



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**MEDARBEIDERE MED ERFARINGSKOMPETANSE I PSYKISK
HELSEVERN**

**CO-WORKERS WITH EXPERIENCE BACKGROUND IN
MENTAL HEALTHCARE:**

Eline Yoo Mee Randsborg Melbø

Totalt antall sider inkludert forsiden: 33

Molde, 29.05.2009



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Medarbeidere med erfaringskompetanse i psykisk helsevern

Tittel på engelsk: Co-workers with experience background in mental healthcare

Forfatter(e): Eline Yoo Mee Randsborg Melbø

Fagkode: VPL05

Studiepoeng: 180

Årstall: 2009

Veileder: Hege Bakken

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Opgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 29.05.2009

Antall ord: 7584

FORORD

Bakgrunnen for denne oppgaven var blant annet seminaret om brukerkompetanse, som ble avholdt på høgskolen i Molde 24. mars 2009. Det var på deres seminar at jeg først ble introdusert for brukersettelser og brukerkompetanse.

Min hensikt med denne oppgaven er å bevisstgjøre leseren på denne formen for kompetanse, og et ønske er at oppgaven skal medvirke til at leseren utvikler egne refleksjoner om temaet.

Arbeidet med oppgaven har vært spennende og gitt meg som person, stort læringsutbytte. Det som har opplevdes mest utfordrende, har vært å anskaffe vitenskapelige artikler og faglitteratur om emnet, ettersom det i dag er gjennomført svært lite forskning om brukersettelser.

Jeg vil takke Front kompetansesenter for at de avholdt seminaret om brukersettelser. I tillegg vil jeg rette en stor takknemmelighet til veilederen min, Hege Bakken, som har gitt god oppfølging og nyttige råd underveis. Til sist vil jeg takke samboeren min for god støtte under arbeidet med oppgaven, og for at han var så tålmodig og positiv i denne perioden.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	
1.1	Presentasjon av tema	5
1.2	Bakgrunn for valg av tema	5
1.3	Hvorfor er temaet relevant (for yrkesgruppen og faget)	6
1.4	Oppgavens disposisjon	6
2.0	PROBLEMSTILLING	
2.1	Hovedproblemstilling	8
2.2	Begrunnelse for valg av problemstilling	9
2.3	Avgrensning av problemstilling	9
2.4	Begrepsavklaringer i problemstillingen	9
2.6	Begrepsavklaring i oppgaven	9
3.0	METODE	10
3.1	Valg av metode	10
3.2	Beskrivelse av metode	10
3.3	Validitet	11
3.4	Reliabilitet	12
3.5	Min forforståelse	12
4.0	TEORI	14
4.1	Brukermedvirkning	14
4.2	Brukeransettelser	16
4.3	Empowerment	17
4.4	Makt	18
4.5	Ulik kompetanse	20
5.0	DRØFTNING	23
5.1	Ulik kompetanse	24
5.2	Kompetanseskjevhet	24
5.3	Profesjonskultur	25
5.4	Makt, profesjonsmakt og paternalisme	26
5.5	Medikalisering av samfunnet	27
5.6	Avmakt	27
5.7	Tjenestemottaker vs. Brukeransatt	28
6.0	AVSLUTNING	29
6.1	Oppsummering/sammendrag	29
6.2	Konklusjon	29
9.0	LITTERATURLISTE	
9.1	selvvalgt litteratur	

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

I Opptrappingsplanen for psykisk helse blir brukeransettelser presentert som et tiltak for brukermedvirkning på systemnivå (Sosial- og helsedirektoratet 2006:24). Dette har kanskje medvirket til den samfunnsaktuelle debatten som i dag pågår, med tema brukeransettelser i psykisk helsevern.

En oppfatning er at erfaringsmedarbeideres kompetanse kan være utfyllende til de profesjonelles fagkompetanse. Bakgrunnen for denne oppfatningen er kanskje at erfaringsmedarbeiderne har forutsetning for å møte tjenstemottakerne med en annen forståelse enn hva øvrige tjenesteytere har. Deres kompetanse kan dermed sees på som en utfyllende kompetanse til de profesjonelles, og et samarbeid kan dermed føre til et helhetlig tjenestetilbud. Andre kan kanskje oppleve inkludering av erfaringskompetansen inn i psykisk helsevern. En årsak kan være at erfaringskompetansen kan sees på som en trussel mot den tradisjonelle profesjonskulturen, hvor fagfolk vet best. Disse ulike oppfatningene kan kanskje medvirke til utfordringer i et samarbeid mellom medarbeider med erfaringskompetanse og øvrige tjenesteytere.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Det som inspirerte til mitt valg av tema var seminaret om brukerkompetanse i psykisk helsevern, som Front kompetansesenter holdt på høgskolen 24. mars 2009. Deres presentasjon omhandlet blant annet ulike utfordringer knyttet til inkludering av medarbeidere med erfaringskompetanse.

Bakgrunnen for at jeg valgte å knytte brukerkompetanse opp mot psykisk helsevern, er i tillegg til min personlige interesse på området, min forståelse av at brukermedvirkning og fokus på å nyttiggjøre tjenstemottakers ressurser ikke har hatt et like stort fokus innen dette feltet, som på andre områder i helse- og sosialsektoren. Slik jeg oppfatter det, kan det tenkes at en konsekvens av diskusjonene og utprøvingen av brukeransettelser som pågår i dag, kan medvirke til at brukermedvirkning også fremtidig får en sentral rolle i psykisk helsevern. Tankegangen om å inkludere brukerkompetansen inn i behandlingstilbudet ble i følge Elvestad og Bøe (2008) allerede introdusert på 1800-tallet, men som jeg vil komme nærmere inn på senere i oppgaven, ble ikke brukeransettelser gjennomført den gangen.

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å introdusere det dagsaktuelle temaet brukersettelse og erfaringskompetanse i psykisk helsevern. For enkelte kan oppgaven muligens fremstå som noe kritisk til de profesjonelle, ved at kun fremheves utfordringer relatert til dem. For å presisere at oppgaven ikke har som hensikt å henge ut denne gruppe, velger jeg igjen å nevne at dette har sammenheng med oppgavens avgrensning. I tillegg er formålet med oppgaven at leseren utvikler refleksjoner omkring egne holdninger til brukersettelser. I vernepleierens yrkesetiske retningslinjer blir det blant annet presentert at samarbeid er en forutsetning for utøvelse av helse- og sosialfaglig arbeid, og at kjennskap til, og respekt for hverandres kompetanse og roller er viktig (Fellesorganisasjonen 2002:9).

1.4 Hvorfor er temaet relevant for faget og vernepleiere

Opprinnelig var vernepleierutdannelsen i følge (Fellesorganisasjonen 2008:5f) opprettet på bakgrunn av et økt behovet for kvalifisert helsepersonell i arbeid med personer som har psykisk utviklingshemming. Som en videreutvikling, er psykisk helsevern blitt en av vernepleierens aktuelle arbeidsarenaer (Fagplan for Bachelor i vernepleie 2008:4f). Det medvirker til at vernepleierens samarbeidspartnere blant annet kan være medarbeidere med erfaringskompetanse. Min oppfatning er at jeg på bakgrunn av min vernepleierfaglige forforståelse, skal vise en respekterende holdning ovenfor mine kollegaer, uavhengig om de har profesjonsbakgrunn eller erfaringskompetanse. Egne erfaringer tilsier at det ikke alltid er overensstemmelser i arbeidskollegaene og mine synspunkt. Derfor kan det tenkes at det også forekommer ulike oppfatninger knyttet til inkludering av brukerkompetanse, hos de profesjonelle tjenesteyterne. I fagplanen står det at vernepleieren skal ha evne til å samhandle med tjenestemottakere og samarbeidspartnere på en faglig god og etisk forsvarlig måte (Fagplan for vernepleierutdanningen i Molde 2004:15).

