutøvere som en videreføring av denne «eksaminasjons»-tradisjonen. Pasienten og den profesjonelle inngår i en relasjon, hvor den profesjonelle må ta hensyn til lover og regler i utøvelsen av sin rolle, mens pasienten ikke har andre maktmidler å stille til rådighet enn at han kan la være å snakke. Det å ikke respondere, eller å respondere på en uønsket måte, vil kunne få konsekvenser innenfor et tradisjonelt medisinsk system.

4.1.4 Brukermedvirkning i psykisk helsefeltet

Økt makt til brukere og pasienter krever en omfordeling av makt. Denne omfordelingen av makt er hovedidéen i empowermenttenkningen, altså fra paternalisme mot demokrati og medvirkning (Tveiten & Boge, 2014). Makt kan ses på som noe positivt, som en motsats av dominans og undertrykkelse, og man kan ha makt i kraft av noe. Innenfor psykisk helsefeltet er intensjonen at personalet skal hjelpe pasienter til å oppnå større kontroll over eget liv, og en forutsetning i denne sammenheng er tillit.

Tillit er for Løgstrup en av de suverene livsytringer (Martinsen, 1993). Vi ville ikke hatt en sosial verden uten tillit – tillit er en forutsetning for menneskelig sameksistens. Ut fra denne forståelsen kan ikke tillit være noe vi velger å ha, eller noe vi kan velge bort (Nortvedt & Grimen, 2004). En slik forståelse av tillit forutsetter at man tror på tillit som et grunnvilkår for det å være menneske. En annen forståelse av tillit innebærer at det å stole på noen er et valg, en kalkulert risiko, og aldri kan være helt ubetinget. Tillit og mistillit vil følgelig stå på samme nivå. En tredje forståelse er å se på tillit som en mekanisme for reduksjon av kompleksitet (Nortvedt & Grimen, 2004). Tillit og fortrolighet kan ses på som to ulike begrep, og i en fortrolig verden er tillit unødvendig. En fortrolig verden forutsetter at alle ser og opplever ting på samme måte, og dette er på ingen måte tilfelle i den verdenen vi beveger oss i nå, altså innenfor feltet psykisk helsevern. Nortvedt og Grimen referer til Luhmann som har innført et skille mellom personlig tillit og systemtillit. Tillit til andre personer er personlig tillit, mens systemtillit handler om en tillit til at systemer fungerer, og har kontrollmekanismer som sørger for rettferdighet og orden (Nortvedt & Grimen, 2004). Eksempel på en kontrollmekanisme på systemnivå er kontrollkommisjonen i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2018c).

Tillit og makt er nært forbundet med hverandre. Er man hjelper i en empowermentprosess vil en god prosess betinges av at den som hjelpes har tillit til hjelperen. Maktforholdet mellom den profesjonelle hjelperen og pasienten eller brukeren kan beskrives som relasjonell makt. Å gå inn i en tillitsrelasjon kan gjøres fra ulike posisjoner. I relasjonen hjelper og pasient vil inngangen tradisjonelt være preget av avmakt og manglende kunnskap, og pasienten vil måtte stole på at hjelperen vet hvor veien går (Nortvedt & Grimen, 2004). En relasjon basert på at en må stole på den andres kompetanse, kalles *epistemisk assymetri*: Noen vet, andre ikke. Den som vet vil ha sanksjoner, og definerer situasjonen. En pasient må stole på personalet «nedenfra», og har ikke de samme sanksjonsmulighetene dersom det oppstår tillitsbrudd. Løgstrup sa også at vi alltid har makt over hverandre, og at makten er grunnleggende i alle mellommenneskelige forhold. Relasjonen pasient og hjelper skal etableres

mellom fremmede mennesker, hvorav den ene parten befinner seg i en mer sårbar posisjon enn den andre. Hjelperen blir her en mellomperson (Nortvedt & Grimen, 2004).

I relasjonen pasient og hjelper, har hjelperen en plikt til å utøve makten på en slik måte at den kommer pasienten til gode (Ulland, Bøe & Sæther, 2013). Det at en pasient i en relasjon til hjelperen skal stole på vedkommende, handler om mer enn å gi fra seg informasjon. Dersom man søker hjelp i psykisk helsevern, er man sårbar på mange vis, og fysisk avmakt kan være en del av bildet (Nortvedt & Grimen, 2004). Mennesket har behov for å forstå verden som meningsfull, og dersom det meningsfulle blir kaos, eller selvfortolkningene ikke gir mening lengre, kan man bli psykisk sårbar. Denne psykiske sårbarheten vil være til stede hos en person som søker seg til medikamentfri behandling, og hvordan vedkommende blir inkludert i behandlingen, samt forstått av personalet, vil være avgjørende for om relasjonen vil kunne betegnes som virksom eller ikke.

En virksom relasjon handler om å lytte til pasientens egen fortelling, og lytte til hvilke mestringsstrategier vedkommende har utviklet i møte med livets utfordringer (Sæterstrand, 2009) (Borg & Topor, 2014). I tillegg må fagfolk vise en interesse for det enkelte menneske, for situasjonen vedkommende befinner seg i, og i fellesskap forsøke å finne gode løsninger. Håp og tro på bedring er viktig, samt at profesjonelle må ha fokus på «oss» i stedet for «vi» og «dem». Tid er en viktig faktor, både det å gi seg mer tid som hjelper, samt å gi pasienten mer tid. Godt psykisk helsearbeid innebærer å tilpasse seg de valg pasienten inviterer til, samt å kunne skjelne egne behov fra andres behov (Tangvald-Pedersen & Bongaardt, 2011). Dette innebærer at hjelperen må være selvavgrensede og selvrefleksiv. Å kunne «se forbi symptomene» anses som viktig for å kunne etablere en god dialog med en person som anses som psykotisk (G. F. Lorem & Hem, 2011). Et andre-orientert perspektiv innebærer en sensitivitet overfor det personen forsøker å uttrykke (Baklien, 2017), og kan hindre oss i å bli instrumentelle. Bruk av egne livserfaringer kan inngå i profesjonelt psykisk helsearbeid (Moen & Larsen, 2013), og hjelpere som er personlige og kreative, og som yter det lille ekstra, kan inngå i en annen profesjonalitet enn før.

Det pasienter opplever som bedring, er ikke alltid det samme som de profesjonelle vurderer som bedring. Hvem sin kunnskap og erfaring som gjelder, vil måtte opp til vurdering dersom brukerperspektivet skal tas på alvor. Brukerperspektivet innebærer at vi i større grad sørger for at pasienten opplever seg forstått og møtt på sine egne premisser (Skauli, 2007). Den aktuelle behandlingen må derfor ikke ha utgangspunkt i personalets preferanser, men i pasientens egen endringsteori. En slik endringsteori innebærer at personalet må innta en ikke-vitende posisjon, og en slik gjensidig prosess fordrer en likeverdig relasjon.

Det finnes belegg for å hevde at en *terapeutisk allianse* har en helbredende effekt, og en slik allianse kan bestå av tre faktorer: 1) Felles mål, 2) Et emosjonelt bånd mellom pasient og hjelper, og 3)

Enighet om virkemidler, metoder eller arbeidsform i behandlingen (Skauli, 2007). Dersom en person har fått en psykosediagnose eller en bipolar diagnose, kan det å få ordsatt sin egen *endringsteori* by på utfordringer, og det å møtes i et felles språk blir den store styrkeprøven. Er det slik at et felles, og for begge parter forståelig, språk ikke er mulig, kreves det av fagpersonen at vedkommende forsøker å forstå. Et psykotisk språk eller en psykotisk handling kan fremstå som både bisarr og umotivert, men det behøver ikke dermed å bety at slike handlinger er uforståelige eller utilsiktede (G. Lorem, 2014). At vi som fagpersoner ikke ser en sammenheng eller ikke forstår, betyr slett ikke at det ikke kan finnes en mening. Det blir vår oppgave å lytte, og sørge for at en dialog igangsettes, slik at pasienten kommer videre. Pasienter forteller historier, og en viktig del av brukermedvirkningen er å la disse historiene komme frem, aller helst uten å dempe de med medisiner. Pasienter er unike individer, og deres fortellinger, ofte om ekstraordinære sammenhenger, er førstepersonserfaringer. Ifølge Lorem (2014) kan slike fortellinger danne et helt bilde av pasienten, og det å inkludere slike subjektive erfaringer i psykisk helsevern anses som viktig. Slik blir pasientens stemme en viktig ressurs, noe som er en forutsetning for å kunne snakke om brukermedvirkning.

Mennesker med psykiske lidelser kan ofte komme i et avhengighetsforhold eller underlegenhetsforhold til sine hjelpere (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Dersom man befinner seg i en avhengighetsposisjon er det ikke lett å fremme egne synspunkter. Det er heller ikke så lett å ta i bruk egne ressurser dersom man står i en avmaktsposisjon, fanget i en rolle i en kultur som ikke fremmer selvbestemmelse. Medikamentfrie behandlingstilbud kan synes å initiere en endring på noe av dette.

4.2 Roller og kultur

Når medikamentfri behandling innføres i en organisasjon, vil dette innebære at fagrollen og pasientrollen blir påvirket, og det er nærliggende å tro at rollene må endres. For å illustrere roller, vil jeg hovedsakelig ta i bruk Goffmans rolleforståelse. I tillegg påvirker endringen organisasjonskulturen og organisasjonen som sådan, og hva dette fordrer av organisasjonen, vil jeg kort kommentere avslutningsvis i kapitlet.

Roller er posisjoner personer tar eller får i en organisasjon, og disse rollene vil ha regler for atferd og oppgaver knyttet til seg (Karp, 2014). Rollene kan etableres både bevisst og ubevisst, og et poeng i denne sammenheng handler om grenseregulering. Med dette menes hva som legges i rollen, forventninger til rollen – både ens egne og andres – samt hvilke sider av en selv man viser i rollen. Rollen som miljøterapeut innebærer et tydelig *ansvar*, både moralsk og juridisk (Karp, 2014). Rollen som pasient har også moralske og juridiske aspekter ved seg, dog ikke det samme elementet av ansvar, rent juridisk, knyttet til seg.

Goffman beskriver vår samhandling med hverandre i ulike situasjoner og sammenhenger som et rollespill (1992). Han bruker teatermetaforen, for på denne måten å beskrive at vi mennesker alltid vil samhandle med hverandre på små eller store scener, og som på en scene, vil vi forsøke å holde oss til manus. For å vise hvordan denne samhandlingen – rollespillet – foregår, bruker Goffman rollebegrepet. Tilknyttet Goffmans rollebegrep finner vi beskrivelser som vanligvis forbindes med teateret, og jeg vil ta for meg ulike metaforer og knytte de til psykisk helsevern.

Hvordan vi viser frem oss selv når vi opptrer vil bli påvirket av hva vi tror andre forventer av vår rollefremtreden (Askheim, 2016). I møtet mellom en pasient og en miljøterapeut i en avdeling hvor medikamentfri behandling tilbys, vil altså både pasienten og miljøterapeuten forsøke å tilpasse seg forventningene til et slikt møte, på denne bestemte scenen, som er en avdeling for medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Et annet ord for *scene* er *front*, og det vi viser frem på scenen – *front-stage* - er det vi velger at andre skal se. På en scene vil det også finnes bakrom – *back-stage* - hvor maskene kan falle og rollen finne hvile.

Sentralt i å spille en rolle er at personen klarer å få formidlet det vedkommende ønsker å vise på en måte som oppfattes som troverdig (Goffman, 1992). Både pasient og miljøterapeut vil altså forsøke å ha kontroll over uttrykksmidlene, for å kunne vise en *fasade*. En miljøterapeut vil ha en profesjonell rolle som ansatt, og skal fylle en slik rolle. Det knyttes bestemte forventninger til rollen, både fra ledelsen, kollegaer og pasienter. Den personlige fasaden består av fremtoning og manerer. Tilknyttet fremtoning er for eksempel arbeidstøy, og tidligere var pleiepersonalet i psykiatriske avdelinger iført hvit uniform og gjerne store nøkkelknipper, og skillet mellom personale og pasienter var tydelig. I de fleste avdelinger innen psykisk helsevern er det i dag alminnelig praksis at ansatte bruker vanlig tøy. De ansatte vil ytre sett markere sin rolle ved å bruke et navneskilt. Manerer i denne sammenheng viser for eksempel til hvordan en fagperson bruker språket – som bruk av fagterminologi eller en vektlegging av et samlende, felles språk. En pasient vil kunne bruke en annen type språk i sin rolleopptreden. Det å ha kontroll med uttrykksmidlene innebærer at miljøterapeut og pasient forstår hverandres hint om hvilken rolle de nå spiller. Sentralt her er å forstå den andres intensjon når vedkommende sier eller gjør noe (Goffman, 1992). Hintene man sender ut kan bli feiltolket inn i en annen forståelse enn den som var intendert, og ting man ikke hadde planlagt kan skje. Manerer ut fra Goffmans beskrivelse innebærer også aggresjon og arroganse, og det å fremstille seg slik kan være ut fra et forsøk på å utvise kontroll over situasjonen. På motsatt side finnes manerer uttrykt som underdanighet, hvor en unnskylder seg og på alle vis forsøker å innrette seg de andre. En rolle kan også dramatiseres, og med det menes at når en person befinner seg i andres nærhet, vil vedkommendes aktivitet bli preget av å ha andres øyne på seg. Dersom den aktuelle aktivitet skal få betydning for andre, må aktiviteten bli trodd på i den aktuelle situasjonen den foregår. I dette ligger å kunne ta

avgjørelser uten å foreta altfor lange overveielser, altså utvise en form for myndighet i kraft av sin rolle (Goffman, 1992).

Kulissene i en avdeling i psykisk helsevern har tradisjonelt sett signalisert tydelig hvilken scene som utspilles, og vektlegging av hyggelig atmosfære som inviterer til samvær har ikke vært oppsiktsvekkende vanlig. På en slik scene kan både pasient og personale forsøke å spille en rolle som idealiserer en selv, for å unngå å vise seg som den man er. Innenfor en sosial organisasjon, i dette tilfellet en avdeling i psykisk helsevern, finnes et sett regler for hvordan ting kan oppfattes, og for hvordan samhandlingen kan foregå. Dersom de opptredende spiller sine roller på en uforutsett måte, kan premissene for samhandlingen falle litt sammen, og uro kan oppstå. Innenfor en institusjon som en avdeling i psykisk helsevern, kan de ulike rollene som skal utspilles også være institusjonalisert, i den forstand at det knyttes stereotype forventninger til både miljøterapeutens og pasientens rolle. Ved innføring av medikamentfri behandling vil en kunne forvente at det vil måtte skje endringer i disse rollenes innhold og fremtreden. Misvisende opptreden er når en person fremstiller seg i utakt med den han er, og ikke fremstår som sann. Ufordringen her blir igjen fortolkning – dersom en pasient fortolkes som enten psykotisk eller manisk, og opplever sin opptreden som sann, vil det bli en diskusjon om hva som eventuelt er misvisende i denne sammenheng. Miljøterapeuten kan gjøre en misvisende opptreden, dersom vedkommende ikke søker alle fakta og omstendigheter tilknyttet en bestemt hendelse (Goffman, 1992).

Den siste teatermetaforen er mystifikasjon (Goffman, 1992), og handler om å ha kontroll med kontakten som fremvises i en situasjon. Vi snakker her om informasjon og ritualer. Dersom en pasient ikke makter å kontrollere den informasjonen en miljøterapeut får rede på, kan det skje et sammenbrudd i den definisjonen pasienten, mer eller mindre tilsiktet, ønsker å ha av en situasjon. Pasienten kan ha gode grunner for å mystifisere sin opptreden. Det samme kan miljøterapeuten ha. Ritualer henspiller på at vi inngår i en slags uuttalt enighet om å la ensemblet spille sine roller, uten å forsøke på en avsløring. At publikum unngår å gjøre dette skyldes respekt, alternativt skam, overfor den eller de som opptrer på scenen. Publikum vil, ifølge Goffman, ønske å tro at det finnes en form for gåtefullhet og opphøydhed i rollefigurens historie, mens rolleutøveren på scenen kan ha en fornemmelse av at rollen er ganske uinteressant (Goffman, 1992). Personale og pasienter kan komme til å bruke mye tid på å opprettholde en forestilling om mystisisme knyttet til sine respektive roller. Innenfor psykisk helsevern har det eksistert uttalte og uuttalte forestillinger om både pasientrollen og hjelperrollen.

Imidlertid skiller Goffman mellom rolle og rolleutførelse (Askheim, 2016). Selv om vi tildeles bestemte roller, kan måten vi utfører rollen på variere, og kan også avvike fra det som fordres av rollen i den bestemte situasjonen. I tillegg kommer et begrep som Goffman kaller team, som vil være det samme som et ensemble på en scene, og publikum i salen. Bruker vi dette bildet, vil det være

uproblematisk å trekke et klart skille mellom de som er på scenen og publikum i salen. Ensemblet på scenen jobber i fellesskap for å formidle et bestemt stykke til publikum. Dersom noen glemmer teksten i manuset, må enten suffløren eller improvisasjon på banen. Dersom suffløren er oppsagt, og manuset legger opp til stor grad av improvisasjon, stilles større krav til ensemblet. Goffman understreker betydningen av kontinuitet i opptreden, og muligheten til å ta pauser bak scenen, og la maskene falle, blir dermed problematisk (Goffman, 1992). Inspirert av Goffmans teatermetaforer og rolleforståelse kan det være besnærende å trekke den slutning at ensemblet representerer teamet av fagpersoner i en avdeling i psykisk helsevern, mens publikum representerer pasientene. Mon det.

Roller spilles av mennesker, og mennesker innenfor en **organisasjon** vil fylle sine roller med ulike verdier og holdninger inkorporert. Ulike rolleforståelser kan institusjonaliseres, og dermed etableres som en bestemt virkelighetsforståelse som vises gjennom en bestemt praksis. Slik vil et sett med normer, regler og en forståelse for hvordan man skal utføre visse oppgaver nedfelles i en organisasjon (Andreassen, 2013). Basert på disse verdiene og holdningene kan en bestemt **kultur** etablere seg. Noen definerer kultur som «måten vi alltid har gjort ting på her» (Karp, 2014). Begrepet identitet henger sammen med rollebegrepet, og identitet kan også brukes i tilknytning til en bestemt organisasjon (Karp, 2014). Ifølge Karp (2014) handler en organisasjons identitet om det som gjør organisasjonen unik, og kan manifestere seg som tjenester og en praksis som samlet viser hvem man er som en kollektiv enhet, og kan som sådan være et uttrykk for en kultur. Å finne en entydig definisjon på identiteten til psykisk helsevern, som organisasjon betraktet, er ingen enkel øvelse. Psykisk helsevern har vært gjennom ulike paradigmeskifter, og innad vil ulike fagansatte, samt pasienter, ha til dels ulike oppfatninger av identiteten. Når så medikamentfri behandling innføres, noe som medfører en stor endring i hvordan identiteten til *enkelte* avdelinger innen psykisk helsevern møter pasientene, vil ikke identiteten til hele den store organisasjonen psykisk helsevern endre seg, sånn uten videre. Brukermedvirkning og endring av roller innenfor en organisasjon som psykisk helsevern kan møte motbør i form av innarbeidede strukturer, noe som kan gjøre veien fra ønsket politikk til klinisk praksis kronglete.

Videre hevder Karp (2014) at å gjennomføre dypstrukturelle endringer i en organisasjon uten at identiteten forandrer seg, ikke vil være mulig. Verdier er en sentral del av en kultur – verdier har å gjøre med: maktforhold og maktbruk; hva som regnes som verdifullt – og verdier gir grunnlag for atferdsnormer (Karp, 2014). Når en endring i en organisasjon skal gjennomføres, vil en viktig atferdsnorm være ansvarliggjøring, noe som innebærer alle ansatte. Jo mer de ansatte ansvarliggjøres, jo mer kraft og mulighet for gjennomføring får endringen, ifølge Karp (2014). Innføring av en stor endring i en organisasjon har større muligheter for å lykkes dersom lederne er gode rollemodeller, og det tas et ansvar for å forberede og ivareta fagpersoner. Slike sentrale ansvarsforhold kan være: 1) å klargjøre forventninger, roller og ansvar; 2) at de ansatte forplikter seg, noe som vil fremme et

eierskap til endringen; 3) lederen må delegere oppgaver og ansvar og gi slipp på makt; 4) at organisasjonen har klima for å gjøre feil, vil øke mestringsevnen og tryggheten; 5) det etableres en større grad av integritet (Karp, 2014).

Avslutningsvis vil jeg nevne noen sentrale faktorer som kan ha betydning når noe nytt skal implementeres i en organisasjon. Mennesket har i seg en usvikelig tro på at det må finnes en mening med det som skjer, og det å tro på at endring er mulig, ligger sentralt i oss (Karp, 2014). Har de ansatte i psykisk helsevern tro på denne endringen, vil det hjelpe på motivasjonen. Rammebetingelser, byråkrati, regelverk, økonomi og prosedyrer kan imidlertid påvirke fagpersoner i en slik grad at den idéelle målsettingen mistes av syne (Andresen, 2000). En endring fordrer en viss stabilitet, i den forstand at ikke alle rutiner og strukturer oppløses i det øyeblikk endringen skjer. Endring skaper forventningspress, både innad i organisasjonen og fra de som står utenfor og følger med. En god og tydelig ledelse som evner å skape motivasjon og begeistring omkring en endring, vil være en drivkraft for personalet (Jacobsen, 2018). I tillegg kommer deltakelse i prosessen og indre drivkraft som viktige faktorer.

4.3 Motivasjon

Brukermedvirkning, empowerment og deltakelse i eget liv er fremholdt som sentrale faktorer i forbindelse med etablering av medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern. Det økte fokuset på brukers egen medvirkning innebærer som tidligere nevnt nye roller og ansvar. For å kunne ta i bruk muligheten til å etablere en ny rolle, kreves motivasjon. Motivasjon er et begrep med mange fasetter, og jeg vil belyse noen av faktorene som kan ha innvirkning på en persons motivasjon.

Begrepet «health locus of control» handler om forskjellen mellom pasienter som tror at de selv kan påvirke et vellykket resultat av behandling eller rehabilitering, og de som legger «sin skjebne» i hendene på andre (Manger & Wormnes, 2005). Tror man på at det er mulig å påvirke hva som skjer, er man en indre kontrollplassert pasient. Har man derimot ikke tro på at en selv kan påvirke, er man en ytre kontrollplassert pasient. Å være oppmerksom på at pasienter kan ha ulike oppfatninger med hensyn til tro på egen påvirkningsmulighet i forhold til å bedre eller endre sin egen situasjon, er sentralt for helse- og sosialpersonell. Attribusjonsteorien søker å forklare noe av denne tendensen hos mennesker. «Locus of control» handler om lokalisering og kontrollbarhet (Manger & Wormnes, 2005). Kort sagt kan man si at dersom pasienter tror at de kan påvirke egen situasjon, i denne sammenheng ta beslutninger om medikasjon eller ikke, så har de større sjanse til å lykkes med dette enn pasienter som har en annen attribusjonsstil (Ryan & Deci, 2008). Valgfrihet er sentralt, og dersom vi opplever situasjonen som frivillig, i motsetning til pålagt tvang, opplever vi selvsagt større kontroll (Manger & Wormnes, 2005). Dersom en person har erfaring med å ikke bli hørt, ikke lykkes i livet, vil det være nærliggende å etablere et mønster som ikke bidrar til å styrke selvoppfatningen. Begrepet

lært hjelpeløshet innbefatter et slikt mønster, og er et resultat av innlærte erfaringer med å ikke lykkes (Manger & Wormnes, 2005). Dette kan handle om en lang læringshistorie med tap, og en person som har erfart dette, kan ha etablert selvbeskyttende strategier for å unngå å møte nye situasjoner hvor de er usikre på egen mestringskompetanse. Lært hjelpeløshet, maktesløshet, fremmedgjøring og opplevelsen av å ikke ha kontroll over sitt eget liv er motsatsen til empowerment (Rapaport, 1984, referert i Tveiten & Boge, 2014).

Mestringskompetanse henger sammen med forventningen om å mestre. Forventningen om mestring er ikke en evne eller en egenskap hos personen, men vil være kontekstavhengig. For personer som har en psykisk lidelse, og som kan ha erfart å ikke lykkes gjentatte ganger gjennom livet, vil mestringsforventningen ofte kunne være lav. En positiv forventning om mestring vil ifølge Bandura komme som en følge av en persons erfaringer med ekte, reelle eller autentiske mestringsopplevelser (Bandura, 1997). Forventning om mestring kan ikke økes gjennom å endre menneskers personlighet. Dersom en person skal ha tro på seg selv må vedkommende samtidig utstyres med nødvendig kompetanse, ifølge Bandura. Har man en «coping model» vil det være å foretrekke for en person med negative mestringserfaringer. En «coping model» viser at oppgaven ikke bare er lett, og at det vil kreve arbeid å få den til (Bandura, 1997). Skal man støtte pasienter i etablering av nye mestringsstrategier og tro på egne evner, vil altså det å la seg inspirere av begrepet «coping model» være en god innfallsvinkel. Samspill med andre og god kommunikasjon er en viktig faktor i prosessen med å bygge opp mestringsforventning (Manger & Wormnes, 2005). Bekreftelse og anerkjennelse fra andre er noe vi alle trenger. Samtidig er det viktig å oppleve sammenhenger, forståelse og mening som fastholder en forutsigbarhet. God dialog med andre er sentralt i etablering av mestringsforventning. Dersom en person har en oppfatning av tilværelsen som havner under kategorien vrangforestillinger, som er ett av diagnosekriteriene for psykoselidelser, vil vedkommende ikke bli bekreftet og anerkjent dersom vi befinner oss innenfor et medisinsk paradigme. Som vi har sett i utallige offentlige føringer, fremholdes det at brukerens autonomi og medvirkning skal tas hensyn til. Brukermedvirkning er nært forbundet med selvbestemmelse.

4.3.1 Motivasjon gjennom selvbestemmelse

Blant motivasjonsteoriene som særlig fokuserer på det å bestemme selv er Ryan og Deci sin teori om selvbestemmelse (SDT), som legger vekt på at motivasjon styres av medfødte behov (Ryan & Deci, 2008). Ifølge denne teorien har mennesket behov for *autonomi*, *kompetanse* og *tilhørighet* til andre mennesker. Tilfredsstill disse behovene, vil det selvbestemmende mennesket utvikles. SDT skiller mellom ytre og indre motivasjon. Dersom en person er indre motivert styres vedkommende av interesse og lyst, mens ytre motivasjon betinges av for eksempel ros og belønning (Ryan & Deci, 2013). Den sterkeste motivator og indre drivkraft er søken etter vekst og personlig utvikling, ifølge SDT. At mennesket har en medfødt og naturlig tendens til å utvikle selvfølelse er sentralt i SDT. Dersom menneskets behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet ikke blir støttet, kan

vedkommende oppleve stress, frustrasjon og, i ytterste konsekvens, sykdom (Manger & Wormnes, 2005). Dersom et menneske er autonomt kan vedkommende uttrykke verdier og atferd som andre ønsker og kanskje også krever av dem, uten å oppleve sin selvbestemmelse truet. Det er ikke slik at selvbestemmelse er det samme som uavhengighet (Ryan & Deci, 2006). Skal et krav eller et påbud etterleves med en opplevelse av selvbestemmelse intakt, kreves en dialog med den eller de som stiller kravet. Dersom dialogen uteblir, og det kreves noe som vedkommende ikke har valgt selv, eller den indre motivasjonen uteblir, vil situasjonen kunne oppleves som tvang.

Selvbestemmelsesteorien fokuserer spesielt på behandlingstilnærming innenfor psykisk helse. Etablering av gode relasjoner er sentralt, fordi alle trenger at noen responderer og bryr seg om deg. Et støttende miljø med fokus på relasjoner vil kunne øke en persons motivasjon til å sette seg mål (Ryan & Deci, 2008). Slike mål kan være å søke seg til medikamentfri behandling, med alt det innebærer. Det kan innvendes at for mange valg kan oppleves som overveldende, og da kan det være på sin plass å vurdere om det kan ha å gjøre med måten valgene blir presentert på. Vi må være oppmerksomme på om valgene blir presentert som et reelt valg, eller om finnes et element av manipulasjon tilknyttet valgene. Det å få valgmuligheter er i seg selv motiverende, og «trumfer» den aktuelle situasjonen eller gjøremålet (Ryan & Deci, 2006). Et viktig grunnprinsipp i SDT når det gjelder terapeutisk tilnærming er at en autonomistøttende tilnærming vil kunne øke en persons motivasjon. Dette innebærer å ivareta pasientens grunnleggende behov for: autonomi – få innflytelse og valgmuligheter, kompetanse – bli hørt og få valgmuligheter, selv i forhåndsbestemte aktiviteter, samt tilhørighet – få omsorg og oppleve fellesskap og tilknytning (Ryan & Deci, 2008). Dersom miljøet er preget av sanksjoner og kontroll, og belønning av kun ønsket oppførsel, vil ikke dette føre til økning av en persons indre motivasjon. Da snakker vi om kontrollert og betinget atferd. Ønsker vi å bidra terapeutisk til varig endring hos en person, kreves en bevissthet omkring hvilket miljø vi tilbyr. Kontrollerende terapeuter kan i høyeste grad være formet av en lenge opparbeidet konsensus i behandlingsmiljøet, hvor det ikke er etablert en autonomistøttende tradisjon (Ryan & Deci, 2008). Innføring av medikamentfrie behandlingstilbud, med sitt fokus på brukermedvirkning, antyder at en mer autonomistøttende tilnærming kan forventes, noe som er i samsvar med recoverytenkningen.

Recoverytenkningens vektlegging av å få være som man er med sine symptomer, samsvarer med hvordan Ryan og Deci trekker koblinger mellom sin selvbestemmelsesteori og opplevelsen av velvære – det å ha det bra i livet (Ryan & Deci, 2001). De mener å ha belegg for å hevde at opplevelsen av å ha det bra i livet ikke betinger fravær av sykdom. I tillegg til mange andre faktorer som kan spille inn, vil opplevelsen av å være et autonomt menneske være essensielt dersom reell valgmulighet skal kunne realiseres.

5 Metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for studiens vitenskapsteoretiske og metodiske utgangspunkt. Min metodiske tilnærming basert på vitenskapelig ståsted vil fortelle noe om hvilken forståelse jeg har møtt informantene med, og hvordan dette har påvirket mitt valg av fremgangsmåte gjennom hele studien.

5.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

I fokus for denne studien står miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Medikamentfri behandling i psykisk helsevern kan betraktes som et ønsket fenomen. For å kunne forstå meningsfulle fenomen må de imidlertid fortolkes (Nortvedt & Grimen, 2004; Thagaard, 2013). For å kunne forstå miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern, ble jeg inspirert av hermeneutikken. Hermeneutikken beskrives ofte som læren om forståelse eller fortolkning. Krogh mener det er riktigere å snakke om den hermeneutiske tradisjon heller enn hermeneutikk. Etymologien til ordet *hermeneutikk* hersker det ikke enighet om, men det greske verbet *hermeneuein* kan bety «å bringe til forståelse» gjennom tolkning (Krogh, Endresen, Iversen & Reinton, 2003). En *hermeneus* blir da en som fortolker i den hensikt å skape forståelse.

Hermeneutisk sirkel er et kjent begrep i hermeneutisk tradisjon, som viser til et fortolkningsmessig prinsipp som betyr at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thornquist, 2003). Ifølge Thornquist er sirkelbegrepet kritisert, fordi det gir assosiasjoner til repetisjon, at noe gjentar seg på akkurat samme måte. Hun vil i stedet bruke begrepet spiral, som indikerer at forforståelse hele tiden vil være i bevegelse. Det legges med andre ord stadig grunnlag for nye måter å forstå på (Thornquist, 2003). Min undersøkelse omkring erfaringer knyttet til medikamentfri behandling i psykisk helsevern, henger ikke i et forståelsesmessig vakuum. All forståelse må ses ut fra en historisk tilnærming (Thornquist, 2003). Min forståelse er preget av mine erfaringer, min forkunnskap, og ikke minst mine fordommer mot et fagfelt som har fått mye kritikk for å ikke ta pasientenes autonomi på alvor i tilstrekkelig grad.

Min egen prosess med den hermeneutiske spiral som utgangspunkt, handler om at jeg i utgangspunktet hadde en forestilling om at det å etablere medikamentfrie behandlingstilbud ikke uten videre kom til å gå smertefritt. Dette skyldes at jeg har fordommer overfor legestanden som besitter makten til å kunne initiere behandling, herunder makt til å anbefale - eller ikke anbefale, medikamentell behandling. Legestanden sitter i tillegg på makt til å kunne anvende tvangsparagrafer, dersom pasienten motsetter seg behandlingsforslag. Jeg har fordommer overfor enkelte som jobber i fagfeltet, basert på erfaringer med situasjoner hvor pasientens autonomi ikke ble verdsatt. Jeg har også fordommer mot mine egne fordommer, all den tid jeg selv har vært en del av fagfeltet i lang tid, og ikke har vært uten skyld i å se

forbi pasientens selvbestemmelsesrett i enkelte tilfeller. Arbeidet med å klargjøre min egen forforståelse har vært en arbeidssom og god prosess, og viktig for å kunne gjøre denne studien.

