



# Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

**Brukermedvirkning og empowerment i psykisk helsevern/ Patient participation and empowerment in Mental Health Care**

Monica Stadsnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 27.05.2020



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng:

Veileder:

## 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.

Oppgaver 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

Dato:

**Antall ord: 9062**

## **Sammendrag**

Brukermedvirkning og empowerment er aktuelle tema i dagens samfunn og spesielt innenfor psykisk helsevern. Brukermedvirkning som begrep er nedfelt i lover, forskrifter og rettigheter. Brukermedvirkning er ofte nedfelt i rutiner, strukturer og standardisering som er implementert i de ulike organisasjonene. Med bakgrunn i dette synes jeg det var interessant og viktig å prøve å finne ut hvilke faktorer som kan bidra til å fremme både brukermedvirkning og empowerment slik at brukeren kan bevege seg fra å være i en avmektig situasjon til å være delaktig og medvirke i beslutninger som omhandler egen hverdag i eget liv. Denne bacheloroppgaven søker derfor å belyse:

*Hva fremmer brukermedvirkning og empowerment i psykisk helsevern?*

For å belyse problemstillingen har jeg valgt lovverket som utgangspunkt og fundament for det videre arbeidet. Jeg har tatt for meg ulike teoretiske perspektiver som er knyttet til brukermedvirkning og empowerment.

I oppgaven er det brukt «sitat» for å få frem brukerens egen stemme, og disse sitatene er brukt som utgangspunkt i drøftingen. Gjennom sitatene får en et innblikk i brukerens opplevelser og følelser, noe som er med på å belyse både hva som kan bidra til å hemme eller fremme empowerment, og ta kontroll og makt i sitt eget liv. Det som er fremtredende i oppgaven er at mennesker som har psykiske lidelser ofte opplever seg mindre verdt enn andre og føler seg maktesløse og avmektige i den situasjonen de er i. De kan ha dårlig selvbilde, føle på skam og føle seg verdiløse.

Det kommer frem at gjennom reell medvirkning kan brukeren oppleve å få styrket selvfølelse, selvtillit og kontroll i eget liv. I tillegg er faktorer som støtte, anerkjennelse og dialog viktige i empowermentprosessen. Dette kan føre til at den enkelte bruker kan få trygghet nok til å endre hverdagen sin og oppleve god livskvalitet.

## **Abstract**

User involvement and empowerment are current themes in today's society and especially in mental health care. User involvement is a term compiled in laws, prescriptions and rights. User involvement is often visible through routines, structures and standardization which is implemented in the different organizations. In regards to this I find it interesting and important to find out which factors that can contribute to advance both user involvement and empowerment. This can move the user from a powerless situation to a position where they contribute and share in decisions that deals with their everyday life. This bachelor thesis therefore seeks to illuminate:

What promotes user involvement and empowerment in mental health care?

To illuminate the clinical question I have chosen laws as base and fundamental for the following work. In addition I will go through different theoretical perspectives which is tied to user involvement and empowerment.

In the thesis there are used «quotes» to bring forth the users own voice, and these quotes have been used as baseline in the discussion. Through the quotes you get a insight in the users own experiences and feelings, which is used to illuminate what inhibits and promotes empowerment, and take control over their own life. They may have a bad self image, feel shame and feel worthless.

It shows that through real contribution the user may experience strengthened self image, confidence and control over their own life. In addition the factors such as support, recognition and dialog are vital in the empowerment-process. This may lead to that each individual user can have enough security to change their everyday life and experience a good quality of life.

## Innholdsliste

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>5</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2	Metode .....	6
1.3	Avgrensning .....	7
1.4	Begrepsavklaring .....	8
1.4.1	Bruker .....	8
1.4.2	Psykisk helse .....	8
1.4.3	Psykisk uhelse .....	9
<b>2.0</b>	<b>Ulike perspektiver</b> .....	<b>10</b>
<b>3.0</b>	<b>Teoretiske perspektiver</b> .....	<b>14</b>
<b>4.0</b>	<b>Individorienterte tilnæringer</b> .....	<b>16</b>
4.1	Empowerment som individuell selvrealisering .....	16
4.2	Den terapeutiske tilnærming .....	16
4.2.1	Individorientering i sosialt arbeid .....	17
4.3	Fellestrekk mellom de ulike tilnærmingene til empowerment .....	18
<b>5.0</b>	<b>Empowerment som motmakt</b> .....	<b>20</b>
<b>6.0</b>	<b>Makt</b> .....	<b>21</b>
<b>7.0</b>	<b>Aktuelt lovverk</b> .....	<b>23</b>
7.1	Lov om psykisk helsevern .....	23
7.2	Pasient- og Brukerrettighetsloven .....	23
7.3	Helse- og omsorgstjenesteloven .....	23
<b>8.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	<b>24</b>
8.1	Brukermedvirkning .....	24
8.2	Stigmatisering .....	25
8.3	Selvfølelse .....	27
8.4	Omsorg .....	28
8.5	Emosjoner .....	30
8.6	Empati .....	31
8.7	Makt .....	31
8.8	Relasjon .....	32
<b>9.0</b>	<b>Avslutning</b> .....	<b>34</b>



# 1.0 Innledning

Problemstillingen jeg har valgt er:

*Hvordan fremme brukermedvirkning og empowerment innenfor psykisk helsevern?*

I første del av oppgaven skal jeg presentere problemstillingen jeg har valgt, og jeg går kort gjennom de viktigste begrepene. Videre vil jeg skrive om relevant teori som kan belyse temaet, og hvordan jeg har arbeidet med oppgaven. I drøftingen tar jeg for meg ulike emner, og viser hvordan de kan fremme brukermedvirkning og empowerment.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er knyttet til min fordypningspraksis høsten 2019. Jeg var utplassert ved et recoverycenter innenfor psykisk helse. I den perioden reflekterte jeg mye over mine opplevelser over hvordan brukerne ble møtt og ivaretatt gjennom brukermedvirkning og empowerment, og hvordan dette kunne tilføre brukerne styrke og kraft til å mestre vanskelige situasjoner og hvordan dette bidro til individuell utvikling i de prosessene den enkelte befant seg i.

Som nyutdannet vernepleier er dette noe som med stor sannsynlighet kommer til å påvirke min arbeidshverdag, og jeg vil prøve å bruke min kompetanse på en måte som gjør at deltakeren føler seg respektert ved å bli sett og hørt.

Vernepleiefaglig kompetanse kan handle om å tilrettelegge for selvbestemmelse og deltakelse i eget liv og i samfunnet ut fra et helsefaglig, sosialfaglig og et pedagogisk perspektiv. (Norlund, Thronsen og Linde 2015: 16). For å ivareta brukermedvirkning og empowerment er vernepleierens kompetanse grunnfestet i helse- og omsorgstjenesteloven der fokuset er å tilrettelegge for et aktivt, sosialt og meningsfylt liv som likeverdige deltakere i samfunnet der selvbestemmelse og kvalitet er i fokus (Norlund, Thronsen og Linde 2015: 20). I tillegg vil pasient- og brukerrettighetsloven sikre retten til medvirkning i gjennomføring av helse- og omsorgstjenester (pasient- og brukerrettighetsloven 1999). Målet i vernepleiefaglig arbeid er å bidra til at den enkelte deltaker får realisert sine egne

ønsker, behov og mål gjennom medvirkning og selvbestemmelse, og dette skiller vernepleieren fra andre yrkesgrupper.

Selvbestemmelse kan handle om å ha myndighet i egen hverdag, retten til å kunne ta egne avgjørelser, og vernepleieren kan her bruke sin kompetanse i kommunikasjon og relasjon for å ivareta dette i samhandling om daglige gjøremål (Norlund, Thronsen og Linde 2015: 100).