1.4 Oppgavens disposisjon

I første kapittel presenterer jeg temaet for oppgaven og bakgrunnen for valg av tema. I tillegg forklarer jeg her hvorfor jeg anser temaet som relevant for faget og vernepleieryrket. Kapittel to omhandler problemstilling. Jeg introduserer først problemstillingen med begrunnelse for valget, og gir deretter en avgrensende forklaring til problemstillingen. Avslutningsvis i dette kapittelet definerer jeg begrep som fremkommer i problemstillingen. Videre følger kapittel om metode. I denne delen forklarer jeg hvordan min forforståelse kan påvirke oppgaven og

spesielt drøftningskapittelet. I den forbindelse formidler jeg hvordan jeg har forsøkt å begrense at min forforståelse er blitt fremtredende i oppgaven. Relatert til mitt valg om litteraturstudie, presenterer jeg i dette kapittelet de søkeordene jeg benyttet eller kunne benyttet i bibliotekets database under litteratursøket. Metodekapittelet trekker også frem validiteten og reliabiliteten i oppgaven. Sist i kapittelet drøfter jeg om oppgaven svarer på problemstillingen. Det kommende kapittelet fremhever teori som er relevant for problemstillingen. I denne delen belyser jeg ikke egne synspunkt, men underbygger oppgaven med pensumlitteratur og annen relevant litteratur. Kapittel fem er drøftningsdelen i oppgaven. Her benytter jeg teori fra foregående kapittel og empiri til å diskutere problemstillingen. Jeg stiller spørsmål og viser en undrende holdning i drøftningskapittelet, men forsøker likevel å begrense at min forforståelse påvirker drøftningen. Følgende kapittel er avslutning hvor jeg oppsummerer og forsøker å presentere en konklusjon. I det siste kapittelet fremmer jeg noen refleksjoner og tanker, som jeg har opparbeidet meg underveis i arbeidet med oppgaven.

2.0 PROBLEMSTILLING

2.1 Problemstilling

Er det vanskelig å inkludere brukeransettelser og brukerkompetanse i psykisk helsevern?

2.2 Begrunnelse for valg av problemstilling

Min opplevelse var at det var utfordrende å begrense problemstillingen, ettersom det var så mange spennende områder å velge innenfor temaet. Likevel tror jeg medbestemmende for avgrensningen av problemstillingen var mitt ønske om å skrive om et dagsaktuelt tema som var lite utprøvd og som det var foretatt lite forskning på.

Ettersom brukeransettelser i psykisk helsevern først er blitt aktuelt i de senere årene, er det begrensede tilbakemeldinger fra tjenestestedene på om ansettelse av medarbeidere med erfaringskompetanse er å foretrekke eller ikke. Rapporten "Med livet som kompetanse", som psykisk helse har utarbeidet på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, underbygger dette ved å vise til at brukeransettelser er et område med begrenset kunnskaper, hvor holdninger og myter om psykisk helsevern og brukeransettelser har vært utbredt (Rådet for psykisk helse2006:21).

På seminaret om brukeransettelser, som Front kompetansesenter holdt på høyskolen 24. mars 2009, var flere av foredragsholderne tjenesteytere med erfaringskompetanse. De introduserte ulike temaer, deriblant utfordringer knyttet til inkludering av medarbeiderne med erfaringskompetanse.

Under litteratursøket ble jeg ytterligere bevisstgjort på det begrensede omfanget av fagkunnskap og vitenskapelig forskning som finnes om brukeransettelser. Dette medvirket til at jeg valgte problemstilling på bakgrunn av den litteraturen som var å oppdrive.

I løpet av skriveprosessen har jeg endret problemstilling et par ganger, ettersom jeg opplevde at den ikke samsvarte fullstendig med oppgavens innhold.

2.3 Avgrensning av problemstilling

For å avgrense omfanget på oppgaven, har jeg valgt å fremheve tenkelige utfordringer knyttet til de profesjonelle, og dermed ikke vektlagt utfordringer relatert til brukeransatte.

Jeg har også foretatt et utvalg av utfordringer, og belyser i denne oppgaven, ikke dens fulle omfang.

2.4 Definisjoner av begrepene i problemstillingen

I problemstillingen fremkommer det sentrale begrep som jeg velger å definere for å tydeliggjøre min forforståelse av begrepene.

Brukeransettelse og brukerkompetanse

Tidsskriftet for psykisk helsearbeid (2008) presenterer at brukeransettelse eller ansettelse av medarbeider med erfaringskompetanse er ”en ansettelse hvor dét at den ansatte har erfaringskompetanse er hovedgrunnen til ansettelsen”. Det innebærer at personene har tilegnet seg kvalifikasjoner som følge av egne erfaringer med psykiske lidelser.

I oppgaven benytter jeg begrepene brukeransatt og erfaringsmedarbeider synonymt med medarbeider med erfaringskompetanse, for å variere ordbruker, og for å fornekle setningsoppbyggingen.

2.5 Begrepsavklaring i oppgaven

Brukermedvirkning

Jeg tror brukeransettelser kan bidra til ytterligere fokus på brukermidvirkning. Sosial- og helsedirektoratet (2007) definerer begrepet brukermidvirkning som ”Brukerens innflytelse på utformingen av tjenester og i det enkelte møtet mellom bruker og tjenesteutøver”.

3.0 METODE

En metode kan i følge Tranøy i Dalland (2007:81) presenteres som ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”.

Metoden kan si noe om hvordan vi ønsker å frembringe informasjon, eller etterprøve kunnskap. Bakgrunnen for å velge en bestemt metode fremfor en annen, er oppfattelsen om at den valgte metoden vil gi oss god data, i tillegg til at den vil fremstille problemstillingen på en faglig måte.

3.1 Valg av metode

Jeg har valgt å benytte litteraturstudie som metode for å belyse og drøfte oppgavens problemstilling. Bakgrunnen for dette valget er hovedsakelig at brukeransettelser har hatt lite fokus inntil nå, og derfor ikke kan vise til omfattende forskningsstudier. I utgangspunktet ønsket jeg å foreta en kvalitativ undersøkelse, men på grunnlag av begrenset tidsperiode valgte jeg etter hvert å se bort i fra dette. Som del av forberedelsene til utarbeidelsen av denne oppgaven, ble vi introdusert til de ulike databasene som kunne benyttes i litteratursøk. Dette var også medvirkende til mitt valg om å foreta litteraturstudie.

3.2 Beskrivelse av metode

Under litteratursøket benyttet jeg databasene Norart, SveMed, Ovid-baser, Proquest og BIBSYS. Først benyttet jeg søkeordene uten trunkeringstegn, og forsøkte deretter de samme søkeordene med trunkeringstegn som ?, + , og/eller, and.:

Erfaringsmedarbeider

Brukeransatt/brukeransettelse

brukerkompetanse

Erfaringskompetanse

Psyk? og bruker?

Psyk? og samarb?

Når jeg ikke fikk noen aktuelle treff på disse søkeordene, valgte jeg søkeord som kunne ha relateres til brukeransettelser eller medarbeidere med brukererfaring. Dette var blant annet søkeordene:

Psyk?

Roller?

Medarb? Og psyk?

Heller ikke disse søkeordene ga informasjon som omfattet temaet eller problemstilling.

Jeg forsøkte derfor å søke på ordet ”experience co- worker” i databasen Proquest, men også her kunne ikke databasen finne aktuell litteratur.

Måten jeg innhentet litteratur til oppgaven på, var å søke på internettsiden til organisasjonen psykisk helse. Dette søket resulterte i ulike artikler fra medlemsbladet deres, tittelen på tre fagbøker og internettdresser.

På bakgrunn av det begrensede omfanget med aktuell litteratur, er oppgaven blant annet utarbeidet med kildehenvisninger fra medlemsbladet til psykisk helse. Samtidig er jeg bevisst på at dette kan føre til svekket validitet og reliabilitet til oppgavens innhold.

3.3 Validitet

I følge Aadland (2004:280) kan validitet oversettes med gyldighet. Dalland (2007:93) opplyser at et grunnleggende krav til data er at de må være valide, som innebærer at de er aktuell for problemstillingen.