Når vi oppnår ny forståelse av noe, utvides vår erfaringshorisont. Gadamer beskriver prosessen hvor en oppnår ny forståelse som en horisontsammensmelting. Horisontsammensmelting betyr ikke at mine og informantenes horisonter blir identiske, men at det i møtet mellom oss skjer en prosess hvor det oppstår en ny sannhet (Gadamer, 2012). I denne studien er målet å oppnå en ny forståelse for erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Dette søkes oppnådd gjennom en sammensmelting av miljøpersonalets horisonter og min egen.

Innenfor hermeneutisk tenkning er en sentral utfordring å sette seg selv «på spill». Ifølge (Gadamer, 2012) handler det å sette seg «på spill» om å utvikle bevissthet om sine fordommer og sin forforståelse. Å være bevisst sin egen forforståelse kan åpne muligheten for ny forståelse. Sentralt hos Gadamer er bevissthet om egne fordommer og egen forforståelse, uansett om det er i tolkningen av en tekst eller i et møte med ulike pasientfenomener. Han snakker videre om begrepene «bildung» eller «dannelse» (Gadamer, 2012). «Bildung» er den utdanning og erfaring man har ervervet seg gjennom livet, og det er ikke ene og alene den kunnskap og erfaring man har fått gjennom utdanning som er vesentlig. For min del har jeg erfart mye om andre mennesker gjennom møter i livet, og min «bildung» er sammensatt av mange ulike typer erfaringer, ikke utdanning eksplisitt. Dannelsen av takt og moralsk bevissthet er sentralt i Gadamers bildningsbegrep. Slik jeg forstår Gadamer, blir «dannelse» ikke kun å ta ansvar for sin egen utvikling, men også å ha ansvar for sitt medmenneske. Dannelsen kan komme til uttrykk blant annet gjennom hvilket språk vi bruker, og språket i psykisk helsevern kan virke både fremmedgjørende og samtidig frigjørende, alt etter hvilket ståsted man velger.

5.1.1 Forforståelse og fortolkning

Ingen forståelse kan starte fra et nullpunkt, all den tid vi forstår noe i lys av en annen, forutgående forståelse. Gadamer kalte en slik forutgående forståelse fordom (Krogh mfl., 2003). Å kvitte seg med all forforståelse og alle fordommer når man står overfor en ny og ukjent virkelighet, og dermed stille med helt blanke ark, er ifølge Gadamer ikke mulig (Krogh mfl., 2003). Han ønsket å rehabilitere begrepet fordommer, som han ønsket skulle ha en positiv betydning. Videre mente Gadamer at det vil være umulig å forstå hva som har hendt i tidligere perioder og kulturer uten fordommer. Vi i vår tid har andre forutsetninger og annen kunnskap, og er selv produkter av en bestemt periode og historisk tilstand (Krogh mfl., 2003). Å ha fordommer vil ifølge Gadamer være en forutsetning for å forstå fortiden, og utgjør vår erfaringshorisont. Min forståelse baseres kort og godt på hvem jeg er og hva jeg har lært og erfart gjennom mitt liv. Min bakgrunn som miljøterapeut og klinisk vernepleier vil påvirke hvordan jeg forstår, i tillegg til at jeg har egenerfaring innenfor fagfeltet.

Som påpekt innledningsvis har jeg en forforståelse som vil påvirke hvordan jeg forstår det jeg erfarer gjennom arbeidet med denne oppgaven. Min forforståelse er preget av mitt humanistiske menneskesyn, som ofte kom i konflikt med en behandlingstradisjon innenfor psykisk helsevern som, etter mitt syn, ikke alltid hadde humanistiske verdier som hovedfokus. For å klargjøre min forforståelse for min egen del, skrev jeg i starten av arbeidet med oppgaven ned alle mine tanker knyttet til det jeg skulle undersøke. Siden jeg har egenerfaring i tillegg til min bakgrunn som kliniker, ble en rydding og klargjøring av følelser og tanker knyttet til medikamentell behandling viktig. Jeg har sett både pasienter og mennesker jeg står nært være preget av uverdige situasjoner knyttet til medikamentell behandling i psykisk helsevern. Denne erfaringen vil selvsagt prege mitt møte med tematikken jeg berører i denne studien. Ved noen avdelinger som tilbyr medikamentfri behandling kreves en kombinasjon av fagbakgrunn og egenerfaring, og jeg velger å se på min erfaring som en ressurs. Egenerfaring kan være nyttig dersom erfaringene er reflektert over og bearbeidet, og det har jeg gjort. Både i intervju- og analyseprosessen har jeg vært oppmerksom på min egen forforståelse. Jeg har i særdeleshet vært bevisst mine fordommer, og har diskutert disse med min veileder underveis i prosessen.

Hvordan en hermeneutisk tilnærming gir grunnlag for fortolkninger på flere plan beskrives av Thagaard (2013). Hun beskriver fortolkninger av første grad, hvor forskeren fortolker hva som hender i kraft av egen deltakelse, og fortolkninger er et resultat av direkte kommunikasjon med de andre. Når fortolkninger av første grad brukes, vil jeg få frem informantenes egne utsagn, og her vil sitater bli gjengitt. Dette i et forsøk på å ivareta informantenes egne fremstillinger av sine erfaringer.

Fortolkninger av andre grad beskrives som å avdekke den symbolske betydningen bak handlinger, og handler om en virkelighet som allerede er tolket av deltakerne. Ut fra denne forståelsen, vil jeg fortolke dataene ut fra informantenes egen forståelse av sin situasjon, og bygge videre ved å trekke inn et nivå som gjenspeiler den teorien jeg velger for å drøfte det jeg har funnet (Thagaard, 2013). Fortolkning av andre grad kommer til nytte når jeg skal diskutere funnene.

Thagaard (2013) snakker videre om erfaringsnære og erfaringsfjerne begreper. Mine informanter vil bruke erfaringsnære begreper når de forteller om sine erfaringer. Erfaringsfjerne begreper er den teorien jeg vil benytte. Jeg må være oppmerksom på at jeg kan løpe en risiko, i og med at erfaringsfjerne begreper kan gå utover den forståelse som de erfaringsnære begrepene forteller meg. Ifølge Thagaard (2013) kalles disse tolkningene av den symbolske betydningen av en handling *dobbelt hermeneutikk*, nettopp fordi jeg fortolker en virkelighet som allerede er fortolket av dem som befinner seg i den virkeligheten.

Fortolkninger av tredje grad blir av Ricoeur (referert i Thagaard, 2013) betegnet som *mistankens hermeneutikk*. I dette ligger at en forsker vil forsøke å avdekke handlingens underliggende betydning,

og formålet er å avdekke skjulte sannheter, som ikke er erkjent av deltakerne selv. I analysen kan jeg komme til å gjøre et forsøk på å innta et metaperspektiv, men ikke i den hensikt å «kle av» informantene. Det jeg må søke å unngå, er å innta et eierskap til meninger som jeg har fortolket inn i min forståelse. Makten jeg har til å tillegge informantenes utsagn en bestemt mening må jeg være bevisst (Kvale & Brinkmann, 2009), og etiske overveielser har vært en viktig del av analyseprosessen.

5.2 Kvalitativ metode

Siden jeg ønsker å få innblikk i de erfaringer miljøterapeuter har med medikamentfri behandling så langt, vil kvalitativ metode være egnet for mitt prosjekt (Thagaard, 2013). Dette fordi innføring av medikamentfri behandling er ganske nytt, og dermed foreligger lite kunnskap om tematikken fra før.

Når temaet for forskningen er nytt, kan man stille med mer åpenhet (Thagaard, 2013). Som nevnt tidligere finnes det lite forskning på medikamentfri behandling, og jeg har ikke funnet noe forskning som omhandler miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling. Valg av metode henger også sammen med hvilken kjennskap man har til feltet (Thagaard, 2013). Forskningsfeltet jeg har beveget meg inn i er kjent, og samtidig ukjent, fordi jeg skal undersøke et behandlingstilbud som ikke eksisterte da jeg jobbet som kliniker. Når man ønsker å få mer kjennskap og kunnskap om erfaringer, forventninger, holdninger, meninger og betydning av hendelser, er kvalitativ metode velegnet (Malterud, 2011). Erfaringer er nettopp det jeg spør etter i min studie.

Innenfor kvalitativ forskning har det vært en utbredt tradisjon at man studerer avvikende grupper og grupper som er underordnet innenfor hierarkiske systemer (Thagaard, 2013). Psykisk helsevern må kunne sies å være relevant når vi snakker om grupper som er underordnet innenfor hierarkiske systemer. Thagaard (2013) henviser til forskning som retter et kritisk søkelys på at forskning på problemer knyttet til avmakt har bidratt til at det ikke har blitt viet nok oppmerksomhet mot å «forske oppover». Kvalitativ forskning har vært en stor bidragsyter når det gjelder å gi en stemme til maktesløse og avvikende grupper, og kritikerne argumenterer for bredde og variasjon i kvalitative studier (Thagaard, 2013). Jeg har intervjuet miljøterapeuter i avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Alt etter øyet som ser, vil informantene kunne representere både grupper som er underordnet innenfor et hierarkisk system, samt gi en stemme til pasienter som befinner seg der. I tillegg vil informantene være i en overordnet posisjon til pasientene, rent hierarkisk. Miljøterapeutene befinner seg imidlertid i en posisjon hvor sentrale avgjørelser tas av andre yrkesgrupper i hierarkisk høyere posisjoner – avgjørelser som skal iverksettes og følges opp av dem, samt at de får konsekvenser direkte for pasientene. Pasientene er de som i størst grad, ofte bokstavelig talt, får kjenne virkninger og bivirkninger av medikamentell behandling på kroppen. Det er deres liv det handler om.

Dersom jeg virkelig ville gitt en stemme til pasientene, en «maktesløs gruppe», hadde jeg intervjuet de det gjelder. Håpet er at jeg en dag kan gjøre det. Miljøterapeutene har et utenfra-perspektiv i denne

sammenheng. At jeg valgte å intervju miljøterapeuter denne gangen, har flere årsaker. Miljøterapeutene skal «effektuer» en «bestilling» gitt av myndighetene. Det er miljøterapeutene i avdelinger i spesialisthelsetjenesten, hvor dette tilbudet finnes, som tilbringer mest tid sammen med pasientene. Jeg hadde et håp om at jeg ved å spørre de, ville kunne få mye og relevant kunnskap om deres erfaringer hittil. I tillegg jobber jeg ved en utdanningsinstitusjon som utdanner miljøterapeuter, og er i særlig grad opptatt av kvaliteten på folk som skal ha med folk å gjøre.

5.3 Utvalg og rekruttering

Prosjektet ble påbegynt høsten 2017. I forkant av rekrutteringen, søkte jeg NSD om tillatelse til å foreta undersøkelsen. NSD ga en forenklet vurdering i desember 2017 (vedlegg 1).

Utvalgsprosessen startet med at jeg definerte det utvalget undersøkelsen baserer seg på (Thagaard, 2013). Thagaard anbefaler videre at en hensiktsmessig måte å rekruttere deltakere på, er å rette en formell henvendelse innenfor en setting hvor en kan finne potensielle deltakere til studien. For å få tak i informasjon som på best mulig måte kan belyse problemstillingen, valgte jeg en strategisk utvelgelsesprosess. Strategiske utvalg baserer seg ikke på tilfældighetsprinsippet, men på systematiske vurderinger av hvilke informanter som er mest relevante og interessante, ut fra teoretiske og analytiske formål (Thagaard, 2013). Jette Fog (1997) sier noe av det samme. Hun hevder at det er hun som forsker som velger hva som er typisk for de intervjupersonene hun velger ut, all den tid hun velger «typiske representanter» for en gitt sammenheng. Jeg valgte i utgangspunktet mine informanter med omtanke og med gode begrunnelser.

Utvalget av informanter vil i stor grad bestemme hvilken informasjon vi får (Jacobsen, 2005). Mitt ønske om å intervju miljøterapeuter handlet om at jeg mente de ville gi den mest interessante informasjonen for å belyse min problemstilling (Jacobsen, 2005), selv om jeg tar høyde for at jeg kunne fått en annen, og vel så interessant, type informasjon dersom jeg også hadde intervjuet annet helsepersonell, og/eller pasienter.

Utvelgelseskriterier ved valg av informanter var at jeg ønsket å intervju personer med 3-årig helse- og/eller sosialfaglig utdanning og/eller videreutdanning med mer enn 5 års erfaring fra psykisk helsearbeid eller psykisk helsevern. Selv om dette er en kvalitativ studie hvor resultatene ikke er generaliserbare, ønsket jeg videre en viss variasjon i utvalget ved at miljøterapeutene skulle befinne seg på ulike institusjoner i landet, og med en viss geografisk spredning. Rekruttering av informanter startet på slutten av 2017, og avtaler om intervjuer ble gjort i januar 2018. Først tok jeg telefonisk kontakt med ledere for avdelinger som tilbyr medikamentfri behandling på ulike steder i landet, og fikk tillatelse til å intervju miljøterapeuter ved deres avdeling. Jeg erfarte at min bakgrunn fra fagfeltet gjorde «inngangen» til forskningsfeltet lettere. Dette tror jeg skyldes at jeg kjenner fagfeltet, kan terminologien som brukes, og ikke minst at jeg er svært engasjert i tematikken. Deltakerne i

fokusgruppeintervjuene ble forespurt av ledere ved de ulike avdelingene. Deretter sendte jeg skriftlig informasjon om prosjektet; problemstilling, forskningsspørsmål, samtykkeerklæring, samt muligheten for å kunne trekke seg fra prosjektet når som helst, og uten noen begrunnelse (vedlegg 2). Jeg fikk kontakt med informanter som hadde til dels svært lang erfaring, og en viss geografisk spredning ved at intervjuene ble foretatt ved tre ulike institusjoner tilknyttet to ulike helseforetak.

Tabell 3: Oversikt over informanter

Fokusgruppe 1	Fokusgruppe 2	Fokusgruppe 3
Avdeling 1	Avdeling 2	Avdeling 3
Antall informanter: 4	Antall informanter: 3	Antall informanter: 4
Kjønn: 3 kvinner, 1 mann	Kjønn: 2 kvinner, 1 mann	Kjønn: 3 kvinner, 1 mann
Utdanning: 3-årig helse- og eller sosialfaglig utdanning og minst en videreutdanning. Egenerfaring var vektlagt.	Utdanning: 1 med 3-årig helse- og eller sosialfaglig utdanning og 2 med hjelpepleierutdanning med videreutdanning.	Utdanning: 3-årig helse- og eller sosialfaglig utdanning og minst en videreutdanning.
Type avdeling: Døgnavdeling for medikamentfri behandling.	Type avdeling: Døgnavdeling for medikamentfri behandling.	Type avdeling: Døgnavdeling for alle typer psykiske lidelser, med noen plasser øremerket for medikamentfri behandling.

Informantene hadde ulike grunnutdanninger, som: sykepleier; vernepleier; sosionom; pedagog; og ergoterapeut. Videreutdanning var for eksempel psykiatrisk sykepleie, psykisk helsearbeid, kunstterapi, kognitiv terapi, ART (Aggression Replacement Training). Informantene hadde fra 5 til 30 års erfaring fra arbeid i psykisk helsevern, og samtlige hadde erfaring fra medikamentfri behandling. Jeg valgte å gjennomføre intervjuet selv om kriteriene for utvalget ikke var oppfylt i det ene intervjuet. At ett av intervjuene ble med kun 3 informanter, hadde sin årsak i svært hektisk aktivitet i avdelingen.

5.4 Fokusgruppeintervju

Valget av fokusgruppeintervju er begrunnet i at jeg ønsket å lære mer om erfaringene, holdningene og synspunktene til miljøpersonalet i medikamentfrie behandlingstilbud. Fokusgrupper er egnet når man ønsker å evaluere erfaringer eller forståelse av tiltak og organisasjoner (Malterud, 2011).

Medikamentfri behandling er nytt i psykisk helsevern, og det vil medføre store endringer, både for pasientene, personalet og organisasjonene som tilbyr tjenestene. Fokusgruppe kan være en effektiv form for innhenting av data, fordi jeg får samlet flere informanter samtidig (Tjora, 2017).

Miljøpersonalet samhandler med hverandre i jobben, og bortsett fra individuelle behandlingstiltak,

utøves jobben i grupper eller i fellesskapet. Fokusgrupper er først og fremst egnet til å «produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, samhandling og normer» (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 135). Et gruppeintervju har den muligheten at det åpner opp for interessante aspekter som følge av interaksjonen grupped medlemmene imellom. Flere aktører kan i fellesskap generere data som ikke ville fremkommet ved en-til-en intervju. Dersom jeg hadde intervjuet en og en, kunne jeg fått muligens fått rede på mer om den enkeltes forståelse og erfaringer. Dette tenkte jeg på under intervjuene, og jeg ble nysgjerrig på den enkelte miljøterapeut. Jeg skulle gjerne fått vite mer om bakgrunnen for de ulike synspunktene.

Når jeg bestemte meg for å intervju fokusgrupper, måtte jeg beslutte antall deltakere i hver gruppe, samt hvor mange fokusgrupper jeg ønsket å intervju. Anbefalt antall deltakere i fokusgrupper varierer veldig i forskningslitteraturen, alt fra seks til tolv deltakere (Halkier, 2010). Valget av antall deltakere gjøres ut fra hva som passer best til emnet man skal undersøke, hvilke deltakere man skal ha med, samt hvilke former for samhandling man er ute etter (Halkier, 2010). Mitt argument for valg av antall medlemmer var begrunnet i at jeg ønsket å kunne bearbeide datamaterialet i forhold til språklige uttrykk, meningsdannelser og sosialt samspill (Halkier, 2010). Dersom fokusgruppene hadde blitt for store, ville det kunne vanskeliggjort muligheten hver miljøterapeut hadde for å kunne ytre sin mening. Tematikken for min problemstilling fordret mindre fokusgrupper, og derfor ble det slik. Dersom informantene hadde vært uengasjerte, kunne fokusgruppen blitt lite dynamisk, og frembragt lite interessante data (Halkier, 2010). Mine informanter manglet på ingen måte engasjement. Små grupper blir sårbare for avlysninger, noe jeg fikk erfare ved det ene intervjuet.

En utfordring ved å bruke fokusgruppeintervju er at den enkelte deltaker får sagt mindre, og jeg måtte være bevisst på at jeg ikke skulle bruke gruppen som et utvidet individuelt intervju (Halkier, 2010). Det var av interesse for meg å også få med det sosiale samspillet i gruppa, og jeg håpet at fokusgrupper sammensatt av medarbeidere ville kunne frembringe data som et resultat av prosessen gjennom intervjuet. Informantene var på alle de 3 avdelingene kjent med hverandre fra før, og hadde erfaring med å jobbe sammen. At informantene er kjent med hverandre fra før, og er hierarkisk likestilte, må allikevel tas i betraktning når dataene skal analyseres (Malterud, 2012). Hva dette innebærer i praksis, fikk jeg erfare under gjennomføring av intervjuene.

Når man skal sette sammen en fokusgruppe med miljøpersonale, kan det være en fordel at deltakerne er fra omtrent samme nivå i bedriften (Malterud, 2012). Dette fordi homogenitet i gruppen vil kunne styrke gruppedynamikken; deltakerne vil kunne gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer, og det blir mindre strategisk kommunikasjon (Malterud, 2011). To av mine informanter hadde utdanning som hjelpepleier, mens de andre hadde 3-årig høyskoleutdanning. Selv om hjelpepleierne hadde betydelig med erfaring fra fagfeltet, vil det kunne eksistere en variasjon i oppgaver og ansvar i avdelingen. Dette spurte jeg ikke spesifikt om, og mitt inntrykk var at alle som

jobbet i miljøet var likestilte. I mine 3 fokusgrupper var det en viss homogenitet, all den tid de aller fleste hadde lang erfaring fra fagfeltet, og fra spesialisthelsetjenesten. Imidlertid er det viktig å også sørge for variasjon i gruppen, for å få et større mangfold i erfaringer (Malterud, 2012). I hver fokusgruppe var det informanter med ulike grunnutdanninger, ulike videreutdanninger, ulike kjønn, spredning i alder, og ulik erfaring. Et slikt utvalg av enkeltindivider ut fra den gruppesammensetningen som kan gi den informasjonen jeg ønsket, kalles *formålsorientert* (Jacobsen, 2005). At enkeltindividene ville representere en slik bredde, og slik bidra til at gruppene ble så varierte og interessante, var ikke min fortjeneste. Jeg hadde «bestilt» en bestemt gruppe fagpersoner, men hvem den enkelte person var, hadde jeg ikke innflytelse på. Slik jeg ser det, var jeg heldig med både enkeltindividene og gruppene som helhet. At informantene frivillig møtte til intervju i en travel hverdag, forteller meg noe om både interesse og engasjement for tematikken.

Intervju er en samtale mellom mennesker, og når forskeren velger å intervju, er det med et ønske om å få innblikk i hvordan andre mennesker opplever hendelser sett fra deres ståsted (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Et forskningsintervju går dypere enn slik vi snakker sammen til daglig, og er en samtale som har en viss struktur og hensikt (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkmann skriver om forskjellen på terapeutiske samtaler og forskningsintervjuer (2009). Jeg har mye kompetanse og lang erfaring med terapeutiske samtaler, og mindre erfaring med forskningsintervjuer. Imidlertid har jeg hatt stor nytte av de spørre- og fortolkningsformene som brukes i terapeutiske samtaler når jeg har intervjuet i forskningsmessig øyemed. Det vises til forskere som hevder at en kvalitativ intervjuer alltid har en eksplisitt eller implisitt teori om intervjupersonen, og bygger sin teori på psykoanalytisk forståelse (Kvale & Brinkmann, 2009). Det kan virke søkt å trekke inn dette, men for meg ga det en god mening, samt trygghet i at min kunnskap som samtalerapeut har kommet til nytte som intervjuer. I tillegg er jeg godt trent i å lytte, stille oppfølgingsspørsmål, samt være oppmerksom på eventuell inkongruens i kommunikasjonen. Ifølge Fog (1997) er det viktig å lytte til egne skjulte prosesser, og være seg bevisst at disse kan komme til å ha innflytelse på intervjusituasjonen. I løpet av intervjuene kom jeg i kontakt med følelser og tanker knyttet til enkelte utsagn fra informantene, og en forberedelse og god trening i å takle slike følelser kom godt med.

5.4.1 Intervjuguide

Min hensikt med intervjuene var å finne ut noe jeg ikke visste fra før, samt å gjennomføre en samtale som kunne åpne opp for nye spørsmål (Malterud, 2011). Forberedelsene til hvordan utformingen av intervjuguiden skulle se ut, gikk over en viss tid, og den ble endret flere ganger, inntil jeg til slutt landet på en semi-strukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009) (vedlegg 3). For å sikre at informantene fikk komme frem med sine synspunkter, valgte jeg altså halvstrukturert eller semi-strukturert intervju (Aadland, 2011). Med semi-strukturert menes at samtalen hverken er en helt åpen eller helt lukket spørreskjem samtale (Kvale & Brinkmann, 2009). Temaene jeg var interessert i var

med i intervjuguiden, og var egnet til å sirkle inn det jeg ønsket å snakke om. Jeg brukte tid på planleggingen, og stilte meg spørsmålene hvorfor, hva og hvordan. Dette kalles tematisering, og innebærer en formulering av forskningsspørsmålene, samt en teoretisk avklaring av det jeg skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg hadde satt opp 3 hovedspørsmål, og i tillegg oppfølgingsspørsmål under hvert hovedtema, som hadde til hensikt å få mer utdypende informasjon. Rekkefølgen var ikke tilfeldig valgt, all den tid jeg hadde tenkt på det dramaturgiske aspektet ved oppbyggingen av intervjuguiden (Thagaard, 2013). Å starte med nøytrale emner anbefales, og det gjorde jeg. Jeg la videre opp til at intervjuguiden skulle fungere som en slags huskeliste, heller enn en fastlagt mal som måtte følges (Malterud, 2011).

Et kvalitativt forskningsintervju bør videre inneholde både faktaspørsmål og meningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009). I min studie var forskningsspørsmål 1 et faktaspørsmål, mens forskningsspørsmål 2 og 3 var meningsspørsmål. Dette gjenspeilet seg følgelig ved at spørsmål av begge typene inngikk i intervjuguiden.

5.4.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Intervjuene ble foretatt over en periode på tre uker i løpet av januar 2018. De foregikk på et møterom i tilknytning til de ulike avdelingene ved de ulike sykehusene. Som nevnt tidligere, visste jeg ikke hvem som kom til å møte til intervju. På forhånd hadde jeg informert om hvilket utvalg av informanter jeg ønsket å møte, og lederne ved de respektive avdelingene skulle sørge for at jeg fikk møte aktuelle representanter når jeg kom.

Jeg valgte å gjennomføre intervjuet selv om kriteriene for utvalget ikke var oppfylt i det ene intervjuet, jfr. tabell 3. At ett av intervjuene ble med kun 3 informanter, hadde sin årsak i svært hektisk aktivitet i avdelingen. Etter å ha gjennomført intervjuet, reflekterte jeg over begrepet miljøterapeut, og jeg valgte som tidligere nevnt å opprettholde begrepet miljøterapeuter i problemstillingen, all den tid alle mine informanter bedriver miljøterapeutisk arbeid i sine respektive avdelinger.

Før jeg startet intervjurunden, gjennomførte jeg et prøveintervju med 3 personer som alle er helsepersonell, og som har erfaring fra psykisk helsearbeid. Intervjuet ble tatt opp på diktafon. Det jeg erfarte var at jeg måtte være svært bevisst på lyder i rommet som kunne forstyrre, stemmevolum, avbrytelser, dialekt, spørsmålsformulering, samt om intervjuguiden var forståelig. Jeg valgte å ikke endre noe i intervjuguiden.

Om en intervjusituasjon oppleves som positiv for både informant og moderator, vil man kunne oppleve at intervjupersonen engasjert forteller om det han eller hun er opptatt av og at intervjupersonen fengsles av samtalen (Thagaard, 2013). Min opplevelse var at i to av intervjuene var deltakerne svært engasjerte og positive, mens i det tredje intervjuet tok det litt lengre tid før det ble flyt

i samtalen. I dette intervjuet måtte jeg ta mer kontroll, og i gjennomlytting av intervjuet la jeg merke til at jeg snakket mer enn i de to foregående intervjuene. Informantene tødde opp etter hvert, og delte av sine erfaringer og tanker omkring medikamentfri behandling og behandlingen av mennesker med psykisk lidelse generelt. Intervjuet ga mye verdifull informasjon. Mitt engasjement i temaet, og min bakgrunn fra psykisk helsevern hjalp meg til å kunne stille spørsmål for å komme videre i samtalen, i de tilfellene hvor det gikk tregt. I de tilfellene hvor samtalen stoppet opp, kunne jeg ut fra kroppsspråket til informant(en) tolke det slik at de ble tenksomme.

Min erfaring som terapeut kom til nytte i min nye rolle som moderator. En moderator skal sørge for at deltakerne kommer til orde, følge med på prosesser innad i gruppen, samt sørge for at samtalen holder seg innenfor temaet (Malterud, 2011). Å stille spørsmålene på en måte som inviterte informantene til å reflektere, var viktig, og jeg oppmuntret også til å utdype svarene med flere kommentarer (Thagaard, 2013). Jeg la vekt på å lytte og stille adekvate oppfølgingsspørsmål, og jeg forsøkte å ikke la mine synspunkt komme i veien for informantenes fortellinger. Imidlertid er jeg fullt på det rene med at min forforståelse og inngående kjennskap til feltet kan ha bidratt til at jeg i enkelte tilfeller ble i overkant engasjert, og snakket for mye.

Jeg startet intervjuene med å presentere meg selv ved å fortelle om min bakgrunn, bakgrunn for studien, samt min rolle som moderator. Intervjuene ble tatt opp på bånd, noe ingen hadde innvendinger mot. Videre informerte jeg om anonymitet, at deltakelsen var frivillig, at de når som helst kunne trekke seg, samt at data vil bli slettet når studien er avsluttet. Samtlige informanter underskrev samtykkeskjema, bortsett fra i det siste intervjuet. De så ikke hensikten med å skrive under samtykkeskjema når jeg ikke skulle bruke personlige opplysninger, eller la det fremkomme noe som kunne avsløre vedkommende. De samtykket i at det som fremkom i intervjuet kunne brukes i min masteroppgave.

De tre intervjuene forløp forskjellig, og samlet sett fikk jeg en betydelig mengde empiri, hvor mine forskningsspørsmål ble behørig belyst fra ulike ståsted. Det første intervjuet varte lengst, i omtrent en og en halv time. Jeg var urutinert, og samtalen ble svært interessant mot slutten, noe som gjorde det vanskelig å «bryte opp». I ettertid ser jeg at det er viktig å holde avtalt tid i størst mulig grad, slik at det ikke oppleves stressende for deltakerne, som kan ha andre avtaler. Deltakerne i det første intervjuet møtte forberedt, virket motiverte for samtalen, og utviste et sterkt engasjement for pasientene. Jeg fikk et inntrykk av at personalgruppen var samkjørt, hadde en konsensus i forhold til oppdraget, og stort sett opplevde ivaretagelse og støtte fra ledelsen. I det første intervjuet var det også en observatør, en student, til stede. Hans tilstedeværelse var godkjent av fokusgruppen, og han underskrev taushetserklæring.

I det andre intervjuet hadde kun 3 personer anledning til å delta i intervjuet. Informantene var litt nølende i starten av intervjuet, og dette gjaldt særlig de to som var hjelpepleiere. Informanten som hadde 3-årig utdanning tok ordet flest ganger i starten. Jeg vurderte det slik at dette ikke var overraskende med tanke på hierarkisk struktur, og henvendte meg etter hvert i større grad til de to hjelpepleierne, for å få deres synspunkter frem. Den gruppen som møtte til dette intervjuet virket i all hovedsak samkjørte, og ga uttrykk for støtte og ivaretagelse fra ledelsen.

I det tredje intervjuet møtte jeg personale som var opptatt av medikamentfri behandling som en selvsagt rettighet for absolutt alle pasientgrupper, men som i mindre grad uttrykte begeistring over å få noen plasser implementert i avdelingen. I starten av intervjuet fikk jeg et inntrykk av at personalgruppen ikke var samkjørte, og det var en ansent atmosfære. En av informantene mente at jeg ville få et metodemessig problem, i og med at avdelingen ikke hadde så mye erfaring med pasienter med alvorlig psykisk lidelse som ønsket medikamentfri behandling. Atmosfæren ble mer gemyttlig underveis i intervjuet. Det siste intervjuet krevde mest av meg som moderator.

Jeg erfarte i alle de 3 intervjuene at ikke alle bidro like mye i diskusjonen, og noen hadde sterkere stemme og meningsyttringer enn andre. I en personalgruppe innenfor helsevesenet er det ikke uvanlig at det eksisterer et hierarki, som kan gå både på skillet mellom hjelpepleiere og de med 3-årig utdanning, samt mellom de med og uten medisinkompetanse. Om ulik grad av medvirkning i diskusjonen skyldes at det eksisterte et hierarki i forhold til definisjonsmakt og ytringsmuligheter, er vanskelig å si. Det er ikke uvanlig i en personalgruppe at noen har sterkere stemmer enn andre, og selv om noen ikke ytrer seg så høyt, kan det være at deres synspunkter bringes frem i lyset av andre, mer taleføre. Under ett av intervjuene la jeg merke til hvordan en av de taleføre henvendte seg mot en annen, som sa at det var greit at den andre snakket, fordi hun jo var enig, og den andre klarte å uttrykke budskapet mer tydelig. I ettertid har jeg tenkt at jeg burde grepet inn i større grad, og utforsket alles synspunkter.

Hvert intervju ble avsluttet med en oppsummering, med en oppfordring om at informantene kunne spille spørsmål dersom noe var uklart. Tilbakemeldinger fra informantene om opplevelsen av å delta i fokusgruppen, var entydig positive. Her er et utvalg av tilbakemeldinger:

Det blir mer tydelig for meg hva vi holder på med, og får satt ord på det.

Så er det interessant å høre hva dere og sier.

Det å tenke høyt [...]

Ble bevisst min egen rolle.

En positiv effekt av å delta i fokusgruppeintervju kan være at samtalen bidrar til nye tanker og refleksjoner. Dette er det Brandth kaller for en «aktiviserende og mobiliserende effekt» (referert i

Tjora, 2017). Ifølge Freire (referert i Holter & Kalleberg, 1996) er gruppeintervju koblet til den frigjørende og dialogbaserte forskningen, der forskeren forsøker å få informantene med seg i en endringsprosess. Jeg hadde ikke på forhånd slike intensjoner, men ut fra at miljøterapeutene står i en endringsprosess med hensyn til behandlingstilbudet som er tema for denne studien, ville jeg anse det som en bonus dersom deltakelsen i fokusgruppen kunne anspore til ny innsikt i eget virke.