Når en ser på utviklingen i samfunnet er brukermedvirkning og empowerment særlig aktuelt. I Helse og omsorgsdepartementet (2019-2020) blir det lagt vekt på at den enkelte selv skal være en aktiv deltaker i egen helse og behandling, og der spørsmål som «hva er viktig for deg?» er en selvfølge når beslutninger skal tas, noe som gjør temaet aktuelt også i et samfunnsperspektiv.

## **1.2 Metode**

Jeg valgte temaene brukermedvirkning og empowerment fordi jeg ønsket å lære mer om det. Ved å belyse dette kunne jeg lære mer om hvordan jeg som vernepleier kan påvirke brukere av tjenestene til å medvirke mest mulig i eget liv. Jeg mener dette er et viktig tema å belyse fordi alle mennesker har lik verdi, uavhengig av diagnoser, sykdom eller andre ting.

Grunnen til at jeg valgte denne vinklingen er fordi vi som vernepleiere er blant de som må kunne overføre makten tilbake til brukeren, noe vi må være bevisste på i det daglige arbeidet vårt. Jeg tror derfor jeg kommer til å ha stor nytte av det jeg har lært når jeg har arbeidet med denne oppgaven.

Når jeg skulle velge hvilke tema jeg ønsket å fordype meg i, hadde jeg fokus på å finne de emnene som jeg mener er viktige for å drøfte problemstillingen på en god måte. Et av de viktigste temaene er makt. Dette ønsket jeg å gå dypere inn på fordi det gir en viktig og bred forståelse av brukerens situasjon, og det viser viktigheten av at jeg som vernepleier er bevisst min maktposisjon i kraft av min rolle.

Et annet viktig tema er deltakelse og relasjon, og her kommer også dialog inn. Jeg har viet en del av oppgaven til å se på disse emnene i lys av problemstillingen, og det er en viktig del av det som fremmer brukervedvirkning og empowerment.

Et viktig fundament for å kunne undersøke brukervedvirkning er lovverket som beskytter og sikrer brukeren retten til å medvirke i beslutninger som omhandler eget liv. Jeg har brukt biblioteket ved høgskolen i Molde sine databaser, der jeg har benyttet meg av Medline og Norart. Søkeord jeg har brukt er brukervedvirkning, empowerment, makt, psykisk helsevern, dialog, relasjon, deltakelse og anerkjennelse. Dette er viktige begrep innenfor temaet som jeg har valgt. Brukervedvirkning og empowerment er selve kjernen i problemstillingen og derfor særs aktuelle søkeord. Dialog, relasjon og deltakelse er viktige momenter som bygger opp under det å la brukeren ta kontroll over eget liv. Anerkjennelse er også en viktig del av empowermentprosessen.

Reliabilitet handler om kvalitet på det innsamlede materialet (Dalland 2014). I denne oppgaven har jeg utelukkende benyttet meg av faglitteratur og artikler fra biblioteket ved Høgskolen sin database. Dette øker reliabiliteten da dette er pålitelige kilder.

Angående fremgangsmåten så har jeg hele tiden hatt kildene tilgjengelig foran meg mens jeg har skrevet oppgaven, noe som også er med på å øke reliabiliteten fordi jeg hele tiden kan gå tilbake til kilden for å dobbeltsjekke og reflektere.

Validitet står for relevans og gyldighet, noe som innebærer at det som måles må ha relevans og være gyldig for det problemet som undersøkes (Dalland 2014). Jeg har hele tiden hatt fokus på å benytte meg av kilder fra nyere tid da jeg tenker at det er mer gyldig og riktig. Dette er av betydning fordi mye av teorien om emnene stadig er i endring og blir mer og mer aktuelt. Jeg mener med dette at validiteten er godt ivaretatt.

### **1.3 Avgrensning**

Jeg har avgrenset oppgaven til å handle om brukervedvirkning og empowerment på individnivå. Jeg har avgrenset tilnærmingene til å belyse empowerment som motmakt, markeds- og konsumentorienteringen, empowerment som individuell selvrealisering og den terapeutiske posisjonen. Alle tilnærmingene deler en tro på mennesket som både aktivt

og handlende som kan sitt eget beste om det blir lagt til rette for det. Dette positive menneskesynet er noe alle tilnærmingene som er nevnt har til felles (Askheim 2018: 17).

Bakgrunnen for valg av problemstilling er at jeg ønsker å belyse hvilke faktorer som er viktige for å frigjøre egne ressurser, få mulighet til å ivareta selvbestemmelse komme ut av en avmektig situasjon og ta makt over seg selv og sitt eget liv, være deltakende i sin egen prosess, til tross for psykisk uhelse.

Jeg tenker å finne ut hvordan brukervedvirkning og empowerment kan bidra til endringer som fører til at brukere innenfor psykisk helsevern kan ta makt og kontroll i eget liv og komme ut av avmektige livssituasjoner og hvilke faktorer som er viktige for lykkes i dette endringsarbeidet.

## **1.4 Begrepsavklaring**

### **1.4.1 Bruker**

Jeg har valg å bruke begrepet bruker i denne oppgaven. Jeg var lenge i tvil fordi jeg hadde en forforståelse av at begrepet var stigmatiserende og negativt. Jeg tenkte både at deltaker og aktør kunne være aktuelle begrep, men jeg kom likevel frem til at jeg ville bruke ordet bruker. Begrunnelsen for det valget er at her i Norge er begrepet knyttet til brukervedvirkning der brukeren er ekspert. I tillegg innebærer begrepet mulighet for selvbestemmelse, rettigheter og plikter i forbindelse med ansvar for egen helse (Tveiten 2017). Jeg mener derfor at begrepet bruker er passende i denne oppgaven som omhandler nettopp brukervedvirkning og empowerment.

### **1.4.2 Psykisk helse**

Psykisk helse handler om å oppleve velvære og om den indre opplevelsesverden som innbefatter både tanker, følelser og atferd. Det kan også handle om å føle seg verdifull og ha tro på seg selv og sine egne ressurser slik at en kan håndtere livets utfordringer. I tillegg kan det handle om å ha medbestemmelsesrett og være deltakende i samfunnet (Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser).

### **1.4.3 Psykisk uhelse**

Psykisk uhelse oppstår som regel ut fra tre hovedfaktoerer. Sårbarhetsfaktorer kan handle om genetiske faktorer som en kan se, for eksempel ved schisofreni eller ADHD.

Bilologsike faktorer som, for eksempel fosterskader av alkohol under graviditet.

Psykososiale sårbarhetsfaktorer som, for eksempel manglende trygghet og kontinuitet i oppveksten.

Utløsende faktorer kan for eksempel være livskriser, alvorlig sykdom og langvarig stress.

Beskyttelsesfaktorer kan være sosiale nettverk, arbeid og opplevelse av sammenheng og mestring i livet (Hummelvoll 2018).

## 2.0 Ulike perspektiver

Tema for oppgaven er empowerment og hører til under fagfeltet psykiatri. Teoretiske perspektiver kan være dialog, relasjon, motivasjon og mestring, fagkompetanse og organisering.

Brukermedvirkning er noe som i økende grad blir lagt vekt på i samfunnet. Vi kan se det både i nyhetsbildet og ved rettighetslovgivning at det er et økende fokus på brukermedvirkning og empowerment, spesielt innenfor psykisk helsevern der tvang og tvangsmedisinering har vært og er i fokus.

Rettighetslovgivning handler i stor grad om å sikre rettferdighet og likeverd for alle medborgere i samfunnet og er en del av empowerment-bevegelsen. Det sivile medborgerskapet handler om rettigheter som ytrings- og organisasjonsfrihet, rettferdighet og retten til å eie. Det politiske medborgerskapet handler om retten til å delta i politikken, både delta i valg og kunne bli valgt, og til slutt handler det sosiale medborgerskapet om retten til økonomisk sikkerhet og retten til å leve etter rådende standard i samfunnet (Askheim 2011).