Som tidligere nevnt i kapittelet om problemstilling, har jeg underveis i oppgaven måttet endret problemstillingen, slik at den samsvarte med teorien og drøftningen. Dersom jeg ikke hadde forandret problemstillingen, ville den ikke kunne anses som valid opp mot dataen eller teorien i oppgaven. Etter den siste endringen av problemstilling, opplevde jeg at denne i sammenheng med nevnte avgrensning av problemstillingen, ble dannet ut fra oppgavens innhold, og derfor svarer på problemstillingen.

En faktor som kan ha innvirkning på oppgavens validitet kan være at flere artikler om brukerkompetanse og brukeransettelse er hentet ut fra hjemmesiden til interesseorganisasjonen psykisk helse. Jeg har ingen bakgrunnsinformasjon om forfatterne av disse artiklene, som dermed kan være hvilken som helst samfunnsborger. Begrunnelsen for at jeg likevel valgte å benytte disse artiklene, er det avgrensede området med faglitteratur.

I beskrivelse av metode nevnte jeg søkeordene som ble benyttet i litteratursøket. Det kan tenkes at andre søkeord kunne gitt flere funn i databasene. Måten jeg kunne oppnådd flere funn på, kunne vært dersom jeg benyttet flere synonyme eller parallelle ord i databasene. Blant annet søkte jeg som tidligere nevnt ”experience co-workers”. Jeg kunne isteden søkt ”experience background”.

3.4 Reliabilitet

Reliabilitet kan i følge Aadland (2004:281) forklares som pålitelighet. Dallan (2007:94) skriver at data kan anses som relevante, men at de må være innhentet og anvendt slik at de også kan oppfattes som pålitelig. Det oppnås dersom de forskjellige leddene i prosessen ikke viser til noen unøyaktigheter.

I oppgaven henviser jeg til andre forfatteres bøker eller artikler. Dette kan medføre til at de ulike forfatternes forforståelse kan påvirke det de presenterer i bøkene eller artiklene. Når jeg velger å benytte disse i min oppgave, kan det tenkes at min gjengivelse ikke er fullstendig samsvarende med hva forfatteren i utgangspunktet ønsket å formidle. Årsaken kan i tillegg til min forforståelse, være at jeg har foretatt forandringer i setningsoppbyggingen eller omformulert sitat.

3.5 Min forforståelse

Forforståelse kan i følge Røkenes og Hanssen (2006:12f) sees på som ”*de brillene vi alltid har på oss, og som farger alt vi ser*”. Det forklares med at våre egne erfaringer, følelser, tanker og ideer er medvirkende til hvordan vi forstår andre, vår opplevelse og måte å fortolke verden på (Røkenes og Hanssen 2006:12ff).

Min måte å begrense at min forforståelse har farget oppgaven, er at jeg blant annet har forsøkt å nedfelle teorien mest mulig objektiv. Jeg har heller ikke inkludert for mange egne tanker og

meninger i oppgaven, uten å underbygge disse med andre forfatteres teori. På bakgrunn av at jeg kun har fremmet utfordringer relatert til de profesjonelle, kan det muligens oppfattes som om det er av hensyn til egen forforståelse. Jeg vil derfor tydeliggjøre at dette verken var eller er motivet for oppgavens avgrensning, men at hensikten skulle være at leseren skapte refleksjoner over egne holdninger til dette temaet.

4.0 TEORI

4.1 BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning i psykisk helsevern

I sosial- og helsedirektoratets forslag til Opptrappingsplan for psykisk helse 2003-2006, presenteres det at en nødvendig forutsetning for godt psykisk helsearbeid er brukermidvirkning. (Sosial- og helsedirektoratets forslag til Opptrappingsplan for 2003-2006:10). Ulvestad m.fl (2007:20) skriver at Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) ”Åpenhet og helhet” beskriver at et overordnet mål innen helse- og sosialtjenestene er brukermidvirkning. Også i Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for å bedre kvaliteten i sosial- og helsetjenesten, inkluderes det at brukermidvirkning er en nødvendighet. I veilederen psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet (2007:27) beskrives brukermidvirkning som tjenestemottakernes innflytelse i utforming av tjenestetilbudet og i møtet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter.

Ulvestad m.fl (2007:21) presiserer at profesjonenes måte å handle på ikke er tidløse, men at de har sin opprinnelse fra historiske kontekster innvevd i faglige, organisasjonsmessige, administrative, tjenesteyter fratras sitt faglige ansvar, medfører det et radikalt brud med praksistradisjoner i sosial- og helsevesenet. I følge Sosial- og helsedirektoratet er brukermidvirkning både politisk og ideologisk korrekt, men det kan likevel oppfattes som tomme ord dersom tjenesteytere ikke fremmer nye arbeidsformer. En del av den faglige forståelsen av psykiske lidelser, må være tjenestemottakernes erfaringer og forståelse av psykiske lidelser. Det inntreer ikke endringer før brukermidvirkning anses som en anerkjent metode som er satt i system på de enkelte arbeidsplassene, og implementeres som en naturlig del av tjenestens virksomhet (Ulvestad m.fl 2007)

Brukermedvirkning kan integreres på ulike nivåer. På individnivå innebærer brukermidvirkning at tjenestemottakeren har medvirkning knyttet til sitt behandlingsopplegg. På systemnivå er ett mål å sikre at kommuner og spesialhelsetjenesten har system for systematisk tilbakeføring av tjenestemottakernes erfaringer, for å utvikle og kvalitetssikre tjenestene. En forutsetning er blant annet at brukerrepresentanter i eksempelvis brukerorganisasjoner inngår i et likeverdig samarbeid med representanter fra tjenesteapparatet. Brukermedvirkning kan også fremmes på politisk nivå. Det innebærer at brukergrupper og brukerorganisasjoner inkluderes i prosesser før politiske avgjørelser fattes. Dette kan være gjennom representasjon i ulike råd, utvalg eller komiteer. Brukermedvirkning

på systemnivå kan vises som et skalkeskjul for manglende brukermedvirkning på individnivå. Dette ved at brukerinvolvering på systemnivå ikke forteller noe om hva som foregår i møtet mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Det personlige møtet og samtalen framstår som vesentlige elementer i all kontakt mellom tjenestemottaker og tjenestetilbudet. Det er derfor vesentlig å sikre at begge parter opplever kontakten som god (Ulvestad m.fl 2007:21).

Brukermedvirkning som sosialpolitisk krav, har to forskjellige forklaringer som stammer langt tilbake i tid. Den ene forklaringen går tilbake til demokratiseringskampen på slutten av 60-tallet, hvor blant annet fagbevegelsen krevde medinnflytelse på arbeidsplassen, studenter krevde innflytelse på universitetene. I tillegg til de demokratiske rettighetene en hadde som samfunnsborger, var også kravet at en skulle få innflytelse i den organisasjonen en var ansatt i. I samsvar med denne tankegangen er det rimelig at også tjenestemottakere i velferdssektoren skal ha innflytelsesrett på beslutninger som omhandler deres liv. Den andre forklaringen til kravet om økt brukermedvirkning er nyliberalistisk tenkning. Denne tankegangen ønsket å innføre markeder eller markedsanaloge modeller for fordeling også av velferdsgoder. Overføre makt til kundene har vært en av begrunnelsene ut fra oppfatningen om at "kunden er konge" på markedet, ettersom vedkommende kan velge blant forskjellige tilbud. Som følge av at demokratitilhengerne refererer til et fellesskap som fordeler innflytelse og beslutningsrett, og markedstilhengerne refererer til at tjenestemottaker er enkeltindivid som fatter beslutninger ut fra egen interesse, kan det oppstå en interessekonflikt mellom disse to forklaringene. Det er derfor vesentlig å avklare i hvilken grad enkeltindividet skal ha selvbestemmelse og hvor mye som skal besluttes av fellesskapet, de overordede interesser og kollektive organer. Samtidig er målet at enkeltindividet skal ha selvbestemmelsesrett i størst mulig grad (Askheim og Starrin 2007:36f).

En videreføring av brukermedvirkning kan i følge Elvemo og Bøe (2008) være brukersattelser på ulike arbeidsplasser innen psykisk helsevern. Dette underbygger også rapporten "Med livet som kompetanse", som er siste delprosjekt i kvalitetutviklingsprosjektet. Kvalitetutviklingsprosjektet omfatter i følge Rådet for psykisk helse å skape en oversikt over hva som skaper god kvalitet til tjenestetilbudet for personer med psykiske vansker. Rapporten "Med livet som kompetanse" omtaler brukersattelser i psykisk helsevern, og skriver at slike sattelser kan anses som en naturlig videreføring av brukermedvirkning (Rådet for psykisk helse 2006).