Da jeg startet prosessen med utvelgelse av representanter til fokusgruppene, tenkte jeg at det måtte være en styrke at alle hadde noenlunde lik bakgrunn utdanningsmessig og erfaringsmessig, samt at de burde jobbe i en avdeling som var definert for medikamentfri behandling. På grunn av praktiske årsaker valgte jeg å besøke ett sted som hadde noen få plasser implementert i allerede eksisterende avdeling, samt gjennomføre intervju hvor to av informantene ikke hadde den utdanningsbakgrunnen jeg søkte. I ettertid er jeg tilfreds med disse valgene, fordi datamaterialet har blitt rikere, jeg har fått flere perspektiver, og det er min oppfatning at variasjonen i større grad har fått fram kompleksiteten og utfordringene i forhold til medikamentfri behandling.

5.4.3 Forskerrollen

Det å forske i eget fagfelt kan medføre både fordeler og ulemper. Siden psykisk helsevern er et fagfelt hvor jeg har arbeidet over mange år, kan jeg ha unnlatt å legge merke til, eller spørre om, fenomener jeg anser som selvsagte (Thagaard, 2013). Fordelen er at jeg er kjent med fagterminologien, kjent med hvordan det kan være å jobbe som miljøterapeut, samt kjent med diskusjoner som kan oppstå i en personalgruppe. Mitt engasjement innenfor fagfeltet er stort, og jeg er spesielt nysgjerrig på medikamentfri behandling. Siden mitt personlige engasjement er så stort, har det å lytte til innspill fra min veileder hva gjelder intervjuguide, samt ha et prøveintervju for å teste min intervjuteknikk, vært viktig (Malterud, 2011). Det jeg erfarte, var at jeg i større grad kunne vært bevisst min rolle som moderator.

Moderatorrollen led nok på grunn av min innlevelse i diskusjonen, og jeg kunne ha grepet inn ved noen anledninger og sørget for at alle i større grad kom til orde. Imidlertid ville jeg gått glipp av spontaniteten som var tydelig i alle 3 intervjuene, ved at for stor inngripen kunne påvirket diskusjonen og prosessen i gruppene. Medikamentfri behandling implementeres i en dynamisk organisasjon, og miljøpersonalet og pasientene er i bevegelse. Imidlertid må jeg være oppmerksom på at informantens utsagn også må forstås ut fra *måten* de formidler sine erfaringer på, og denne *måten* kan til en viss grad preges av relasjonen til meg som forsker (Thagaard, 2013). All den tid jeg redegjorde for min bakgrunn i starten av intervjuene, kan informantene ha betraktet meg som en kollega mer enn en forsker.

5.5 Analyse

Å analysere betyr bokstavelig talt å dele noe opp i mindre deler, for så å sette det sammen igjen, og dette er en prosess (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Analysen har til hensikt å gjøre datamateriale tilgjengelig for tolkning. Jeg vil forsøke å synliggjøre tema, mønstre og sammenhenger i de data som er fremkommet. Dette vil jeg gjøre gjennom en åpen og kritisk refleksjon. Analyse av kvalitative data forholder seg til tre faser; *beskrivelse*, *systematisering* og *kategorisering*, og til slutt *sammenbinding* (Jacobsen, 2005), og disse fasene vil redegjøres for i det følgende.

5.5.1 Transkripsjon

Analysens første del er transkribering av lydopptakene av fokusgruppeintervjuene (Jacobsen, 2005). Å transkribere er ikke uten videre en aktivitet som forløper ukomplisert (Kvale & Brinkmann, 2009). Man skal gjengi talespråk til skriftspråk, sett fra et språklig perspektiv, og det er viktig å være nøye med hvordan man ønsker å gjengi samtalene fra intervjuene. Kvale og Brinkmann (2009) sier at å transkribere betyr å transformere, å skifte fra en form til en annen.

Jeg foretok selv transkriberingen relativt kort tid etter at intervjuene var gjennomført. Jeg skrev ut alt som ble sagt, og markerte også ord som «eh», «hmm», dersom personen lo, smilte, sukket eller kom med andre pauser mellom ordene (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg var opptatt av å være mest mulig lojal overfor det informantene sa, og skrev ut alt fordi jeg ville være i stand til å lese mellom linjene (Malterud, 2011). Uansett hvor god jeg er til å skrive, representerer mine gjengivelser et visst utvalg og en fortolkning av det som ble sagt. Utsagnene til mine informanter er gjenstand for en fordreining, og jeg har vært oppmerksom på at dette er noe som skjer gjennom fortolkningsprosessen (Malterud, 2011). På grunn av at informantene hadde ulike dialekter, og fordi de iblant snakket i munnen på hverandre, tok transkriberingen noe tid.

Jeg er oppmerksom på at jeg ikke vil kunne gjengi samtalen akkurat slik den foregikk. Slik sett er en transkripsjon en dekontekstualisert gjengivelse av en samtale (Kvale & Brinkmann, 2009). Med dette mener jeg at min gjengivelse er min fortolkning av det som foregikk i en spesiell kontekst. Jeg brukte lydbånd, og ved gjennomlytting fikk jeg med meg pauser, stemmeleie, småord, pauser, avbrytelser. Ved flere gangers gjennomlytting har jeg søkt å få med det meste av det som ble sagt, og jeg har gjort notater dersom det var spesielle momenter jeg ønsket å huske i forbindelse med intervjuene. Å ta seg tid til å gjøre dette arbeidet selv regnes som bra (Malterud, 2011). Siden jeg var deltaker i alle samtalene, vil jeg kunne huske hva en setning var uttrykk for, i hvilken sammenheng den ble sagt, og jeg gjenkjente bestemte situasjoner under avspilling av intervjuene, nettopp fordi jeg var til stede.

Malterud (2011) påpeker også at en ved bearbeiding av materialet må vise respekt for det som fremkommer. Under transkripsjonen ble jeg oppmerksom på utsagn jeg ikke hadde lagt spesielt merke til under selve intervjuene. I tillegg la jeg merke til hvordan utsagnene ble formidlet, og stemmens

kraft kunne jeg høre ved gjennomspilling av lydbåndet. Under transkripsjonsarbeidet er man allerede i gang med et filterings- og tolkningsledd (Malterud, 2011), og jeg vil som forsker sette mitt preg på materialet, som igjen kan påvirke hvordan teksten vil se ut. Teksten er skrevet ut på bokmål, selv om informantene hadde ulike dialekter. Dette er gjort for å anonymisere informantene.

5.5.2 Koding og kategorisering

Hermeneutikk er ingen metode som gir en oppskrift på hvordan konkret gå frem i analyseprosessen. Overordnet har jeg latt meg inspirere av hermeneutikken. Jeg har valgt å aktivt og bevisst forholde meg til min forforståelse i analyseprosessen. I tillegg har jeg vekslet mellom å se på helhet og deler i datamaterialet. Jeg har både sett på deler innenfor hvert intervju, samt sett på hvert intervju som en helhet. Foruten det har jeg sett på de tre intervjuene hver for seg, i tillegg til de tre som helhet. Mitt valg ble å i fortolkningsprosessen støtte meg til innholdsanalyse for å få struktur på den store mengden data jeg satt på.

Andre del av analysemetoden består av systematisering og kategorisering (Jacobsen, 2005). Jeg startet med koding av data, som innebærer å hente utsnitt av data som gis begreper som kan gi mening til teksten (Thagaard, 2013). Helt konkret medfører koding å knytte ett eller flere nøkkelord til et tekstavsnitt (Kvale & Brinkmann, 2009). Lager man kategorier på bakgrunn av kodene, ønsker man å få frem meningen i lange intervjuutsagn, og redusere de til noen få kategorier (Kvale & Brinkmann, 2009). Koder kan enten lages via data eller begreper (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Kodene i mitt materiale er datadrevne, og er fremkommet på bakgrunn av det informantene har sagt under hvert forskningsspørsmål.

Min analyse startet med at jeg tok utgangspunkt i hva informantene hadde sagt innenfor de ulike temaene som inngikk i problemstillingen (Thagaard, 2013). Tolkningsprosessen preges ikke kun av de inntrykk forskeren får fra data, men også fra teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013). Jeg leste forut for studien en rekke artikler og innspill i debatten om medikamentfri behandling, i tillegg til at jeg har lest mye litteratur om psykiatriens historie, psykisk helse i nytt perspektiv, samt brukerhistorier. Dette har selvsagt preget min fortolkning, og det er jeg klar over.

Tilnærmingen jeg har benyttet for å systematisere, kategorisere og kode kalles *innholdsanalyse* (Jacobsen, 2005). Det er en teknikk som innebærer at jeg først deler dataene inn i tema eller kategorier, og deretter forsøker å finne sammenhenger mellom kategoriene. Teknikken er videre fundert på en antagelse om at det en person sier i et intervju kan reduseres til et sett færre tema eller kategorier. Sentralt blir dermed å finne de relevante kategoriene, og deretter fylle disse med innhold.

Etter transkribering lagde jeg tre hefter, ett til hvert av intervjuene (vedlegg 4). Her plasserte jeg inn samme rekkefølge av spørsmål som intervjuguiden. Jeg delte hvert hefte i 3 kolonner, med

overskriftene koder, kategorier og tema. Dette i henhold til Thagaards (2013) redegjørelse for klassifisering i kategorier. I transkripsjonsfasen ga jeg alle informantene fiktive navn, de fikk hver sin farge, og intervjuene er nummerert fra 1 til 3, også med egne farger. Når jeg skal gjengi sitat, betyr det at når jeg skriver Ellen fra fokusgruppe 1, siterer jeg noe informant Ellen fra intervju nr. 1 har sagt, videre blir det for eksempel Solveig fra fokusgruppe 2, Kristine fra fokusgruppe 3, og så videre. Hvert hovedspørsmål fikk sin farge. Jeg forsøkte å finne uttalelser som gikk igjen, om det var flere som sa noenlunde det samme, om noen sa noe som avvek fra det de andre sa, og om de brukte spesielle ord eller terminologi for å beskrive sine svar. Jeg begynte å lete etter informantenes kondenserte svar, samt utsagn som var beskrivende. Utskriften av intervjuene ble lest både horisontalt og vertikalt flere ganger.

Fremgangsmåten som er beskrevet ovenfor kan kalles for kategorisering av mening (Kvale & Brinkmann, 2009). Valg av kategorier i en analytisk sammenheng bør ha som formål å gi svar på spørsmålet om hvilke entiteter (i denne sammenhengen; mennesker eller systemer) vi ønsker å inkludere (Skjervheim, 2000). For å følge Skjervheims resonnement skal kategoriene svare til strukturene i den virkelige verden. Kategoriene jeg har kommet frem til, er en fortolkning av informantenes utsagn, og i noen tilfeller, akkurat det de har ytret (vedlegg 4). Kondenserte meningsenheter ble satt sammen i koder. Beskrivelser har ført til stikkord som igjen har vært samlet og sammenlignet med de tre intervjuene. Endelig har jeg sittet igjen med tilstrekkelig mange stikkord til å sette dem i grupper, underkategorier. Forenklet kan jeg si at underkategoriene har blitt utledet av koding som har utspring i datamaterialet.

Å bearbeide data ut fra en hermeneutisk forståelse, innebærer at jeg veksler mellom å se på materialet som en helhet, og som ulike deler hver for seg, som så tilhører en helhet. Dette er som en «dans med dataene», hvor empirien er den som fører.

Dernest utarbeidet jeg 3 kategorikort, ett for hvert hovedspørsmål (vedlegg 5). Kodene er empirinære, og det er ikke uvanlig å få svært mange koder (Tjora, 2017). Jeg satt igjen med over 100 koder fordelt på 10 underkategorier, og innså at det ble for mye, og prosessen med å systematisere alt datamaterialet har foregått i flere omganger. Arbeidet med datamaterialet har tatt lang tid. Tema ble utarbeidet i forhold til de tre forskningsspørsmålene. Disse lå i bunnen, og koding, kategorisering og tematisering er utarbeidet på bakgrunn av forskningsspørsmålene. Jeg endte opp med henholdsvis fire, fire og fem tema innenfor forskningsspørsmål 1, 2 og 3.

Tabell 4 med temaoversikt fremkommer på neste side.

Tabell 4: Oversikt over tema innenfor forskningsspørsmålene

Kjennetegn ved medikamentfri behandling	Likheter og / eller ulikheter mellom medikamentfri behandling og mer tradisjonell behandling	Fordeler og / eller utfordringer ved medikamentfri behandling
Organisering	Brukermedvirkning	Ressurser
Grunnleggende behandlingsfilosofi	Roller og kultur	Nettverksarbeid og samarbeid med øvrig helsetjeneste
Behandlingstilbud	Miljøterapi	Ansvar og makt
Motivasjon	Medikamentbruk	Eierskap og medbestemmelse
		Medikamentbruk

Tredje og siste fase i analysearbeidet er å *sammenbinde* eller å finne sammenhenger mellom kategoriene. Jacobsen (2005) forklarer sammenhenger som både assosiative sammenhenger og sammenheng ved at et forhold påvirker et annet. Dette gjorde jeg til slutt, ved at jeg laget en oversikt over hovedkategori, underkategori og sitater (vedlegg 6).

Som nevnt tidligere var mitt utgangspunkt for undersøkelsen at den skulle være induktiv, altså at teoretiske perspektiv skulle utvikles på bakgrunn av analyse av dataene (Thagaard, 2013). I løpet av prosessen med systematisering av intervjuene fremkom det perspektiver som gjorde at analyseprosessen ble preget av en stadig veksling mellom empiri og teori. Dette ble særlig tydelig i forhold til informantenes utsagn om hvordan det nye behandlingstilbudet influerer på selvbestemmelse, samt endring av roller/kultur. Litteratur om disse emnene viste seg å være nyttig når jeg skulle finne meningsbærende kategorier. At man veksler mellom induktive og deduktive faser (Thagaard, 2013) tilhører den kvalitative analyseprosessens natur. Slik min analytiske prosess utviklet seg, endte jeg opp med en abduktiv tilnærming. Thagaard (2013) beskriver abduksjon som et samspill mellom en induktiv og en deduktiv tilnærming, hvor etablert teori representerer et utgangspunkt for forskningen. Tidvis inspireres jeg av teori, og jeg er ikke upåvirket av den teorien jeg har med meg i analyseprosessen.

5.6 Etske betraktninger

Når jeg valgte å gjennomføre en intervjuundersøkelse var jeg innforstått med at jeg ville stå overfor flere etiske problemstillinger underveis i forløpet (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale og Brinkmann fremhever fire områder som tradisjonelt er sentrale i forskeres diskusjoner omkring etiske spørsmål:

- Informert samtykke
- Fortrolighet
- Konsekvenser
- Forskerens rolle

Når det gjelder *informert samtykke*, så har informantene som ønsket å signere samtykkeskjema, gjort dette. Alle har fått forklart og er gjort kjent med hensikten med studiet. Deltakelsen er frivillig, og alle kunne når som helst trekke seg fra undersøkelsen. Personopplysninger er ikke samlet inn, og deltakernes anonymitet er dermed sikret. Studien retter seg mot ansatte i spesialisthelsetjenesten, og trengte ikke godkjenning i Regional Etisk Komité (REK).

Oppbevaring av lydopptak er gjort forskriftsmessig og etter regler for konfidensialitet. Materialet har blitt oppbevart på en passordbeskyttet fil på pc-en jeg bruker på jobb (UiT).

Fortrolighet eller konfidensialitet handler om den enighet forskeren har med deltakerne om hva som kan gjøres med informasjonen som kommer ut av intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2009). Mye av den åpenhet og intimitet som preger kvalitativ forskning kan være forførende, og innby deltakerne til å gi opplysninger de senere vil angre på (Kvale & Brinkmann, 2009). Mine forskningsspørsmål har ikke i den grad handlet om personlige temaer, selv om det fremkom uttalelser som i høyeste grad var personlige.

Jeg har vært oppmerksom på at datainnsamlingen kan føre til ulike *konsekvenser* hos de jeg intervjuer, og intervjuet kunne fremprovosere en prosess hos de jeg intervjuet. Intervjudeltakerne har utdanning og lang erfaring med å jobbe innenfor psykisk helsevern. Det forhindrer ikke at å være i nær kontakt med sterke følelser og utfordringer hos andre mennesker over tid er svært krevende, og miljøpersonalet jeg intervjuet delte åpent om sine erfaringer. Disse erfaringene vil jeg forsøke å behandle med den største respekt.

Kvalitativ intervjuforskning er interaktiv forskning, hvor det mellommenneskelige aspektet er vesentlig (Kvale & Brinkmann, 2009). *Forskerens rolle* kan bli utfordret på den måten at man kan komme i fare for å identifisere seg så sterkt med deltakerne at man ikke klarer å opprettholde en profesjonell avstand. Dette var en reell utfordring for meg, siden jeg i så stor grad kunne identifisere meg med miljøpersonalet jeg intervjuet. Det vil være en viss mulighet for at jeg vil rapportere og fortolke dataene ut fra miljøpersonalets perspektiver, og denne muligheten må jeg være bevisst på gjennom hele prosessen. Jeg er på sett og vis «en innfødt» i møtet med mine informanter (Kvale &

Brinkmann, 2009). Siden jeg ikke lenger jobber klinisk, er jeg ikke som sådan en innfødt. Allikevel følte jeg en sterk tilknytning til fagfeltet da jeg besøkte de ulike sykehusene.

I arbeidet med masteroppgaven har jeg også forholdt meg til etiske retningslinjer hentet fra forskningsetiske komitéer som er tilknyttet Norges forskningsråd (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2010). Her vil jeg spesielt trekke frem hvor viktig det er at forskeren ikke identifiserer seg i for stor grad med personene som deltar i forskningsprosjektet, og holder en viss analytisk distanse (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2010). Videre at i presentasjon av funnene er det viktig at forskeren kan skille mellom forskerens perspektiv og informantenes forståelse. Det kan også hende at informanten(e) opplever det som en gevinst at noen er interessert i deres erfaringer. Forskerens fortolkninger kan gi ny innsikt hos informantene om deres egen situasjon (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2010). Flere av informantene ga uttrykk for at det opplevdes bra å delta i fokusgruppen, og at noen var interessert i deres erfaringer. Det siste momentet jeg vil trekke frem fra forskningsetisk komité er at dialekt-sitater, alder, kjønn og yrke kan øke risikoen for gjenkjennelse. I tillegg kan en avsløring av hvor prosjektet gjennomføres og spesielle hendelser øke risikoen for gjenkjennelse. Medikamentfrie behandlingstilbud er ganske nytt, og noen steder har opparbeidet seg mer erfaring med dette enn andre, og har i større grad implementert tilbudet i sin institusjon. Det vil kunne herske en viss usikkerhet i forhold til gjenkjennelse, men jeg har forsøkt å minimere denne risikoen.

5.7 Vurdering av undersøkelsens kvalitet

Begreper som reliabilitet, validitet og generalisering omhandler vurderinger av forskningsundersøkelsers kvalitet. Imidlertid har disse begrepene sin opprinnelse fra kvantitativ forskning, og det kan være hensiktsmessig å bruke andre betegnelser innenfor kvalitative studier (Thagaard, 2013). Reliabilitet har å gjøre med om forskningen er pålitelig, og validitet har å gjøre med forskningens gyldighet (Thagaard, 2013). I denne oppgaven har jeg i metodekapitlet forsøkt å beskrive min fremgangsmåte, samt behandling av datamaterialet, så detaljert som mulig. Leseren har mulighet til å følge hele forskningsprosessen. Egne forhåndsoppfatninger er gjort rede for, og jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst på om min forforståelse og mine fordommer er rokket ved. Gjennom egen refleksjon og samtaler med veileder, kan jeg konstatere at det har vært en bevegelse, noe som forteller meg at jeg har ervervet ny innsikt og kunnskap, som søkes videreformidlet gjennom denne oppgaven.

Videre nevnes begrepet *overførbarhet*, som har å gjøre med om tolkninger basert på en enkelt undersøkelse, også kan gjelde i andre sammenhenger. Dette kaller Jacobsen (2005) for *ekstern gyldighet* og *relevans*, altså i hvilken grad mine funn kan generaliseres til å gjelde i andre sammenhenger. Ekstern gyldighet kan også kalles for overførbarhet (Jacobsen, 2005). Avdelinger hvor det tilbys medikamentfri behandling finnes nå over hele landet, og miljøterapeuter utgjør en stor

andel av personalgruppene. Slik sett vil det være grunn til å anta at mine informanternes erfaringer kan ha en viss overføringsverdi til andre miljøterapeuter innenfor samme fagfelt.

En undersøkelse skal være både *pålitelig* og *troverdig*. Med dette menes at det jeg har foretatt meg i denne oppgaven skal være til å stole på (Jacobsen, 2005). *Troverdighet* handler om å ivareta både informantenes, forskerens og leserens erfaringer med de temaene som studeres (Thagaard, 2013). Tillit til forskningen kan ses på som et uttrykk for troverdighet, ifølge Corbin & Strauss (referert i Thagaard, 2013). Via systematisk gjennomgang av litteratur, innsamling av data og analyse, vil krav til troverdighet imøtekommes, og min intensjon har vært å inngi tillit. Troverdighet kan svekkes, og det kan være flere årsaker til det. Feilkilder og undersøkelseeffekter forekommer i alle typer metoder. *Undersøkelseeffekter* er resultater skapt av at jeg som forsker bryter inn i informantenes miljø (Thagaard, 2013). Miljøterapeutenes svar på mine spørsmål kan være fremstilt bedre enn virkeligheten. Min begrensede erfaring som intervjuer og moderator kan også ha svekket undersøkelsen.

Som intervjuer må man ta hensyn til moralske kjensgjerninger. Når man driver med empirisk forskning som dreier seg *om* mennesker, handler det også om forhold *mellom* mennesker (Fog, 1997). Empirisk forskning stiller oss dermed overfor mange moralske spørsmål. Ledende spørsmål kan være vanskelig å unngå, all den tid vi påvirker hverandre når vi snakker sammen. Under avlytting av intervjuene sier jeg et sted at «nå stilte jeg et ledende spørsmål». Jeg har registrert at spørsmålet var ledende i det øyeblikket jeg snakket, og kunne gjøre oppmerksom på det.

Et annet poeng i tilknytning til moralske overveielser er at mine informanter kan hende ikke har stilt seg til rådighet for mine fortolkninger av deres utsagn (Fog, 1997). Det kan være at de vil sette pris på at jeg ser på deres utsagn med et annet blikk, og kommer med andre perspektiv på deres erfaringer. Men, jeg kan ikke ta det for gitt. Dersom man oppsøker en terapeut for en samtale, ligger det i kontrakten at man ønsker tilbakemelding, og andre perspektiv på det man forteller. Denne kontrakten kan jeg hevde mine informanter har godkjent, all den tid jeg antar at de er kjent med at man bearbeider datamaterialet når man skriver en masteroppgave.

6 Kjennetegn ved medikamentfri behandling

I dette kapitlet vil jeg presentere og analysere empiriske funn fra intervjuene for å belyse første forskningsspørsmål: *Hva kjennetegner medikamentfri behandling, og på hvilken måte bidrar miljøterapeuter i denne behandlingen?*

6.1 Organisering

I utgangspunktet skal medikamentfri behandling være et tilgjengelig tilbud for alle pasienter som ønsker denne typen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Ifølge informantene er imidlertid inngangen til medikamentfri behandling at behandlingsopphold søkes via fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Det vil si at det fortsatt i hovedsak er legene som er portvoktere for tilgang til dette nye behandlingstilbudet.

Frivillighet

Et annet fellestrekk er at tilbudet er frivillig, og den primære målgruppen er personer med diagnosene psykoselidelser og bipolare lidelser. Anna i fokusgruppe 1 forteller at pasienter som er på TUD¹⁰ ikke kan få behandlingsplass, fordi dette tilbudet er frivillig. Hun sier at det er flere som har søkt, men som måtte avvises på grunn av dette. Til dette sier Gerd i fokusgruppe 1: «Du kan ikke ha tvang om å ta medisiner hengende over deg hvis du skal bli medisinfri». Personer med diagnosene psykoselidelser og bipolare lidelser er prioriterte grupper ved alle tre stedene, men det er åpning for at personer med andre diagnoser kan få plass, som for eksempel personer med depresjoner.

At diagnoser er en inngangsport, og at man må via en henvisningsinstans, kan forstås som om systemet fortsatt fungerer i tråd med en diagnostisk, medisinsk modell (Grue, 2004), hvor diagnosen er inngangsbilletten til behandling (Dahl & Løvlie, 2018). Selv om inngangen til behandlingen fortsatt er i tråd med tradisjonelle prosedyrer, ser vi en endring når det gjelder brukers deltakelse i inkomstsamtalen, samt i utarbeidelsen av behandlingsplan eller tilfriskningsplan.

Forvern

Ved avdeling 1 er det lagt opp til forvern, som innebærer at en innsøkt pasient får besøk hjemme. Hensikten med forvernet er å avklare lokalt støtteapparat, samt etablere kontakt med lokal behandler. Avdeling 1 stiller som betingelse for opphold at pasienten har en lokal behandler. Dette anses som sentralt ved nedtrapping og avslutning av medikamentell behandling. «Ett av kriteriene for å komme

¹⁰ TUD: Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon: Dersom pasienten ikke etterlever behandlingsopplegget, som innebærer medikamentell behandling, kan vedkommende tvangsinnlegges i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998a)

inn er at man har et nettverk ute, og behandler», ifølge Anna i fokusgruppe 1. Ved avdeling 1 må i tillegg pasientene skrive egenhenvisning i forkant av oppholdet, og har også mulighet til å være i avdelingen et par uker for å se om dette kan være et tilbud for dem. Miljøterapeutene deltar i forvernet. Forberedende samtale før innleggelse praktiseres ved avdeling 2, og dette er en variant av forvern. Fokusgruppe 3 sa ingenting om forvern. Imidlertid praktiserer alle tre avdelinger innkomstsamtale.

I innkomstsamtalen legges blant annet *plan* for oppholdet, og den viktigste aktøren i disse møtene er pasienten selv. At pasienten er deltakende i premissleveringen for oppholdet, er i tråd med prinsipper for brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Deltakelse i utforming av opphold for medikamentfri behandling kan sies å falle inn under medvirkning på individnivå (Helsedirektoratet, 2006a), noe som er i tråd med offentlige føringer.

Type avdelinger

Et annet kjennetegn ved medikamentfri behandling av at avdelingene i denne studien er døgnavdelinger. Avdeling 1 og 2 er definert som medikamentfrie avdelinger, mens avdeling 3 har noen få plasser implementert i allerede eksisterende avdeling. Jens fra fokusgruppe 1 forklarer at «det er døgn i utgangspunktet, og så er det jo en del av de pasientene som vi har hatt innom som også kommer i ettertid til type polikliniske behandlinger.» Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp ønsket tilbudet organisert i medikamentfrie døgnbaserte behandlingssenheter (Fleiner, 2013), som kunne representere et reelt og tilgjengelig valg for mennesker i krise. To av avdelingene oppfyller disse kriteriene, mens den tredje må implementere tilbudet i en avdeling som ikke er spesielt tilrettelagt for denne typen behandling. Imidlertid uttaler Kristine fra fokusgruppe 3 at:

I praksis har jo denne avdelingen tilbudt medikamentfri behandling i alle år [...] vi har jo en pasientgruppe som er i medikamentfri behandling [...]. Det som er nytt er at vi har noen plasser hvor pasienter med psykose eller bipolar lidelse har forrang, førsteprioritet [...].

I fokusgruppe 3 diskuterte informantene målgruppen for det nye tilbudet. Det fremkom en viss uenighet omkring hva som kan defineres som en alvorlig psykisk lidelse. Et argument handlet om at avdelingen har flere pasienter som ikke får medikamentell behandling, men som ikke er innlagt under premissene som gjelder for medikamentfri behandling, som angitt i føringene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Ut fra diskusjonen kan det virke som om det ikke er enighet i fokusgruppe 3 om hva som skal oppfattes som en alvorlig psykisk lidelse, gitt at vi tar utgangspunkt i definisjonen fra Helsedirektoratet (2013a). Det fremkom ingen slik mangel på konsensus i de to andre fokusgruppene. Når man innfører en ny arbeidsform, vil etablering av en felles forståelse i forkant være sentralt. Fortrolighet med sentrale begreper krever forberedelse, slik at personalet blir kjent med hva de kan forvente (Karp, 2014). En av deltakerne i fokusgruppe 3 hadde deltatt i arbeidsgruppen i

forkant av etableringen av medikamentfri behandling i avdelingen, så noe medvirkning fra de ansattes side har det vært.

Behandlingens varighet

Varighet på behandlingen varierer. Ved avdeling 1 kan pasienter være tilknyttet avdelingen fra noen dager til 3-4 måneder, gjerne med avbrudd i oppholdet for å prøve seg uten medikamenter hjemme. Ved avdeling 2 er det lagt opp til 8 ukers behandling, fra mandag morgen til fredag ettermiddag, og pasientene tar permisjon i helgene. Pasientene kan kontakte personalet dersom noe oppstår under permisjonen, og de kan også komme tilbake til avdelingen i løpet av helga. Det er imidlertid et ønske om at pasientene skal tilbringe helgene hjemme. Som Petter påpeker: «Men poenget er at de skal integreres – alt dette som skjer gjennom uka – skal integreres så raskt som mulig hjemme. Det sier forskningen er viktig.» Varigheten på behandlingstid ved avdeling 3 tilpasses individuelt. Vanligvis får pasienter tilbud om 4 uker, deretter et opphold, og så eventuelt ny innleggelse. Som vi ser er det en viss ulikhet mellom varigheten på behandlingstid de tre ulike enhetene. Hovedforskjellen ligger i at ved avdeling 2 oppfordres pasientene til å ta permisjon i helgene.

Antall henvisninger

Antall henvisninger ble også diskutert. Fokusgruppe 1 undret seg over antall henvisninger, som de kunne tenkt seg hadde vært høyere. De tenker at det vil ta tid å få gjort tilbudet kjent, slik at både pasienter og henvisende instanser ser medikamentfri behandling som et reelt alternativ. Anna fra fokusgruppe 1 påpeker at det også innen helsevesenet er lite kunnskap om det nye tilbudet, samt at pasienter mangler informasjon. Hun sier at det var:

[...] veldig mange som var oppsøkende og hadde tenkt at de kanskje skulle søke [...] men de trodde at man måtte være helt medisinfri når de kom her [...].

Forebygging, kartlegging og behandling skal ta utgangspunkt i pasientens kunnskap, ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2014). Henvisning skjer via de samme kanaler som før, og det innebærer at henvisende instans må inneha nødvendig kunnskap – og vilje – til å opplyse pasienter om dette nye tilbudet.

Fokusgruppe 3 har liten tro på at pasienter som har lang erfaring fra psykiatrien vil søke om plass. Kristine:

De [...] som har vært på de der institusjonene i årevis, jeg vet ikke om de søker seg inn til medikamentfri behandling [...] vi har ikke sett noen av de.

Refleksjonene omkring antall henvisninger, samt hvem som ønsker henvisning, samsvarer med forskning (de Waal mfl., 2017) som sier noe om at eldre personer med lang erfaring fra psykiatrien ikke står først i køen når nye tilbud lanseres. Å ta steget inn til noe nytt, er ikke gjort over natten, ifølge Freire (1993). Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp ønsket seg ikke-medikamentelle tilbud som representerer et reelt valg, tilgjengelig for mennesker i krise (Fleiner, 2013). Tilbudet er etablert, men snakker vi om reell tilgjengelighet, må det gjøres kjent, og det kan synes som om det er en vei å gå i forhold til informasjon.

Når det gjelder organisering, ser vi at de tre avdelingene har mye felles, men også en del tydelige forskjeller. Disse forskjellene handler i hovedsak om vektlegging av forvern, samt krav om lokal behandler. Avdelingene har ulik grad av tilrettelegging for medikamentfri behandling, noe som kommer tydeligst frem når det gjelder å forberede personalet på den nye behandlingsformen.

Miljøterapeutene deltar under forvernet, samt i inntakssamtaler, hvor pasienten er hovedaktøren, i tillegg til primærkontakt eller koordinator, samt for eksempel lege eller psykolog.

6.2 Grunnleggende behandlingsfilosofi

Recoverytankegangen står sentralt i behandlingen både ved avdeling 1 og 2. I recoverytenkningen fokuseres det i større grad på funksjon enn diagnose, noe som støttes av følgende sitat fra Ellen i fokusgruppe 1: «Recovery – å fokusere på det friske i mennesket.» Ved avdeling 1 vektla de også god kontakt med pasientens nettverk, samt at det medikamentfrie tilbudet er en del av et behandlingsforløp. Som Gerd sier:

Vi er ikke behandlingen. Vi er en del av det. Og det er kjempeviktig [...] god kontakt med nettverket der ute [...] det skal være en sammenheng.

Fokusgruppe 2 legger også stor vekt på recovery, og nevner spesielt at pasienter oppfordres til å dra hjem på permisjon i helgene. At recovery står sentralt i medikamentfri behandling understøttes av en rapport over eksisterende medikamentfrie tilbud i Norge (Bjørngen mfl., 2018).

Eierskap til behandlingsforløp og behandlingsplan

Ifølge fokusgruppe 3 lener de seg på den behandlingsfilosofien som allerede foreligger i avdelingen. Denne filosofien handler om at pasientene skal ha en type eierskap til sitt eget behandlingsforløp og sin egen behandlingsplan. De påpeker videre at deres styrke er å jobbe med selvfølelse og selvmedfølelse, «mer sånn selvstøttende tilnærming [...] apropos sånn empowerment [...] verdighetsprosjekt, da», ifølge Kristine. I fokusgruppe 3 fremheves det at personer som ønsker medikamentfri behandling ved deres avdeling vil få det samme tilbudet som andre pasienter. Den eneste forskjellen er at plassen vil være definert som medikamentfri, og at det vil være mulig å utvide

oppholdet ved behov, samt å tilrettelegge for et individuelt forløp. Selvstøttende tilnærming er en viktig del av empowerment (Adams, 2008, referert i Askheim, 2016).