For å lykkes med brukermedvirkning kreves det endring av holdninger og handlinger fra tjenesteapparatets side. Det kan handle om vilje til å realisere brukermedvirkning, vilje til å gi fra seg makt og kontroll, vilje til å skape gode strukturer og rammebetingelser og ikke minst vilje til å tro på at folk både kan og vil- og har viktig informasjon og kunnskap å bidra med. Ifølge Løken (2012) handler empowerment om å kunne gi mulighet, hjelp og støtte til medvirkning. For brukeren handler dette om å gå fra avmakt til makt der en har større grad av makt i sitt eget liv (Askheim og Starrin 2012: 152).

Brukermedvirkning og empowerment kan ses i ulike perspektiv, både individuelt, i gruppe- og miljø eller i et system- og samfunnsperspektiv. På individnivå kan brukermedvirkning og empowerment være nært knyttet til myndiggjøring. I dette perspektivet handler myndiggjøring om at brukeren settes i stand til å ivareta sin egen selvbestemmelse og sine egne rettigheter (Nordlund, Thronsen og Linde 2015: 99). Det har med makt å gjøre, makten må gis eller tas tilbake av de avmektige (Askheim 2011). Det

kan handle om å styrke brukerens ferdigheter som kan bidra til økt selvtillit og selvbylde gjennom anerkjennelse og kunnskap. Anerkjennelse innebærer ifølge Schibbye (2009) både omsorg, forståelse, respekt og at den andre føler seg bekreftet (Hagen 2018).

I et gruppe- og miljø perspektiv kan brukermedvirkning og empowerment bidra til at marginaliserte grupper kan utveksle erfaringer og lære om sine rettigheter og ansvar, samtidig bli styrket gjennom fellesskap med andre til å gi uttrykk for krav og meninger. Hensikten er å bli likeverdige deltakere i samfunnet, akkurat som alle andre (Askheim 2011). Brukerorganisasjoner som «Mental Helse» eller «Hvite Ørn» er eksempler på organisasjoner som arbeider for å gi kraft og lyd til «svake stemmer», kjempe mot maktmisbruk og undertrykkelse.

I et system – og samfunnsperspektiv vil brukermedvirkning og empowerment bidra til å fjerne eller redusere ulikheter i samfunnet. For at alle mennesker skal bli likeverdige deltakere i samfunnet, som innebærer en rettferdig ressursfordeling og like rettigheter, må en identifisere undertrykkelse og diskriminering, eksempelvis kan dette gjelde å ha kontroll og styring over tjenestene de mottar. Like rettigheter, eksempelvis til å velge brukerstyrt personlig assistanse, er regulert i lovverket for å sikre at rettigheten gjelder alle og ikke er avhengig av eksempelvis økonomien i den kommunen en tilhører. I et empowerment-perspektiv har rettighetsbegrepet fokus på retten til deltakelse og likestilling i samfunnet og er sikret blant annet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Også «FNs standardregler» som ble vedtatt i 1993 uttrykker både politiske og moralske forpliktelser som fremhever retten til likeverdig deltakelse utfra et menneskerettsperspektiv (Askheim 2011).

Det vil ha betydning og påvirke på mange ulike måter, og vil derfor ha stor betydning for samfunnet også, spesielt i et økonomisk perspektiv.

Å styrke individet og samtidig redusere samfunnets barrierer, vil redusere gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. På den måten dreier en fra et samfunn som diskriminerer og ekskluderer marginaliserte grupper til et åpent og inkluderende samfunn der likestilling og likeverd er i fokus. Gap-modellen (Lie 1989) definerer funksjonshemming som gapet mellom individets forutsetninger og samfunnets krav. I Stortingsmelding nr. 40 (2002-2003), *Nedbygging av funksjonshemmede barrierer*,

beskriver barrierer både som holdninger, utilgjengelige miljø eller lite fleksible organisasjoner (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Samfunnet har i økende grad blitt styrt av «eksperter», noe profesjonaliseringen har bidratt til. Eksempelvis har leger stor innflytelse og makt innenfor sitt område. Profesjonene har makt til å treffe beslutninger som kan få store konsekvenser og innvirkning i andres liv. Dette kan gjelde makt til å bestemme hvem som skal bli uføretrygdet, bli sykemeldt, hvilket behandlingsopplegg som skal tilbys (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2016).

I brukermedvirkning og empowerment-perspektiv vil brukeren i større grad få valgfrihet, eksempelvis større frihet til å velge sykehus og behandlingsopplegg, noe som kan føre til mer åpen og likestilt relasjon mellom lege og bruker, samtidig som det kan føre til forskjeller mellom de som har mye eller begrensede ressurser (Halvorsen, Stjernø og Øverbye 2016). Ifølge Norvoll (2012) kan en se dette tydelig ved at maktforhold gjenskapes ved at barn fødes inn i sosiale sammenhenger der de får tilgang til økonomisk kapital (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 85).

En konsekvens av valgfrihet kan være at brukeren i større grad er motivert og har tro på behandlingen, noe som kan øke muligheten for å lykkes. Norvoll (2012) beskriver makt som en frihet til å velge hvilken situasjon en selv ønsker å være i (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 84). Eksempelvis kan en person med rusproblem i større grad nyttiggjøre seg behandlingen om han får starte behandling på et tidspunkt han selv ønsker og selv velge behandlingsform- og sted. Den indre motivasjonen er drivkraften til å klare å holde ut og gjennomføre det målet en har satt seg (Dalland 2011: 91). Dette vil øke sjansen for å lykkes, istedenfor om han må vente seks måneder for å få plass og kanskje komme til et behandlingssted han ikke ønsker. Det kan føre til lite motivasjon både til å gjennomføre behandlingen og til å lykkes. Mangelfull motivasjon er et stort hinder og reduserer evnen til å delta i egen behandling (Hummelvoll 2018: 360). I et samfunnsmessig økonomisk perspektiv vil derfor brukermedvirkning og empowerment bidra til å utnytte ressursene på en bedre og mer effektiv. Et annet økonomisk perspektiv kan være at etter vellykket behandling kan brukeren bruke ressursene sine til utdanning og arbeid og på den måten bli økonomisk uavhengig.



På denne måten kan bruker ifølge Norvoll (2012) bevege seg fra en situasjon der en er økonomisk avhengig av støtte for å klare seg, noe som er en forsterker til avmakt (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 82), og til et liv i selvstendighet. Det handler om å overføre makt fra den avmektige, slik at brukeren kan ha makt og kontroll i eget liv. Når brukeren opplever avmakt kan det beskrives som å være fanget i en situasjon en ikke klarer å komme seg ut av, at en er overlatt til andres viljesutøvelse uten mulighet til å gjøre motstand som kan påvirke og eller endre sin egen situasjon på, og Norvoll (2012) påpeker at avmakten er sterkest i de tilfellene brukeren er i en avhengighetssituasjon (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 81).

### 3.0 Teoretiske perspektiver

Brukermedvirkning er et begrep som er definert av ulike teoretikere gjennom faglitteratur og teori. I sosialt arbeid har brukermedvirkning i praksis hatt stort fokus i ulike fagdisipliner. Ifølge Sømme og Thorbjørnsen (2013) er det en menneskerett å få medvirke i eget liv, og brukermedvirkning er nedfelt i Lov om pasient- og brukerrettigheter, og blir i offentlige dokumenter beskrevet som *innflytelse, likeverdig samarbeid og aktiv deltakelse*. Å involvere bruker til reell innflytelse er et av elementene i kvalitetsbegrepet i Nasjonal strategi for kvalitetsbedring i Sosial- og helsetjenesten (Owren og Linde 2013:206).