4.2 BRUKERANSETTELSE

Hva er en brukersettelse

Rapporten som er nevnt ovenfor ”Med livet som kompetanse” er utarbeidet av psykisk helse, på oppdrag av Sosial- og helsedirektoratet som del av kvalitetutviklingsprosjektets satsing på brukermedvirkning. Rapporten presenterer brukersettelser i psykisk helsevern.

(Sosial- og helsedirektoratet 2008). Bøe og Thomassen (2007:134f) skriver at brukersettelser innebærer at personer med egne erfaringer fra tjenestemottakerrollen i psykisk helsevern, blir ansatt i ulike tjenester, og deltar i arbeidet med blant annet å utforme tjenestetilbudet. I følge kvalitetutviklingsprosjektet er brukersettelser en videreføring av brukermedvirkning. I følge Elvemo og Bøe (2008) kan arbeidsområdene til en brukersatt være kvalitetutviklingsarbeid, undervisning eller klinisk virksomhet. Poverud (2008) poengterer at brukersettelser ikke dreier seg om rehabilitering til den ansatte, men at tjenestestedene har behov for erfaringskompetansen.

Historikk om brukersettelser

I rapporten ”Med livet som kompetanse” blir det beskrevet at brukersettelser er lite omdiskutert, og at det ikke er et norsk fenomen å involvere tjenestemottakere i utviklingen av helse- og sosialtjenestene (Rådet for psykisk helse 2006). Likevel skriver Elvemo og Bøe (2008) at tankegangen om brukersettelser ble presentert allerede på 1800-tallet av franskmannen Philippe Pinel. Vedkommende var direktør ved et offentlig hospital for menn med psykiske lidelser. Pinels oppfatning var at personer med egne erfaringer var bedre egnet til å forstå andre tjenestemottakeres behov, enn øvrige tjenesteytere. Dette på bakgrunn av egne erfaringer. Pinels tankegang ble motarbeidet på grunnlag av profesjonstankegangen i psykiatrien, og medførte til at denne praksisen ikke ble gjennomført i praksis.

Det er heller ikke i dag en svært utbredt praksis å benytte tjenestemottakernes erfaringer i fagutvikling eller i direkte arbeid med tjenestemottakerne. Dette til tross for at det sannsynligvis alltid har arbeidet tjenesteytere i psykiatrien som har, eller tidligere har hatt psykiske vansker (Elvemo og Bøe 2008, Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr.4).

Brukerkompetansens verdsettelse i Norge

Som del i prosjektet ”Med livet som kompetanse” ble det foretatt en kvalitativ undersøkelse hvor hensikten var å innhente opplysninger om antallet brukeransettelser i Norge. Av totalt 562 utsendte spørresjemaer til distriktpsikiatriske senter, kommuner, sykehus og foretak og høyskoler og universitet, var det 62 tjenestesteder som returnerte spørreskjemaet. 15 av disse stedene meldte at de hadde ansatte medarbeidere med erfaringskompetanse. Psykisk helse presiserer at det kan være ulike årsaker til den lave svarprosenten og det lave antallet ansatte. Enkelte av stedene uttalte at de anså brukeransettelser som en måte å gjøre tjenestemottakeren en bjørnetjeneste. Noen steder rapporterte at de ikke opplevde brukerkompetansen som viktig for feltet, mens andre igjen viste en nysgjerrig eller undrende holdning til brukerkompetansens bidrag. Psykisk helse skriver at denne responsen er naturlig knyttet til tradisjonen om å ikke blande bruker- og behandlerrollen. Likevel fikk psykisk helse også positive tilbakemeldinger på ideen om brukeransettelser. Dette ved at enkelte av tjenestestedene uttalte at de anså brukeransettelse som en god ide og en ny og positiv tankegang. Andre steder beskrev at de ønsket brukeransettelser på sitt tjenestested, men at dette var vanskelig å gjennomføre på grunn av økonomiske hensyn (Rådet for psykisk helsevern 2006).

4.3 EMPOWERMENT

Empowermentbegrepet

Som nevnt ovenfor står maktdimensjonen sentralt i empowerment ideologien. Det finnes ingen entydige definisjoner på begrepet, men Gutierrez (1990 i Askheim 2004:104) presenterer empowerment som ”*A process of increasing interpersonal, og political power so that individuals can take action to improve their lifesituation*”. I følge Askheim (2004) innebærer dette et syn på mennesket som et subjekt, som har anlegg for å delta i avgjørelser og handlinger som omhandler eget liv. Den individuelle dimensjonen er rettet mot prosesser og aktiviteter som har formål om å øke individets kontroll over eget liv. Den strukturelle dimensjonen omhandler barrierer, maktforhold og samfunnsstrukturer som fastholder ulikhet, urettferdighet og manglende anledning til å ha kontroll over eget liv.

Empowerment som begrep og idé har en sterk sammenheng med den sosiale aktivistideologien og de sosiale protesbevegelsene som vokste frem i USA på slutten av 1960-

tallet og begynnelsen av 1970-tallet. Dette var under parolen "Power to the people", i tillegg til ideene om hjelp til selvhjelp som ble introdusert under 1970-tallet (Askheim og Starrin 2007:14). Andre inspirasjonskilder var blant annet kvinnebevegelsen og frigjøringsbevegelsen (Askheim 2004:103). Empowerment som begrep ble også bærende i diskusjoner om nye strategier for prevensjon og intervensjon på områder som folkehelse og sosialt arbeid. Når begrepet ble lansert i 1970-årene var hovedfokus grasrotperspektivet på samfunnet (Askheim og Starrin 2007:15f).

Begrepet appellerer ikke kun til politikere, men til alle personer som arbeider med mennesker. Det er flere årsaker til at tjenesteytere i helsevesenet viste interesse for empowerment. Begrepet poengterer verdien av å støtte personer som befinner seg i en utsatt situasjon, uavhengig om situasjonen er akutt eller relatert til helsefremmende arbeid på lang sikt. Empowerment understreker også betydningen at å anse mennesket som aktør, og som selv "vet hvor skoen trykker". På 1970-1980-tallet hadde mange den oppfatningen om at det var på tide å bryte med de tidligere dominerende forestillingene om at mennesket er passiv, kunnskapsløs og har behov for ledelse. For personer som opplevde at staten og den offentlige sektoren ikke lenger hadde samme engasjement for personer eller grupper som var utsatt eller hadde behov for bistand, ble empowerment et alternativ. Innføringen av empowermentbegrepet var derfor også en reaksjon mot myndighetenes "ovenfra og nedad"-holdning til personer de ikke anså måtte holdes i stramme tøyer. I tilknytning til klient-, pasient-, og frivillige organisasjoner og sammenslutninger, omhandler empowerment makt, og makt over egen tilværelse. Dette ved å støtte hverandre, kjempe for å bli hørt og å få anledning til å delta på like vilkår (Askheim og Starrin 2007:15f). (Askheim 2004:103) supplerer med å skrive at makten må gis eller tas tilbake av de avmektige.

4.4 MAKT

Maktens eksistens i samfunnet

Askheim og Starrin (2007:147) skriver at begrepene makt og avmakt er sentrale innenfor empowermentteorien. Den tyske sosiologen Max Weber beskriver makt som et eller flere menneskers mulighet til å sette gjennom sin egen vilje i det sosiale samkvem, og det til tross for at andre deltakere i det kollektive liv skulle ytre motstand. Weber påpeker at makt eksisterer i sosiale situasjoner hvor ulike personer eller grupper har motstridene interesser.

Personen som har størst innflytelse til å få gjennomført sin vilje, har mest makt i relasjonen. Makt kan også være tilstede selv om den ikke nødvendigvis blir utført. Dette ved at muligheten for å få gjennomført sin vilje er tilstede. Personens makt gir vedkommende evne og anledning til å realisere sine interesser (Norvoll i Brodtkorp og Rugkåsa 2009:67ff).