To av avdelingene som inngår i denne studien følger en filosofi som er felles for de fleste avdelinger som tilbyr medikamentfri behandling, altså *recovery*. Eierskap til eget behandlingsforløp nevnes som sentralt av alle fokusgruppene. Pasientene deltar ved alle tre stedene i utforming av egen behandlingsplan, noe som kan betraktes som brukermedvirkning på tjenestenivå (T. D. Bøe & Thomassen, 2007).

I fokusgruppene fremkommer at kun en av miljøterapeutene har deltatt i utformingen av det medikamentfrie tilbudet, mens samtlige av miljøterapeutene derimot bidrar aktivt med å sette ideologien ut i praksis gjennom det miljøterapeutiske arbeidet, noe som jeg kommer tilbake til.

6.3 Behandlingstilbud

Som beskrevet i kapittel 2.2 har det tradisjonelt vært tilbudt en rekke forskjellige behandlingsmetoder i psykisk helsevern, og de fleste av disse tilbys i de tre avdelingene denne studien omfatter.

Miljøterapi

Miljøterapi skal blant annet sørge for et godt psykososialt miljø og en relasjon mellom miljøterapeuten og den enkelte pasient. Ved alle tre avdelinger jeg besøkte fremheves miljøterapi som selve grunnmuren i avdelingen, som bidrar til rammer, struktur og forutsigbarhet. Jens i fokusgruppe 1 sier at:

[...] vi har jo et ukesprogram som er lagt opp veldig sånn klokkeslettmessig, tilnærmet som en arbeidsdag [...] vekking om morran [...] så har vi morgenmøte [...].

I det miljøterapeutiske tilbudet ligger faste morgenmøter og ved to av avdelingene også kveldsmøter, samt teammøte eller behandlingsmøte hver uke. I behandlingsmøtet definerer pasienten tema. Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp uttrykte i sitt brev til Helseministeren i 2011, ønske om at det nye tilbudet skal gi mennesker i krise en grunnbehandling som er å «få et trygt sted å være, en seng å sove i, regelmessige måltider og mennesker å snakke med» (Fleiner, 2013). Miljøterapien ved de tre avdelingene dekker de fleste av disse områdene, og er også i tråd med Helsedirektoratets (2012) beskrivelse av miljøterapi.

Andre psykososiale behandlingsmetoder

I henhold til de nasjonale retningslinjene for behandling av psykoselidelser og bipolare lidelser anbefales en rekke psykososiale behandlingsmetoder (Helsedirektoratet, 2012, 2013a). Tilbudene i de tre avdelingene gis både *individuelt* og i *gruppe*. Når det gjelder individuelle tilbud har alle

avdelingene tilbud om fysioterapi og fysisk aktivitet, i tillegg til samtale med behandlere og primærkontakt. De tre avdelingene tilbyr samlet sett et omfattende spekter av gruppetilbud. I tilbudskurven finnes fysisk aktivitet, kunst- og uttrykksterapi, ART (Aggression Replacement Training), yoga, mindfulness, affektbevissthetsgruppe, søvnhygienegruppe, kroppsbevissthetsgruppe, kulturgruppe, turgruppe, livsverdigruppe, kognitiv terapi, samt ulike typer gruppeterapi.

Recoverybaserte gruppetilbud

Avdeling 1 og 2 tilbyr gruppetilbud basert på recoverytenkningen. Ved begge avdelingene tilbys gruppetilbudet hver ukedag. Avdeling 2 tilbyr rendyrkede IMR-grupper, mens avdeling 1 kaller tilbudet recoveryverksted, hvor innholdet har sin inspirasjon fra IMR. Som beskrevet i kapittel 2.2.2, er IMR en forkortelse for Illness Management of Recovery (Mueser & Gingerich, 2011). IMR er en psykoedukativ metode som fokuserer på sentrale områder i livet for en som har en psykisk lidelse, som for eksempel: tilfriskning og bedringsstrategier (recovery); fakta om psykiske lidelser; stress-sårbarhetsmodellen; bygge sosial støtte; effektiv bruk av medisiner; redusere tilbakefall; symptomstrin; få dekket egne behov i hjelpeapparatet; rus- og alkoholbruk (Mueser & Gingerich, 2011).

Deltakelse i recoverygrupper som tilbyr et innhold som nevnt ovenfor, har vist seg å kunne bidra til at personer med diagnosen schizofreni finner gode strategier for å mestre sin lidelse (Färdig mfl., 2011). Dersom en person opplever symptomer som faller under betegnelsen schizofreni, vil selvpoppfatningen, og opplevelsen av verden for øvrig, i perioder kunne bli påvirket (Møller, 2018). Ett av momentene som fremheves når det gjelder selvbestemmelse er kompetanse (Ryan & Deci, 2008), og i psykoedukative grupper legges det stor vekt på at personer skal få mer kunnskap om sin egen lidelse, samt forslag til hvordan man kan leve med sine utfordringer på en god måte (Hummelvoll, 2012). På den annen side kan det for en person som opplever psykotiske symptomer oppleves som svært krevende å delta i en gruppe med mange nye mennesker, all den tid interessen for, samt evnen til, å inngå i relasjoner kan være påvirket (Møller, 2018). Fokusgruppe 2 beskriver en del av disse utfordringene.

Ifølge fokusgruppe 2 er IMR-opplegget ikke helt tilpasset norske forhold, og det hender ordlyden i manualen må presiseres overfor pasientene. Som Borghild sier: «[...] det er et sånt amerikansk opplegg, sier vi.» Solveig påpeker at IMR-manualen er utarbeidet til bruk gjennom ett år, slik at pasienter får undervisning en gang i uka. I avdelingen blir det ifølge henne «[...] ganske heavy i forhold til hva det er ment som [...]», fordi pasientene får kun en dag på en «hjemmeleksje» som de ifølge manualen skulle hatt en uke på å gjennomføre. Hjemmeleksjen består i at pasienten skal kartlegge deler av livet som vedkommende ønsker å endre på, som for eksempel å ta kontakt med noen i sitt nettverk. Ifølge Petter er IMR-gruppen «[...] veldig konkret, veldig strukturert.» Iblant kan

miljøterapeutene som driver gruppa ta to emner på en dag. I tillegg skal pasienter som får tilbud om medikamentfri behandling i avdeling 2 kartlegge sine personlige tilfriskningsmål, som for eksempel kan være at pasienten ønsker å kjøpe seg leilighet. Tilfriskning er et annet ord for recovery (Helsedirektoratet, 2012). Borghild sier at kartlegging ikke alltid er like enkelt:

[...] det er ikke så rart at dette er litt vanskelig for pasientene, for du blir innlagt da, og så skal du plutselig kartlegge livet ditt.

Recoveryverkstedet ved avdeling 1 har ett bestemt tema gjennom en hel uke, som for eksempel følelsesbevissthet, og gruppen er lagt opp mer som en samtalegruppe, hvor pasienter og miljøterapeuter deler erfaringer. Gerd beskriver det slik:

[...] i recoverygruppa så er det personale og pasienter som sammen reflekterer rundt et tema [...] deler erfaringer rundt det temaet [...] det oppfordres til at man deler av egne erfaringer [...].

Fokusgruppe 1 beskriver en annen innfallsvinkel til hvordan et psykoedukativt gruppetilbud kan legges opp. Hovedforskjellen mellom IMR-gruppen som avdeling 2 tilbyr pasientene og recoveryverkstedet i avdeling 1, ligger i at pasientene ikke har hjemmelekser i avdeling 1, samt at gruppa holder seg til ett tema gjennom en hel uke. Dersom en pasient har en av diagnosene i målgruppen for medikamentfri behandling, er i nedtrapping eller helt fri for medisiner, og skal forsøke å etablere nye mestringsstrategier, kan det intensive opplegget fokusgruppe 2 forteller om, fremstå som ganske ambisiøst. Sentralt i empowerment-begrepet er at den enkelte skal bygge opp sin egen styrke, for på denne måten å kunne realisere egne ressurser, og få mer kontroll og makt over livet (Askheim, 2016). IMR-gruppen legger opp til å støtte pasienten i å kunne oppnå et slikt mål. På den annen side kan det oppleves i overkant krevende å skulle håndtere egen psyke uten medisiner, noe som for flere av de som søker seg til medikamentfri behandling kan være uvant og arbeidskrevende i seg selv, samtidig som de skal forholde seg til et program som synes å kreve mye konsentrasjon. Å ha levd med en psykoselidelse over tid kan i seg selv være en utfordring i forhold til konsentrasjonskapasitet, av mange ulike årsaker (Løberg mfl., 2012; Melle, 2015). Et annet moment er at forskning viser at langvarig bruk av psykofarmaka kan påvirke hjernen i en slik grad at for eksempel konsentrasjons- evnen blir påvirket (Andreasen mfl., 2011; Moncrieff & Leo, 2010).

Økning i mestringskompetanse en målsetting

En av målsettingene som ønskes oppnådd ved å tilby pasienter psykoedukativt gruppetilbud, er en økning i mestringskompetanse. Som jeg har vist til i kapittel 2.3 har ikke fokuset i årenes løp vært å bidra til økning av pasienters mestringskompetanse, ut fra pasientenes premisser. Dersom pasienter i medikamentfrie behandlingstilbud har noe erfaring med psykisk helsevern, kan flere ha krevende erfaringer bak seg, for eksempel i form av tvangsbruk (Bremnes mfl., 2011). Når økning av

mestringskompetanse tillegges stor vekt, kan det være nærliggende å anta at denne kompetansen på forhånd er for lav. Personer med lav mestringskompetanse kan ha erfaringer med å mislykkes, og strategier for å beskytte seg selv kan være etablert over lang tid (Rapaport, 1984, referert i Tveiten & Boge, 2014).

Ved avdeling 3 tilbyr de også psykoedukativ gruppe med undervisning om ulike emner. Pasienter som søker seg til medikamentfri plass i avdeling 3, får som nevnt velge blant de tilbudene som finnes i avdelingen. Iblant kommer det ikke tydelig frem hva som er ønskelig i starten av oppholdet, og da kan det ifølge Kristine starte med observasjon av pasienten, og så:

[...] begynner man bare å jobbe, og så satser man på at pasienten får det litt bedre etter hvert, at vi kan tenke sammen [...].

Det Kristine formidler her, er at hun i møtet med nye pasienter fokuserer på å etablere en *relasjon*, og at hun som miljøterapeut og pasienten sammen – i dialog – skal finne ut hvilken vei som kan passe for vedkommende pasient. En av årsakene til denne løsningen, kan være at det ikke er etablert spesifikke gruppetilbud i henhold til medikamentfri behandling som sådan. Imidlertid er det å etablere en relasjon i dialog med pasienten i tråd med miljøterapeutiske prinsipper (Skårderud & Sommerfeldt, 2013), og vil uansett behandlingstilnærming senere kunne gi en grobunn for at pasienten kan oppleve tillit og trygghet når et liv uten medikamenter skal etableres.

Ifølge informantene i fokusgruppe 1 har alle pasientene mulighet for å få de fleste tilbudene individuelt, og som eksempler nevnes mer fysisk aktivitet og egne treningsopplegg, kunstterapi og fysioterapi. Personer med diagnosen bipolar lidelse har opplevd at deltakelse i psykoedukative gruppetilbud har økt deres mestringsstrategier (O'Connor mfl., 2008; Skjelstad mfl., 2015). Individuell psykoedukasjon kan på kort sikt bidra til at deltakelse i sosiale aktiviteter øker (Gumus mfl., 2017). En avdeling som tilbyr både individuell psykoedukasjon og psykoedukative grupper kan bidra til at pasienter med ulike erfaringer fra psykisk helsevern og ulike mestringshistorier får økt sjanse til å kunne gjennomføre behandlingstilbud.

Forskjeller mellom avdelingene

Det er forskjeller mellom de ulike avdelingene, og den største forskjellen ser vi mellom de to avdelingene som tilbyr egne medikamentfrie behandlingstilbud, og avdeling 3, som har tilbudet integrert i en stor døgnavdeling. En annen hovedforskjell går på ulik vektlegging av fysisk aktivitet. Avdeling 1 har fysisk aktivitet som en av grunnpilarene i sitt medikamentfrie tilbud, og tilbyr fysisk aktivitet 3 ganger pr. uke. Dette tilbudet følges opp og brukes aktivt av pasientene. For personer med førstegangpsykose kan deltakelse i fysisk aktivitet føre til forbedring både av fysisk og psykisk helse, samt økt mestringsfølelse og selvtillit (Firth mfl., 2016). Ved de to andre avdelingene tilbys fysisk

aktivitet, men det er varierende deltakelse og implementering av tilbudet, noe som kan skyldes at tilbudet ikke har sterk nok forankring i avdelingen som sådan (Wärdig mfl., 2015). Dette påpeker Hans i fokusgruppe 3:

[...] liv og lære, for å si det sånn [...] det er et tilbud, som i liten grad blir brukt, og som egentlig ikke er godt forankret i hverken ledelse eller personalgruppe, så det fungerer dårlig [...].

Ved avdeling 2 tilbys fysisk aktivitet en gang pr. uke, mens pasientene kan bedrive aktivitet utfra eget initiativ hver dag. Denne muligheten blir i liten grad benyttet. Informantene i fokusgruppe 2 sier at pasienter ønsker at personalet skal «pushe» de mer om ettermiddagene, slik at de kommer seg ut eller på annen måte er fysisk aktive. Det vi ser eksempel på her, har ikke nødvendigvis å gjøre med pasientenes manglende motivasjon for å være i aktivitet, men kan handle om manglende tro på egen mestringsevne (Thomas mfl., 2017). Miljøterapeutisk arbeid innebærer å fremme muligheter for læring, mestring og personlig ansvar (Skårderud & Sommerfeldt, 2013), og sentralt i å få dette til, er miljøterapeutens aktive bidrag.

6.4 Motivasjon

Motivasjon for å gjøre en endring er sentralt for de pasientene som søker seg til medikamentfri behandling, og i avdeling 1 må pasienten beskrive sin egen motivasjon i forkant av oppholdet. Gerd i fokusgruppe 1 har gjort seg noen tanker om at tilbudet ikke er for alle, selv innenfor målgruppen, fordi:

[...] det krever en motivasjon og et ønske om å gjøre noe annet enn å ta medisiner for å dempe plagene. Man må være forberedt på å jobbe med seg selv.

Anna i fokusgruppe 1 kommenterer følgende: «De fleste som kommer hit er jo motivert for å trappe ned medisin.» Når avdelingene legger stor vekt på pasientens motivasjon, henger dette sannsynligvis sammen med at en sentral faktor vil være en tro på muligheten til at de selv kan påvirke resultatet av behandlingen (Manger & Wormnes, 2005).

Informantene i fokusgruppe 2 og 3 nevnte ikke motivasjon som forutsetning for å søke seg til behandlingstilbudet, men i fokusgruppe 2 fremkom det at i løpet av de første ukene i avdelingen kan noen pasienter miste motivasjonen, og begynne å tvile på om de vil klare opplegget. Pasienter kan ha ulik «health locus of control» (Manger & Wormnes, 2005), som kan komme til uttrykk ved at de begynner å tvile. Borghild gjengir noe av det pasienter har ytret i denne forbindelse: «Er det her noe for meg, er jeg frisk nok til å jobbe med dette her?» Recovery kan som tidligere nevnt både handle om å bli frisk fra noe, eller det kan handle om å akseptere den man er, med de eventuelle plagene man har (Karlsson & Borg, 2017). Dersom motivasjonen hos pasienter svikter, kan dette ha sin bakgrunn i mange faktorer. En faktor kan være manglende tro på egen mestringskompetanse, og en annen kan

være manglende tro på at det er mulig å påvirke miljøbetingelsene, i dette tilfellet opplegget for medikamentfri behandling. Ivaretagelse av brukerperspektivet innebærer at pasienten opplever seg forstått på egne premisser (Skauli, 2007), og behandlingen bør ta utgangspunkt i vedkommendes endringsteori, og ikke personalets preferanser.

Fokusgruppe 3 har erfaring med pasienter som har et oppriktig ønske om å ikke bruke medikamenter i behandlingen, og en aktiv innsøkning til et slikt tilbud kan tolkes som at pasientene da har motivasjon for endring. Det kan tenkes at de som søker seg til dette tilbudet, i utgangspunktet har et ønske om å delta i beslutningstaking (Hamann mfl., 2011). Å se på hva som kan forklare hvorfor noen gir opp etter en tid, mens noen fullfører, bør prioriteres fremover.

Når det gjelder motivasjon, er fokusgruppene ikke bare opptatt av motivasjonen hos pasientene, men også blant miljøterapeutene. Betydningen av motiverte miljøterapeuter fremheves i fokusgruppe 1. Alle som jobber i avdelingen har aktivt søkt seg til et slikt behandlingstilbud, og både i fokusgruppe 1 og 2 fremsto informantene som spesielt motiverte. Informantene i fokusgruppe 3 ga uttrykk for at de var motiverte for å støtte pasienter i en behandlingsprosess uten bruk av medikamenter, og de fremhevet at slik tilnærming hadde vært en del av deres behandlingsfilosofi i flere år. Imidlertid kom det frem at målgruppen for slik behandling ikke tilhørte den pasientgruppen de hadde erfaring med i avdelingen, og personalets motivasjon virket å være strukket langt hos enkelte av dem.

Pasienter som ønsker å enten trappe ned eller slutte helt med medikamenter, vil ha større sjanser for å lykkes med dette dersom forventningen om å mestre dette er stor. Miljøterapeutenes jobb er å støtte pasienten i sitt prosjekt, og for å kunne motivere pasienten, er det en fordel om miljøterapeuten også er motivert. Miljøterapeuten vil, som pasienten, være preget av egen historie omkring mestring, og de ulike miljøterapeutene kan ha ulik attribusjonsstil (Ryan & Deci, 2008). Skal miljøterapeuten fremstå som en god «coping model», er det ingen ulempe å gi tilkjenne overfor pasienten at dette kommer til å bli hardt arbeid, og på ingen måte bare lett (Bandura, 1997). Miljøterapeutene står også i en ny situasjon, og fokusgruppe 2 beskriver det slik at de må øve seg på å drive IMR-grupper, og oppøve større trygghet i dette arbeidet. De beskriver også at de motiverer pasienter gjennom vanskelige prosesser, gjennom å være «coping models». Informantene i fokusgruppe 1 beskriver også en slik motivasjonsprosess, all den tid de selv også må prøve ut nye måter å tilrettelegge for behandling i en avdeling i psykisk helsevern.

6.5 Oppsummering

Som det fremgår av drøftingen så kjennetegnes medikamentfri behandling av at pasienter tilbys de samme behandlingsmetodene som før, med noen åpenbare forskjeller. Fokuset på at medikamenter ikke er en sentral del av behandlingen er stort ved alle de tre avdelingene. Dette er i samsvar med føringene for medikamentfri behandling (Helsedirektoratet, 2018d) og ønsket fra Fellesaksjonen for

medikamentfrie behandlingsforløp (Fleiner, 2013). En annen forskjell er at fysisk aktivitet vektlegges mer, noe særlig avdeling 1 har klart å implementere og gjennomføre.

Oppsummert ser vi at tilbudene, samlet sett, inneholder alle de ulike behandlingsmetodene som er anbefalt i nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av psykoselidelser og bipolare lidelser, inkludert medikamentell behandling (Helsedirektoratet, 2012, 2013a). Enkelte pasienter får altså fortsatt medikamentell behandling, og da som regel i tilknytning til en nedtrappingsplan av nevroleptika. Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp har presisert at de ikke er mot bruk av medisiner, men at de ønsker større grad av valgfrihet (Fleiner, 2013), og alle pasientene som har ønsket seg til medikamentfri behandling, gjør dette frivillig og etter eget ønske.

Ved alle tre avdelingene deltar miljøterapeutene i de fleste tilbudene, og flere av miljøterapeutene har også tilleggsutdanning, som kommer til anvendelse både i individuelle tilbud og gruppebehandlinger. Miljøterapeutene ivaretar for øvrig det som inngår i de ulike miljøterapeutiske rammene, noe som samsvarer med miljøterapeutiske prinsipper (Vatne, 2006). I dette kapittel 6.3 har jeg illustrert hvordan behandlingstilbudene som tilbys i hovedsak faller inn under miljøterapiens strukturelle prinsipper, samt tilrettelegging av miljøfaktorer og utnytting av helhetlige prosesser (Olkowska & Landmark, 2016).

En siste viktig forskjell er mellom de avdelingene som er spesielt tilrettelagt for medikamentfri behandling, og avdelingen som har noen plasser for denne type behandling i en eksisterende stor døgnavdeling. Ved avdeling 1 og 2 er det færre pasienter i avdelingen, alle er i målgruppen for medikamentfri behandling, og behandlingstilbudet er rettet inn mot akkurat denne gruppen. Avdeling 3 tar imot noen få pasienter i målgruppen i en stor avdeling, hvor det er ulike typer pasienter innlagt samtidig. Pasientene vil altså møte ulike tilbud, alt etter hvordan de ulike helseforetakene med tilknyttede avdelinger har valgt å løse oppgaven gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2015 (2015a).

7 Likheter og / eller ulikheter mellom medikamentfri behandling og mer tradisjonell behandling

I dette kapitlet vil andre forskningsspørsmål søkes belyst: *Hva er likheter og/eller ulikheter mellom medikamentfri behandling og mer tradisjonell behandling i psykisk helsevern?*

7.1 Brukermedvirkning

Graden av brukermedvirkning trekkes av samtlige fokusgrupper frem som den største ulikheten mellom medikamentfri og tradisjonell behandling. Selv om jeg stiller spørsmål ved om enkelte av de endringer som presenteres innebærer reell brukermedvirkning, ser vi at noe er i ferd med å endre seg. «Noe» handler i hovedsak om at brukers medvirkning er satt på dagsorden på en annen måte enn informantene beskriver var alminnelig prosedyre tidligere. Miljøterapeutene i samtlige fokusgrupper tilkjennegir at de nå kontinuerlig er oppmerksomme på å ivareta brukermedvirkning. Med utgangspunkt i Freire (1993) anser miljøterapeutene nå pasientene som subjekter heller enn objekter.

Bedre vekstvilkår for brukermedvirkning

Bedre vekstvilkår for pasienters brukermedvirkning etter innføring av medikamentfri behandling begrunnes med ulike eksempler, som når Gerd i fokusgruppe 1 nevner recoveryverkstedet. Pasientene blir her ikke presset til å delta i gruppen dersom de ikke har en god dag, men kan velge å heller være litt tilbakelente og lyttende om de ønsker det. Å kunne slippe forventninger om bidrag i et behandlingstilbud dersom formen ikke tilsier det, må kunne sies å være ivaretagelse av pasientenes rett til å medvirke i egen behandling (T. D. Bøe & Thomassen, 2007). Som beskrevet i kapittel 2 har personer med diagnoser i den målgruppen denne studien befatter seg med måttet utholde behandlingsregimer med varierende grad av brukermedvirkning (Vatne, 2006; Wifstad, 1997). Det å komme seg eller gjenvinne noe som er tapt, altså *recover*, er en prosess (Karlsson & Borg, 2017). Erfaringer pasienter kan ha med tidligere manglende brukermedvirkning, må tas i betraktning når miljøterapeutene møter dem.

Pasienter som ønsker medikamentfritt behandlingstilbud kan, for å bruke Freires ord, være «subjekter i forventning» (1993). I dette ligger håpet og forventningen om at det vil skje en endring, og det i seg selv vil få pasienter til å prøve å styrke sin nye status. Selve ordet brukermedvirkning indikerer ikke at pasienten skal bestemme selv, all den tid vi snakker om *medvirkning*. Å medvirke innenfor rammene av en avdeling i psykisk helsevern innebærer at pasientene nettopp får mulighet til å, ja, medvirke. Medvirkningen det legges opp til i de tre avdelingene, handler hovedsakelig om deltakelse i avgjørelsen av mål for behandlingen, samt deltakelse i selve behandlingsopplegget. For å kunne medvirke, må man være i stand til å kjenne premissene for det som skal skje, samt ha mestringskompetanse for å kunne delta. For å kunne medvirke, må pasientene inngå i en dialog med

personalet, i dette tilfellet miljøterapeutene. Dialog krever at vi ser nærmere på språket som anvendes i avdelingene, noe Gerds eksempel ovenfor viser. Å kunne «slippe» å delta i recoveryverkstedet, samt at pasientene ikke blir «presset» til å delta, sier noe om et språk som fortsatt henger fast i en paternalistisk tradisjon (Wifstad, 1997). Gerd ønsker å bidra til økt brukermedvirkning, og samtidig ser vi at hun bruker et språk som ikke signalerer likeverd. Skal mennesker frigjøre seg selv eller den andre, kreves et fellesskap og en dialog, ifølge Freire (1993). Medikamentfrie behandlingstilbud bærer med seg kimen til en ny tenkning omkring mennesker som søker hjelp for psykiske lidelser, og både miljøterapeutene og pasientene må gjennom endringsprosesser for å våge en annerledes tilnærming.

Ivaretagelse av pasientenes rett og muligheter til medvirkning

Å ivareta pasientenes rett og muligheter til medvirkning, innebærer å se den enkelte og deres individuelle behov. Dette er i tråd med intensjonene i offentlige føringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997), og det å ta individuelle hensyn innebærer å ivareta hensynet til at pasienten blir sett og tatt på alvor (Helsedirektoratet, 2005). Brukermedvirkning og empowerment er nært forbundet med hverandre, og empowerment eller myndiggjøring handler her om at pasienter som ønsker å klare seg med mindre eller ingen medikamenter skal klare dette, ved hjelp og støtte av miljøterapeutene. Myndiggjøring innebærer blant annet å gjøre pasienten i stand til å kunne medvirke i eget liv (NOU 1998:18, 1998). Den overordnede målsettingen for pasienter som søker seg til medikamentfritt behandlingstilbud, er ønsket om medikamentfrihet, alternativt mindre medikamenter, ifølge informantene, her ordsatt av Gerd: «For at målet er jo medisinfrihet, altså, det er jo derfor de søker seg hit.». Det som for øvrig tilbys i avdelingene som tilbyr medikamentfri behandling, og måten det gjøres på, har som hensikt å støtte pasientens reise mot dette viktige målet.

Behandlingens målsetting er en viktig del av behandlingsprosessen, hvor brukermedvirkningen er større innenfor medikamentell behandling. Petter forteller at pasientene i deres avdeling må gjennom en veldig strukturert prosess den første uka, hvor de skal identifisere sine personlige tilfriskningsmål. Personalet samarbeider med pasienten, men det er pasienten selv som skal finne strategier for å nå sine mål. Dette er i tråd med offentlige føringer, som legger opp til at alle mål skal drøftes i et nært samarbeid med pasienten (Helsedirektoratet, 2014). Det å definere sine egne mål i starten av en innleggelse i psykisk helsevern er en åpenbar ulikhet i forhold til tradisjonell behandling, ifølge fokusgruppe 2. Slik aktiv deltakelse i utarbeidelsen av egne mål kan sies å handle om «engasjement i sin livssituasjon» (Norvoll, 2013). Imidlertid fremkommer det ikke i intervjuet om pasientene forelegges et aktivt valg med hensyn til behandlingsmetode. Dersom dette valget ikke tas, blir det vanskelig å snakke om deltakelse på et høyt nivå. Ifølge Arnsteins «ladder of participation» vil pasientens deltakelse i et slikt tilfelle være midt på stigen, og innebære en grad av «tokenism» (1969). Ifølge fokusgruppe 1 var representanter for brukerorganisasjoner deltakende i referansegrupper som utarbeidet innholdet i det medikamentfrie behandlingstilbudet ved avdelingen. Vi ser at det i så måte

kan være begrenset brukermedvirkning på individnivå, men at det her har vært medvirkning på systemnivå.

God dialog sentralt

For å sikre at pasienter skal få medvirke, må miljøterapeutene etablere en god dialog med pasienten, og se forbi symptomene (G. F. Lorem & Hem, 2011). Det å se at prosedyrer for målvalg kan avvikes dersom de ikke fungerer for pasienten der og da, vil bety reell brukermedvirkning. Pasienter i psykosetilstand kan ha symptomer som medfører at brukermedvirkning kan oppleves vanskelig. Verden kan oppleves som skremmende (Møller, 2018), eller sinnsstemningen kan være slik at den betegnes som mani (Aarre, 2012c). Samtidig kan det å ikke få presentert valgmuligheter virke demotiverende, og i verste fall oppleves som en manipulasjon (Ryan & Deci, 2006). Å møte pasienter i psykosetilstand krever kompetente miljøterapeuter som har pågangsmot og utholdenhet (Mathisen mfl., 2015). Informantene i de tre fokusgruppene som inngår i min studie forteller om både pågangsmot og utholdenhet i sitt møte med pasientene, noe Britt i fokusgruppe 3 uttrykker slik: «Du må stå på for å holde kontakten og for å få den relasjonen til pasienten ...».

Utfordringer knyttet til brukermedvirkning

Ikke desto mindre er det også knyttet utfordringer til brukermedvirkning ved valg av behandlingsmål. Fokusgruppe 3 problematiserer dette med å avklare mål for behandlingen dersom pasienten er i en grensepsykotisk tilstand. De knytter utfordringen ved at pasienten, i en grensepsykotisk fase, skal etablere mål for behandlingen opp mot forsvarlighet. En pasient kan altså befinne seg i en fase hvor miljøterapeutene kan komme i tvil om hvorvidt vedkommende er i stand til å ta beslutninger. Denne bekymringen blir et paradoks når et sentralt argument i argumentasjonen for medikamentfrie behandlingstilbud var at pasienter har opplevd å bli mistrodd med hensyn til å kunne ta egne kompetente valg, samt erfaringer med at helsepersonell har manglende tro på pasienters dømmekraft (Ekeland, 2014). Å innta et andre-orientert perspektiv kan åpne for en sensitivitet overfor det pasienten forsøker å uttrykke (Baklien, 2017), og brukermedvirkning kan ivaretas ved at det pasienten er i stand til å uttrykke der og da blir hensyntatt. Miljøterapeuten blir en viktig person for pasientens møte med en avdeling som skal hjelpe vedkommende til å bli medikamentfri, og etablering av en god relasjon (Nortvedt & Grimen, 2004) et godt grunnlag for å styrke pasientens evne til medvirkning, slik at vedkommende makter å starte den strevsomme veien mot en medikamentfri tilværelse.

Organiseringen av det nye medikamentfrie behandlingstilbudet kan samtidig medføre begrenset brukermedvirkning. Ett slikt eksempel er avdeling 1 sitt krav om lokal behandler for å få behandlingsplass. Dersom en pasient ikke ønsker en lokal behandler blir pasienten avvist, ifølge Gerd fordi: «[...] pasienten ville bare ha oss [...]». Å ha en lokal behandler er ikke et nytt krav, men å ikke kunne velge et nytt tilbud dersom en lokal behandlingsskontakt ikke fungerer, betyr at reell deltakelse

og påvirkningsmulighet ikke er til stede. I så måte ville Freire kunne kalt denne ordningen for «falsk gavmildhet» (Freire, 1993). Vi ser at det etableres et etterlengtet tilbud i psykisk helsevern, men at premissene som legges kan avvise noen som ikke uten videre er komfortable med disse kriteriene. Medikamentfritt behandlingstilbud er etablert, og er hovedsakelig i tråd med ønskene fra brukerorganisasjoner (Fleiner, 2013), men vi ser at brukervedvirkning som prinsipp blir utfordret dersom enkelte pasienter ikke ønsker å forholde seg til noen av premissene som legges til grunn.

Annen type likeverd

At graden av brukervedvirkning er noe større ved medikamentfrie kontra tradisjonelle behandlingstilbud kommer i denne undersøkelsen også til uttrykk ved andre aspekter ved behandlingen. I fokusgruppe 3 påpeker for eksempel informantene at medikamentfrie behandlingstilbud innebærer en helt annen type likeverd i samarbeidet mellom pasienten og personalet. Pasientene leser sin egen behandlingsplan som de får utdelt ved innkomst, og Kristine sier at «[...] de er med å begynne å planlegge den på første vurderingssamtale». Det å medvirke i utarbeidelsen av egen behandlingsplan må betraktes som brukervedvirkning, og var ikke en selvfølgelig del av forløpet tidligere. Imidlertid kan det stilles spørsmål ved om medvirkningen er reell, all den tid det fremstår som om at pasientene kun får medvirke til å endre en allerede presentert plan. I tråd med Arnstein (1969) er slik medvirkning ikke-deltakelse, og kun bestående av informasjon og konsultasjon.