Mennesker som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Helse- og omsorgstjenesteloven omhandler retten til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet. Planen skal sikre brukermedvirkning og styrke samarbeidet mellom ulike instanser, men det er brukeren selv som er planens eier (Hummelvoll 2018).

Både brukermedvirkning og empowerment er to begrep som kan styrke brukernes situasjon i velferdssektoren etter stadig kritikk om manglende respekt for brukerne og brukernes ressurser. Ifølge Rønning (2012) er fellestrekk mellom brukermedvirkning og empowerments å legge til rette for medvirkning på en respektfull måte, og i tillegg bidra til å frigjøre ressurser slik at brukerne kan få mulighet til å få mer makt over sin egen situasjon (Askheim og Starrin 2012:34).

Empowerment er definert som et kjernebegrep i relasjon til folkehelse og helsefremmende arbeid (Andrews 2003). Verdens helseorganisasjon (1998) definerer empowerment som *en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse*.

Fravær av empowerment kan karakteriseres som reell eller innbilt maktesløshet, som lært hjelpeløshet, fremmedgjøring og opplevelse av å ikke ha kontroll over eget liv (Tveiten 2017:24)

*Empowerment på individnivå, eller psykologisk empowerment handler om individets mulighet til å ta beslutninger og ha kontroll over sitt liv (Israel mfl., 1994). På individnivå handler empowerment om selvkontroll, tro på egen evne til og mulighet for mestring (mestringsforventning, engelsk: self-efficacy) og utvikling (Wallerstein 1999)*

Å ta kontroll i eget liv innebærer, ifølge Stevenson og Bruke (1991) et bevisst i forhold til egen situasjon og hvordan en selv kan påvirke omgivelsene sine. Hvordan en kan utvikle personlig kompetanse og være delaktig med å definere behov og problem, og ta beslutninger som påvirker eget liv (Tveiten 2017:24).

Det å ha kontroll i eget liv, er på mange måter det gode liv (Andrews 2003) og deltakelse er et nøkkelord for å fremme empowerment. Som tjenesteyter er det viktig å ha forståelse for at empowerment på mange måter er motsatt av den tradisjonelle «behandlingsmodellen» i helsetjenesten. Denne måten å tenke på vektlegger at makten skal omfordeles, fra fagfolk til bruker. Med denne tankegangen blir brukeren «deltaker», og ikke mottaker, hvilket er en forutsetning for empowerment (Kendall 1993, 1998; Mitcheson og Cowley 2003).

Empowerment kan også sees i et kritisk lys med tanke på de menneskene som ikke opplever seg i stand til å ta egne valg, eller ikke ønsker å ta kontroll i eget liv. Årsaken kan være mange og sammensatte, fra kultur til egne erfaringer. Det er nødvendig å ha forståelse for at empowerment-tenkingen ikke nødvendigvis betyr at brukeren til enhver tid skal «bestemme» veien videre, men at brukeren har rett til å medvirke på sine premisser. Brukeren har rett til informasjon, rett til å bli hørt, rett til å medvirke, men myndigheten og ansvaret kan være hos tjenesteyteren (Tveiten 2017:24).

## **4.0 Individorienterte tilnæringer**

### **4.1 Empowerment som individuell selvrealisering**

Her er fokuset rettet mot den enkeltes individuelle livsverden. Ifølge Habermas (1981) beskriver livsverden som den verden en person lever i (Aadland 2015). Det spesielle med individet blir fremhevet, uten at det blir satt i sammenheng med sosiale relasjoner eller strukturer. Empowerment som individuell selvrealisering kjennetegnes av sterkt fokus på positiv tenking. Tørnblom (2005) sier at løsningen for å få personlig kraft, selvtillit og styrke til å gjennomføre ting er å tenke positivt, og på den måten nå målene en har satt seg. Det eneste som kan føre til at målene ikke blir nådd, er sykdom og dårlig helse. Selvrealisering, livscoacher m.m. kan bringe frem skjulte potensialer og gi økt materiell rikdom, bedre helse og lykke, «Alt er mulig» (Askheim 2018: 45).

Også gjennom selvutvikling vil en komme tydeligere fram i samfunnet, bli modigere og ta plass, men samtidig lære seg å lytte. Dette appellerer i stor grad til kvinner, og feministen Hanna Helseth mener indre styrke er ønsket på grunn av store krav gir følelse av utilstrekkelighet. Fra offerrolle til kraft! (Askheim 2018: 46).

### **4.2 Den terapeutiske tilnærming**

Å dele erfaringer bidrar til økt mestringsevne og mot til å håndtere egne problem. Deltakerne mobiliserer ressursene sine og øker motivasjon for endringsarbeid enten på individnivå eller mot omgivelser for å redusere belastninger i hverdagen. Ved å gi hverandre støtte og drøfte virkelighetsoppfatninger kan en bli styrket når en skal ta valg- og beslutninger. Å delta i selvhjelpsgrupper er i hovedsak knyttet til å gi individet styrke og kraft, mer enn makt til å endre kollektive og politiske forhold i samfunnet som undertrykker (Askheim 2018: 47).

Det kan være utfordrende for fagpersonen å vite hvordan en på best mulig måte kan medvirke for å utløse styrke og ressurser hos den enkelte, slik at de tar tak for å endre

situasjonen sin. Ifølge Strøm og Fagermoen (2011) kan samarbeid, dialog og anerkjennelse kan være nøkkelen til å skape tillit og trygghet for i empowermentprosessen (Tveiten 2017: 68).

For å legge til rette for at mennesker skal mestre livet etter utskrivelse blir det lagt vekt på opplæring. Helseopplæring er både forebyggende og helsefremmende. Tradisjonell opplæring gjennom kunnskapsformidling er ikke nok til å skape endringer. Endringer må bygge på pasientens initiativ, valg og beslutninger, først da vil atferdsendring bli reell (Bastable 2006, Hargie m.fl. 2009). Fra en vektlegging av planlagte, målretta påvirknings- og opplysningsarbeid har perspektivet dreid seg mot empowerment gjennom dialog, medvirkning og ressursmobilisering og metoder for dette kan være motiverende intervju og erfaringsfokusert veiledning.

Oppmerksomheten dreies fra brukers problem til brukers behov, ressurser og aktive deltakelse i egen helsesituasjon. Pasienten er «eksperten» og fagfolk skal vise empati og forståelse. Helsefremmende opplæring er knyttet til «helsefremmende arbeid med mål å fremme personlig vekst og endre sosiale, miljømessige og økonomiske forhold. Dette kan innebære deltakelse i støttende miljøer og styrking av lokalmiljøet som arena for handling. Rehabiliteringsfeltet har fokus på den enkeltes ressurser og retten til å bestemme i eget liv. Helse- og omsorgsdepartementet (1998-99) legger vekt på et helhetsperspektiv på rehabiliteringen med fokus på den enkeltes ressurser og på helhetlig tverrfaglige tilnærminger (Askheim 2018: 52).

#### **4.2.1 Individorientering i sosialt arbeid**

Sosialt arbeid har fokus på individuelle problemer og i tillegg samfunnsmessige og strukturelle forhold som forårsaker enkeltpersoners sosiale utfordringer (Hutchinson 2010, Kokkin 2005). En av kjerneoppgavene i sosialt arbeid er å motarbeide sosial urettferdighet og ulikheter og bekjempe barrierer som skaper marginalisering og avmakt der «mennesket i sentrum», medvirkning og menneskerettigheter er i fokus (Kokkin 2005: 59).