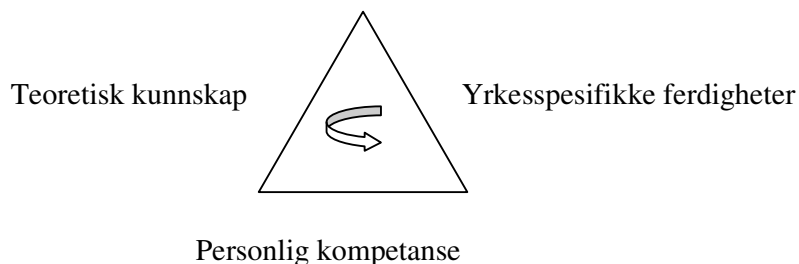
(Foucault i Brodtkorp og Rugkåsa 2009:91) beskriver en prosess i samfunnet som han kaller medikalisering. Medikalisering kan i følge Svensson i Brodtkorp og Rugkåsa (2009:91f) beskrives som prosessen mellom samfunn og medisin, der medisinen med utgangspunkt i de profesjonelles kunnskap er blitt tildelt en større rolle i samfunnet. Brodtkorp og Rugkåsa (2009:52) forklarer en profesjon som *"en type yrke basert på teoretisk kunnskap og en spesialisert utdanning"*. Legenes vitenskapelige kunnskap og språk om kroppen har medvirket til at medisinen har enorm betydning og prestisje i samfunnet, og dermed stor makt til å definere hva som kan oppfattes som sosiale avvik, forstyrrelser og sykdom. Brodtkorp og Rugkåsa (2009:52) forklarer at den medisinske profesjonen i dag blir ansett for å være den måten å forstå sykdom og helse, og at det medvirker til at de profesjonelle besitter mye makt. Foucault i Brodtkorp og Rugkåsa (2009:91) sier at det er sterke bånd mellom makt, sosial kontroll og kunnskap. Han mener at makt produserer kunnskap, og at det ikke finnes en maktrelasjon dersom det ikke finnes en kunnskapsbase som understøtter denne makten. Når kunnskap er et viktig grunnlag for makt, fører dette til profesjonsmakt (Foucault i Brodtkorp og Rugkåsa 2009:91). Denne makten kan kanskje medvirke til opplevelsen avmakt hos andre.

Avmakt og paternalisme Avmakt beskrives som *"det å være i en situasjon hvor en ikke ser noen utvei, midler eller muligheter til å endre sin situasjon eller til å motsette seg andres viljeutøvelse overfor seg selv"* (Mathisen i Brodtkorp og Rugkåsa 2009:81). Sterkest er avmakten knyttet til relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteyter. Tjenestemottaker er i en avhengighetsposisjon, og kan oppleve å måtte forholde seg til tjenesteyters beslutninger, ettersom tjenesteyteren i denne relasjonen er den mektige (Mathisen i Brodtkorp og Rugkåsa 2009:81). Det kan føre til paternalisme, som Skau (2006:38f) fremhever at kan vise seg ved en persons væremåte, og som fører til umyndiggjøring av den andre, ved at vedkommende blir plassert i en underlegen posisjon. Ekeland og Heggen (2007:93) sier at paternalisme utgjør en antitese til myndiggjøring, og at paternalisme også innebærer at tjenesteyters

oppfatning er at tjenestemottaker ikke vet hva som er best for seg. Med andre ord, tjenesteyteren vet best.

4.5 ULIK KOMPETANSE

Kompetansemodellen



Skau (2005:55ff) viser til kompetansetrekanten, som er en modell for profesjonalitet, for å inkludere begrep som kompetanse og kompetanse i hjelpende yrker. Modellen deler kompetansebegrepet inn i teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter samt personlig kompetanse. De ulike kunnskapene utgjør til sammen en helhet, ved at de kommer til uttrykk samtidig, til tross for at de har ulik tyngde i alle yrkesrelaterte handlinger og samhandling. Teoretisk kunnskap er såkalte faktakunnskaper og vitenskap som er forskningsbasert. Dette innebærer blant annet kunnskap om faget og kunnskap som er relevant for utøvelsen av dem. Yrkesspesifikke ferdigheter omslutter det profesjonsspesifikke, som innebærer et sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som tilhører en bestemt profesjon. Personlig kompetanse er blant annet å tenke og handle på nye måter i nye situasjoner, vedkommendes følsomheten i samspill, dens intuisjon og ansvarsfølelse. Denne kompetansen er vesentlig i arbeid der sosiale relasjoner og samarbeid mennesker i mellom er betydningsfullt. Det handler om hvem vi er som person og dermed også hvem vi tillater andre å få være i møte med oss. Denne formen for kompetanse er ikke yrkesspesifikk, men en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter som tilpasses og benyttes i profesjonelle kontekster. Tjenesteyters egen erfaring kommer til uttrykk i vedkommendes personlige kompetanse (Skau (2005:55ff)).

I følge Skau (2005:50) har også de tre sidene i kompetansetrekanten sammenheng og innflytelse på hverandre, i tillegg til at de er avhengige av hverandre. Profesjonsutøverens

personlige væremåte er avgjørende for kvaliteten på tjenestetilbudet. Den avgjør om vedkommende tjener eller bruker tjenestemottakeren. Arbeid med mennesker er en virksomhet som både har faglige og personlige aspekter, og som innebærer relasjoner til personer en arbeider med. Kompetansemodellen har som styrke at den viser til at personlig kompetanse er en integrert og nødvendig del av tjenesteytneres kompetanse. En svakhet med modellen er at den er statisk. Derfor har Skau plassert en pil i modellen som synliggjør de tre kompetanseområdenes dynamikk og gjensidige påvirkning på hverandre (Skau 2005:68)

Vet fagfolk best?

I følge Skau (2006:64) har fagfolk tilegnet seg mye teoretisk og teknisk kunnskap, men i mindre grad vektlagt sin personlige kompetanseutvikling. Bengt Karlsson i Skau (2005:65) stiller seg kritisk til at miljøterapien reduseres til metodeutvikling og teknikker, ettersom miljøterapi er en behandlingsform som har for tradisjon å fokusere på mellommenneskelige relasjoner og prosesser. Videre beskriver Karlsson at når tjenesteytere ikke lykkes i arbeidet med å oppnå en terapeutisk forandring, er det teknikkene og metodene som skiftes ut. Dette medfører til en kompetanseskjevhet hvor den personlige kompetansen er svak i forhold til teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter.

Skau (200:66ff) beskriver også en annen kompetanseskjevhet som er knyttet til ufaglærte yrkesutøvere. Disse tjenesteyterne har liten teoretisk bakgrunn og yrkesspesifikk ferdighetskompetanse. Til gjengjeld kan tjenesteyterne ha verdifull menneskelige egenskaper i form av personlig kompetanse. Deres kompetanse kan av og til stå i kontrast til mangelen på slik kompetanse hos de profesjonsutdannede tjenesteyterne. Skau (2006) henviser til et eksempel fra egen praksiserfaring. Tjenestemottakerne på den aktuelle institusjonen ga uttrykk for at de var mer avslappet omkring tjenesteyterne som hadde en uformell funksjon. Disse tjenesteyterne bidro til at tjenestemottakerne følte seg trygge og likeverdige. Motsatt opplevde tjenestemottakerne at de høyt profesjonsutdannede tjenesteyterne hadde en annen funksjon, som dermed medførte større makt ovenfor tjenestemottakerne. Tjenestemottakerne erfarte at tjenesteyterne uten profesjonsutdanning bygde en bro mellom hverdagskulturen og behandlingsskulturen. De var enige om at tjenesteyterne med profesjonsbakgrunn ikke kunne erstattes av tjenesteyterne uten slik kompetanse, men følte likevel at disse tjenesteyterne ofte viste bedre intuitiv vurderingsevne enn tjenesteytere med profesjonsbakgrunn (Skau 2006).

En annen faktor som er viktig uavhengig av kompetansebakgrunn, og som antakeligvis kan være påvirkende på et samarbeid er kommunikasjonsformidlingen mellom partene.

Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon betyr i følge Røkenes og Hanssen (2006:38f) å gjøre felles. Vi meddeler oss til hverandre, utveksler meninger og opplevelser, slik at disse blir tilgjengelig for den andre. På den måten skapes det et opplevelsesfellesskap mellom partene, som er nødvendig for å forstå hverandre. Samhandlingen i kommunikasjonsprosessen kan sees på som et resultat av samspillet mellom person(er) og situasjon(er) (Røkenes og Hanssen 2006:38f).

Personer som har samarbeid som en del av sitt arbeid, bør i følge Skau (2006:87ff) vektlegge å tilegne seg lytteferdigheter. Dersom en person har dårlige lytteferdigheter, vil vedkommende ha vanskeligheter med å identifisere seg med en annen persons situasjon, problemer eller behov. Videre forklarer Skau (2006:88) at en viktig del av kommunikasjonen er ordene vi meddeler med hverandre, men at disse ikke alltid er de mest vesentlige i det vi formidler til mottakeren. Når de non-verbale budskapene ikke samsvarer med det vi sier verbalt, kalles det at kommunikasjonen ikke er kongurent. Kongurens betyr i følge Skau (2006:89ff) ekte og entydig, og har blant annet med kvaliteten på tilstedeværelsen vår å gjøre. Sammenhengen kommunikasjonen foregår i kalles en kontekst. Konteksten har vesentlig betydning for kommunikasjonsprosessen (Skau 2006).

I samspill med andre uttrykker vi noe av oss selv. Samtidig som vi kan ta i mot, kan vi også avvise en annen. Som profesjonsutøver er kommunikasjon et middel i yrkesutøvelsen. Likevel kan en av og til oppleve at måten vi kommuniserer på skaper flere utfordringer enn de løser. Kommunikasjonsformidlingen, væremåte og holdninger kan dermed medvirke begrensninger for det fruktbare samspillet med andre. Når vi meddeler oss kommer vårt verdigrunnlag, menneskesyn, holdninger til oss selv og andre samt våre kunnskaper og vår innsikt til uttrykk (Skau 2006:80f). Av og til kan det oppstå utfordringer i vår kommunikasjon med andre. Skau (2006:97) fremmer faktorer som kan ha negativ innvirkning på kommunikasjonen. Blant annet nevner hun at store uenigheter eller ulike meninger og verdier mellom personene kan være eksempler på slike faktorer. Videre skriver Skau (2006:48) at alle mennesker er forskjellige, og vil av den årsaken verdsette ulike ting både i livet og i samspillet med andre. Hun mener at vi ved å ta oss god tid til å erfare våre møter med andre, som hun beskriver omfatter oppmerksomhet under møtet og reflektert i etterkant, kan vi videreutvikle vår

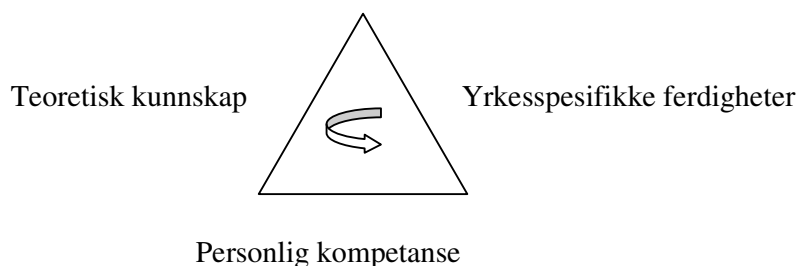
forståelse for det menneskelige. Ved å kjenne og forstå seg selv og egne reaksjoner, har en større forutsetning for å forstå andre (Skau 2006).

5.0 ANALYSE OG DRØFTINGSDEL

Oppgavens drøftningsdel er i hovedsak utarbeidet på bakgrunn av teorien som presenteres i teoridelen. I denne drøftningen trekker jeg frem ulike momenter som kan innvirke og vanskeliggjøre inkludering av brukersatte og brukerkompetansen i psykisk helsevern. Som jeg presiserer i oppgavens hovedinnledning, er mitt fokus i denne oppgaven å fremheve utfordringer knyttet til de profesjonelle.

5.1 Ulik kompetanse

For å forklare de ulike kompetansene, vil jeg ta et tilbakeblikk til teoridelen som presenterer Skaus (2006:55) kompetansetrekanten.



Skau (2006:56).

Modellen deles i følge Skau (2006) inn i tre ulike kompetansetyper. De ulike kompetansene er teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter samt personlig kompetanse. Som nevnt i teoridelen, omfatter teoretisk kompetanse faktakunnskaper og forskningsbasert viten. De yrkesspesifikke ferdigheter innebærer blant annet de metodene, ferdighetene eller teknikkene som kan knyttes til en bestemt profesjon. Den personlige kompetansen er en sammensetning av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som tilpasses de ulike situasjonene. Det kan eksempelvis være en persons evne til å tenke og handle på ulike måter i forskjellige situasjoner. Denne formen for kompetanse betegnes ikke som en yrkesspesifikk, men er

likevel et viktig bidrag i yrkesutøvelsen. I midten av trekanten er det avbildet en pil, som illustrerer kompetansenes gjensidige påvirkning på hverandre (Skau 2006:58f).

Det kan kanskje tenkes at modellen til tross for sin hensikt om å illustrere de profesjonelles kompetanse, også kan benyttes for å belyse de profesjonelle og brukeransattes ulike kompetansefordeling.

5.2 Kompetanseskjevhet

Som Skau (2006:64f) skriver, kan kompetanseprofilen ha en skjevhet. Denne skjevheten kan vise seg på bakgrunn av at ulike personer har ulike utviklingsmuligheter på de forskjellige områdene. Blant annet nevner Skau (2006) at mange fagfolk tilegner seg mye teoretisk eller teknisk kunnskap, og at de vektlegger den personlige kompetansen mindre. Slik jeg forstår det, vil det kunne medvirke til at enkelte profesjonelle tjenesteytere kan ha større teoretisk kunnskap, og mindre personlig kompetanse. Kanskje kan Skaus (2006) forklaring på forekomsten av kompetanseskjevhet også benyttes for å illustrere kompetanseskjevheten hos de brukeransatte? Slik som at Skau (2006) antydte at fagfolk kunne ha større teoretisk kompetanse enn personlig kompetanse, kan det tenkes at brukeransatte muligens har en motsatt kompetanseskjevhet med mer personlig kompetanse og mindre teoretisk kompetanse. Skau (2006) trekker frem yrkesspesifikke ferdigheter som den tredje kompetanseformen. På bakgrunn av at Skau (2006) knytter denne kompetansen til bestemte yrker, kan det tenkes at de profesjonelle har større vektlegging av denne kompetansen enn de brukeransatte. Skau (2006) presiserer likevel betydningen av den personlige kompetansen, og sier at den er spesielt vesentlig i arbeid knyttet til sosiale relasjoner og samspill mellom mennesker. Begrunnelsen til Skau (2006) er at denne formen for kompetanse handler om hvem vi er som person, og dermed også om hvem vi tillater andre å få være i møte med oss. Videre forklarer hun at den personlige kompetansen ofte er medbestemmende for hvor langt vi vil kunne nå i vår teoretiske kompetanse og yrkesspesifikke kompetanse.

Som nevnt i teoridelen, blir profesjonskompetansen ansett for å være den "rette", i følge medikaliseringstankegangen som omtales i Brodtkorp og Rugkåsa (2009). Kanskje kan sitatet til Marit Kirkevold i Skau (2006:60), gi en annen oppfatning? Kirkevold skriver at "*Omsorg*

som profesjonell kompetanse er ikke og kan ikke være vesensforskjellig fra omsorg som allmennmenneskelig uttrykksform(...)". Min forståelse på sitatet, er at Kirkevolds oppfatning innebærer at det ikke er noen vesentlig forskjell på omsorg som profesjonelle fagfolk utøver, fra andre personers omsorgsyting. Knyttet til profesjonskompetanse og brukerkompetanse, kan det kanskje forstås som at tjenesteytere med profesjonskompetanses ikke har noen forutsetning for å yte en bedre omsorg til andre på bakgrunn av sin kompetanseform.