Valgfrihet med hensyn til medikamenter

Sentralt i medikamentfri behandling er større grad av valgfrihet med hensyn til medikamenter. Petter i fokusgruppe 2 uttrykker at pasientene har brukervedvirkning fordi de kan bestemme selv om de vil ta medisiner eller ikke: «Og dette er brukervedvirkning [...] de er med på dette selv [...] men vi må si vi motiverer dem veldig [...]». Miljøterapeutene oppfatter altså motivasjon som en viktig del av arbeidet med å støtte opp under pasientenes brukervedvirkning. Pasientens egen motivasjon for medikamentfri behandling har vært nevnt som en forutsetning av fokusgruppe 1, og fokusgruppe 2 og 3 har en oppfatning om at pasientene selv har et sterkt ønske om å klare seg uten medikamenter. Å støtte pasienten i sin beslutningstaking anbefales (Thomas mfl., 2017), og kan bidra til økt tro på egen mestringsevne. Slik ser vi at det å styrke pasientens mestringsevne, i den hensikt å øke brukers mulighet for medvirkning, blir vektlagt på ulike måter i tilbudet som gis.

Til tross for en viss begrensning i valg blant psykososiale behandlingstilbud, har pasientene større brukervedvirkning i form av utarbeidelsen av egne behandlingsmål, samt deltakelse i recoverygrupper. Videre fremhever fokusgruppe 1 at pasienten nå bestemmer over temaene i sine egne teammøter. Gerd påpeker at: «[...] vi har møter med pasienter, og ikke om pasienter». Anna i fokusgruppe 1 formulerer det slik:

Det er jo den selvbestemmelsen. Brukermedvirkningen er så sentral, og det at vi ikke skal snakke om pasienten – eller ha rapport når de er til stede – og det er de som eier sitt behandlingsopplegg.

Ellen i fokusgruppe 1 beskriver forskjellen i brukermedvirkning slik: «Vi spør hele tiden pasientene «hva har du lyst til?» Vi bestemmer ikke over hodet på dem.» Informantene sier at ingen avgjørelser blir tatt uten pasienten, noe som illustreres slik:

Gerd: Fremme deres selvbestemmelse – og selvstendighet hos pasientene – og støtte dem i det de ønsker. Moderator: Men, gjorde dere ikke det før? Anna: Det kommer an på hvor man jobber hen, da. Akuttpost eller en døgnavdeling er to forskjellige ting. På en akuttpost så gjør man jo mange ganger ikke det. Så det kommer helt an på hvor man er.

Ordvekslingen mellom Gerd og Anna viser hvordan avdelingen nå møter pasientene på en måte hvor fokuset på brukermedvirkning er sentralt. Intensjonen i denne delen er å vise at i samtlige tre fokusgrupper omhandler brukermedvirkning særlig om to forhold: 1) å sørge for aktiv medvirkning i utarbeidelse av mål for oppholdet i avdelingen, samt i selve behandlingsopplegget, 2) å bistå brukeren med å få større mestringskompetanse, for å kunne gå veien mot et medikamentfritt liv litt stødigere, samt å bevare motet som trenges for å kunne starte en slik reise. I henhold til begrepet *shared decision making*, vil en slik endring ikke uten videre være uten friksjoner, hverken for miljøterapeutene eller pasientene (Haarig mfl., 2016; Hamann mfl., 2008; Joseph-Williams mfl., 2014; Kokanovi mfl., 2018; Stovell mfl., 2016).

Brukermedvirkning ved medikamentfri behandling forutsetter endrede tankemønstre hos begge parter, og kan medføre en dialog mellom miljøterapeutene og pasientene, noe som vil være i tråd med hva Freire (1993) beskriver som starten på en frigjøringsprosess.

7.2 Roller og kultur

Den økte brukermedvirkningen og økt ansvarstagen for pasientene forbundet med det medikamentfrie tilbudet, innebærer ifølge fokusgruppene endrede roller både for pasienter og miljøterapeuter, samt en ny behandlingskultur.

Denne endringen i roller og kultur kan ses i lys av Goffman og hans scene-metafor (1992). For å belyse informantenes historier omkring roller og kultur, setter jeg herved scenen i dette kapitlet ved å vise til Henrik Ibsens stykke «Et dukkehjem», og tar sjansen på at leseren er kjent med stykkets dramaturgi¹¹. Rollene som Nora og Helmer tildeles i kapittel 7.2 henholdsvis pasientene og

¹¹ Dramaturgi kan forstås fra ulike perspektiv, som for eksempel et tekstperspektiv, komposisjonsperspektiv, eller et produksjonsperspektiv, hvor metodene vil stå i fokus. Dramaturgiske former kan forstås som en historisk måte å oppfatte og framstille verden på, da de kan inneholde og uttrykke forskjellige syn på verden, mennesket og kunnskapen (Leinslie & Arntzen, 2018)

miljøterapeutene. Pasientene kommer fra en tradisjon hvor deres rolle er den uansvarlige, «barnslige» personen, uten egen myndighet, og helt avhengig av miljøterapeutenes velvilje, gunst og tilrettelegging. Det bemerkes at rollen som Helmer også har et element av legestanden i seg, all den tid det faktisk er Helmers rolle som sitter på de avgjørende maktmidlene. Imidlertid velger jeg å tildele miljøterapeutene denne «myndighets»-rollen i dette stykket, fordi miljøterapeutene har innehatt definisjonsmakten i forhold til det miljøterapeutiske tilbudet, herunder kvaliteten på relasjonen med pasienten. Kulissene i stykket er en avdeling i psykisk helsevern, og scenen må settes ut fra de scenografiske virkemidler de ulike stedene jeg besøkte har til rådighet. Ut fra hva som fremkommer i de tre fokusgruppene, er det avdeling 1 som i størst grad har de beste kulissene (Goffman, 1992) til rådighet, når stykket «Medikamentfri behandling» skal spilles, inspirert av Et dukkehjem av Ibsen.

Rolleforvirring

Etter innføring av medikamentfri behandling har det oppstått en forvirring omkring hvem som skal spille de ulike rollene, og når slikt skjer, trenger man en tilstedeværende regissør. Ledelsen i avdelingen kan i det bildet jeg tegner få rollen som regissør. Fokusgruppe 1 sier at de har behov for veiledning, noe de er kommet i gang med. Det betyr at miljøterapeutene har fått et rom hvor utformingen av den nye rollen kan diskuteres. Rommet hvor pasientene skal kunne diskutere utformingen av den nye rollen, kan for eksempel være når de i samarbeid lager mat på kjøkkenet i avdeling 1. Informantene i fokusgruppe 2 forteller at deres pasienter snakker mye sammen om det de har diskutert i IMR-gruppene, og at de knytter bånd, blant annet på røykeverandaen, noe Petter beskriver slik: «Røykeverandaen, det er der det skjer, og det sier de og, de gir uttrykk for det.» Pasientene i fokusgruppe 3 befinner seg ikke i kulisser som gir de beste forutsetninger for å etablere en ny rolle, og det gjør heller ikke miljøterapeutene, ved at avdelingen ifølge Hans er for stor. Kristine uttrykker det slik: «Jeg finner jo nesten ikke selv frem her av og til, altså, det er jo veldig sånn uoversiktlig, og det er jo det som er tilbakemeldingene fra de pasientene vi har som er i psykose, også».

Miljøterapeutenes profesjonelle rolle er i endring, noe informantene i fokusgruppe 1 uttrykker:

Gerd: Jeg tenker jo at det er snudd litt på hodet på et vis, at det man i utgangspunktet kanskje har tenkt før kanskje var uprofesjonelt, synes vi er profesjonelt. Jens: Og vi legger på en måte opp til det.

Det informantene i fokusgruppe 1 her viser til, er at det tidligere var et skarpere skille mellom miljøterapeut og pasient. Nå er det å dele erfaringer i recoverygruppen en viktig del av behandlings-tilbudet, og en av begrunnelsene for at avdelingen søkte miljøterapeuter med egenerfaring. Pasienter har ifølge Gerd i fokusgruppe 1 uttalt at: «Det er vanskelig å se forskjell på hvem som jobber her og hvem som er her for å få behandling [...]» Sitatet fra Gerd kan handle om at både pasientenes og miljøterapeutenes fasader har endret seg (Goffman, 1992). Miljøterapeutens fasade er knyttet til rollen

som profesjonell - en med utdanning, i motsetning til pasienten. I Et dukkehjem spiller både Nora og Helmer hovedrollene, og slik kan vi se rollene til miljøterapeuten og pasienten nå. Tidligere spilte pasienten birollen, mens miljøterapeuten innehadde de sentrale replikkene. Til disse rollene er det knyttet forventninger, både fra samfunnet rundt, samt fra aktørene selv (Askheim, 2016). Den medisinske modellen (Brudal, 1989) har det vært rettet mye kritikk mot, men den tilbød aktørene på scenen relativt avklarte roller. Når scenebildet nå erstattes av et mer kontekstuekt perspektiv (Aarre, 2018), møtes miljøterapeuten og pasienten på en scene hvor begge spiller hovedroller.

Det at miljøterapeuter kan ha personlig erfaring med psykisk lidelse, enten som pasient eller pårørende, er ikke noe nytt. Alle er vi mennesker med ulike erfaringer, og informantene sier at de ønsker å være et medmenneske overfor pasientene, noe Kristine uttrykker slik: «Men [...] gjelder ikke det å være menneskelig i det hele tatt, er ikke det der bare, er det ikke det vi alle strever med – å ta ansvar for eget – våre egne liv.» Det Kristine henviser til som å bidra på en annen måte i behandlingen, kan overført til teatermetaforen tolkes som at de to hovedrollene som skal spilles på den nye scenen, på ingen måte behøver å konkurrere med hverandre. Begge rollefigurene har med seg nok ballast til å fylle rollene, og stykket vil sannsynligvis bli mer interessant og nyskapende dersom rolleinnehaverne i dialog utformer rollene. Goffmans (1992) mystifikasjonsbegrep kan komme til anvendelse her – ritualet er endret, og både pasienten og miljøterapeuten fremtrer som likeverdige.

Kulturrendring

En endring i kultur fordrer dialog mellom de ulike rolleinnehaverne, og kan for eksempel handle om hvordan kommunikasjonen foregår. Anna i fokusgruppe 1 sier følgende om en ulikhet fra det tradisjonelle behandlingstilbudet:

Vi har som kultur her at vi – sammenlignet med andre avdelinger – at vi snakker ikke om pasienten når han ikke er til stede. Så det som gjelder pasienten det tar vi på teammøte. Det er ikke sånn som vanlige rapporter som man er vant til fra andre poster.

Anna forteller videre at hun synes det har vært veldig interessant å følge endringen pasientene opplever, når de har uttalt at de trenger tid til å få ei ny tenkning, altså utforming av den nye rollen. Til dette sier Jens i fokusgruppe 1:

Hmm. Både nytt for oss som hjelpere i det her systemet, men også for pasientene. Som kanskje har erfaring med at det er helsepersonellet som tar avgjørelsene for dem. Den her «nå skal vi jobbe med dette», «det er det her vi må prøve å få til». Mens nå er det vi som stiller spørsmålet «hva trenger du, hva ønsker du, hva har du behov for, og så kan vi hjelpe og støtte deg på de tingene»

Ifølge Freire kan en frigjøring kun skje gjennom dialog (1993). Når Jens beskriver hvordan han møter pasientene, aner jeg en uforbeholden tillit i disse møtene, noe som også kan være et uttrykk for et

annet av Freires (1993) dialog-ord, nemlig kjærlighet. Slik jeg oppfatter Jens, må både miljøterapeutene og pasientene frigjøre seg fra roller som har vært institusjonaliserte (Andreassen, 2013), for slik å kunne endre en etablert behandlingskultur (Karp, 2014). Informantene i fokusgruppe 1 fremhever at de ikke er opptatt av pasientenes diagnoser, men av pasientenes funksjon. Denne holdningen er i tråd med viktige prinsipper i recovery (Karlsson & Borg, 2017), nemlig at pasienten kan være den han er, og bli møtt som den han er, uten et diagnostisk blikk.

For miljøterapeutene har ikke endringen i kultur vært helt uproblematisk. Når det gjelder rolleendringen så forteller informantene i fokusgruppe 1 at de øver seg på å ikke ta så mye ansvar for pasientene, og at i denne prosessen har det vært viktig å kunne støtte seg på hverandre. Ellen ordsetter dette slik:

[...] vi blir jo usikre, vi som kollegaer, og vi kan synes det er vanskelig, vi skal jo ikke snakke om pasientene bak ryggen på dem, og vi har vært nødt til å ha møter oss imellom bare for å snakke om enkelte pasienter for å finne ut hvordan vi skal bli en god støtte for dem – pasientene.

Ellens beskrivelse kan oppfattes som en frustrasjon over rolleendringen i avdelingen. Dramaturgien i stykket som skal spilles har endret seg, og fordrer nå et samarbeid mellom de to partene som skal utforme hovedrollene. Ellen beskriver her at miljøterapeutene iblant har forlatt front-stage (Goffman, 1992) og trukket seg tilbake til back-stage, for å diskutere hvordan de kan støtte pasientene i å spille sin rolle. Det velkjente manuset er endret, og det Ellen gir uttrykk for, er at hverken miljøterapeutene eller pasientene har tatt dette opp på et møte med regissøren. Dersom det er slik at den nye versjonen av Et dukkehjem/Medikamentfri behandling skal spilles ut fra et løselig manus, basert på improvisasjon, bør aktørene være klar over at dette er premissene.

Etablering av et nytt manus som gir føringer for hvordan miljøterapeuten og pasienten skal spille sine roller, er ikke helt på plass ennå, noe Anna i fokusgruppe 1 beskriver slik:

«Så det som og er annerledes fra denne avdelingen til andre avdelinger det er at når personalet har undervisning så er det som oftest åpent for pasientene også. Vi har undervisning i lag. Og sånn er det ikke ellers på huset.»

Anna beskriver en ulikhet som viser at pasienter og personale her møtes på en felles arena, hvor hensikten er å øke kunnskapsnivået hos begge parter. Felles forståelse utviklet i en dialog vil kunne etablere en annen type team (Goffman, 1992). Med Goffmans teatermetafor i bakhodet, kan det synes som om vi nå ser at ensemblet på scenen ikke kun er satt sammen av profesjonelle aktører. Nå deles rollene mellom aktører med utdanning og aktører med erfaring, samt miljøterapeuter (fokusgruppe 1) med både utdanning og egenerfaring.

Ja, hva skal så kreves av aktørene for å kunne fylle de nye rollene? I fokusgruppe 3 ønskes en ny kultur velkommen, men de reflekterer også over hva som kreves for å fylle rollen som miljøterapeut i det nye stykket som skal spilles. Britt gjør seg tanker om dette:

[...] det er ikke alle personale som [...] du må stå på for å holde kontakten og for å få den relasjonen til pasienten som [...] personalet sin plikt, på en måte. Og det er også litt individuelt mellom oss, på en måte, de forskjellige som jobber her og.

Slik pasientene er individuelle mennesker, er også miljøterapeutene individuelle, og dermed vil rolleinnhaverne både ha ulike forutsetninger for å spille rollen, og de vil ha med seg ulik grad av motivasjon, som jeg viste til i kapittel 6.4. Det er ikke slik at absolutt alle skuespillere klarer å tolke en rolle like godt, og den enkelte vil uansett tilføre rollen sin personlige «touch». Slik kan vi forvente at rollene i stykket medikamentfri behandling også vil fylles. Imidlertid har miljøterapeutene andre krav knyttet til sin profesjonelle rolle enn det pasientene har til sin pasientrolle, og uansett hvordan vi snur og vender på den nye situasjonen i avdelingene, har miljøterapeutene et særlig ansvar knyttet til sin rolleutførelse (Askheim, 2016). Det er nok slik at det bør klargjøres at miljøterapeutene har en definert posisjon som bi-regissører, og det bør også fremheves at det tilligger rollen.

Nye roller for miljøterapeutene og pasientene

Forestillingen «Medikamentfri behandling» har hatt sin premiere ved alle de tre avdelingene som inngår i min studie, og det fremkommer tydelig at ikke alle ensemblene har hatt like mye tid til innøving av de ulike rollene på forhånd. Som Gerd i fokusgruppe 1 uttrykker det når hun forteller om at hun trenger støtte fra en kollega etter en bestemt situasjon som har vært vanskelig: «Jeg gjorde det og det og jeg er usikker på hvordan ble det her.» Denne «forestillingen» er ikke å sammenligne med «Et dukkehjem» av Ibsen, som er velkjent og har et manus med ferdigskrevne replikker, og som fremføres tro mot originalmanuskriptet. Videre forteller Kristine i fokusgruppe 3 om en pasient som ikke maktet å tydeliggjøre egne mål ved innkomsten, men som allikevel fikk behandlingsplass: «Så han visste jo ikke hva han hadde takket ja til. Og så tok vi det på en måte bare derfra.» Her ser vi at både miljøterapeuten og pasienten må utforme rollene uten et ferdigskrevet manus. Medikamentfri behandling som forestilling betraktet vekker assosiasjoner om en tolkning av Ibsens stykke som for mange anses som spennende og nyskapende, mens som for andre kan fremstå som altfor alternativt. En fortolkning av dette kjente Ibsen-stykket, hvor regissøren har lagt opp til et løselig skrevet manuskript, vil kunne kreve stor grad av improvisasjon av aktørene.

I kapittel 4.2 antydte jeg at det ikke har vært åpenbart hvem som står på scenen og hvem som er publikum i tradisjonell behandling, men basert på kunnskap om historien, som jeg redegjorde for i kapittel 2.1, har vi lengst tradisjon for at personalet «setter scenen» og spiller hovedrollen, mens pasientene har måttet bivåne og forholde seg til et allerede ferdigskrevet manus, og måttet ta til takke

med birollen. Når pasienter og personale nå skal spille et stykke sammen, basert på et løselig manuskript og uklare forventninger til hvordan rollene skal tolkes, vil vi etter hvert forhåpentligvis kunne forvente et nytt doxa (Askheim, 2016). Når pasienter og personale deler hovedrollene i stykket som spilles i avdelingen, vil vi kunne snakke om en autentisk autoritet (Freire, 1993), hvor både autoritet og frihet har plass. Imidlertid kan det å innta scenen med nye forventninger til hvordan rollene skal utspilles by på visse utfordringer, som kan komme til uttrykk på ulikt vis.

Frustrasjon og endring knyttet til den nye pasientrollen

Også pasientene kan oppleve frustrasjoner knyttet til de nye rollene, noe Anna i fokusgruppe 1 har erfart. Hun forteller om pasienter som, spesielt da avdelingen var nystartet, kunne gi uttrykk for frustrasjon, spesielt om kvelder og i helger. Det kunne også komme litt sinne: «Jeg kan ikke fikse det her selv, jeg er ikke vant til det». Ellen har hatt lignende opplevelser:

«Dere kan ikke jobben deres», «dere vet ikke hva dere holder på med», «dere har ikke styring på noen ting»

Anna sier at pasientene uttrykte forvirring angående systemet, fordi, som hun sa: «det var en annen kultur og ja, tenkning.» Ifølge Goffman (1992) kan aggresjon være et uttrykk for det han kaller manerer, og er et forsøk på å utvise kontroll over situasjonen. Pasientene etterspør tydelighet, og forestillingen kan falle sammen fordi premissene har endret seg uten at alle aktørene har funnet sin nye plass, og dermed kan uro oppstå (Goffman, 1992). Som vi så i eksemplet med Jens, uttrykte han at miljøterapeutene kan hjelpe pasientene i å utforme sin nye rolle. Det som kommer til uttrykk i fokusgruppe 1, er at miljøterapeutene agerer som bi-regissører på denne scenen, mens de på den annen side gir uttrykk for at de to hovedrollene skal være likestilte. Miljøterapeutene må løsrive seg fra en idealisert rolle (Goffman, 1992), ellers vil hele opptredenen fremstå som misvisende. En forestilling som kan karakteriseres som virksom (Borg & Topor, 2014), og som ønsker å trekke fulle hus i lang tid, må ha aktører på scenen som fremstår som troverdige.

Gerd i fokusgruppe 1 nevner en viktig endring i pasientrollen, og det handler om at pasienter har fortalt at de i den medikamentfrie avdelingen blir «tålt». Ved innleggelse i andre avdelinger har pasienter opplevd å måtte forlate fellesrommet og trekke seg tilbake dersom rolleutførelsen ikke samsvarer med slik man skal oppføre seg – «men her ble hun tålt». Gerd sier at «vi holdt henne ut – og det var en forskjell fra ei annen avdeling». Dette minner om hvordan Nora i Et dukkehjem gjorde for mye av seg, og ble irettesatt av Helmer. Gerds beskrivelse minner også om hvordan pasienter ble møtt under det Foucault kalte «den store innesperringen» (Wifstad, 1997). Pasientene ble ansett for å representere *ufornuften*, fordi *lidenskapen* personen viste omverdenen, ble ansett for å være selvdestruktiv. En person som velger medikamentfri behandling på bakgrunn av diagnosen bipolar lidelse, vil i det som kalles en manisk fase kunne gjøre mye av seg (Aarre, 2012c), og *lidenskapen* har

blitt sett på som *ufornuft*. Mange pasienter har av den grunn opplevd å bli medisinert mot sin vilje (Helsedirektoratet, 2006b), i tillegg til at miljøterapeutene har møtt de med en holdning som Vatne (2006) beskriver som et korrigerende perspektiv. Ut fra det Gerd forteller, ser vi at pasienten her får kontroll over sine uttrykksmidler (Goffman, 1992), anledning til å spille sin rolle autentisk, samt å beholde sin plass på scenen.

Ledelse

Regissøren, altså ledelsen, har et særlig ansvar både for ivaretagelsen av rolleinnhaverne, samt at de følger intensjonene i det nye manuset. Informantene i fokusgruppe 1 og 2 gir uttrykk for at ledelsen ivaretar personalet (Karp, 2014), ved at de har gitt rom for å utforske den nye rollen. Slik støtte og forankring i ledelsen fremkommer ikke hos informantene i fokusgruppe 3. Der reflekteres det over hvordan personer som i årevis har vært presset inn i en pasientrolle vil kunne reagere når de tar inn over seg hva de har vært utsatt for i det som skulle ha vært et psykisk helsevern. Kristine har følgende betraktning:

[...] jeg tror at vi kommer til å bruke mye tid på å bearbeide tidligere innleggelses – og tidligere erfaringer. [...] og paternalist..., altså alt dette overformyndieriet, og alle disse overgrepene som har skjedd i det gode viljes tjeneste. Veldig mye sorg.

Å løsrive seg fra en institusjonalisert rolle (Goffman, 1992) som psykiatrisk pasient, underlagt en regissør og et system som under gitte betingelser kan gjennomføre tiltak basert på tvang, gjøres ikke over natten, og krever stort mot og mange støttespillere (Freire, 1993). Sitatet fra Kristine er en brukbar oppsummering av likheter og ulikheter mellom medikamentfri og mer tradisjonell behandling, samt konsekvenser av disse, når det gjelder roller og kultur. Man kaster ikke uten videre av seg en rolle som er innøvd over lang tid, og det å gi rom for at hovedrolleinnhaverne har mulighet til å gjøre feilskjær underveis (Karp, 2014) vil øke sjansen for at de skal lykkes med det nye stykket.

7.3 Miljøterapi

Når det gjelder miljøterapi finner jeg både likheter og ulikheter. Miljødelen i begrepet handler fortsatt om å etablere og vedlikeholde rammer og struktur (Skårderud & Sommerfeldt, 2013), samt sørge for en rutine i hverdagen. Terapidelen i begrepet ivaretar nå som før det å bidra til utvikling og forandring hos pasientene. Alle fokusgruppene forteller imidlertid om store ulikheter når det gjelder det miljøterapeutiske innholdet etter innføring av medikamentfritt behandlingstilbud, og den største ulikheten består i at det nå – samlet sett ved de tre ulike avdelingene: 1) tilbys betydelig flere aktiviteter enn før, og 2) pasienter involveres mer aktivt enn før.

Fysisk aktivitet

Tilbudet av aktiviteter er blitt noe større, og som nevnt i kapittel 6.3 snakker vi allerede om en anselig mengde aktiviteter, både i grupper og individuelt. De fleste miljøterapeutiske aktivitetene tilbys i grupper, og slik var det tidligere også. Informantene i fokusgruppe 1 forteller at de har en timeplan som tilbyr mange aktiviteter i løpet av uka. Ellen beskriver det slik: «De (pasientene) blir jo rett og slett slitne. At når helga kommer, så er de slitne. Og så vil vi ut på tur!» Pasientene som mottar dette medikamentfrie tilbudet tilbringer helgene i avdelingen, og det er da lagt opp til lange turer i skog og mark, som gjennomføres av miljøterapeutene og pasientene i fellesskap. Fysisk aktivitet for personer med psykoselidelser har vist seg å kunne gi bedre helse, både fysisk og psykisk (Wärdig mfl., 2015). Gjennom et slikt miljøterapeutisk tilbud kan personer med diagnosen schizofreni kunne oppnå noe bedring av oppmerksomhet og sosial kognisjon (Underland mfl., 2018). Ifølge min forskningsgjennomgang, fremheves at fysisk aktivitet ikke nødvendigvis har effekt på fysisk form eller symptomer (Underland mfl., 2018). Innen recovery er imidlertid ikke nedgang i symptomer et sentralt mål (Borg mfl., 2013). Noe bedring av oppmerksomhet og sosial kognisjon kan dermed være god grunn nok for å legge vekt på fysisk aktivitet. For personer med diagnosen schizofreni kan både oppmerksomhet og svikt i relasjoner inntreffe (Møller, 2018), og slik sett vil dette miljøterapeutiske tiltaket kunne bidra positivt.

Det økte fokuset på fysisk aktivitet, særlig ved avdeling 1, medfører at miljøterapeutene må være mer årvåkne overfor pasientene. Dette begrunnes med at det skjer ting med kroppen når medisinene ikke i samme grad som før kan dempe tanker og følelser, og Ellen i fokusgruppe 1 beskriver at pasientene nå får bedre kontakt med kroppen – på godt og ondt. Hun beskriver fysisk aktivitet slik:

Dette med fysisk aktivitet og få sirkulert litt – og få ut – fysisk aktivitet stimulerer jo hormonproduksjonen i kroppen som gjør at man får mer [...] og det er mye som skjer i kroppen ved fysisk aktivitet [...] de må liksom lære seg å bli kjent med seg selv på nytt, og da er det viktig med god støtte og hjelp til å forstå seg selv.

Fysisk aktivitet brukes altså aktivt i avdeling 1 i den hensikt å dempe uro, få kontakt med følelser, samt være engasjert i noe annet når medikamentene ikke skal være førstevalget for å dempe pasientens tanker og følelser. Hensikten er å tillate tanker og følelser å komme frem i lyset, og miljøterapeutenes ansvar blir å kunne støtte pasientene når dette skjer. Dette er i tråd med terapidelen i begrepet (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Sosial trening

Som tidligere nevnt tilbys en rekke ulike aktiviteter i avdelingene som tilbyr medikamentfri behandling. Aktivitetene i miljøet bidrar til at pasienter får sosial trening, og det skapes en arena slik at

de kan tørre å snakke med andre. Gerd i fokusgruppe 1 sier at noen av de som kommer til avdelingen har vært isolert i lang tid, og da fungerer miljøet som et sted hvor det kan være trygt å åpne litt opp. Sosial støtte er også ett av temaene i IMR-gruppen. Det kan virke som om måten dette med sosial støtte og trening i hvordan få dette til, er viktig både i fokusgruppe 1 og 2. Forskjellen ligger i hvordan de ulike avdelingene utformer behandlingsopplegget med hensyn til sosial trening. I fokusgruppe 2 får pasientene hjemmelekser, og øvingen skal foregå ut mot livet som pasienten lever utenfor institusjonen. I fokusgruppe 1 øver pasientene på det sosiale mens de er innlagt i institusjonen. Ett eksempel på dette er at de har et åpent kjøkken, som pasientene oppfordres til å bruke aktivt. Slik var det ikke tidligere. Jens sier at:

I helgene er det jo ofte at det er pasientene som lager middagen, [...] lørdag spesielt – og det er jo et måltid som vi spiser i lag. Så det er lagt opp til det.

Informantene fremhever at de skal tilbringe tiden sammen med pasientene, og ikke som før, tilbringe ledig tid enten på kjøkkenet eller på vaktrommet. Her utnyttes dermed muligheter for relasjonsbehandling (Skårderud & Sommerfeldt, 2013) som det psykososiale miljøet gir rom for. Pasientene får samtidig mer rom for å gjøre aktiviteter sammen med andre pasienter, uten at miljøterapeutene blander seg inn. Parallelt med dette uttrykker miljøterapeutene at de ønsker å tilbringe mer tid sammen med pasientene. At miljøterapeutene legger vekt på å være mer til stede i miljøet beskrives som en forskjell fra tidligere, og representerer utvilsomt en endring av en struktur som har vært preget av «oss» og «dem» (Wifstad, 1997). En kan undres over hvorfor ikke måltidene lages i fellesskap – både miljøterapeuter og pasienter sammen. Å starte en reise mot et medikamentfritt liv innebærer store utfordringer for pasientene. Flere kan ha vansker med relasjonsetablering eller det å forholde seg til nye mennesker i det hele tatt i perioder. Miljøterapeutenes tilstedeværelse under den sosiale treningen kunne bidra til at pasientene opplever større trygghet og mestringsfølelse.

Ansvarliggjøring og støtte

Eksemplene fra fokusgruppe 1 og 2 med hensyn til sosial trening og samvær i avdelingen, viser at det legges stor vekt på å ivareta pasientenes brukermidvirkning, samt ansvarliggjøring av den enkelte. Miljøterapeutene deltar sammen med pasientene, men det gis også uttrykk for at pasientene nå må «gjøre jobben sjøl», som Petter i fokusgruppe 2 uttrykker det. Gerd i fokusgruppe 1 har uttalt at «pasientene må være forberedt på å jobbe med seg selv.» Alt dette er i tråd med hva som skal til for å bli «self-empowered» (Adams, 2008, referert i Askheim, 2016). Recoverytenkningen (Breitborde mfl., 2012) som preger tilbudene fokusgruppe 1 og 2 forteller om, understøtter også en slik tilnærming (Slade, 2013) til pasientene. Imidlertid gjør historikken jeg beskrev i kapittel 2.1 sitt til at en viss reservasjon i forhold til begeistringnivå melder seg. Psykiatrien har en historie som det er god grunn å

ha i minne når nye tilbud etableres. Medikamentfrie behandlingstilbud er et forsøk på å frigjøre seg fra en paternalistisk tankegang (Wifstad, 1997), og vi ser at de fleste medikamentfrie behandlingstilbudene befinner seg tilknyttet distriktspsykiatriske sentra over hele landet (Bjørngen mfl., 2018). Intensjonen er god, og tilbudene er lagt opp slik at miljøterapeutene i større grad er en støttespiller heller enn en vokter, og et anerkjennende perspektiv holdes høyt (Vatne, 2006). Likevel kan en få assosiasjoner til en viss form for paternalisme i alt dette nye, og for å forklare dette vil jeg trekke linjer til en familie. Oppdragelse uten autoritet er ifølge Foucault ikke mulig (Engelstad, 2005), men sentralt her blir å ikke havne i en situasjon hvor man går fra den ene ytterligheten til den andre. For å bruke bildet av en familie, kan en smidig overgang til «voksenverdenen» være bra. Det er ganske heftig å bli kastet ut av det kjente, om ikke alltid så trygge, over natten. Den nye friheten som beskrives av fokusgruppe 1 og 2 kan i verste fall oppfattes som en straff, i særlig grad for de pasientene som ikke makter å etablere tilstrekkelig mestringskompetanse den tiden tilbudet varer. Fra en konsumorientert empowermenttilnærming kan enkelte premisser i medikamentfri behandling betraktes som et brukerperspektiv uten «kjøpekraft» (Volden, 2011)

Endret kontaktmønster mellom miljøterapeutene og pasientene

Som eksemplet ovenfor viser, har innføring av medikamentfri behandling medført et endret kontaktmønster mellom miljøterapeutene og pasientene. Miljøterapi handler blant annet om å iverksette aktiviteter (Vatne, 2006), samt å utnytte muligheten som ligger i relasjonen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Slik det fremgår i fortellingene til informantene i fokusgruppe 1 og 2, har deres avdelinger hatt en økning i antall aktiviteter og et økt fokus på gruppeaktiviteter etter innføring av medikamentfritt behandlingstilbud. Informantene i fokusgruppe 2 innrømmer at de kan savne pasientkontakten de hadde før, og sier de er ikke så tette på pasientene nå. Borghild sier:

Det er mye gruppebehandling, vet du, [...] det blir mindre individuelle samtaler mellom pasient og miljøpersonale, og det kan pasientene savne, og det kan miljøpersonalet savne. [...] det er så mye gruppetilbud at vi nesten ikke rekker det i løpet av dagen.

De øvrige informantene i fokusgruppe 2 støtter det Borghild sier, og på spørsmål fra moderator om hva det er personalet savner, sier Borghild: «De savner å snakke med pasientene». Hun utdyper at det er den individuelle samtalen miljøterapeutene hadde med pasientene tidligere, hvor de for eksempel: «kunne sjekke ut litt «hvordan har du det, hvordan går det med deg», og, ja, merkelig, altså». Fokusgruppe 2 opplever at de var tettere på før, og at miljøterapeutene nå er viktige for pasientene på en annen måte. Miljøterapeutene savner altså den nære kontakten med pasientene. Ifølge fokusgruppe 2 forteller pasienter om det samme savnet, og kan oppleve å ikke alltid bli sett i løpet av dagen, enda de både har deltatt i morgenmøtet og to grupper. Moderator spurte om dette kunne sammenlignes med å «flytte hjemmefra», og informantene sa seg enige i at det var slik de opplevde det. Miljøterapeutene

sa at det handlet om løsrivelse, og at dette opplevdes tøft både for dem og for pasientene. De uttrykte videre at heldigvis møtte de pasientene under noe roligere forhold på kveldsvaktene, og da var det større rom for å ha den nære kontakten. Her ser vi at både miljøterapeutene og pasientene kjenner et savn etter noe som var en del av tilbudet før innføring av medikamentfri behandling.