Metodiske tilnæringer vektlegger fagpersons ansvar for å arbeide mot undertrykkelse og større rettferdighet. Hovedfokuset er rettet mot hvordan samfunnet kan skape opprettholde fattigdom og ulikheter, og arbeide for at samfunnet skal bli preget av grunnleggende verdier som humanisme, egalitarisme og rettferdighet. Å redusere eller fjerne undertrykkende regler, prosesser og praksiser er målet for arbeidet. Fagperson må rette oppmerksomheten mot handlingsrommet en har og utfordre grensene for hva en kan gjøre i forhold til brukeren en skal hjelpe, og der målet er å bli i stand til å gjennomføre endringer (Askheim 2018).

### **4.3 Fellestrekk mellom de ulike tilnærmingene til empowerment**

Et grunnleggende fellestrekk mellom de ulike tilnærmingene til empowerment er at alle har et likt syn på mennesket som et handlende individ, som vil og kan sitt eget beste om forholdene blir lagt til rette for det (Askheim 2018: 17).

Et annet fellestrekk mellom de ulike tilnærmingene til empowerment er at de alle har en emosjonell dimensjon. Emosjoner har betydning i en empowermentprosess og er knyttet til begrep som emosjonell energi, skam og stolthet. Emosjonell energi forklares som følelser som kommer til uttrykk som entusiasme, solidaritet, selvtillit og handlekraft, eller helt motsatt der en opplever å bli tømt for emosjonell energi og resultatet blir at vi føler oss mismodige, motløse og kraftløse. Dette kan gi dårlig selvfølelse og føre til vansker med å opparbeide fellesskap eller solidaritet med andre. Personer med mye emosjonell energi vil føle seg gode, viktige og verdifulle, mens de med lite energi vil føle seg mislykte og usikre (Askheim og Starrin 2012: 62).

Skam og stolthet er knyttet til emosjonell energi der skam gir lav grad av energi, mens stolthet gir høy grad av emosjonell energi. Skam er tegn på usikre og truende sosiale bånd, mens stolthet indikerer trygge og sikre bånd. Skam kan betegnes som følelser som oppstår når en ser seg selv negativt gjennom andres øyne, eller at en forventer en slik reaksjon. Empowermentprosessen handler om å endre skamfølelsen til stolthet over den en er. Dette kan bidra i å ta tilbake makt og styre eget liv (Starrin 2012: 62).

Det å ha psykiske lidelser kan være forbundet med skam, og en kan oppleve vansker med å bli sosialt integrert i fellesskapet, noe Granerud og Severinsson (2006) viser til i sin studie der skamfølelse og frykt for utestenging er fremtredende, og om ble beskrevet som en opplevelse av å bli ekskludert og at ensomhet var en dominant følelse. Bergem og Ekeland (2006) viser til frykt for sosial degradering hos personer med psykiske lidelser for mange er sterkere enn frykten for diagnosen knytt til sykdommen (Starrin 2012).

I velferdspolitikken går det et grunnleggende skille mellom det som karakteriseres som «verdige» og «ikke verdige» trengende. De verdige sees på som personer som ikke kan lastes for sine problemer, mens de ikke verdige kan takke seg selv for situasjonen de har kommet opp i. Dette kan en se igjen ved at de verdige får støtte og empati, mens de ikke verdige blir sett ned på eller at de bare må ta seg sammen. Starrin (2012) forteller om at noen tilstander kan ha mindre prestisje enn andre. Et eksempel på det kan være at selvskadingsproblematikk har lite prestisje hos leger. Dette kan ha en forsterkende effekt på følelsen av skam (Starrin 2012).

## 5.0 Empowerment som motmakt

I velferdsstatens tjenester er de profesjonelle viktige aktører i undertrykkelsen. Særlig gjelder dette for personer med psykiske lidelser og for mennesker med funksjonsnedsettelse. For å avskaffe undertrykkelsen er det derfor viktig at tjenestebrukerne selv går i bresjen og kjemper for retten til fullverdig deltakelse og likestilling i samfunnet. Enkeltindividets avmakt må sees i sammenheng med samfunnsmessige, strukturelle forhold og krever empowermenttrett arbeid på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

Indirekte maktbindinger som fremmer undertrykkelse kan være påvirkning fra «betydningsfulle» nære og deres holdninger og oppfatninger. Direkte maktbindinger er ytre strukturelle forhold som påvirker den enkelte. Et eksempel på ytre strukturelle forhold kan være hvordan lokalene som brukeren har kontakt med er utformet. Gir det en følelse av trivsel eller gir det følelser av å være disiplinerte. Et hovedmoment i empowermentprosessen er å tydeliggjøre forbindelseslinjene mellom nivåene undertrykkelsen skjer på, slik at problemene blir identifisert. På den måten kan utviklingen gå fra personlig til politisk (Askheim 2018).

Felles erfaringer gir en positiv identitetsdannelse som kan danne motvekt mot den negative identiteten marginaliserte grupper har blitt påført av majoritetssamfunnet.

I et motmaktsperspektiv blir det beskrevet at personer med like erfaringer anerkjenner, styrker og gir hverandre kraft, som er uvurderlig i prosessen med å komme ut av avmakt og få styrket selvfølelse og tro på seg selv (Askheim 2018: 25).

Empowerment på individnivå er, ifølge Gilchrist og Durrant (1994) å øke individets selvtillit, kunnskaper og ferdigheter, mens på samfunnsnivå fremmer det en mer mangfoldig og tolerant kultur som utfordrer fordommer og diskriminering. På økonomisk nivå innebærer det en mer rettferdig ressursfordeling, og til slutt på politisk nivå innebærer endringer økt representasjon fra undertrykte i ulike organ og økt adgang til beslutninger og informasjon (Askheim 2018).



## 6.0 Makt

«Makt defineres som der ett eller flere menneskers sjans til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og det selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand» (Weber 1971: 53).

Å ha makt over andre mennesker kalles, makt over, og har forbindelse til dominans. Det vil si at den ene parten kontrollerer den andre, en prosess der en er vinner og en er taper. Et eksempel er strukturell makt, den makten som kan gi brukeren en følelse av å bli ydmyket eller at en må innrette seg på en bestemt måte i frykt for konsekvenser, fordi makten kan ligge i organisatoriske og fysiske strukturer. Makt til å få sin forståelse av et fenomen til å bli rådende, eksempelvis at brukeren blir kategorisert som uføretrygdet eller psykiatriske klienter kalles definisjonsmakt (Askheim 2018: 80).

Når en søker å finne løsninger sammen, at en finner en felles plattform når det oppstår enten verdikonflikter eller interessekonflikter, kalles det å ha makt sammen med og er en vinn – vinn situasjon. Ved å bruke dialog kan en bli enige og finne løsninger, uten at dette skal gå ut over noen. Denne tilnærmingen innebærer at makten spres og flere blir involvert i maktprosessen (Askheim 2018: 81).

Å ha makt til noe kan komme alle til gode, fordi den totale makten øker, men den går ikke på bekostning av noen. Et eksempel kan være når brukeren er fornøyd med en løsning som fagpersonen foreslår. Her blir makten spredd og en vil oppleve at den totale makten øker (Askheim 2018: 81).

Makt som blir mobilisert ut fra en tro på egne ressurser, kalles makt innenfra, også kalt «self-empowerment». Anerkjennelse og bevissthet ligger til grunn for den tilliten en har til å handle ut fra egen opplevelse av personlig styrke (Askheim 2018: 82).

Avmakt kan være å holde noen nede fordi en har makt over dem. Empowerment handler om å endre disse maktrelasjonene og mobilisere til motstand for å komme ut av den

avmektige situasjonen. Ifølge Norvoll (2012) blir avmakt beskrevet som å være fanget i en situasjon, uten mulighet til å påvirke på en måte som kan føre til endring. Avmakt er størst i de situasjonene en er avhengig av andre (Brodkorb og Rugkåsa 2012: 81).