Med tilbakeblikk på teoridelen, kan en muligens på bakgrunn av det Brodtkorp og Rugkåsa (2009) beskriver om profesjonskultur og dens makt, få en anelse om at denne kulturen kanskje påvirker brukerkompetansens aksept i Norge.

5.3 Profesjonskultur

I teoridelen presenterte jeg rapporten "Med livet som kompetanse" som blant annet opplyste om et lavt antall brukeransatte i Norge. Enkelte av tjenestestedene var avvisende til å ansette erfaringsmedarbeidere, og poengterte at de ikke hadde behov for brukerkompetansen i sin tjeneste. Hva kan være bakgrunnen for disse uttalelsene? Som nevnt i teoridelen, forklarer Elvemo og Bøe (2008) at inkludering av tjenestemottakere eller brukerkompetansen i utviklingen av helse- og sosialtjenester eller i direkte behandlingssammenheng, ikke har hatt noen tradisjon i Norge. Kan det tenkes at en bakgrunn for dette kan være den rådende profesjonskulturen? Som tidligere presisert, antyder Brodtkorp og Rugkåsa (2009) at den profesjonelle ekspertkunnskapen, som jeg oppfatter at eksempelvis kan være en vernepleiers kompetanse, fortsatt blir ansett for å ha størst status. Dette fikk antakelig franskmannen Pinel erfare når han allerede på 1800-tallet forsøkte å inkludere brukerkompetansen, men ble motarbeidet av de profesjonelle (Elvemo og Bøe 2008). Videre beskriver (Elvemo og Bøe 2008) at profesjonskulturen har vokst inn i dagens samfunn, og at flere tjenesteytere i psykisk helsevern har den oppfatningen om at fagfolk forstår mer enn tjenestemottakerne. Min oppfattelse er at denne tankemåten kan vanskeliggjøre inkluderingen av brukeransettelser ytterligere.

5.4 Makt, profesjonsmakt og paternalisme

Elvemo og Bøe (2008) skriver at det i alle år har vært profesjonelle ansatte med psykiske vansker. Snoek og Engdal (2006:15) viser til at det i dag er blitt svært vanlig å ha psykiske

vansker, og at omfanget fortsetter å øke. Kanskje kan det tyde på at flere tjenesteyterne i psykisk helsevern har erfaringskompetanse i tillegg til sin profesjonelle kompetanse. Hva kan være en tenkelig bakgrunn for at profesjonelle tjenesteytere blir akseptert med sin erfaringskompetanse, mens kun erfaringskompetansen alene ikke blir verdsatt? I følge Brodtkorp og Rugkåsa (2006:91) blir den profesjonelle kompetansen ansett for å være den eneste rette, og er verdsatt som et kunnskapsmonopol i det moderne samfunnet. Det medfører at de profesjonelle besitter store deler av makten til å forvalte vesentlige normer og verdier i samfunnet, samt ta avgjørelser for hva som betegnes som normalt, unormalt, sunt eller usunt, rett eller galt. I følge Askheim og Starrin (2007:147), kan makt sees på som en eller flere personers mulighet til å iverksette sin vilje, eller ved at muligheten for å gjennomføre sin vilje er tilstede, på tross av andre personers motstand. De profesjonelles makt kan muligens føre til at de utvikler en paternalistisk holdning. Som nevnt i teoridelen, påpeker Skau (2006:38ff) at begrepet kan forstås som et sett av forestillinger og væremåter, som fører til at personer i en underlegen posisjon blir umyndiggjort og plassert i en underlegen stilling. Hun nevner også at paternalisme står i motsetning til hjelpefunksjonen og at begrepet kan oppfattes som en motvekt til likeverd. Kan det tenkes at de profesjonelle fremdeles oppfatter brukeransatte som tjenestemottakere av tjenesten, og dermed viser en paternalistisk innstilling? Enkelte tjenesteytere med profesjonsbakgrunn kan muligens sammenlikne og generalisere brukeransattrollen til tjenestemottakerrollen, og derfor utvikle en paternalistisk holdning knyttet til brukeransettelser og brukerkompetansen. Dette påstanden kan muligens relateres til Skaus (2006:39) eksempel på paternalistisk holdning. Eksempelet antyder en frisk person som viser omtanke og omsorg til en syk og sengeliggende person, ved å stryke vedkommende over pannen. Det som imidlertid skaper en paternalistisk holdning, er når den syke personen blir bedre, men fremdeles blir behandlet av den andre personen, som om vedkommende var syk. Den kan i følge Skau (2006) presentere en motsetning til verdier som autonomi, respekt og likeverd. Hun fremmer også at personer som viser en paternalistisk holdning, ikke nødvendigvis behøver å være bevisst på dette. Likevel kan de vise en sterk reaksjon, dersom andre forsøker å frakjenne dem denne rollemakten, eller stiller spørsmål ved den. Som nevnt ovenfor, innebærer profesjonsrollen stor grad av makt. Brodtkorp og Rugkåsa (2009) belyser også at det i dagens samfunn er en kraftig økning av profesjonelle tjenesteytere i helse- og sosialsektoren. Kan en økning av profesjonelle føre til medikalisering av samfunnet?

5.5 Medikalisering av samfunnet

Medikalisering kan som nevnt i teoridelen karakteriseres som en prosess mellom samfunn og medisin, der medisinen og den profesjonelles kunnskap innehar en større rolle i samfunnet (Focault i Brodtkorp og Rugkåsa 2009:91). I dag er de fleste enige om at det er en medikaliseringstendens i samfunnet. Enkelte er positive til medikalisering ettersom de har den oppfatningen om at profesjonelle gir personer med helsemessige vansker og/eller sosiale vansker, egnet hjelp (Brodtkorp og Rugkåsa 2009). Kan det tenkes at et medikalisert samfunn ikke gir rom for å anerkjenne andre kompetanser enn den profesjonelle? Min oppfattelse er at et medikalisert samfunn kan bidra til at samfunnsborgerne danner en oppfattelse av at det kun er medisinsk behandling som er verdifull hjelp. Brodtkorp og Rugkåsa (2009) nevner blant annet at ikke-medisinske tilstander trekkes inn på det medisinske feltet. Det kan tenkes at medikalisering av samfunnet forsterker samfunnsborgernes tiltro til medisinen og de profesjonelles kompetanse. Dette kan muligens medføre til at de profesjonelles tiltro på egen kompetanse får bekreftelse som den viktige. Ilich i Brodtkorp og Rugkåsa (2009) er kritisk til medikalisering av samfunnet. Hans oppfatning er at denne prosessen blant annet fører til at alminnelige tilstander blir oppfattet som sykdom. Videre poengterer han at økende innflytelse av ekspertkunnskap, medfører en overbehandling og overmedisinering. På bakgrunn av medikaliseringen av samfunnet, Medikalisering av samfunnet gir som nevnt ovenfor makt til de profesjonelle ved at de har så stor tiltro. Dette kan formodentlig påvirke de profesjonelles vilje til å inkludere erfaringskompetansen. Elvemo og Bøe (2008) forklarer at de profesjonelle har vist liten interesse og vilje til å vektlegge eller inkludere brukerkompetansen som en del av behandlingsopplegget. Kan det forekomme at personer med erfaringskompetanse opplever avmakt?

5.6 Avmakt

Som det tilkommer av forklaringen til Elvemo og Bøe (2008) innebærer erfaringskompetanse at vedkommende har dannet egne erfaringer fra selv å ha vært tjenestemottaker av tjenesten. Videre presiserer de at det finnes mange som ønsker å bruke sin erfaringskompetanse til å hjelpe andre i lignende situasjon. Det er tenkelig å tro at disse personene kan oppleve at de er i en avmaktsposisjon, ettersom det er de profesjonelle som har myndighet til å beslutte om erfaringskompetansen er viktig for feltet eller ikke. Som nevnt i teoridelen, viser Mathisen i Brodtkorp og Rugkåsa (2009:81ff) til at avmakt blant annet oppstår når en person befinner seg i en situasjon uten mulighet for utvei til å endre

situasjonen, og at det er nært knyttet til opplevelsen av sårbarhet. Videre antyder hun at det er de sosiale forholdene som vanligvis har stor betydning for om en person eller gruppe opplever avmakt i samfunnet (Mathisen i Brodtkorp og Rugkåsa 2009:81ff). Det kan muligens relateres til den medikaliserende tendensen i samfunnet og de profesjonelles maktposisjon, som er nevnt tidligere i drøftningsdelen. Brodtkorp og Rugkåsa (2009) presiserer at avmakt gjenspeiler en svak og avmektig sosial plassering i samfunnet.