Målsettingen for pasienter som søker seg til medikamentfrie behandlingstilbud er å trappe ned eller bli medikamentfri, og for å klare dette, trenger de at visse forutsetninger legges til grunn i avdelingen, slik Fellesaksjonen utformet de. «Noen å snakke med», var ett av ønskene (Fleiner, 2013). Fokusgruppe 2 viser med sitt eksempel at både pasienter og miljøterapeuter kan savne samtalene, fordi behandlingstilbudet nå i hovedsak består av gruppetilbud. Ifølge Vatne (2006) utvikles et terapeutisk miljø i spennet mellom fokus på et stabilt og forutsigbart system og relasjonelle tilnæringsformer. Fellesskapet er viktig, og her inngår både miljøterapeuten og pasientene. I tillegg er relasjonen mellom miljøterapeuten og pasienten sentral i miljøterapien, ifølge Vatne (2006). Både fokusgruppe 2 og fokusgruppe 3 setter søkelyset på viktigheten av relasjonen mellom miljøterapeut og pasient.

Organisering av tilbudet og pasientsammensetning

Avdelingen som har implementert noen plasser i allerede eksisterende avdeling hadde i utgangspunktet en ganske heterogen pasientsammensetning, og grunnstammen i tilbudet til pasientene var mange ulike gruppetilbud. Fokusgruppe 3 uttrykker bekymring over at målgruppen for medikamentfri behandling kan oppleve deres avdeling som for stor og overveldende, i tillegg til at deltakelse i ulike gruppetilbud blir for krevende. Det fremkommer en viss bekymring for at hele gruppetilbudet kan bryte sammen grunnet den heterogene pasientgruppen. Kristine forteller om pasienter som har vært psykosene, hvor det miljøterapeutiske tilbudet har medført mer stimuli enn pasienter i en slik tilstand kan tåle, og at de da ikke har hatt annet å tilby enn relasjonen med miljøterapeuten. Kristine formidler sin bekymring slik:

[...] jeg tenker at vi er ikke en avdeling som er godt egnet til pasienter i [...] med blomstrende psykoser [...] Så vi er, i utgangspunktet så er det sånn, men hvorfor legger man medikamentfri ..., hvis vi skal prioritere den gruppen, og så på medikamentfri behandling, og så på en sengepost med rundt 20 plasser.

Informantene beskriver altså at på grunn av pasientsammensetningen kan avdelingen fremstå som uoversiktlig og uforutsigbar, og med for mye expressed emotion (Aarre mfl., 2009). Kristine henviser til begrepet expressed emotion, som betyr at mange følelser kommer til uttrykk både verbalt og non-verbalt, og disse følelsene er ikke nødvendigvis knyttet til den aktuelle situasjonen. Når pasienter med psykoselidelser entrer scenen i en avdeling hvor følelsesklimaet er preget av mye inkongruent kommunikasjon og heftige følelser, kan dette oppleves som skremmende. Som vi ble introdusert for i kapittel 2.4.2 kan en person som blir diagnostisert med en psykoselidelse være svært redd (Møller, 2018), og dersom vedkommende opplever det vi kaller for hallusinasjoner eller vrangforestillinger –

som for vedkommende er en måte å gjøre verden begripelig og meningsfull på – vil ikke et slikt miljø være terapeutisk. Pernille i fokusgruppe 3 sier videre at pasientene i avdelingen «må forholde seg til altfor mange». Britt sier at det har gått bra fordi de har klart å skjerme pasienter fra for mange inntrykk, og at deltakelse i ulike gruppetilbud kan la seg gjennomføre ved individuelt tilpassede behandlingsopplegg. Personer med diagnoser i målgruppen for medikamentfri behandling vil måtte hanskes med seg selv og det som vi kaller for symptomer (Cullberg, 2005), noe som i seg selv er krevende. Dersom personene tidligere har vært vant til å dempe disse symptomene med medikamenter av ulikt slag, vil et miljø preget av en overopphetet emosjonell atmosfære ikke være gunstig. Informantene gir også uttrykk for at pasientene får begrenset mulighet til å nyttiggjøre seg av gruppetilbudene, all den tid det blir for mange og sterke inntrykk, og mange pasienter til stede.

7.4 Medikamentbruk

Et sentralt funn er at til tross for at det omtales som et medikamentfritt tilbud, tilbys ifølge fokusgruppene fortsatt medikamentell behandling. Forskjellen er at nå har pasienter mulighet for å ha en nedtrappingsplan på medikamentbruk, eller slutte helt med medikamenter. To av fokusgruppene viser til at pasienter har startet på nedtrappingsplan før de kommer til avdelingen, mens enkelte er medisinfrie ved innkomst.

Endret medikamentbruk

Helt sentralt i etablering av medikamentfrie behandlingstilbud er fokuset på at pasienter skal kunne velge mellom å bruke medikamenter eller ikke (Fleiner, 2013; Helsedirektoratet, 2018d). Som påpekt i kapittel 2 og 3 har mange opplevd tvang i forbindelse med behandling i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2006b), samt uheldige bivirkninger knyttet til medikamentell behandling (Moncrieff & Leo, 2010). Disse erfaringene har også noen av personene som søker seg til medikamentfri behandling, ifølge alle fokusgruppene.

Informantene i fokusgruppe 3 forteller at pasienter har gitt tilbakemelding om at når de nå slutter med medikamenter, oppleves det som om de i årevis har vært kjemisk lobotomert. I tillegg har noen pasienter fortalt at de har fortsatt å ta medisiner fordi sykepleiere og leger har sagt at dersom de slutter, står de i fare for nye psykoseepisoder. Muligheten for medikamentell behandling er fortsatt til stede for de som ønsker det, men hensynet til pasientens autonomi og egne ønsker veier nå tyngre enn før. I debatten i forkant av innføring av medikamentfrie behandlingstilbud, ble nettopp dette med pasientenes autonomi fremhevet som sentralt (Slagstad, 2017). En autonomistøttende tilnærming (Ryan & Deci, 2013) vil kunne øke pasientenes motivasjon til å slutte med medikamenter.

Tidsperspektivet på hvor lang tid den enkelte pasient må bruke på nedtrapping av medikamenter kan variere. Anna i fokusgruppe 1 sier at dersom en person har brukt medikamenter over lang tid, må de

beregne lang tid på nedtrapping. Ifølge forskningsgjennomgangen finnes få eksempler på hvordan dosereduksjon kan gjennomføres (Steingard, 2017), samt at mange har stått på for store doser over lang tid. Enkelte pasienter kan oppleve nedtrapping som mer krevende enn de hadde forutsatt. Jens i fokusgruppe 1 sier at for mange er det slik: «Jess – nytt tilbud, nå skal jeg på en måte bli medisinfri, og aller helst i går». Mange prosesser settes i gang, og noen kan oppleve forverring, og derfor har avdelingen et langsiktig perspektiv på nedtrapping av medikamenter. Medikamentene har fungert som et lokk på noe, som Ellen påpeker: «Når vi da tar bort medisinene så kommer følelsene og stemmene tilbake». Medikamentene har bidratt til å regulere følelsene, og nå må pasientene finne andre måter å regulere seg selv på. Forskningsgjennomgangen viser at psykososiale intervensjoner kan bidra til bedring av negative symptomer for personer med en schizofrenidiagnose (Jung & Newton, 2009), men ofte i kombinasjon med medikamenter.

Informantene i fokusgruppe 1 fremhever at selv om målet er medisinfrihet for pasientene, er de ikke imot bruk av medikamenter. De har pasienter i avdelingen som er nysyke og som har valgt å bruke medikamenter en periode som en krykke for å få dempet følelsene og oppleve en stabilisering, og slik klare de aktivitetene som pasienten ønsker å delta i. Personer med førstegangpsykose kan komme seg uten bruk av antipsykotika (McGorry mfl., 2018) dersom intensiv psykososial intervensjon tilbys i stedet. Imidlertid kan kortvarig bruk av antipsykotika være nødvendig for noen, slik fokusgruppe 1 gir eksempel på, noe som understøttes av forskning (Leucht mfl., 2012) og øvrig litteratur (Dahl mfl., 1994). Annen forskning har vist at en kombinasjon av CBT¹² og antipsykotika gir signifikant best effekt ved førstegangpsykose (Morrison mfl., 2018), og vi ser at en kombinasjon av medikamenter og psykososiale metoder også brukes ved avdelingene som inngår i min studie.

Alternativ til medikamenter

Mennesker som søker seg til medikamentfri behandling får, som vist i kapittel 6, tilbud om en rekke psykososiale behandlingsmetoder. De fleste av disse metodene har vært tilbudt tidligere, men ifølge fokusgruppene brukes de nå mer aktivt og i den hensikt å bidra til at pasienter klarer å stå i nedtrapping av medikamenter. Fokusgruppe 1 og 2 forteller at pasientene bruker mindre B-preparater.¹³ Anna i fokusgruppe 1 sier at pasientene sjelden spør etter B-preparater: «Kanskje litt for å sove når man er litt høy en periode».

Anna beskriver videre hvordan enkelte pasienter bruker yoga og fysioterapi for å finne roen som et alternativ til medikamenter. Miljøterapeutene i fokusgruppe 2 henviser til pasientenes egne

¹² CBT=Cognitive Behavioral Therapy, som innebærer en psykoterapeutisk terapi med fokus på endring av negative tankemønstre, her-og-nå-fokus, og løsningsorientert (Psychology, 2018)

¹³ B-preparater – Benzodiazepiner – Dempe angst og uro, samt sovemedisin. For eksempel Sobril, Valium, Vival. Vanedannende, og det er et overforbruk av denne typen medikamenter (Øye, 2009)

tilfriskningsmål dersom pasienter opplever en vanskelig situasjon i avdelingen og ønsker medikasjon. Samtidig påpekes det at det heller ikke tidligere nødvendigvis var førstevalget å tilby B-preparater.

Når uro oppstår i forbindelse med nedtrapping eller avslutning av medikamentell behandling, forteller fokusgruppe 1 om utstrakt bruk av fysisk aktivitet som alternativ. Jens i fokusgruppe 1 forteller at deres avdeling nok tåler mer symptomtrykk, og i henhold til recoveryfilosofien er det helt greit. Han sier videre at hvis en pasient beskriver sterk uro, er de mer oppfinnsomme enn tidligere, hvor det kanskje var lettere å foreslå eventueltmedisin, altså B-preparater. Andre løsninger forsøkes, som for eksempel:

Gå ned i gymsalen. Gå tur. Det kan tilsvare 10 mg Vival for enkelte. Så vi tar ikke den kjappeste løsningen – alltid. Vi er kreative.

Kreative hjelpere som yter det lille ekstra, kan bidra til en annen profesjonalitet enn før (Moen & Larsen, 2013), noe Jens viser her.

I recoverygruppen kan tema være å forstå stemmer, som i det diagnostiske språket betegnes som hallusinasjoner (Løberg mfl., 2012). Ellen i fokusgruppe 1 beskriver at når pasienter har stemmehøring, forsøker de i fellesskap å utforske hva denne stemmen kan bety for vedkommende. De andre informantene forteller at de bistår pasienter med å utforske hva stemmene kan bety, forsøke å forstå, samt finne en mening med stemmene. Tidligere ville dette blitt medisinerert, mens nå bistår de pasienten i å mestre stemmene ved å ufarliggjøre de. Å leve med sine stemmer uten å nødvendigvis måtte fjerne de, er i tråd med recovery som en personlig prosess (Borg mfl., 2013), noe som kan bidra til større kontroll over eget liv.

7.5 Oppsummering

Oppsummert når det gjelder likheter og ulikheter mellom medikamentfri og tradisjonell behandling og miljøterapi som metode, ser vi at de fleste gruppetilbudene også ble tilbudt tidligere, men at det nå legges større vekt på å bruke mulighetene som ligger i miljøet, i tråd med prinsipper for miljøterapi (Skårderud & Sommerfeldt, 2013; Vatne, 2006). Det fremkommer også at det er nødvendig med individuelle tilpasninger, fordi det å delta i gruppetilbud i perioder kan bli for overveldende. Enkelte opplever en endring i kontaktmønsteret som en følge av det økte fokuset på gruppetilbud og ansvarliggjøring av den enkelte pasient. Økt fokus på gruppebehandling og ansvarliggjøring av den enkelte pasient gir grunn til økt bevissthet hos miljøterapeutene. Her kan en undres på om pendelen kan svinge for mye i en retning, slik at vi kan risikere at de miljøterapeutiske tiltakene kan få en form og forventning til pasientene som minner om «moral treatment» (Ludvigsen, 2010). Tanken bak moral treatment var at behandlingen skulle resosialisere pasientene. Hensikten var videre å bidra til at pasientene kunne gjenopprette kontroll over eget liv ved at personalet behandlet dem med respekt og verdighet (Vatne, 2006), og fravær av tvang var en intensjon. Fysisk aktivitet og praktiske aktiviteter

vektlegges, som det gjorde i denne aktuelle perioden i psykiatriens historie. Intensjonene den gang handlet om å fri pasientene fra lenkene, og det samme kan sies å være intensjonen i dag, all den tid pasienter ønsker å bli fridd fra «medikamentbrukens lenker». Medikamenter brukes fortsatt i avdelinger som tilbyr medikamentfri behandling. Forskjellen fra tradisjonell behandling er at nå er målet for de fleste medisinfrihet, og de bruker i mindre grad enn før B-preparater for å dempe uro. I stedet legges det vekt på mer aktiv bruk av psykososiale intervensjoner. Det kan se ut som om dette nye tilbudet har potensiale til å frigjøre pasientene fra lenkene – som medikamentell behandling som førstevalg kan oppleves av for mange – men at det er grunn til vaktsonhet i forhold til hvordan miljøterapeutiske tiltak utformes, og hvilke forventninger som signaliseres til pasientene.

Når Britt sier at de iblant må skjerme pasienter på grunn av at det emosjonelle klimaet i avdelingen blir for vanskelig å håndtere, vekker det assosiasjoner til da skjermingsbegrepet kom på banen (Vatne, 2006). Miljøbetingelsene i avdelingen som fokusgruppe 3 forteller om, er av en sånn karakter at den enkelte pasient må bære konsekvensene, i form av mangel på deltakelse i gruppetilbud, samt skjerming – selv om altså denne formen for skjerming ikke innebærer å bli satt i isolat (J. B. Bøe, 1994). Slik avdeling 3 fremstår, kan det se ut til å være et gap (Owren, 2011) mellom de krav som stilles for å kunne nyttiggjøre seg det behandlingstilbudet som eksisterer, og de individuelle forutsetningene til pasienter i medikamentfri behandling.

8 Fordeler og / eller utfordringer ved medikamentfri behandling

I dette kapitlet vil tredje forskningsspørsmål søkes belyst: *Hvilke fordeler og/eller utfordringer opplever miljøterapeuter knyttet til medikamentfri behandling i psykisk helsevern?*

8.1 Ressurser

Som det fremkommer i min studie har etablering av medikamentfrie behandlingstilbud åpnet for større grad av brukermedvirkning og valgfrihet for personer som søker hjelp for alvorlige psykiske lidelser. Imidlertid er det ikke slik at pasienter vil møte det samme tilbudet overalt, og mine informanter forteller om både fordeler og utfordringer knyttet til at de ulike avdelingen har ulike ressurser til rådighet.

Avdeling 1 og 2 som tilbyr medikamentfri behandling i henhold til ønskene fra Fellesaksjonen (Fleiner, 2013) har fokus på recovery i gruppetilbudet, og særlig forteller fokusgruppe 1 om mange ressurser. Jens påpeker at pasienter har gitt tilbakemelding om at dette er ei avdeling som har veldig god tid:

Vi har ressurser [...] godt bemannet [...] kan ta de her samtalene med en gang de oppstår. Så vi er veldig privilegerte sånn sett. Vi har noen muligheter som ikke alle har [...] Vi tar oss tid.

Godt psykisk helsearbeid innebærer å gi pasienten håp og tro på bedring (Tangvald-Pedersen & Bongaardt, 2011), og tid anses som en viktig faktor i dette arbeidet. Ved avdeling 3 omtales også dette med å ha god tid som en viktig faktor, men deres problem er at denne tidsbruken er det ikke tatt høyde for. Britt uttrykker det slik:

[...] jeg synes personalgruppa må ha rom for å ta seg av disse pasientene, for jeg tror du må nå dem når de er her [...] han som var her – vi måtte være til stede når han var her.

De «vanlige» pasientene i avdelingen får lite tid sammen med miljøpersonalet dersom avdelingen har pasienter innlagt for medikamentfri behandling. Et støttende miljø med fokus på relasjoner kan øke en persons motivasjon (Ryan & Deci, 2008), og anses som sentralt når det gjelder selvbestemmelse. Her ser vi eksempel på at organiseringen av tilbudet innvirker på muligheten til å vedlikeholde et slikt miljø.

Kristine i fokusgruppe 3 har følgende betraktning omkring dette med ressurser:

Og vi vet jo så mye om hva som kan være virksom behandling [...] men vi må jo, altså, jeg vil være med på det paradigmeskiftet i forhold til holdninger. Jeg er ikke i tvil om at man kan gi god behandling både

uten medikamenter og uten tvang. Men samtidig så må vi jo få de [...] da må jo noen gi psykisk helsevern de nødvendige ressurser. Dette, det er mitt innspill til helseministeren.

Hans i fokusgruppe 3 beskriver hvordan miljøterapeutene i større grad er blitt «tvunget» til å tenke annerledes etter innføring av medikamentfritt tilbud, og dette er etter hans mening bra fordi:

Eller hvis du tenker sånn at man er veldig mye mer tvunget til å tilrettelegge individuelt i disse tilfellene, så er det vel det vi ønsker å bli bedre på, også i forhold til de andre. [...] vi kan bli enda bedre på å tilrettelegge individuelt for alle pasientene.

Hans beskriver her medikamentfri behandling som en mulighet til å gjøre endringer i avdelingen, som vil komme alle typer pasienter til gode, og som også vil endre måten miljøterapeutene jobber på. Virksomme relasjoner innebærer å lytte til pasientenes fortellinger, samt finne deres mestringstrategier (Borg & Topor, 2014; Sæterstrand, 2009). Dette ønsker Hans at avdelingen kan bli bedre på – i forhold til alle typer pasienter.

Freire snakker om å tro på at verden er foranderlig, og at en selv kan påvirke forandringen (Freire, 1993). At pasienter møter miljøterapeuter som vil gå opp den nye veien sammen med dem, kan bidra til at pasientenes tro på forandring styrkes. Myndighetenes føringer for etablering av medikamentfri behandling er løst ulikt av de ulike helseforetakene og tilknyttede avdelinger (Bjørngen mfl., 2018). Dette skaper utfordringer for miljøterapeutene ved enkelte avdelinger. Hans viser at selv om ressursene ved hans avdeling er ganske annerledes enn ved avdeling 1, er motivasjonen for å etablere en ny tenkning større enn frustrasjonen over manglende tilrettelegging.

8.2 Nettverksarbeid og samarbeid med øvrig helsetjeneste

Som tidligere beskrevet er pasientenes opphold i de tre avdelingene av ulik varighet, og kan innebære permisjoner, samt korte reiser hjem for å prøve ut nedtrapping i sitt hverdagsliv. Fokusgruppene forteller om ulik vektlegging av nettverksarbeid. I avdeling 1 tilhører det å jobbe nettverksorientert behandlingsopplegget, og miljøterapeutene bidrar aktivt i etablering av kontakt med de personene pasienten selv ønsker å inkludere. Dette er i tråd med anbefalinger i nasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2013a), og kan bidra til at pasienten kan vedlikeholde sine relasjoner (Fyrand, 2016). De to andre fokusgruppene ønsker å ha mer fokus på nettverksarbeid, men har ikke i samme grad implementert aktivt arbeid for å inkludere nettverket. Åpne samtaler (Seikkula, 2000) nevnes av fokusgruppe 2, hvor de har lagt vekt på å inkludere både familie og nettverk, dersom pasienten ønsker det selv. I fokusgruppe 3 beskrives ingen systematisk jobbing med pasientens nettverk, og det fremkommer at de tidligere hadde mer fokus på dette.

Utfordringer knyttet til nettverksarbeid beskrives av alle fokusgruppene som i hovedsak å handle om at pasienten bestemmer, og det er ikke alltid ønskelig å inkludere nettverket da enkelte pasienter

beskriver «slitne relasjoner» til sine nærmeste. Støtte fra nettverket øker muligheten for at en medikamentfri tilværelse skal lykkes for pasienten, og i fokusgruppe 1 nevnes dette spesielt. De fokuserer også på ivaretagelse av pasientens nærmeste nettverk, all den tid også de pårørende blir påvirket når nedtrapping av medikamenter pågår.

Samarbeid med øvrig helsetjeneste vektlegges særlig av fokusgruppe 1, og som tidligere nevnt stilles lokal behandler som betingelse for å få behandlingsplass. I fokusgruppe 3 reflekteres det over at systemet er så oppdelt, og hvordan de kan få utnyttet mulighetene som ligger andre steder i systemet. Mye av arbeidet knyttet til medikamentfri behandling må foregå ute, der pasienten lever sitt liv, men ifølge Hans er avdeling 3:

Kjempedårlig på ansvarsgrupper, møter og sånne ting. Altså, og det er jo ikke nødvendigvis vårt ansvar, det er jo andre som er koordinator for ansvarsgruppe, men der er det jo en del muligheter som vi går glipp av i forhold til samordning.

Sammenheng i de ulike tjenestene, samt samarbeid med aktører pasienten kommer i kontakt med utenfor avdelingen, nevnes av alle fokusgruppene som et arbeid som med fordel kan vies større oppmerksomhet. At alle fokusgrupper opplever at samarbeidet mellom ulike instanser fungerer for dårlig, viser at gode intensjoner fra det offentlige ikke alltid blir realisert. Kvalitetsforbedring av helsetjenester (Helsedirektoratet, 2005) antyder at «bedre skal det bli», og pasienter skulle møte tjenester som i større grad var samordnede og koordinerte. I så måte er det ikke kun avdelingene som tilbyr medikamentfri behandling som har en vei å gå før pasienten kan oppleve et helhetlig tilbud.

8.3 Ansvar og makt

Medikamentfri behandling medfører at pasienten får et større ansvar forbundet med behandlingen. Det å ha kontroll over eget liv, rettigheter og valgmuligheter er sentrale faktorer i recoverytenkningen (Karlsson & Borg, 2017), som står sentralt de fleste stedene som tilbyr medikamentfri behandling.

Borghild i fokusgruppe 2 uttrykker seg slik om en forskjell mellom tradisjonell behandling og medikamentfri behandling:

Pasientene på medisinfritt tilbud [...] de får enda mer ansvar selv, for egen helse. Pasienten har fått mer, tydeligere ansvar for egen helse og for behandlingen sin.

Ansvar for egen helse kan ses i sammenheng med det økte fokuset på brukermedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016a). Samtidig kan dette økte ansvaret ses i sammenheng med empowerment som «konsumorientert tilnærming» (Askheim, 2016), hvor pasienten anses å være uavhengig, kompetent og rasjonell. Personer med alvorlige psykiske lidelser kan, utfra en diagnostisk symptomforklaring, i perioder bli forstått som irrasjonelle og inkompetente, i og med at beslutninger

omkring deres helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998a) kan føre til behandling under tvang. Pasienter har nå mulighet til å nekte behandling (Lovdata, 2017), men kun dersom de har samtykkekompetanse. For pasienter med erfaring fra et system som kan overstyre deres egen virkelighetsforståelse og ønsker for egen helse og behandling, kan overgangen til økt personlig ansvar by på visse utfordringer.

Utfordringer i etablering av en ny type dialog

Ifølge fokusgruppe 1 oppleves det å ta ansvar som nytt og uvant for pasientene. I fokusgruppe 3 problematiserer Kristine pasientenes økte ansvar slik:

[...] hvis man på en måte er så skjør, så kan man ikke forvente at du skal ta så mye aktivt ansvar for egen behandling som vi er vant til å forvente av våre [...] tradisjonelle pasienter, da.

Kristines skepsis henger sammen med det at det å se forbi symptomene (G. Lorem, 2014), innebærer en ny tenkning og tilnærming. Det foreligger forskning som ønsker å avkrefte myter omkring hvor vanskelig det kan være å implementere shared decision making – eller samvalg (Légaré & Thompson-Leduc, 2014). Om jeg bringer inn Freire her, vil det å ta slike samvalg kunne forstås slik at både miljøterapeuten og pasienten må vise ydmykhet overfor hverandres ståsted (1993), og at gjensidig tillit og dialog kan etableres ved å tro på den andres gode hensikter. Allikevel vil miljøterapeuten måtte ta et spesielt ansvar i denne dialogen, blant annet på bakgrunn av at de har et lovfestet ansvar for å yte forsvarlige tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001). Det kan videre herske en viss risiko for at pasienten har med seg erfaringer fra psykisk helsevern, erfaringer som har bidratt til å etablere en viss skepsis overfor helsepersonellens gode intensjoner.

Mobilisering av egne ressurser kan bidra til økt mestringsevne, og mot til å håndtere utfordringer. Freire anså bevisstgjøring som sentralt forut for å kunne gjøre endringer i livet (1993). Slik Borghild beskriver den situasjonen pasienter som søker seg til medikamentfritt behandlingstilbud møter, kan det være at bevisstgjøringen om hva dette nye ansvaret vil innebære, for noen kan komme som en overraskelse. Ellen i fokusgruppe 1 formidler dette slik:

De pasientene som har vært innlagt andre plasser syns det er rart å komme hit og få så mye ansvar [...] og skal ha så mange egne meninger om hvordan behandlingen deres skal være. De skal være med og bestemme fra uke til uke – «hva vil du ha fokus på denne uka».

Disse sitatene fra informantene i de tre fokusgruppene uttrykker på ulikt vis ulikheter mellom før og nå. At pasientene i større grad får et selvstendig ansvar for å uttrykke sine behov og ønsker samsvarer både med recoverytankegangen (Karlsson & Borg, 2017), samt viktige prinsipper for bruker-medvirkning (T. D. Bøe & Thomassen, 2007). Imidlertid kommer en viss bekymring til syne i fokusgruppe 3, noe som kan handle om at miljøterapeutene må inn i andre typer dialoger enn de er

vant til fra før, og at tenkningen omkring pasientenes evne til å ta selvstendige beslutninger må gjennomgå en prosess. I tillegg innebærer dette nye ansvaret at også pasientene må gjennom en prosess, dersom de ønsker å få større kraft og makt i eget liv.

Miljøterapeutene gir videre uttrykk for at det å få ansvar for å uttrykke egne ønsker ikke alltid oppleves som problemfritt for pasientene. I fokusgruppe 1 forteller informantene om at pasienter som kommer til avdelingen ifølge Ellen kan si noe sånt som: «jeg vil at dere skal fikse det» - «dere må komme med løsninger» - «fiks meg». Ellen sier videre:

Så får de ansvaret selv, og så må de begynne å tenke gjennom «hva er det som hjelper meg» - og alle mennesker er forskjellig, det som hjelper for meg hjelper ikke for andre.

Borghild i fokusgruppe 2 beretter om samme erfaring, og sier at: «pasienten har sånn ansvarsfraskrivelse, at de mer «fiks meg!»» Hun sier også at det fullt forståelig at pasientene iblant får lyst til at andre ordner opp. Gjensidig tillit fordrer kritisk tenkning (Freire, 1993), samt tro og håp om at en selv kan påvirke forandringen som kreves for at verden skal bli bedre. Personer med erfaring fra psykisk helsevern kan ha erfart å bli utsatt for mikro-makt (Askheim, 2016). I møtet med miljøterapeutene, ansikt til ansikt, kan frustrasjonen være et uttrykk for at det nå formidles et ønske om å frembringe spesielle egenskaper og ressurser i den enkelte pasient – egenskaper og ressurser som ikke i samme grad var etterspurt tidligere.

I denne endringsprosessen som både miljøterapeutene og pasientene må gjennom, ser vi elementer av både en individorientert og en terapeutisk tilnærming, sett i lys av begrepet empowerment (Askheim, 2016). Økt brukermedvirkning medfører at pasienten må ta et større selvstendig ansvar.

Miljøterapeutene kan her, som nevnt tidligere, støtte pasientene gjennom å praktisere shared decision making og dialog (G. F. Lorem, Steffensen, Frafjord & Wang, 2014).

Annen type ansvar og utfordringer

Innen psykisk helsevern har det ikke vært tradisjon for at pasienten har deltatt aktivt i møter hvor behandling skal planlegges. Fokusgruppe 1 tydeliggjør at her har det skjedd en endring. De omtaler behandlingsmøtene som teammøter, hvor tema for møtene ikke er planlagt, og svaret ikke gitt på forhånd. Pasientene får nå, i motsetning til tidligere, ansvaret for innholdet i behandlingsmøter. Som Gerd uttrykker det: «Det blir der og da – «hva er viktig for deg» - og så kan man spørre [...] pasienten først – «hva ønsker du at vi skal bruke dette møtet til». Sett i sammenheng med det som fremkom om brukermedvirkning i kapittel 7.1, vil det å få en ny type ansvar kunne kreve støtte i etablering av kompetanse til å ta beslutninger.

Valgfrihet anses som sentralt når det gjelder motivasjon for behandling (Manger & Wormnes, 2005), og pasientene vi snakker om i denne studien har motivasjon for å gå i gang med en ny type behandling. Selv om valget av behandlingen er frivillig, forhindrer ikke det at pasientene kan være i behov av støtte gjennom prosessen. Selv om noen pasienter kan oppleve økt ansvar som i overkant krevende, er det andre som blir mer engasjert i eget liv av å delta i IMR-grupper i avdeling 2, og på denne måten får øynene opp for veien videre.

Ansvar henger sammen med tillit, og Borghild i fokusgruppe 2 forteller at behandlingsmøtene «er pasientens møte». Petter følger opp med å si at pasienten alltid deltar, og han utdyper videre om ansvar og tillit: «Pasientene her, når de kommer hit, så får de tillit. «Det er opp til deg.» «Å, skal jeg bestemme?» Og da skjer det noe. [...] etter hvert så begynner vi å bli gode til å gi tillit [...].» Når Petter formidler det at miljøterapeutene gir pasientene tillit, for å kunne ta ansvar, uttrykkes det i en form og et tonefall som utvilsomt handler om et oppriktig ønske om å hjelpe pasientene. Imidlertid kan en stille seg spørsmål ved om dette med å «gi pasientene tillit» ikke i utgangspunktet skal være en selvfølge, i hvert fall ifølge Løgstrup (Martinsen, 1993).

Endringer i miljøterapeutenes ansvar og utfordringer knyttet til dette

I tillegg til at pasientene kan uttrykke frustrasjon over sitt nye ansvar, opplever også miljøterapeutene en viss usikkerhet. Ellen i fokusgruppe 1 presiserer at miljøterapeutene må trene mye på det å gi pasientene ansvaret. Miljøterapeutene må for eksempel oppfordre pasientene: «du må være så snill og be om hjelp», og iblant må miljøterapeutene ifølge Ellen:

Holde oss selv i skinnet for vi har så lyst til å hjelpe og vi tar styringen og vi tar mer ansvar enn det som er bra, så vi må øve oss på å ikke ta for mye ansvar [...]

Som jeg har vært inne på flere ganger, betyr ikke økt brukermedvirkning, og med det økt ansvar for pasienten selv, at det ikke samtidig skal tas hensyn til at pasienten iblant ikke kan, eller ikke ønsker å ta så mange beslutninger. Miljøterapeutene bør vise respekt overfor pasienter som av ulike grunner ikke ønsker å bli involvert i alle beslutningsprosesser (Helsedirektoratet, 2005). En betimelig undring blir da om medikamentfritt behandlingstilbud er åpent også for pasienter som ikke klarer å delta så aktivt i ulike beslutningsprosesser som det ser ut til å forventes i de tre avdelingene som inngår i min studie.

I en mer medisinsk orientert behandlingskultur (Grue, 2004) har det ikke vært tradisjon for å lytte til pasientens ønsker og behov i den grad miljøterapeutene beskriver i min studie. Informantene i fokusgruppe 3 lytter til pasientenes ønsker, men de uttrykker samtidig en viss skepsis i forhold til hvordan de skal håndtere denne nye tilnærmingen i forhold til pasienter i målgruppen for

medikamentfri behandling. Informantene i fokusgruppe 3 reflekterer over at pasientens nye ansvar er en balansegang. Hans beskriver denne balansegangen slik:

[...] for vi kan godt si at det er du som bestemmer og gjør hva du ønsker, men det kan jo slå ut helt feil det og, da. At man også må, på en måte, ansvarliggjøre pasienten [...] Det kan også noen glemme av og til. Eller at man tar ansvar som miljøterapeut, at man tar ansvar [...] og ikke bare sier «du bestemmer». Da er vi jo liksom på motsatt side.