Michel Foucault (1989) forklarer mikro-makt som en makt som utøves i det daglige for å få mennesker til å handle- eller oppføre seg på bestemte måter. Makten blir produktiv, i betydning skapende eller konstruerende. Dette er et eksempel på at makt og kunnskap har sammenheng med hverandre (Askheim 2018: 85).

Når målet er å påvirke menneskers tanker, holdninger og handlinger kan makt brukes ved å etablere virkelighetsforståelser som «sannheter» og at disse blir rådende i miljøet (Foucault 1980). Denne type makt definerer hva som er normalt, godt eller sunt og der målet er å bringe folk i retning av en standard for normalitet slik de blir definert ut fra «sannhetsregimene». Dette er et eksempel på hvordan en kan påvirke folk til å tenke og handle som «oss» (Askheim 2018: 86)

## **7.0 Aktuelt lovverk**

### **7.1 Lov om psykisk helsevern**

Denne loven er også svært aktuell. Denne lovens formål er følgende etter § 1-1:  
Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det er et formål med reglene med å forebygge og begrense bruk av tvang.

Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med brukerens behov og selvbestemmelsesrett og respekten for menneskeverdet (Lov om psykisk helsevern 1999).

### **7.2 Pasient- og Brukerrettighetsloven**

Denne loven inneholder rettsregler om de rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens formål, § 1-1: Skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenestene. Den skal også bidra til tillit mellom pasient og tjenestene, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Denne loven sikrer også retten til medvirkning og informasjon (pasient og brukerrettighetsloven 1999).

### **7.3 Helse- og omsorgstjenesteloven**

Denne loven sikrer brukeren rett til forsvarlige tjenester, pasientsikkerhet og kvalitet. I tillegg sikrer loven brukeren rett til individuell plan (Helse og omsorgstjenesteloven 2011).

## 8.0 Drøfting

Mestring og utfoldelse har sammenheng med god livskvalitet. Ifølge Owren (2013) er det viktig å oppleve aksept for den en er og at en har mål, mening og innhold i hverdagen sin (Owren og Linde 2013: 110).

*Mine papirer sa at meg var det ikke håp for, og da levde jeg opp til det som jeg følte det ble forventet av meg. De ville ikke se hva som bodde i meg. Det endelige vendepunktet for meg var at jeg møtte en behandler som spurte: «Hva vil du?». Jeg fikk være delaktig i mitt eget liv og fikk bestemme tempoet selv. Karl Olaf 53 år (Landheim m.fl. 2017).*

Sitatet ovenfor viser at det første steget i en endringsprosess er at person blir både sett og hørt. «For å hjelpe en annen må du først finne han der han er» (Søren Kierkegaard), et kjent, gammelt sitat, men aktuelt fordi det sier noe om behovet for selv å få identifisere egne verdier og behov. «Hva er viktig for deg», blir på en måte startstreken i empowermentprosessen.

Mennesker har både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sider, og alle disse sidene utgjøre en helhet. Vår psykiske helse er en del av vårt daglige liv og blir påvirket av de påkjenninger livet kan gi og gir ulike uttrykk ut ifra hvor i livet en befinner seg. Når en erfarer psykisk uhelse, vil vår helhetlige helseopplevelse ha betydning. (Karlsson og Borg 2015).

### 8.1 Brukermedvirkning

*Brukermedvirkning var en vits, og jeg følte ikke at jeg ble hørt. Hågen 43 år (Landheim. mfl. 2017).*

Å fremme empowerment, å overføre makt til de avmektige, kan bare finne sted der brukermedvirkningen er reell gjennom et likeverdig samarbeid mellom tjenesteyter og bruker. Dette må ligge til grunn som en solid grunnmur en kan bygge videre på, steg for steg. Brukermedvirkning kan defineres som samarbeid mellom bruker og profesjonelle, der bruker har rett til å definere seg selv og sine problemer og få myndighet til å medvirke

til å finne løsninger på dem. Mangler dette perspektivet kan en oppleve at brukeren blir tilskuer, uten mulighet til deltakelse (Vatne 2012). Likeverdige dialog blir lagt vekt på som betydningsfylt for medvirkning i et samarbeid (Lauvås og Lauvås 2015).

Et annet eksempel på brukermedvirkning er fra artikkel «Brukermedvirkning som realitet- et eksempel som viser vei» av Nordvik og Sundet (2018). Artikkelen viser brukermedvirkning i praksis der brukerne ble inkludert i journalskriving. Dette er noe som har vært helsearbeidernes domene, men en slik barriere kan brytes når skrivingen gjøres til et fellesprosjekt. Fra å være i et hierarkisk forhold der helsearbeideren har det siste ordet når det gjelder forståelse, blir skrivingen et samarbeidsprosjekt der partenes perspektiv blir likeverdige. Gjennom denne artikkelen ser vi at det å få være med å skrive sin egen journal bidrar til god kommunikasjon med personal og behandler, og brukeren får også «tid» til å tenke over hva en ønsker skal være med. Slik sett blir brukerens tanker og meninger mer framtrædende og perspektivet på kommunikasjon vil endre seg fra et personalperspektiv til et brukerorientert perspektiv (Nordvik og Sundet 2018).

Til tross for at brukermedvirkning er hjemlet i (pasientrettighetsloven § 3-1), ser en at det er vanskelig å praktisere i praksis. I artikkelen « Enquete: Fem om brukermedvirkning» av Sandvold MacDonald (2014) beskriver årsaker til manglede forståelse av hva brukermedvirkning kan innebærer. Artikkelen viser det kan være utfordrende å dele «makt» og akseptere at en er likeverdige samarbeidspartnere. Likeså peker artikkelen på at det kan være utfordrende å se seg selv utenfra, at en gjør noe, men har en oppfatning om at en gjør noe annet. Erfaringsmessig handler folk utfra gode intensjoner farget av faglige perspektiver, en faglig diskurs, tenke- og handlemåter, noe som viser at det handler om mer enn holdninger hos de ansatte.

## **8.2 Stigmatisering**

*Du er så stigmatisert at det vil være vanskelig for deg å bygge deg opp og gjenvinne helsen din i dine hjemtrakter, sa overlegen. Jeg opplevde å bli sett som et menneske og ikke som en «lost case». Nøkkelen var at dette mennesket møtte meg med tillit og respekt. Hågen 43 år (Landheim m.fl. 2017).*

I en empowermentprosess er det viktig å bli møtt som et menneske, ikke som en diagnose eller andre negative beskrivelser som «taper» eller «merkelig» (Karlsson og Borg 2015). Selvoppfatningen vår er som et speilbilde av andre menneskers oppfatning av oss (Mead 1967: 311). Psykisk uhelse kan oppleves som stigmatiserende, og ifølge Norvoll 2012) kan det bidra til selvstigmatisering eller sosial utstøting og er nært knytt til sosial kontroll (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 105). Et eksempel på hva som kan være stigmatiserende er selve diagnosen. Det kan være belastende å bli satt i bås som «bipolar» eller «schizofren».

Eksempelvis viser jeg til artikkelen «Offer eller ressurs - valget kan være ditt» av Lofthus (2008) beskriver en faglig begrunnet «realisme» og «objektiv sannhet» om en kvinne i 30-årene som var under rehabilitering fra alvorlig psykisk sykdom, der legen uttalte at ut fra hans erfaring var det få med hennes diagnose som kom tilbake til jobb, til tross for at legen ikke hadde kontakt med hennes behandler. Ifølge Thorbjørnsrud (2012) kan dette være et eksempel som viser definisjonsmakt, og kan forklares ved at minoritetsmedlemmer må samhandle på majoritetens premisser. Majoritet og minoritet handler om antall i en gruppe, der minoritet er i mindretall (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 232).