5.7 Tjenestemottaker vs. brukeransatt

En annen bakgrunn for at personer med erfaringskompetanse kan oppleve å befinne seg i en avmektig situasjon, kan kanskje relateres til uttalelsen fra Elvemo og Bøe (2008). De skriver at en årsak til fagfolks skepsis kan skyldes at fagfolk ofte treffer tjenestemottakere når de oppleves som svært syke og hjelpetrengende. Denne tankegangen kan raskt generaliseres til brukeransettelser, og dermed medvirke til at profesjonelle har vanskeligheter med å anse brukeransatte som annet enn tjenestemottakere. Kan det tenkes at uttalelsene til Elvemo og Bøe (2008) også er medvirkende til de profesjonelles oppfattelse på brukerkompetanse? Elvemo og Bøe (2008) forklarer videre at det under drøftelsene i forbindelse med innføring av brukeransatte i psykisk helsevern, var flere fagfolk som stilte kritiske spørsmål til gjennomførelsen i praksis. De profesjonelle stilte blant annet spørsmål til om brukeransatte var til å stole på, hva med taushetsplikt, vil de ha høyt sykefravær og vil de kunne bli overinvolverte eller identifisere seg med tjenestemottakernes situasjon. Kan det tenkes at de profesjonelles kritiske holdning til brukeransettelser kan grunne i manglende kunnskaper og erfaringer om brukeransettelser? Elvemo og Bøe (2008) skriver at tankegangen om brukeransettelser er svært ny og lite utprøvd. Videre sier Elvemo og Bøe (2008) at en anerkjennelse av erfaringskompetansen ikke handler om å devaluere fagkunnskapen. Poverud (2008) legger til at ansettelser av medarbeidere med brukererfaring heller ikke handler om rehabilitering av de brukeransatte. Økt satsing på brukeransettelser kan i følge Elvemo og Bøe (2008) bidra til å styrke det tverrfaglige arbeidet, i tillegg til at det kan gi samfunnet et mer nyansert bilde av personer med psykiske vansker.

6.0 AVSLUTNING

6.1 Oppsummering og konklusjon

Problemstilling:

Er det vanskelig å inkludere brukeransettelser og brukerkompetanse i psykisk helsevern?

Litteraturen jeg fremhever i teoridelen er både pensumlitteratur og selvvalgt pensum. Blant annet har jeg vist til teori om blant annet brukermedvirkning, empowerment og makt, som viste seg å være relevante for å forstå utfordringer knyttet til inkludering av brukeransettelser og brukerkompetansen. Jeg fremhevet også Skaus (2006) kompetansetrekant, for å vise til ulike former for kompetanse. I drøftningsdelen har jeg forsøkt å drøfte den presenterte teorien opp mot hverandre for å vise til utfordringer. I tilfeller hvor jeg viser til egen oppfatning, blir disse stort sett underbygd med andre forfatteres synspunkt og teori. Som en følge av oppgavens avgrensning, har jeg drøftet utfordringer som kan oppstå på bakgrunn av de profesjonelle. Noen av de drøftede temaene, så som profesjonsmakt, paternalisme og medikalisering av samfunnet, synliggjør at de profesjonelle har en svært sentral rolle i samfunnet, og besitter makt til å foreta beslutninger som kan føre til utfordringer knyttet til inkluderingen av brukeransettelser og brukerkompetansen. Ut fra teorien som fremkommer i drøftningsdelen, er min oppfatning på problemstillingen at det kan vise seg å være vanskelig å inkludere brukeransettelser og brukerkompetansen i psykisk helsevern.

6.2 Refleksjon

Under utarbeidelsen av oppgaven opererte jeg med ulike problemstillinger. På bakgrunn av begrenset tidsrom så jeg meg nødt til å avgrense den opprinnelige problemstillingen ytterligere. Dette førte til at problemstillingen i tillegg til avgrensningen resulterte i at jeg fremhevet ulike faktorer knyttet til de profesjonelle, som kunne medvirke til å vanskeliggjøre inkluderingen av brukeransettelser og brukerkompetanse. Både under innspurten med oppgaven, og i etterkant, ser jeg at problemsformuleringen fremmer noen svakheter. Min opplevelse er at problemstillingen ikke er rettet mot noen bestemte. Til tross for at det vises til avgrensning av problemstillingen, kunne denne avgrensningen vært bedre synliggjort i problemstillingen. Uten denne presiseringen, kan det kanskje virke som om jeg bevisst ikke

viser til andre områder enn faktorer knyttet til de profesjonelle. I så fall vil jeg presisere at det ikke var baktanken min, og at hensikten med oppgavens oppbygning var å gi leseren refleksjoner over egne oppfatninger knyttet til brukersettelser og brukerkompetansen.

7.0 LITTERATURLISTE

7.1 Pensum litteratur

Aadland, Einar (2004) *Og eg ser på deg...* Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Otta: Universitetsforlaget

Askheim, Ole Petter (2004). *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Norbook AS: Gyldendal Norsk Forlag.

Røkenes, Odd Harald og Per- Halvard Hanssen (2006) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*.

Fagbokforlaget

Skau, Greta Marie (2006). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. AIT: Otta. Cappelens Akademiske Forlag

Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engdal (2006). *Psykatri. Kunnskap, forståelse, utfordring*. AIT: Otta

Fellesorganisasjonen (2008) *Om vernepleieryrket*

Fellesorganisasjonen (2002) *Yrkesetiske grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*.

7.2 Selvvalgt litteratur

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Polen: Gyldendal Norsk Forlag

Tjora, Aksel (2008). *Den moderne pasienten*. Polen: Gyldendal Akademisk

Ulvestad, Asbjørn Karki, Arne Kristian Henriksen, Anne-Grethe Tuseth og Tor Fjeldstad (2007). *Klienten- Den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Polen: Gyldendal Akademisk

Duncan, Barry og Jacqueline Sparks (2008). *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Polen: Gyldendal Akademisk

Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin (2007). Empowerment i teori og praksis. Polen: Gyldendal Norsk Forlag.

Brodtkorp, Elisabeth og Marianne Rugkåsa (2009). Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene 2. utg. Polen: Gyldendal Norsk Forlag

Ekeland, Tor-Johan og Kåre Heggen (2007). Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk? Polen: Gyldendal Norsk Forlag.

Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Otta: Universitetsforlaget

Internett:

Tilgjengelig fra URL: Arbeid og psykisk helse <http://www.nav.no/154472.cms> (Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Kvalitetsutviklingsprosjektet
<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=26657> (Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Medarbeidere med brukererfaring bidrar med erfaring og kompetanse til NAV <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=28467> (Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Forening for medarbeidere med brukerkompetanse
<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27148> (Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Medarbeidere med brukererfaring
www.nav.no/binary?id=805348444&download=true (Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Evaluering av medarbeidere med erfaringskompetanse i Bergen
http://www.afi.no/modules/prosjektarkiv/project_detail.asp?iProjectId=359 (Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Psykisk lidelse- en kvalifikasjon
<http://www.idunn.no/?marketplaceId=2000&languageId=1&siteNodeId=17026987> (Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Er brukersattelser mulig og ønskelig? Internasjonale erfaringer med brukersattelser i psykiske helsetjenester.
<https://www.idunn.no/dispatcher/?marketplaceId=2000&languageId=1&siteNodeId=1...>
(Nedlastet 29.04.2009).

Tilgjengelig fra URL: Rapporten ”Med livet som kompetanse”
http://www.psykiskhelse.no/novus/upload/file/Medlivetsomkompetanse_lav.pdf (Nedlastet 04.05.2009).