Slik jeg oppfatter Hans her, viser han til at miljøterapeutene fortsatt har et omsorgsansvar overfor pasientene, i tillegg til et juridisk ansvar som ansatte ved en avdeling tilknyttet psykisk helsevern. Fellesaksjonen (Fleiner, 2013) ønsket medikamentfrie tilbud som ga pasienter et trygt sted å være og mennesker å snakke med. Ifølge Freire (1993) krever dialogiske forhold at dikotomien personale – pasient oppheves. Det kan stilles spørsmål ved om det eksisterer et reelt dialogisk forhold dersom den ene parten – personalet – har et spesielt ansvar overfor den andre – pasienten. Dersom jeg tar meg den frihet å tolke Freire (1993) ganske fritt, velger jeg å tro at et slikt dialogisk forhold mellom miljøterapeuten og pasienten kan være mulig, all den tid både kjærlighet, tro på mennesket og tillit regnes som sentralt. Slik Hans beskriver balansegangen ovenfor, viser han, etter min oppfatning, en bevissthet omkring at pasienter iblant kan være i behov av omsorg, noe som ikke nødvendigvis handler om at vedkommendes totale ansvar for eget liv forvitrer.

Ansvar

Pasienter i medikamentfrie tilbud kan ha ulike typer erfaringer knyttet til at andre har hatt makt over dem og deres liv, i form av medisinerings som har medført uheldige bivirkninger, samt at noen har erfaring med tvangsbehandling, herunder tvangsmedisinering. Det å ha fått «makt til» å medvirke, betinger at «makt innenfra» styrkes (Askheim, 2016). Som jeg har vist i kapittel 7, vil «makt innenfra» kunne besittes dersom pasienten opplever personlig styrke og har tro på seg selv. Miljøterapeutene har fortalt om pasienter som opplever dette nye behandlingstilbudet som nytt og uvant, som ønsker støtte til å etablere større mestringskompetanse (Bandura, 1997), slik at de kan bli «self-empowered» (Adams, 2008, referert i Askheim, 2016). I fokusgruppe 1 fremheves det at brukermedvirkning innebærer at makta ligger hos pasienten, men iblant ber de personalet om å ta styringen fordi ansvaret blir for stort. Informantene er usikre på om det å hjelpe pasienten når vedkommende ber om bistand er et uttrykk for makt. Det å være hjelper innebærer å ha makt, og da gjelder det å ha bevissthet omkring dette. Ellen i fokusgruppe 1 påpeker dette: «Vi må ta ansvar. [...] Det må være et skille. Vi må liksom rydde i vårt eget rede før vi hjelper andre, og da må vi lene oss på noen som kan bære oss» (Ellen henviser her til at miljøterapeutene må rydde i eget rede, og lene seg på kollegaer og ledere – ikke på pasientene).

«Makt sammen med» medfører en maktfordeling mellom miljøterapeutene og pasientene i forhold til tidligere behandlingstilbud, og her blir miljøterapeutene utfordret i sin tenkning og holdning. Risikoen for å ende opp med en indirekte maktform, det Foucault kalte governmentality (Askheim, 2016), er til stede også innenfor rammene av medikamentfri behandling. Motivering av pasienter til å delta i aktiviteter som er definert av «styringsmaktene» - i dette tilfellet avdelingene – har til hensikt å øke pasientenes selvstyring. Vaksomhet er på sin plass, slik at det ikke blir en dikotom virkelighet befolket av de mektige versus de avmektige (Juritzen mfl.), der prinsippet om empowerment og recovery i form av økt makt til pasientene i stedet blir en illusjon om fritt valg. Dersom pasienter av ulike grunner ikke makter å delta i premissene for medikamentfri behandling, står de uten valg.

Så lenge det medisinske paradigmet fortsatt råder over psykisk helsevern, i form av diagnostisering og medikalisering, innehar den faglige modellmakten (Borg & Karlsson, 2011) ikke nødvendigvis de preferansene pasientene måtte ha. På den annen side beskriver miljøterapeutene i fokusgruppe 1 at den tradisjonelle hierarkiske strukturen i avdelingen har endret seg. Ellen oppsummerer dette med maktforskyvningen miljøterapeutene har opplevd slik: «Legene snakker jo mer med oss, og er med på teammøter [...] Jeg tror vi har mer vi skulle ha sagt – i teamet». Ellens sitat gir et tydelig bilde av at miljøterapeutenes posisjon muligens har endret seg - fra de «modellsvake» til de «modellsterke» (Engelstad, 2005). Miljøterapeutene i avdeling 1 har egenerfaring i tillegg til faglig bakgrunn. Å skulle posisjonere seg mellom de tidligere «modellsvake» og de «modellsterke» kan bli en vanskelig balansegang – hvem skal nå ha definisjonsmakten? Basert på psykiatriens historie, kan det være grunn til å ikke bli ensidig begeistret over å «bli tatt inn i varmen» til de tilsynelatende modellsterke, men være aktivt oppmerksom på at også pasientene får fast plass rundt leirbålet. Med Freires (1993) ord i minne, vil et bevissthet omkring hvordan en ny kulturell syntese etableres, bli viktig i fortsettelsen.

8.4 Eierskap og medbestemmelse

Sentralt i tenkningen bak etablering av medikamentfrie behandlingstilbud er brukermedvirkning. Dette innebærer et eierskap til hva som skal skje med deg i ditt eget liv, samt medbestemmelse over beslutninger som tas. Alle fokusgruppene nevner at pasienten har et eierskap til eget behandlingsopplegg, noe alle trekker frem som en udiskutabel fordel ved medikamentfritt behandlingstilbud. I tillegg opplever miljøterapeutene et eierskap til det tilbudet de gir, selv om de har ulike ressurser til rådighet.

Når det gjelder utfordringer for miljøterapeutene fremheves det i fokusgruppe 1 at det blir lite rom for å snakke seg imellom, fordi alt skal gå gjennom pasienten. Anna sier at miljøterapeutene kan bli litt alene med sitt eget, og at det kan oppleves problematisk å drøfte problemstillinger knyttet til forståelse av og tilnærming til pasientene. Jens:

Av og til så tror jeg også at vi kjenner kanskje på et behov for å snakke litt fagspråk, for vi er nødt til å snakke med hverandre før vi snakker med pasientene, og legge bort de her ordene som vi kanskje ville brukt når vi snakker med kollegaer.

Jens sine tanker om fagspråk kan kobles til Freires påstand om at frigjøring kun kan skje gjennom dialog (1993), og gjennom å oppløse en hierarkisk orden. Det å etablere et felles språk er en forutsetning for reell dialog. Med utgangspunkt i hvordan Goffman (1992) beskriver manerer, er språket viktig. Miljøterapeuter kan bruke fagterminologi eller et samlende, felles språk. Fokusgruppe 1 og 2 snakker om likemannsprinsippet, og at dette vil ta tid å etablere. Videre nevnes utfordringer knyttet til dette med erfaringsdeling, og at det krever høy bevissthet hos miljøpersonalet i forhold til hvor mye som kan deles med pasientene. Erfaringsdeling mellom pasienter og miljøterapeuter i recoverygruppen kan iblant by på utfordringer, dersom en pasient ifølge Jens:

Ikke sant, bipolar, i en manisk fase så har det jo hendt at vi har måttet prøvd å begrense litt i forhold til å ikke ta ordet hele tiden, men også la andre slippe til.

De øvrige i fokusgruppe 1 påpeker at miljøterapeutene får tilbakemelding fra pasientene om å gi tydelige tilbakemeldinger, de ønsker å bli speilet, fordi de skal tilbake til samfunnet. Samtidig opplever miljøterapeutene det som krevende å være tydelige. Fokusgruppe 1 påpeker at de ikke ønsker å krenke pasientene, og at de kan bli usikre på hva og hvordan de kan ta opp vanskelige ting. Som vi så i kapittel 7.2 er det ikke problemfritt å etablere nye roller og en ny kultur, innenfor et system som har lange tradisjoner for «oss» og «dem». At miljøterapeutene opplever det å gi tydelige tilbakemeldinger til pasienter som krevende, kan ha å gjøre med at det å speile samfunnet ikke uten videre er uproblematisk. I henhold til den sosiale modellen, vil barrierer og holdninger i samfunnet kunne få betydning for hvordan den enkelte møtes (Kassah & Kassah, 2009). Det speilet samfunnet holder opp foran personer med alvorlige psykiske lidelser er betydelig sammensatt, og ikke alltid egnet til å skape trygghet og imøtekommenhet. Det fokusgruppe 1 refererer til kan handle om at de nevnte pasientene har kjennskap til symbolsk vold (Engelstad, 2005) – de har altså akseptert et bilde av seg selv som andre har skapt.

Alle fokusgruppene legger vekt på at pasienter og miljøterapeuter er medmennesker, og deling av erfaringer holdes høyt i fokusgruppe 1. Bruk av egne livserfaringer kan inngå i profesjonelt helsearbeid (Moen & Larsen, 2013). Å møte pasienten som et medmenneske, og ikke bare snakke om likemannsprinsippet, krever at et annet av Freires (1993) dialog-ord hentes frem, nemlig *ydmykhet*. Miljøterapeuter som er personlige kan inngå i en annen profesjonalitet enn før, noe Ellen i fokusgruppe 1 beskriver som respekt og åpenhet.

8.5 Medikamentbruk

Medikamentfrie behandlingstilbud innebærer at personer nå kan velge behandling uten bruk av medikamenter, eventuelt å starte nedtrapping av medikamenter under trygge forhold. Dette er en ubetinget fordel, ifølge alle fokusgruppene. Imidlertid åpenbarer det seg visse utfordringer knyttet til nedtrappingen, samt det å håndtere symptomer på alvorlig psykisk lidelse uten bruk av medikamenter. Anna i fokusgruppe 1 forteller hva flere pasienter svarer når hun spør hvorfor de vil slutte med medisin:

«Jeg kjenner ikke meg selv – jeg vet ikke hvem jeg er, jeg har stått på medisin i 20-30 år.» Så det er ... wow. Det er ganske sterkt.

Ellen refererer til hva andre pasienter har sagt:

«Jeg kjenner at jeg begynner å føle igjen, jeg har ikke hatt noen følelser, jeg har ikke følt noe for ungene mine engang. Alt har vært sånn grått, sånne gråtoner, og så kommer det farger og følelser som jeg må håndtere – både de gode og de dårlige».

Følelsene som kommer til syne, kan medføre sorg over tapte år. Fokusgruppe 1 og 3 har mange betraktninger omkring denne dimensjonen, og angir at det å kjenne følelser så sterkt ikke er like lett å håndtere for alle pasientene, og at en del derfor må bruke lengre tid på nedtrapping. Ifølge fokusgruppe 2 forlater enkelte behandlingsopplegget etter et par uker fordi det blir for tøft. Anna i fokusgruppe 1 påpeker at pasienter har forlatt behandlingstilbudet fordi nedtrapping av medikamenter ikke gikk som forventet: «Men det er ikke dermed sagt at de aldri kan søke hit igjen. Kanskje det ikke var rette tiden.»

Hovedutfordringen for pasientene er ifølge fokusgruppene at de ikke får samme tette oppfølging når vedkommende kommer hjem etter utskrivning. I tillegg nevnes at pasienter kan møte andre holdninger og systemer dersom de for eksempel opplever en krise, og må innlegges akutt i psykisk helsevern. I slike tilfeller kan også tvang bli brukt, all den tid det fortsatt eksisterer som en mulighet i lovverket (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998a), selv om altså pasientens mulighet til å nekte behandling er blitt større (Lovdata, 2017). Fokusgruppene fremhever at et langsiktig perspektiv bør anbefales, og bør inkludere alle sektorer i helsetjenesten som pasienter kan komme i kontakt med, og i særdeleshet andre avdelinger tilknyttet psykisk helsevern.

8.6 Oppsummering

Fordele ved medikamentfri behandling handler om at pasientene har fått et valg som ikke eksisterte tidligere, og at det har skjedd en viss maktforskyvning i retning av større eierskap og medbestemmelse for pasientene. Hovedutfordringen er at pasienter kan møte ulike holdninger til medikamentfrihet andre steder i helsevesenet, noe som kan trenere eller sabotere nedtrappingsprosessen.

Miljøterapeutene er bekymret for hvordan pasienten skal ivaretas og støttes «der ute», og dette vanskeliggjøres av at etablering av gode rutiner for nettverksarbeid tar tid. Miljøterapeutene ønsker nytenkningen velkommen, og medgir at medikamentfri behandling er både utfordrende og krevende å stå i. Det forhindrer ikke at de vil gå sammen med pasientene på den nye veien som er i ferd med å brøyte seg rydning i ulendt terreng.

9 Medikamentfri behandling – på vei mot et paradigmeskifte?

Avslutningsvis vil jeg samle trådene for hva jeg er kommet fram til i forhold til den overordnede problemstillingen: «Hva er miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern?» Besvarelsen er inspirert av Goffman (1992) og hans teatermetafor. Akkurat som anbefalt i utøvelsen av profesjonelt psykisk helsearbeid (Moen & Larsen, 2013), oppfordrer jeg leseren til å hente frem kreativitet og det lille ekstra.

9.1 Stykket «Medikamentfri behandling» - fortsatt på plakaten eller kort levetid?

Scenen er satt. Den omstridte forestillingen «Medikamentfri behandling» har vært spilt i omtrent ett år omkring i hele landet, på større og mindre scener, med varierende budsjett og med begrenset tilgang til scenearbeidere. Stykket har fått god mottakelse ved de tre scenene representert i denne oppgaven. Innehaverne av miljøterapeutrollen sier de er fornøyde med det nye stykket. Rolleendringen har vært krevende, men de ønsker ikke sin gamle rolle tilbake. Enkelte steder har hovedrolleinnehaverne måttet spille rollene i lokaler ikke egnet til formålet. Da jeg intervjuet en av hovedrolleinnehaverne, miljøterapeutene, hadde de ikke spilt stykket veldig lenge, og de slet med å finne ut av hvordan rollen skulle spilles. Inspirert av Goffman (1992), ser det ikke ut til at hverken klarhet omkring det løselig baserte manuset, manglende regi i forhold til rolleutformingen, eller manglende ressurser til å dekorere scenen har ført til teppefall. Fortsatt pågår forestillingen, og ifølge mine informanter håper både de og den andre hovedrolleinnehaveren, nemlig pasienten, at forestillingen skal inngå på ulike sceners faste repertoar. Kristine i fokusgruppe 3 uttrykker et håp om at et paradigmeskifte er i emning, og det kan tolkes som et ønske om at forestillingen skal bli en klassiker, som aldri går av moten.

At miljøterapeutrollen spilles med så stort engasjement til tross for tidvis manglende regi, bringer tankene hen på betydningen av motivasjon. I henhold til selvbestemmelsesteorien (Ryan & Deci, 2008) har alle mennesker behov for autonomi, kompetanse og tilhørighet til andre mennesker. Pasientrollen spilles også med stort engasjement, og krever betydelig grad av motivasjon og pågangsmot. At hovedrolleinnehaverne går på scenen kveld etter kveld, ufortrødent og med stor innlevelse, tyder på en sterk forventning om at forestillingen skal føre til endring – de er «subjekter i forventning» (Freire, 1993). Tråden fra Et dukkehjem føres videre. Nora var også et «subjekt i forventning», og forlot en ufri tilværelse, dog med store omkostninger. Når noe forlates, skjer det ikke uten en viss motstand, og til og med sorg over alle årene i ufrihet og med manglende dialog. Pasientrollen skal fylles med nytt innhold, som innebærer å utvise det motet som behøves for å vise en annen fasade (Goffman, 1992). At rollen dramatiseres når andres øyne rettes mot en, har også miljøterapeutens rollefigur opplevd, her ordsatt ved Ellen i fokusgruppe 1: «Vi har så mange øyne på

oss». Rolleendring skaper forventningspress, og en tydelig ledelse kan bidra til motivasjon og begeistring (Jacobsen, 2018). Holdninger som kommer til uttrykk ved fy-rop og misbilligelse: «Å ja, dere tror at det bare er å ta bort medisiner», Gerd: «Så kommer pasientene til dere og maler seg frisk, er det det dere tenker de skal.» Skepsisen uttrykt av annet helsepersonell, i Helmers gamle skikkelse, kan handle om at de trenger å se forestillingen flere ganger for å bli overbevist om at det er mulig å endre et originalmanus, og at det faktisk kan være mulig å søke seg andre roller i stykket etter hvert.

9.2 Epilog

Lyskasterne rettes også mot teatersjefen, som i denne forestillingen er myndighetene (Helsedirektoratet, 2018d). Teatersjefen ga aksept for at manuset kunne endres, og en viss støtte ble gitt i starten. Imidlertid kan tilbakemeldingene fra miljøterapeutrollens første år i forestillingen tyde på at teatersjefen bør vurdere budsjettene på nytt, og bevilge mer støtte, slik at alle scener i landet kan få mulighet til å oppleve den nyskapende og spennende forestillingen Medikamentfri behandling.

Journalisten, i moderators skikkelse, skriver i anmeldelsen at teatersjefen bør holdes under oppsikt og anmodes om å sørge for at stykket får nok ressurser til å holde det gående, at pasientrollen må få mulighet til å spille rollen i grisgrendte strøk, og at miljøterapeutrollen må bli ivaretatt av regissøren. Sist, men ikke minst, bør det undersøkes grundig om teatersjefen og regissøren holder det de lover, og det bør skrives om stykket uavlatelig, all den tid det vil endre seg fortløpende og få mer tyngde.

For å ivareta stykkets fremtid, er det behov for videre forskning på medikamentfri behandling. For det første bør det undersøkes hvordan pasientene opplever det nye tilbudet, samt hvilke endringer de anser som viktige, både for å lykkes underveis med selve behandlingstilbudet, samt i etterkant når de skal videreføre et medikamentfritt liv etter utskrivning fra avdelingene. For det andre bør det undersøkes hvordan de ulike fagansattes tenkning og handlemåter må endres for å lykkes med tilbudet. For det tredje må videre forskning også fange opp eventuelle kritiske aspekter ved medikamentfri behandling.

Journalisten, i moderators skikkelse, intervjuet miljøterapeutrollen kort tid etter premieren og spurte om hvilke erfaringer de hadde gjort seg til nå, og fikk følgende svar fra Solveig i scenetrupp 2: «Det går ikke knirkefritt, dette her. Det ville jo vært kjedelig om det var det. Ingen utfordringer.»

Lysene slukkes for aftenens forestilling. Takk for følget. Vi ses garantert igjen!

Referanseliste

- Aadland, E. (2011). "Og eg ser på deg..." - Vitenskapsteori i helse- og sosialfag (3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F. (2012a). Behandling med lækjemiddel. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (Red.), *Bipolare lidelser* (s. 267-301). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aarre, T. F. (2012b). Psykofarmakologi. I A. A. Dahl & T. F. Aarre (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 517-544). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aarre, T. F. (2012c). Stemningslidelser. I A. A. Dahl & T. F. Aarre (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 148-177). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aarre, T. F., Bugge, P. & Juklestad, S. I. (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Albert, N., Randers, L., Allott, K., Jensen, H. D., Melau, M., Hjorthøj, C. & Nordentoft, M. (2018). Cognitive functioning following discontinuation of antipsychotic medication. A naturalistic sub-group analysis from the OPUS II trial. *Psychological Medicine*, 1(10). 10.1017/S0033291718001836
- Andreasen, N. C., Nopoulos, P., Magnotta, V., Pierson, R., Ziebell, S. & Ho, B.-C. (2011). Progressive brain change in schizophrenia: a prospective longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 70(7), 672-679. 10.1016/j.biopsych.2011.05.017
- Andreassen, T. A. (2013). En sosial bevegelse blant mennesker med psykiske problemer. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Andresen, R. (2000). Tilnærminger til praksisfeltet. I R. Andresen (Red.), *Felleskap og sammenhenger - yrkeshjelpere i grupper, nettverk og organisasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35, 216-224. 10.1080/01944366908977225
- Askheim, O. P. (2014). Fra empowerment til samproduksjon: vitalisering eller tåkelegging av empowermentperspektivet? I S. Tveiten & K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - Nye perspektiver* (Bd. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O. P. (2016). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Austvoll-Dahlgren, A., Nøstberg, A. M., Steinsbekk, A. & Vist, G. U. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/effekt-av-gruppeundervisning-i-pasient-og-paerendeopplaring/>
- Baklien, B. (2017). Et sporskifte - andrepersonposisjon i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(2), 156-165. Hentet fra https://www.idunn.no/tph/2017/02/et_sporskifte_-_andrepersonposisjon_i_psykisk_helsearbeid
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bartholomew, T. & Zechner, M. (2014). The Relationship of Illness Management and Recovery to State Hospital Readmission. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(9). 10.1097/NMD.0000000000000177
- Björg Njaa. (2018). Medisinfri behandling - Fellesaksjonens krav. *Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling (KBT)*. Hentet fra <http://kbtmidt.no/2018/03/20/medisinfri-behandling-fellesaksjonens-krav/>
- Bjørgen, D., Alexandersen, A., Kildal, C., Kvisle, I. M. & Benschop, A. R. (2018). *Frisk uten medikamenter? - En sammenstilling og vurdering av de medikamentfrie behandlingstilbudene i psykisk helsevern*. Trondheim: Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling (KBT). Hentet fra http://kbtmidt.no/wp-content/uploads/2018/11/Frisk_uten_medikamenter_en_sammenstilling_og_vurdering_av_de_medikamentfrie_behandlingstilbudene_i_psykisk_helsevern_KBT.pdf

- Blesvik, S., Diseth, R., Husum, T. L., Kogstad, R., Orefellen, H. J. & Thune, G. H. (2006). Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge? *Tidsskrift for Den norske legeforsning*, 126(12), 1616-1618. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/>
- Blindheim, A. (2018). *Brukerundersøkelse om behandling av psykoser i Bergen. Medikamentfrie behandlingsforløp 2018*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse: Helse Bergen. Haukeland universitetssjukehus. Hentet fra <https://www.erfaringskompetanse.no/nyheter/fant-skille-mellom-unge-og-eldre-psykosepasienter/>
- Blomberg, W. (2002). *Galskapens hus. Internering og utskilling i Norge 1550-1850*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 452-459. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=79458&a=3
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-140. Hentet fra <https://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=020ae71f-4a03-4aad-92f0-88549b7a7fa4%40sessionmgr4006>
- Borg, M. & Karlsson, B. (2011). Recovery - og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(4), 314-323. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/2011/04/art11>
- Borg, M., Karlsson, B. & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling*. Oslo: NTNU Samfunnsforskning AS. Hentet fra Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3). Oslo: Kommuneforlaget.
- Breitborde, N. J. K., Kleinlein, P. & Srihari, V. H. (2012). Self-determination and first-episode psychosis: Associations with symptomatology, social and vocational functioning, and quality of life. *Schizophrenia research*, 137, 132-136. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S092099641200148X/1-s2.0-S092099641200148X-main.pdf?_tid=b5888f37-b35c-43d4-afcd-5796c89ef3a7&acdnat=1538395832_d34a1f8f3036fb16a730f80d84479c26
- Bremnes, R., Pedersen, P. B. & Cederkvist, H. S. (2011). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne 2010*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/466/Bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2010-IS-1941.pdf>
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.). (2010). *Kvalitative metoder - Empiri og teoriutvikling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brudal, L. F. (1989). *Psykiske kriser i et nytt perspektiv*. Oslo: Tano A.S.
- Bruusgaard, D. (2018). Pasient. I *Store medisinske leksikon*. Stavanger: Store norske leksikon. Hentet 28. august 2018 fra <https://snl.no/pasient>
- Bøe, J. B. (1994). *Synd, sykdom og samfunn. Linjer i sinnssykepleiens historie*. Oslo: adNotam Gyldendal.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cakir, S., Bensusan, R., Akca, Z. K. & Yazici, O. (2009). Does a psychoeducational approach reach targeted patients with bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 119, 190-193. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S0165032709003930/1-s2.0-S0165032709003930-main.pdf?_tid=9a564f28-a52e-4a42-bcbb-33b49e7ecee&acdnat=1538486202_bc6f14b5f45959558b5437d84d59827b
- Candilis, P. J., Fletcher, K. E., Geppert, C. M. A., Lidz, C. W. & Appelbaum, P. S. (2008). A direct comparison of research decision-making capacity: Schizophrenia/schizoaffective, medically ill, and non-ill subjects. *Schizophrenia research*, 99, 350-358. Hentet fra <https://ac.els->

- cdn.com/S0920996407005348/1-s2.0-S0920996407005348-main.pdf?_tid=ea073484-5d45-4615-a533-9f90bd3c603a&acdnat=1538394457_30e66d46001cbf961f4f4d315d9a52ef
- Chen, P.-H., Tsai, S.-Y., Pan, C.-H., Chang, C.-K., Su, S.-S., Chen, C.-C. & Kuo, C.-J. (2018). Mood stabilisers and risk of stroke in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 10, 1-6. 10.1192/bjp.2018.203
- Collaboration, I. P. D. A. S. I. (2018). International Patient Decision Aid Standards (IPDAS). Hentet 1. oktober fra <http://ipdas.ohri.ca/>
- Craig, T. K. J. (2008). Recovery: Say what you mean and mean what you say. *Journal of Mental Health*, 17(2), 125-128. Hentet fra <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09638230802003800?needAccess=true>
- Cullberg, J. (2005). *Psykoser - et integrert perspektiv* (2). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, A. A., Eitinger, L., Malt, U. F. & Retterstøl, N. (1994). *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, A. A. & Løvlie, A. (2018). *Psykiske lidelser. Forståelse, diagnostikk og jus*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affairs; Chevy Chase*, 35(6), 1091-1097. 10.1377/hlthaff.2016.0153
- Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T. & Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, 57(5), 640-645. 10.1176/ps.2006.57.5.640
- De nasjonale forskningsetiske komitéene. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- de Waal, A., Dixon, L. B. & Humensky, J. L. (2017). Association of participant preferences on work and school participation after a first episode of psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(5), 959-962. 10.1111/eip.12513
- Duncan, E., Best, C. & Hagen, S. (2010). Shared decision making interventions for people with mental health conditions (Review). *Cochrane Library. Cochrane Database of Systematic Reviews*. Hentet fra <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007297.pub2/epdf/full>
- Ekeland, T.-J. (2011). Ny kunnskap - ny praksis: Et nytt psykisk helsevern. *Erfaringskompetanse.no*, 1, 31.
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt - og tilbake? - Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 03, 174-177.
- Engelstad, F. (2005). *Hva er makt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Evensen, S. A. (2018). Remisjon. I *Store medisinske leksikon*. Store norske leksikon. Hentet 6. oktober 2018 fra <https://sml.snl.no/remisjon>
- Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., . . . Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*, 19(2), 448-458. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12368>
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, s., vernepleiere og velferdsvitere (FO). (2008). Kriterier for godkjenning som klinisk vernepleier. Hentet 17. november 2018 fra <https://www.fo.no/getfile.php/1352174-1511362577/06%20Profesjonene/Godkjenningsordninger/Kriterier%20for%20godkjenning%20som%20klinisk%20vernepleier%281%29.pdf>
- Fiorillo, A., Del Vecchio, V., Luciano, M., Sampogna, G., De Rosa, C., Malangone, C., . . . Maj, M. (2015). Efficacy of psychoeducational family intervention for bipolar I disorder: A controlled, multicentric, real-world study. *Journal of Affective Disorders*, 172, 291-299. Hentet fra <https://ac.els-cdn.com/S0165032714006430/1-s2.0-S0165032714006430->

- [main.pdf? tid=ea8f6739-e8e1-4fc4-8c3c-85b87be224ec&acdnat=1538485618_edfa2662f344931f6be5a8520bbea05f](#)
- Firth, J., Carney, R., Jerome, L., Elliott, R., French, P. & Yung, A. R. (2016). The effects and determinants of exercise participation in first-episode psychosis: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 16:36. 10.1186/s12888-016-0751-7
- Fisher, A., Manicavasagar, V., Kiln, F. & Juraskova, I. (2016). Communication and decision-making in mental health: A systematic review focusing on Bipolar disorder. *Pasient Education and Counseling*, 99, 1106-1120. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S0738399116300787/1-s2.0-S0738399116300787-main.pdf? tid=c6d3f34e-5f69-4405-9860-f20f99905c85&acdnat=1538405637_47e6ca1d007da8a102bbe7c6c1f3ac19
- Fisher, A., Manicavasagar, V., Sharpe, L., Laisaar-Powell, R. & Juraskova, I. (2017). Identifying and Addressing Barriers to Treatment Decision-making in Bipolar II Disorder: Clinicians' Perspective. *Australian Psychologist*, 53, 40-51. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/ap.12264>
- Fleiner, R. L. (2013). Fellesaksjon for medisinfrie tilbud. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)*. Hentet fra <https://www.napha.no/content/13299/Fellesaksjon-for-medisinfrie-tilbud>
- Flyckt, L. & Msghina, M. (2015). Delaktighet grunden för en lyckad behandling av psykossjukdomar. *Läkartidningen*, 112(DDZA). Hentet fra <http://ipdas.ohri.ca/>
- Fog, J. (1997). *Med samtalen som udgangspunkt - Det kvalitative forskningsintervju*. København: Akademisk Forlag.
- Freire, P. (1993). *De undertryktes Pædagogik*. København: Christian Ejlers' Forlag.
- Fukui, S., Davidson, L. J., Holter, M. C. & Rapp, C. A. (2010). Pathways to Recovery (PTR): Impact of Peer-Led Group Participation on Mental Health Recovery Outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34, 42-48. 10.2975/34.1.2010.42.48
- Fyrand, L. (2016). *Sosialt nettverk. Teori og praksis* (3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Färdig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F. & Fredriksson, A. (2011). A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 62(6), 606-612. Hentet fra https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.62.6.pss6206_0606
- Fønhus, M. S., Fretheim, A. & Johansen, M. (2016). *Medikamentfrie tiltak i psykisk helsevern. Systematisk litteratursøk med sortering*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2016/rapport_2016_medikamentfrie-tiltak-i-psykisk-helsevern.pdf
- Gadamer, H.-G. (2012). *Sannhet og metode - Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. Holm-Hansen, Overs.). Oslo: Pax Forlag.
- Gard, D. E., Sanchez, A. H., Starr, J., Cooper, S., Fisher, M., Rowlands, A. & Vinogradov, S. (2014). Using Self-Determination Theory to Understand Motivation Deficits in Schizophrenia: The "Why" of Motivated Behaviour. *Schizophrenia research*, 156, 217-222. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S0920996414001996/1-s2.0-S0920996414001996-main.pdf? tid=9ca7bd2d-775c-4820-92d0-ad6da00e4ea7&acdnat=1538393200_3f96a6bf7e90c45c85a3f6064bd68f51
- Gergel, T. & Owen, G. S. (2015). Fluctuating capacity and advance decision-making in Bipolar Affective Disorder - Self-binding directives and self-determination. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 92-101. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S0920996414001996/1-s2.0-S0920996414001996-main.pdf? tid=9ca7bd2d-775c-4820-92d0-ad6da00e4ea7&acdnat=1538393200_3f96a6bf7e90c45c85a3f6064bd68f51
- Gjertsen, A. (2006). *En historie om forandring*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid: Universitetsforlaget. Hentet 5. oktober 2018. Hentet fra https://www.idunn.no/tph/2006/01/en_historie_om_forandring_bengt_karlsson_i_samtale_med_spesialradgiver_aril
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Grue, L. (2004). *Funksjonshemmet er bare et ord. Forståelser, fremstillinger og erfaringer*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Gumus, F., Buzlu, S. & Cakir, S. (2017). The effectiveness of Individual Psychoeducation on Functioning and Quality of Life with Bipolar Disorder in Turkey: A Randomized Controlled Study. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 490-502. Hentet fra <https://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=84ba6271-ccaa-40d8-a865-c2b2050dda29%40sessionmgr102>
- Gundersen, K. (2016). Medikamentfri behandling - eksperiment uten forskning, *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/viten/i/J8MOj/Kristian-Gundersen-i-Uviten-Medikamentfri-psykiatri---eksperiment-uten-forskning>
- Gundersen, T. (2016). Tvang i psykiatrien. *Rådet for psykisk helse*. Hentet fra <https://psykiskhelse.no/nyheter/tvang-i-psykiatrien>
- Haarig, F., Berndt, C., Kühnert, M., Fuchs, S., Bräunig, P. & Mühlig, S. (2016). What is important to patients? Determination of patient-centered therapeutic goals in the treatment of bipolar disorders. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 64, 111-120. 10.1024/1661-4747/a000269
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halse, J. (2018). Hyperglykemi. I *Store medisinske leksikon*. Store norske leksikon. Hentet 15. oktober 2018 fra <https://sml.sn.no/hyperglykemi>
- Hamann, J., Mendel, R., Reiter, S., Cohen, R., Bühner, M., Schebitz, M., . . . Berthele, A. (2011). Why Do Some Patients With Schizophrenia Want to Be Engaged in Medical Decision Making and Others Do Not? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(12), 1636-1643. Hentet fra <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2011/v72n12/v72n1209.aspx?sclick=1>
- Hamann, J., Mendel, R., Schebitz, M., Reiter, S., Bühner, M., Cohen, R., . . . Kissling, W. (2010). Can Psychiatrists and Neurologists Predict Their Patients' Participation Preferences? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 309-311. Hentet fra <https://oce.ovid.com/article/00005053-201004000-00011>
- Hamann, J., Mendel, R. T., Fink, B., Pfeiffer, H., Cohen, R. & Kissling, W. (2008). Patients' and Psychiatrists' Perceptions of Clinical Decisions During Schizophrenia Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 329-332.
- Harrow, M., Jobe, T. H. & Faull, R. N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*, 44, 3007-3016. 10.1017/S0033291714000610
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle* (3): Gyldendal Akademisk.
- Helmikstøl, Ø. (2014). Styrker medisinfrie tilbud. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(12), 1018-1019. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=433152&a=3
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetilbudene* (Meld. St. 25 (1996-97)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998a). *Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven)* (Prop. 11 (1998-99)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-11-1998-99-/id159399/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998b). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006* *Endringer i statsbudsjettet for 1998* (Prop. 63 (1997-1998)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec9?q=om%20opptrappingsplan%20for%20psykisk%20helse#match_0
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Morgendagens omsorg* (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/sec2?q=morgendagens%20omsorg#match_0