I en rehabiliteringsfase er håp sentralt, og det har betydning å gå fra «mottaker» til «bidragsyter». Holdninger som at «personer med psykiske lidelser må behandles *slik*», blir et stempel som gir ekstra belastning for brukere. I psykiatrien kan «offerrollen» ha stor plass, og Lofthus (2008) sier derfor det er viktig at det stilles krav og forventninger for å gi håp til at brukere kan ta kontroll og oppleve mestring.

Stigmatisering kan være en barriere i empowermentprosessen og kan føre til ekskludering fra deltakelse i samfunnet. Norvoll (2012) sier stigmatisering påvirker brukers syn på seg selv, og en kan se seg selv på en negativ måte, selvstempling. Å føle seg annerledes eller mindreverdig gir dårlig selvbilde, og kan føre til ensomhet, isolasjon og forverre både den psykiske helsen og livssituasjon (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 107).

Sosial kontroll kan ifølge Norvoll (2012) bidra til sosial orden, noe som kan skape trygghet, men kan være negativ om den bidrar til å begrense den enkeltes frihet eller

autonomi slik at resultatet blir at den enkelte føler seg krenket og umyndiggjort (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 100)

Å føle seg avmektig kan ifølge Norvoll (2012) handle om å være i en situasjon en ikke ser noen utvei fra. Avmakt er knyttet til følelser som aggresjon, frykt og fortvilelse, og den er sterkest når en er i en avhengighetssituasjon der en er overlatt til den mektiges avgjørelser (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 81). Dette viser at fagpersoner har medansvar fordi tilbakemeldinger fra omgivelsene også har betydning for hvordan en person reagerer og føler seg. Stempling fra omgivelsene kan føre til selvoppfyllende profetier (Norvoll 2012), noe som kan virke som en bekreftelse på det personen tenker om seg selv og som på den måte kan forsterke et negativt selvbilde- og verdien av seg (Brodtkorb og Rugkåsa 2012: 107).

For å fremme empowerment kan fagperson legge vekt på å ha en anerkjennende tilnærming der relasjon er basert på omsorg som kan skape trygghet (Schibbye 2002). Samværsmåter som er basert på gjensidig anerkjennelse kan innebære at fagperson er lyttende, viser forståelse, viser aksept og toleranse, og som inkluderer væremåter som empati og bekreftelse (Vatne 2012: 138). Bruker kan på denne måten starte med å bytte ut negative følelser, opplevelser og oppfatninger med nye, positive erfaringer. Gjennom å handle kan endring oppstå.

### **8.3 Selvfølelse**

*Jeg oppdaget da at svarene utallige leger hadde gitt opp å finne, hadde vært inni meg hele tiden. Silje 23 år (Landheim m.fl. 2017: 48).*

I en empowermentprosess må en fremme inkludering, ikke ekskludering. Psykiske lidelser kan bli oppfattet som avvik i samfunnet fordi det kan være vanskelig og skremmende å forstå uttrykkene som kan bli uttrykt, et eksempel kan være angstanfall eller selvskading. Kunnskap om av hva psykiske lidelser innebærer for den enkelte kan bidra til forståelse og toleranse, både for individet selv og miljøet rundt. Det er en mening bak hver handling, og mening skapes i samhandling med andre. Selvfølelse og identitet utvikles i samhandling med andre (Maed 1934; Repstad 1997).

Ved å kartlegge egne styrker og utfordringer kan en ha mulighet til å identifisere både hinder og barrierer i seg selv. På den måten kan en få oversikt og innsikt i sin egen situasjon. For å fremme empowerment kan det være viktig å prøve se om en finner mønster eller sammenhenger som en kan prøve å bryte for å komme seg videre i den prosessen en er i. Dette er utfordrende og krever vilje, motivasjon og utholdenhet. Ifølge Løken (2012) handler styrke om måten en tenker om seg selv på der selvtillit forstås som tillit til egne ferdigheter og selvfølelsen kan forklares som måten en oppfatter seg selv som menneske på. For å kunne gjennomføre ønskede handlinger trenger en kraft i form av ferdigheter og kunnskap (Andersen, Brok og Mathiasen 2000). Fagpersoner kan fremme prosessen ved å informere og legge til rette for at bruker skal få styrket sin kompetanse og øve på praktiske ferdigheter. Gjennom oppmuntring og positive tilbakemeldinger kan bruker bevege seg fremover i empowermentprosessen (Askheim og Starrin 2012:151).

## 8.4 Omsorg

*Tilliten som ble vist, bidro til at jeg virkelig torde å tro at jeg var et menneske med betydning – ikke bare en som ikke kunne utrette noe her i livet. Karl Olaf 53 år (Landheim m.fl. 2017: 58).*

Å fremme empowerment kan handle om at bruker erfarer støtte og omsorg, at noen «tror på deg». Brukeren må møtes med forventninger, forventninger som gir en noe å strekke seg etter, ikke noe som trykker en enda lenger ned. Selvoppfyllende profetier kan i slike tilfeller være en positiv prosess og kalles «Rosenthal-effekten» (Helgesen 2011: 312). Fagfolk kan bidra i prosessen ved entusiasme, positivitet, samarbeid, respekt og anerkjennelse i en prosess der det kan handle om å gjøre egne, nye oppdagelser, øke kunnskap og innsikt i eget liv og jobbe fremover mot en bedre hverdag (Askheim og Starrin 2012: 150). Når en ligger nede, kan alle trenge en «heia gjeng!».

*Jeg vet at jeg ikke ville dø, men jeg fikk ikke til å leve heller. Når man har sluttet å tro selv, er det viktig at andre tror på deg. Bekjentskapet med Jon gav meg et ørlite håp om at bedring og endring var mulig. Tommy 45 år (Landheim m.fl. 2017: 76).*

Trygghet er nødvendig om et menneske skal kunne endre seg. Mennesker som opplever å være i en avmaktssituasjon, har behov for oppmuntring, støtte og ikke minst styrke for å kunne selv finne gode løsninger og lære å se seg selv som en handlende og kompetent



aktør. På den måten kan problemhistorier endres til mestringshistorier ved å se på seg selv som en person med muligheter og ressurser.

Håp og inspirasjon til endring i eget liv kan en få gjennom fellesskap med andre, enten det er fagpersoner eller andre en får tillit til. Fagfolk kan også bidra gjennom likeverdig samarbeid basert på respekt og anerkjennelse. Ifølge Løken (2012) handler om å gjøre egne oppdagelser, få økt kunnskap og innsikt i eget liv og jobbe seg fremover mot en bedre hverdag. I dette perspektivet kan empowerment- og terapiprosess sees på som parallelle prosesser (Askheim og Starrin 2012: 150)

*Jeg tror det har vært viktig at jeg har funnet min personlige styrke gjennom meg selv og ikke gjennom andre. Anna Marie 38 år (Landheim m.fl. 2017: 131).*

Styrke kan forklares med en psykologisk, indre følelse og opplevelse og kan forstås som den individuelle utvikling av kapasitet (Andersen, Brok og Mathiasen 2000). Indre motivasjon er knyttet til en atferds egenverdi, en føler seg motivert for en bestemt aktivitet fordi den gir en spenning eller glede, den har betydning. Indre motivasjon er basert på selvbestemmelse, valgfrihet og lysten til å utføre en oppgave (Helgesen 2017: 92). Endringsarbeid er tar tid og bruker har derfor behov for styrke og motivasjon for å klare å stå i situasjonen over tid. Selvtillit og selvfølelse handler om hvordan en tenker om seg selv og sin situasjon på. Selvtillit forstås som tillit til hvilke ferdigheter en har, mens selvfølelse kan forstås som å «vikle seg ut av noe», om å komme seg ut av offerrollen (Askheim og Starrin 2012: 250). Å ha tro på seg selv og på sine egne ferdigheter er viktig i en empowermentprosess.