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)* (Meld. St. 11 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Brukermedvirkning*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/pasientens-helsetjeneste/pasientinformasjon/brukermedvirkning/id227911/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)* (Prop. 147L (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-147-l-20152016/id2504160/>
- Helsebiblioteket.no. (2018). *GAF - Global Assessment of functioning - Skåringsmanual - Splittet versjon* Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/gaf-global-assessment-of-functioning-skaringsveiledning>. Helsebiblioteket.no Retrieved 6. oktober 2018, fra Universitetet i Oslo (UiO) og Oslo Universitetssykehus <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/skaringsverktoy/gaf-global-assessment-of-functioning-skaringsveiledning>
- Helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli - strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (IS-1162)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-betere-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>
- Helsedirektoratet. (2006a). *Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet - Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplanen for psykisk helse (IS-1315)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/brukermedvirkning-psykisk-helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptappingsplan-for-psykisk-helse>
- Helsedirektoratet. (2006b). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/tiltaksplan_for_reduisert_og_kvalitetssikret_bruk_av_tvang_i_psykisk_helsevern.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/105/IS-1925-Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utgreiing-og-behandling-av-bipolare-lidingar.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013a). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013b). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring - Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (IS-2076)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2018a). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og retningslinjer*. Hentet fra https://ehelse.no/Documents/Helsefaglig%20kodeverk/Komplettt-Blå-bok_IDC-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelser%20230905.pdf
- Helsedirektoratet. (2018b). *Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern 2016*. Hentet fra https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1445/IS_2687_Kontroll%20av%20tvangsbruk%20i%20psykisk%20helsevern%202016.pdf
- Helsedirektoratet. (2018c). *Kontrollkommissjonen i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/kontrollkommissjonen-i-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2018d). *Legemiddelfri behandling i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern>

- Heres, S. & Hamann, J. (2017). "Shared decision-making" in der Akutpsychiatrie. *Der Nervenarzt*, 9(88), 995-1002.
- Hofgaard, T. L. (2014). Medisinfritt, ja takk! *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(4), 335. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=420560&a=3
- Holte, H. H., Austvoll-Dahlgren, A. & Straumann, G. H. (2017). *Psykososial behandling med eller uten bruk av antipsykotika for pasienter med aktiv psykose. Systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2457878/Holte_2017_Psy.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Holter, H. & Kalleberg, R. (Red.). (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (Bd. 2). Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? - Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press.
- Jacobsen, D. I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Jochems, E. C., van Dam, A., Duivenvoorden, H. J., Scheffer, S. C. M., van der Feltz-Cornelis, C. M. & Mulder, N. L. (2015). Different Perspectives of Clinicians and Patients with Severe Mental Illness on Motivation for Treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 438-451. 10.1002/cpp.1971
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G. & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, 94, 291-309. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S0738399113004722/1-s2.0-S0738399113004722-main.pdf?_tid=4533578f-6381-4183-85f4-e807ee214bb2&acdnat=1538405883_f5aa71db54e44424a316ac7274ad86c5
- Jung, X. T. & Newton, R. (2009). Cochrane Reviews of non-medication-based psychotherapeutic and other interventions for schizophrenia, psychosis, and bipolar disorder: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 239-249. 10.1111/j.1447-0349.2009.00613.x
- Juritzen, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. Myndiggjøringens forførende makt. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2017). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Karp, T. (2014). *Endring i organisasjoner. Ideologi, teori og praksis*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Kassah, A. K. & Kassah, B. L. L. (2009). *Funksjonshemming. Sentrale ideer, modeller og debatter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Keim, W. (2016). Realitetsfjernt om medikamentfri behandling. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/08/04/realitetsfjernt-om-medikamentfri-behandling/>
- Kokanovi, R., Brophy, L., McSherry, B., Flore, J., Moeller-Saxone, K. & Herrman, H. (2018). Supported decision-making from the perspectives of mental health service users, family members supporting them and mental health practitioners. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9), 826-833. 10.1177/0004867418784177
- Krogh, T., Endresen, R. T., Iversen, I. & Reinton, R. E. (2003). *Historie, forståelse og fortolkning* (4). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Légaré, F. & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 281-286. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S0738399114002699/1-s2.0-S0738399114002699-main.pdf?_tid=220456aa-acc8-4437-bcfc-5a250f407e9d&acdnat=1538406475_942d96074d37c7c573589c6a1b63c680
- Leinslie, E. & Arntzen, K. O. (2018). Dramaturgi. I *Store norske leksikon*. Hentet 16. desember 2018 fra <https://snl.no/dramaturgi>

- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G. & Davis, J. M. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 379(9831), 2063-2071. 10.1016/S0140-6736(12)60239-6
- Linde, S. & Nordlund, I. (2006). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid : systematikk, kvalitet og dokumentasjon* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Loiem, G. (2014). *Psykisk helse. Forståelse, kommunikasjon og samspill*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Loiem, G. F., Frafjord, J. S., Steffensen, M. & Wang, C. E. A. (2014). Medication and participation: A qualitative study of patient experiences with antipsychotic drugs. *Nursing Ethics*, 21(3), 347-358. Hentet fra https://search.proquest.com/docview/1541976071?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprim
- Loiem, G. F. & Hem, M. H. (2011). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experience in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 114-122. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>
- Loiem, G. F., Steffensen, M., Frafjord, J. S. & Wang, C. E. A. (2014). Omsorg under tvang. En narrativ studie av pasienters fortellinger om tvang og psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(2), 114-124. Hentet fra [https://www.idunn.no/tph/2014/02/omsorg_under_tvang_ - en narrativ studie av pasienters forte](https://www.idunn.no/tph/2014/02/omsorg_under_tvang_-_en_narrativ_studie_av_pasienters_forte)
- Lovdata. (2017). *Ikrafts. av lov 2017:6, endr i psykisk helsevernloven mv*. Hentet fra Ikrafts. av lov 2017:6, endr i psykisk helsevernloven mv.
- Lovdata. (2018). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Ludvigsen, K. (2010). Forståelse og praksis knyttet til psykiske lidelser 1850-1920. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver - en introduksjon* (Bd. 1:5). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lundgren, V. G., Juritzen, T., Engebretsen, E. & Heggen, K. (2012). Makt. I E. Engebretsen & K. Heggen (Red.), *Makt på nye måter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Løberg, E.-M., Hagen, R. & Johannessen, J. O. (2012). Schizofreni og andre ikke-afektive psykoser. I A. A. Dahl & T. F. Aarre (Red.), *Praktisk psykiatri* (s. 128-147). Bergen: Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2005). *Motivasjon og mestring. Utvikling av egne og andres ressurser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: Tano.
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Loiem, G. & Måseide, P. (2015). Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brugermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(11), 16-31. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2372391/Maseide.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- McGorry, P., Francey, S., Barnaby, N., Graham, J., Baldwin, L., Harrigan, S., . . . O'Donoghoe, B. (2018). Can Some Young People Recover from First-Episode Psychosis with Integrated Psychosocial Treatment without Antipsychotic Medications? An RCT to assess risks, benefits, and range of outcomes. *The Journal of Psychoses and Related Disorders*, 44(1), 162. Hentet fra https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/44/suppl_1/S162/4957460
- Melle, I. (2015). Psykotiske lidelser og samfunnet: Trenger vi kunnskap om miljøet i genetikkenes tidsalder? I S. R. Aminoff, A. O. Berg, T. V. Lagerberg, I. Melle, C. Simonsen, T. Ueland & M. Aas (Red.), *Psykoese & samfunn* (s. 16-27). Oslo: Universitetsforlaget.

- Midré, G. (2001). *Bot, bedring eller brød? Om bedømming og behandling av sosial nød fra reformasjonen til velferdsstaten*. Oslo: NAVF/Universitetsforlaget.
- Moen, E. Å. & Larsen, I. B. (2013). "Her er det faktisk hele meg som er på jobb". Om å bruke personlige erfaringer med egen psykiske helse i profesjonelle relasjoner. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(1), 15-24. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/2013/01/her-er-det-faktisk-hele-meg-som-er-p-jobb-om-bruke-e>
- Moncrieff, J. (1997). Lithium: evidence reconsidered. *British Journal of Psychiatry*, 171(2), 113-119. 10.1192/bjp.171.2.113
- Moncrieff, J. (2011). Questioning the "neuroprotective" hypothesis: does drug treatment prevent brain damage in early psychosis or schizophrenia? *The British Journal of Psychiatry*, 198(2), 85-87. 10.1192/bjp.bp.110.085795
- Moncrieff, J. & Leo, J. (2010). A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychological Medicine*, 40(9), 1409-1422. 10.1017/S0033291709992297
- Monsen, J. (2007). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi. Utdrag fra klinisk praksis* (1:5). Oslo: TANO.
- Morrison, A. P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Pyle, M., . . .Haddad, P. M. (2018). Antipsychotic drugs versus behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry*, 5(5), 411-423. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048761/>
- Mueser, K. T. & Gingerich, S. (2011). *IMR Illness Management and Recovery. Personalized Skills and Strategies for Those with Mental Illness* (3). Darthmouth: Hazelden.
- Møller, P. (2015). Psykosens anatomi og selvets grunnstoff. Om forstyrret subjektivitet og identitetsopplevelse som kjernefenomen. I F. Oterholt & G. B. Haugen (Red.), *Mening og mestring ved psykoselidelser* (s. 178-191). Oslo: Universitetsforlaget.
- Møller, P. (2018). *Schizofreni - en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NAPHA. (2014). Anbefalinger fra toppmøte innen psykisk helse og rus 2014. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA)*. Hentet fra <http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Anbefalinger-toppmøte-2014.pdf>
- Nesheim, B.-I. (2018). Teratogen. I *Store medisinske leksikon*. Store norske leksikon. Hentet 19. november 2018 fra <https://sml.snl.no/teratogen>
- Nilsen, T. & Forsdahl, S. (2018). Antipsykotika og akutt hyperglykemi. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 5, 23-24. Hentet fra <https://www.farmatid.no/artikler/antipsykotika-akutt-hyperglykemi>
- Nordon, C., Falissard, B., Gerard, S., Angst, J., Azorin, J. M., Luquiens, A., . . .Gasquet, I. (2014). Patient satisfaction with psychotropic drugs: Validation of the PATient SATisfaction with Psychotropic (PASAP) scale in patients with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 29, 183-190. Hentet fra https://ac.els-cdn.com/S0924933813000369/1-s2.0-S0924933813000369-main.pdf?_tid=2790a588-5064-4898-b1b0-2f5f8a199b26&acdnat=1538483829_59fbb885d9f43869299b05f81c3a2c25
- Norheim, I., Nilsen, L. & Biong, S. (2015). Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(3), 198-206. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2015/198-206.pdf>
- Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (Bd. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- NOU 1998:18. (1998). *Det er bruk for alle*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1998-18/id141324/sec4?q=det%20er%20bruk%20for%20alle#KAP8>
- NOU 2001:22. (2001). *Fra bruker til borger: En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1e18b045dd9346849813392b34c9cdc1/no/pdfa/nou200120010022000dddpdfa.pdf>
- NOU 2005:8. (2005). *Likeverd og tilgjengelighet - Rettslig vern mot diskriminering på grunnlag av nedsatt funksjonsevne. Bedret tilgjengelighet for alle*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-8/id390520/?q=NOU 2005:8](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-8/id390520/?q=NOU%2005:8)
- NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet - balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>
- NOU 2014:12. (2014). *Åpent og rettferdig: prioriteringer i helsetjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>
- Nylenna, M. (2014). Om samvalg og andre sam-ord. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2(135), 149. 10.4045/tidsskr.14.1230
- O'Connor, C., Gordon, O., Graham, M., Kelly, F. & O'Grady-Walshe, A. (2008). Service User Perspectives of a Psychoeducation Group for Individuals With a Diagnosis of Bipolar Disorder. A qualitative Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(7), 568-571. 10.1097/NMD.0b013e31817d0193
- Olkowska, A. & Landmark, B. (2016). *Miljøterapi: Prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Owren, T. (2011). Funksjonsnedsettelse og funksjonshemming. I T. Owren & S. Linde (Red.), *Vernepleiefaglig teori og praksis - sosialfaglige perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Paksarian, D., Mojtabai, R., Kotov, R., Cullen, B., Nugent, K. L. & Bromet, E. J. (2014). Perceived Trauma During Hospitalization and Treatment Participation Among Individuals With Psychotic Disorders. *Psychiatric Services*, 65, 266269.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psychology, T. (2018). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Hentet fra <https://www.psychologytoday.com/us/basics/cognitive-behavioral-therapy>. Retrieved 6. oktober 2018, fra Psychology Today <https://www.psychologytoday.com/us/basics/cognitive-behavioral-therapy>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (4). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruud, T., Nordhuus, I. & Thorsen, G. (2001). *Administrativ definisjonskatalog for psykisk helsevern.: Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH)*. Hentet fra https://ehelse.no/Documents/Terminologi/HIS_80111_2001-DefKatPsyk-v1-0.pdf
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52, 141-166. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/205845157?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=17260>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will? *Journal of Personality*, 74(6), 1557-1586. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2008). A Self-Determination Theory Approach to Psychotherapy: The Motivational Basis for Effective Change. *Canadian Psychology*, 49(3), 186-193. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/fulltext/2008-10897-003.html>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2013). Toward a Social Psychology of Assimilation: Self-Determination Theory in Cognitive Development and Education. I B. W. Sokol, F. M. E. Grouzet & U.

- Müller (Red.), *Self-Regulation and Autonomy. Social and Developmental Dimensions of Human Conduct* (s. 191-207). Cambridge: Cambridge University Press. Hentet fra <https://www.cambridge.org/core/books/selfregulation-and-autonomy/toward-a-social-psychology-of-assimilation-selfdetermination-theory-in-cognitive-development-and-education/D3E5272E554723C35B407B7B76B067B7>
- Røssberg, J. I. (2016). Det er langt fra sikkert at det riktige er å innføre medisinfritt behandlingstilbud, *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/47PIV/Det-er-langt-fra-sikkert-at-det-riktige-er-a-innfore-medisinfritt-behandlingstilbud--Jan-Ivar-Rossberg>
- Sakshaug, S. (2018). *Legemiddelforbruket i Norge 2013-2017*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://www.legemiddelforbruk.no/>
- Sandsberg, H.-J. (2001). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121(4), 502-503.
- Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Goodale, L. C., Dykstra, D. M., Stone, E., Cutsogeorge, D., . . . Pabiniak, C. (2011). An Online Recovery Plan Program: Can Peer Coaching Increase Participation? *Psychiatric Services*, 62(6), 666-669. Hentet fra https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.62.6.pss6206_0666
- Skauli, G. Ø. (2007). Å arbeide i tråd med klientens endringsteori. I A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A.-G. Tuseth & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid* (Bd. 1). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skjelstad, D. V., Norheim, I., Reiersen, G. K. & Mjøsund, N. H. (2015). Psykoedukasjon i grupper for personer med bipolar lidelse. Presentasjon av en kursmodell, deltagerens tilfredshet, og implementeringserfaringer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(12), 1041-1050. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2015/1041-1050.pdf>
- Skjervheim, H. (2000). *Objektivismen - og studiet av mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken: Mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery. A guide for mental health professionals*. London: Rethink Mental Illness. Hentet fra file:///C:/Users/gwa015/Downloads/100_ways_to_support_recovery_2nd_edition.pdf
- Slagstad, K. (2017). Psykiatriens indre konflikter eksponert. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 137(6), 421. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2017/03/fra-redaktoren/psykiatriens-indre-konflikter-eksponert>
- Smedslund, G., Siqveland, J., Kirkehei, I. & Steiro, A. K. (2018). *Langtidsbehandling med antipsykotika hos personer med schizofrenispektrumlidelser. Systematisk oversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2562379/Smedslund_2018_Lan.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Spencer, H. M., McMenamin, M., Emsley, R., Turkington, D., Dunn, G., Morrison, A. P., . . . Dudley, R. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for antipsychotic-free schizophrenia spectrum disorders: Does therapy dose influence outcome? *Schizophrenia research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.016>
- Standal, K. & Heiervang, K. S. (2018). Medisinfri behandling - et omstridt og etterlengtet tilbud. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(4), 335-346. 10.18261/issn.1504-3010-2018-07
- Statens legemiddelverk. (2018). *Legemiddeldefinisjon*. Hentet fra <https://legemiddelverket.no/godkjenning/klassifisering/hva-er-et-legemiddel-#legemiddeldefinisjon>
- Steingard, S. (2017). Five Year Outcomes of Tapering Antipsychotic Drug Doses in a Community Mental Health Center. *Community Mental Health Journal*, 1-4. 0.1007/s10597-018-0313-1
- Stovell, D., Morrison, A. P., Panayiotou, M. & Hutton, P. (2016). Shared treatment decision-making and empowerment-related outcomes in psychosis: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 23-28. 10.1192/bjp-bp.114.158931

- Sæterstrand, T. (2009). Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie. *Klinisk Sygepleje*, 23, 4-11.
Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2009/03/virksomme_relasjoner_i_psykiatrisk_sykepleie
- Tangvald-Pedersen, O. & Bongaardt, R. (2011). Tid og tilhørighet: Opplevelsen av god psykisk helse og dens implikasjoner for godt psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8, 100-108. Hentet fra <https://www.idunn.no/tph/2011/02/art11>
- Taylor, E., Perlman, D., Moxham, L., Pegg, S., Patterson, C., Brighton, R., . . . Heffernan, T. (2017). Recovery Camp: Assisting consumers toward enhanced self-determination. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 301-308. Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/inm.12227>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse - En innføring i kvalitativ metode* (4). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, E. C., Luther, L., Zullo, L., Beck, A. T. & Grant, P. M. (2017). From neurocognition to community participation in serious mental illness: the intermediary role of dysfunctional attitudes and motivation. *Psychological Medicine*, 47(5), 822-836. Hentet fra <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/from-neurocognition-to-community-participation-in-serious-mental-illness-the-intermediary-role-of-dysfunctional-attitudes-and-motivation/10950D786CD568397D01CEACFAD8E5AC>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torgalsbøen, A. K. (2016). Brukermedvirkning forutsetter valgfrihet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 53(8), 648-649. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=468633&a=4
- Tveiten, S. & Boge, K. (Red.). (2014). *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - Nye perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tytlandsvik, M. & Heskestad, S. (2009). Erfaringar med brukarstyrt innlegging ved psykosepost - ein kvalitativ evalueringssstudie. *Vård i Norden*, 29(1), 49-51. Hentet fra <https://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=47fe5b45-f6c3-4326-ac06-da952e5366e1%40sessionmgr4008&bdata=JnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=105521327>
- Ulland, D., Bøe, T. D. & Sæther, O. (2013). Begreper, kunnskap og makt innen feltet psykisk helse. I T. Mesel & P. Leer-Salvesen (Red.), *Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse* (Bd. 2). Kristiansand: Portal Akademisk.
- Underland, V., Holte, H. H. & Vist, G. E. (2018). *Effekt av fysisk trening for personer med alvorlige psykiske lidelser. Oversikt over systematiske oversikter*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2506756/Underland_2018_Eff.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- United Nations. (2016). Convention of the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Hentet 12. oktober 2018 fra <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- van der Krieke, L., Emerencia, A. C., Boonstra, N., Wunderink, L., de Jonge, P. & Sytema, S. (2013). A Web-Based Tool to Support Shared Decision Making for People With a Psychotic Disorder: Randomized Controlled Trial and Process Evaluation. *Journal of Medical Internet Research*, 10, 2-11. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806550/?report=reader>
- Vancampfort, D., Madou, T., Moens, H., De Backer, T., Vanhalst, P., Helon, C., . . . Probst, M. (2015). Could autonomous motivation hold the key to successfully implementing lifestyle changes in affective disorders? A multicentre cross sectional study. *Psychiatry Research*, 228, 100-106. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178115002127>
- Vancampfort, D., Moens, H., Madou, T., De Backer, T., Vallons, V., Bruyninx, P., . . . Probst, M. (2016). Autonomous motivation is associated with the maintenance stage of behaviour change in people with affective disorders. *Psychiatry Research*, 240, 267-271. 10.1016/j.psychres.2016.04.005

- Vancampfort, D., Stubbs, B., Venigalla, S. K. & Probst, M. (2015). Adopting and maintaining physical activity behaviours in people with severe mental illness: The importance of autonomous motivation. *Preventive Medicine*, 81, 216-220. 10.1016/j.ypmed.2015.09.006
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi* (1.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Volden, O. (2011). Vi sier farvel til "den psykiatriske pasienten" - et brukerperspektiv på psykisk helsefeltet. I A. J. W. Andersen & B. E. Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Volk, R. J., Llewellyn-Thomas, H., Stacey, D. & Elwyn, G. (2013). Ten Years of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the equality of patient decision aids. *Medical Informatics and Decision Making*, 2013, 1-7. Hentet fra <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1472-6947-13-S2-S1.pdf>
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Wifstad, Å. (1997). *Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wilder, C. M., Elbogen, E. B., Moser, L. L., Swanson, J. W. & Swartz, M. S. (2010). Medication Preferences and Adherence Among Individuals With Severe Mental Illness and Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, 61(4), 380-385. Hentet fra <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ps.2010.61.4.380>
- Wils, R. S., Gotfredsen, D. R., Hjorthøj, C., Austin, S. F., Albert, N., Secher, R. G., . . . Nordentoft, M. (2017). Antipsychotic medication and remission of psychotic symptoms 10 years after a first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 182, 42-48. Hentet fra <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996416304741>
- Wunderink, L., Nieboer, R. M. & Wiersma, D. (2013). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 70(9), 913-920. 10.1001/jamapsychiatry.2013.19
- Wunderink, L., Sytema, S., Nienhus, F. J. & Wiersma, D. (2009). Clinical Recovery in First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 362-369. 10.1093/schbul/sbn143
- Wärdig, R., Bachrach-Lindström, M., Hultsjö, S., Lindström, T. & Foldemo, A. (2015). Persons with psychosis perceptions of participating in a lifestyle intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1815-1824. 10.1111/jocn.12782
- Zia, J., Merinder, L. B. & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 21-22. 10.1093/schbul/sbq138
- Øye, I. (2009). Benzodiazepiner. I *Store medisinske leksikon*. Store norske leksikon. Hentet 17. desember 2018 fra <https://sml.snl.no/benzodiazepiner>
- Øye, I. (2018). Antikonvulsiva. I *Store medisinske leksikon*. Store norske leksikon. Hentet 19. november 2018 fra <https://sml.snl.no/antikonvulsiva>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Forenklet vurdering fra NSD

Vedlegg 2 - Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Vedlegg 4 - Grovkategorisering av empiri

Vedlegg 5 - Koder og kategorier

Vedlegg 6 - Hovedkategorier, underkategorier, sitater



Line Melbøe Sagen

9480 HARSTAD

Vår dato: 13.12.2017

Vår ref: 57645 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.12.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

57645	<i>Hva er miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling innen psykisk helsevern?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Line Melbøe Sagen</i>
<i>Student</i>	<i>Grete Wærmess</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter sensitive opplysninger
- veiledning i dette brevet
- UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at UiT Norges arktiske universitet er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til

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

- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for informasjonsskriv.

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i forskningsetiske retningslinjer.

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder.

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har taushetsplikt. De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du forsker på egen arbeidsplass må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68 / Siri.Myklebust@nsd.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hva er miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern?

Bakgrunn og formål med studien

Dette er en forespørsel til deg om å delta i en studie som søker å få frem kunnskap om hvilke erfaringer miljøterapeuter har etter innføringen av medikamentfri behandling i psykisk helsevern. Årsaken til at nettopp du blir spurt om å delta i denne studien, er din kompetanse som miljøterapeut i et medikamentfritt behandlingstilbud i voksenpsykiatrien. Intervjuet av deg inngår som en del av datagrunnlaget til min masteroppgave i funksjonshemming og deltakelse ved UiT Norges Arktiske Universitet, Campus Harstad, Institutt for vernepleie.

Min bakgrunn

Utdannet vernepleier ved HiH i 1992, videreutdanning i psykiatrisk sykepleie/vernepleie, godkjent kursholder i KiD (Kurs i Depresjonsmestring), videreutdanning i kognitiv terapi, godkjent veileder og klinisk vernepleier. Har i all hovedsak min kliniske erfaring fra spesialisthelsetjenesten (18 år), fra døgnavdeling, dagavdeling (ulike grupper), poliklinikk (behandler). Jeg har de siste årene jobbet som lærer ved vernepleierutdanningen i Harstad. Min interesse for og erfaring med psykiske lidelser er mangeartet, og kommer ikke alene fra min erfaring som yrkesutøver innen psykisk helse.

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å finne ut mer om temaet ønsker jeg å ha fokusgruppeintervju med miljøterapeuter i en institusjon som tilbyr medikamentfri behandling til voksne med alvorlige psykiske lidelser. Med miljøterapeuter menes personer med 3-årig helse- og/eller sosialfaglig utdanning eller lignende, med eller uten videreutdanning. Jeg vil intervju 3 grupper på ulike steder i landet. Hver gruppe vil bestå av maks 5 personer. Intervjuene vil ta utgangspunkt i en intervjuguide..

Hvert intervju vil ta maks 1,5 time, og tidspunkt og sted for intervjuet avtales mellom meg og avdelingsleder/fagleder. Intervjuet blir tatt opp på lydband, og vil i ettertid bli skrevet ut som tekst og tolket.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All informasjon vil bli anonymisert. Ingen andre enn undertegnede og veileder vil ha tilgang til intervjuene.

Lydopptakene lagres innelåst. Lydfilene slettes etter prosjektslutt. En navneliste på de jeg har intervjuet vil bli lagret atskilt fra lydbåndene. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når denne publiseres.

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest høsten 2018. Resultatene fra prosjektet vil bli presentert i en masteroppgave. Alle resultatene fra prosjektet vil bli presentert generelt.

Frivillig deltakelse og samtykke

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Anonymisering

Forskeren i studien har taushetsplikt. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Da miljøterapeuter har taushetsplikt forutsettes det at du uttaler deg på generelt grunnlag og ikke om gjenkjennbare enkeltsaker/personer.

Etiske vurderinger

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du samtykker i å delta i studien, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen. Samtykkeerklæringen gir du til meg når vi møtes for intervju.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Grete Wærness, mail: grete.wærness@uit.no, tlf.: 77058372 eller mobil: 41244215. Eventuelt ta kontakt med veileder Line Melbøe, førsteamanuensis ved UiT Norges Arktiske Universitet, Campus Harstad, Institutt for Vernepleie, mail: line.melboe@uit.no, tlf.: 77058342.

Takk for at du tok deg tid til å lese dette!

Vennlig hilsen

Grete Wærness

Åsveien 9

9405 Harstad

Samtykke til deltakelse i studien:

«Hva er miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern?»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

Navn:

Tlf.nr.:

Sted:

Dato:

Signatur

Masteroppgave Grete Wærness

Intervjuguide

Tittel (problemstilling): Hva er miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i psykisk helsevern?

Generelt om intervjuet; anonymitet, gjennomføring, tid, opptak, behandling av data, frivillighet med mer.

Denne undersøkelsen vil fokusere på miljøterapeuters erfaringer med medikamentfri behandling i institusjoner hvor pasienter søker behandling for en alvorlig psykisk lidelse.

Bakgrunnsopplysninger:

Intervju referansenummer.

Utdanningsbakgrunn og erfaring.

Tema: Erfaringer med medikamentfri behandling

Kan dere fortelle hva det medikamentfrie behandlingstilbudet dere tilbyr går ut på?

- Type behandlinger
- Dag/døgntilbud
- Varighet
- Annet?

Tema: Likheter/ulikheter i medikamentfri behandling og tradisjonell behandling

Kan dere si noe om hva som er eventuelle ulikheter og/eller likheter mellom den medikamentfrie behandlingen som tilbys nå i forhold til den tradisjonelle behandlingen som dere tilbød tidligere?

Kan dere komme med konkrete eksempler på slike ulikheter/likheter i praksis?

- Pasientgruppe
- Brukermedvirkning (makt?)

- Medikamentbruk
- Annet?

Tema: Eventuelle fordeler/ulemper med medikamentfri behandling

Hva opplever dere som mulige fordeler og/eller ulemper ved det medikamentfrie behandlingstilbudet.

Fordeler og/eller ulemper for:

- Pasienter
- Pårørende/nettverk
- Ansatte

Kom gjerne med konkrete eksempler.

Fordeler og/eller ulemper i forhold til:

- Brukermedvirkning
- Samarbeid lokale helse-/sosialtjenester
- Annet?

Noe dere vil tilføye som dere tenker er sentrale erfaringer ved medikamentfrie tilbud som jeg ikke har spurt om?

- Oppklaringer og/eller utdypende kommentarer

Oppsummering av intervjuet ved intervjuer/moderator.

Kategorikort 1 -

Vedlegg

Hovedkategori 1	
Former for medikamentfri behandling	
<i>Underkategorier</i>	<i>Koder</i>
<p>Kjennetegn ved medikamentfri behandling</p> <p>① - <u>Organisering:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Frivillig - Døgnvakt - Målgruppe <p>② - <u>Giennomgående behandlingsplaner:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Recovery - Miljøterapi - Nettverk - Med. behandling <p>③ - <u>Tilbud: /Aktivitet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle - Gruppetilbud - Tilbud hvor miljøterapi bidrar 	<p>Intervju nr. 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frivillighet - Motivasjon (pasienten må skrive egenhenvisning – forvern) - Personalet er svært motivert - Kan være helt medikamentfri eller i nedtrapping av medikamenter - Døgnavdeling spesifikt for medikamentfri behandling - Varighet: fra noen dager til flere måneder - Må ha en behandler lokalt - Del av et behandlingsforløp - Nettverksorientert - Målgruppe: psykoselidelser og bipolare lidelser - Pasienten deltar i utformingen av behandlingsopplegget - Internundervisningen er både for pasienter og personale - Miljøterapi ligger i bunnen (rammer / struktur / forutsigbarhet) - Nettverksorientert (samarbeid mellom aktører i behandlingsskjeden) – tett samarbeid med lokalt hjelpeapparat - Recovery: recoverytankegangen preger hele behandlingen. - Fokuserer på det friske i mennesket - Ansvar – endringer både for pasienten og for personalet - Ingen eller liten bruk av medikamenter <p>Intervju nr. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frivillighet - Forberedende samtale / motivasjon - Somatisk u.s. foretas

Vedlegg 6 - Hovedkategorier, underkategorier, sitater

		«Det er pasientens møte. Behandler er med, og så dagskontakt. Og så er legen med, hvis det er behov for det, og sosionomen er med hvis det er behov for det.» (2:3)
	Miljøterapi	«Det er jo miljøterapien i forhold til daglig struktur.» (3:1) «Miljøterapi ligger i bunnen
	Medikamentbruk	«...i stedet for å fly til oss og be om piller og Sobril eller at nå er det vanskelig, så går vi gjennom hva slags strategi vedkommende har skrevet ned, og hvordan han ønsker å møte et problem....og det er veldig tøft, men da klarer vi å stå i det, og til slutt så er dette med tablett og annet fokus – det dabber litt av – og så blir de sakte, men sikkert tuna inn på sine tilfriskningsmål.» (2:1) «...og det er færre pasienter som står på eventuelt-medisiner.» (2:3)

Hovedkategori 3: Fordeler og/eller utfordringer ved medikamentfri behandling	Underkategori	Sitater
	Ressurser	«Og så har vi fysisk aktivitet en gang i uka bare. Det er litt for lite. Det er ofte pasienter som tror vi har mye mer aktivitet, men det er litt for lite personale, vi har ikke helt fått det til. Men vi jobber med saken, da.» (2:3)
	Nettverksarbeid og samarbeid med øvrig helsetjeneste	«Vi er ikke behandlingen. Vi er en del av det. Og det er kjempeviktig. Og vi har veldig fokus – også en del av behandlingen er god kontakt med nettverket der ute, og at alt vi setter i gang, alt fra aktivitet til type samtaler vi fokuserer på eller går dypere inn i skal ha en sammenheng med det som også skal skje etter at de drar herfra – eller med utgangspunkt i hva de har startet hjemme. Det skal være en sammenheng.» (1:2)