Ferdigheter og den kunnskapen som er nødvendig for å gjennomføre ønskede handlinger, kalles kraft, og kan forstås både individuelt og kollektivt (Andersen, Brok og Mathiasen 2000). Gjennom undervisning og diskusjoner om ulike tema kan en trene på praktiske ferdigheter og få økt kunnskap om rettigheter og plikter.

Det er viktig med bevissthet om hvilke roller en har og i tillegg trene på ulike roller. Eksempelvis kan det oppleves trygt å være i en offerrolle fordi det er kjent og krever lite.

Når en person befinner seg i en avmektig situasjon må en ifølge Løken (2012) våge å gi slipp på kontrollen og utfordre seg selv for å komme seg ut av den avmektige situasjonen. En må selv gjøre seg erfaringer, opplevelsesbasert læring, en kan ikke prate seg til mestring. Positive tilbakemeldinger i tillegg til at en selv opplever og erfarer mestring, vil gi personlig vekst og utvikling (Askheim og Starrin 2012: 140).

*Jeg har innsett at der er jeg som er sjefen i mitt eget liv. Jeg har fått hjelp til å lære å si ifra hvis det er noe jeg ikke vil, og jeg har lært å si nei. Hanne 32 år (Landheim m.fl. 2017).*

*Det handler om å finne gode verktøy slik at jeg står støtt selv om det begynner å blåse rundt meg. Anna Marie 38 år (Landheim m.fl. 2017).*

## **8.5 Emosjoner**

*De så meg når ingen andre tilsynelatende brydde seg om meg. Det var ekte omsorg når alt virket håpløst. Morten 42 år (Landheim m.fl. 2017: 120).*

Å være tjenestemottaker eller bruker av helsetjenester innen psykisk helsevern kan være forbundet med negative følelser. Historisk sett er det en gruppe som har blitt utsatt for diskriminering og vært ekskludert fra samfunnet som likeverdige deltakere. Dette kan påføre emosjoner som skam og gi opplevelser av at en ikke har samme verdi som andre.

Personer med psykiske lidelser beskrives som sårbare, noe som kan gi utslag i behov for bekreftelse eller oppmerksomhet. Sårbarhet kan være en konsekvens av opplevelser av ikke-funksjonelt samspill, eksempelvis manglende anerkjennelse fra viktige personer (Vatne 2012: 108). Sårbarhet kan også tolkes som manipulering, til tross for at den utfordrende atferden kan ses på som om at brukeren prøver å beskytte seg eller mestre situasjonen. Det kan være ulike årsaker til sårbarhet, eksempelvis traumatiske opplevelser. (Vatne 2012: 140).

For å fremme empowerment må fagfolk være bevisst egen måte å tilnærme seg bruker på og forstå hvordan en med egen væremåte kan virke på den andre. En profesjonell holdning

preges av intuitiv forståelse av forholdet mellom nærhet og avstand. Det krever at fagperson er følsom og til stede for å kunne vurdere hvor mye støtte eller utfordring bruker tåler i en gitt situasjon (Hummelvoll 2018: 355). Fagfolkene kan prøve å forstå brukers atferd i samspill med andre og hvordan en gjennom relasjon kan skape lindring og bedring.

## 8.6 Empati

*Jeg har studert og arbeidet med folk som deg i årevis, så jeg vet bedre enn deg hva du trenger. Silje 23 år (Landheim m.fl. 2017: 47).*

Fagfolk kan oppleve følelsesmessige konflikter i arbeid med psykisk syke mennesker og som vil påvirke relasjon og empowermentprosessen. På den ene siden kan en føle sympati og medfølelse og kjenne sterkt på både ønske og plikt om å hjelpe, empati, men samtidig kan en oppleve vemmelse, ekkelhet og avsky når en opplever kulturelle avvik, og som blir en kontrast til sympati (Vatne 2012: 180). Avsky kan påvirker holdningene til fagpersonen og kan vises som en ovenfra-ned holdning og kan føre til negative sanksjoner overfor bruker som avvisning eller motvilje. Dette kan øke brukers negative selvfølelse- og skamfølelse. Skam er knyttet til ikke å bli speilet som en verdifull person av andre (Vatne 2012: 182: 180). Skam kan hemme empowermentprosessen fordi det kan forsterke følelsen av håpløshet og avmakt. Derimot om en blir møtt med empati som innebærer å bli lyttet til og vist forståelse av både følelser og reaksjoner, vil det ha motsatt effekt, det vil fremme prosessen.

## 8.7 Makt

*Jeg har innsett at det er jeg som er sjefen i mitt liv. Jeg har fått hjelp til å lære å si i fra hvis det er noe jeg ikke vil, og jeg har lært å si nei. Hanne 32 år (Landheim m.fl. 2017: 92).*

Ulike former for makt utøves på ulike måter innenfor helse- og sosialfaglige områder, uten at det nødvendigvis er synlig. Styring og maktutøvelse kan være lite synlig, og resultatet kan være at både bruker og fagperson ikke er bevisste at makt utøves. Makten kan i slike tilfeller fremstå som noe annet enn makt. Fagfolkene er preget av forestillinger og normer innenfor organisatoriske rammer der bestemte forventninger er tilknyttet organisasjonen de

tilhører. I praksis er det viktig å bære bevisst denne makten og måten den viser seg på, for bare på den måten kan en reflektere over hvordan en forholder seg til den (Askheim 2018:112).

I offentlige skriv kommer det frem helsepolitiske føringer som berører helse på individ- og samfunnsnivå, og sier noe om helsepersonellens rolle og funksjon overfor bruker. Bruker skal møtes med respekt, bli hørt, få hjelp til å forstå, mestre og ha rett til innsyn og medvirkning. Det er brukeren selv som er ekspert i sitt eget liv, og det er bare en selv som kan si «hvor skoen trykker». Det vil si at det er brukeren selv som sitter med «svarene», men kan trenge hjelp og veiledning til å finne dem. Det er ikke alltid konkrete svar, men heller bevisstgjøring og oppdagelser knytt til egen situasjon, eget liv, egne behov, egne ressurser eller egen helse. Fagperson er også «ekspert» i kraft av sin rolle, og som innebærer at det er to eksperter som skal samarbeide. I lov om pasientrettigheter blir det fokusert på brukermedvirkning og at bruker er ekspert på seg selv, og i tillegg helsepersonellens ansvar. (Tveiten 2017: 9).

## **8.8 Relasjon**

*Eg fekk struktur i kvardagen. Eg laga ein individuell plan for kva eg skulle halda på med kvar dag for eit halvt år. Eg lærte kor viktig det er å koma over dørstokken kvar dag og vera i aktivitet. Stina 40 år (Landheim m.fl. 2017: 111).*

Individuell plan er et skriftlig plandokument som beskriver tjenestene en bruker har behov for og hvem som er ansvarlig for de ulike tjenestene. Det er brukeren som er planeier, og medvirkning er essensielt (Breimo m.fl. 2015). Fagpersonen må legge til rette for et trygt og godt samarbeid der bruker opplever seg sett og hørt, vist gjennom respekt og engasjement. Det kan bidra til nødvendig tillit for et likeverdig samarbeid mot felles mål (Brask, Østby og Ødegård 2016). Et eksempel som viser dette godt er en studie som er gjennomført ved en lukket avdeling der brukerne og fagpersonene sammen kom frem til riktig behandlingsopplegg gjennom åpen dialog. Samtaler er det viktigste verktøyet og det er begge parter som er med på å utforme samtaleemnene. Resultatene viste at denne måten å tilnærme seg brukeren på, gjorde at flere ble raskere bedre og kom tilbake til en normal hverdag (Jacobsen og Karlsson 2018).

Relasjonskompetanse beskrives som å handle meningsfullt og hensiktsmessig etter det konteksten tilsier (Røkenes og Hanssen 2015). Å ikke bli sett eller hørt, oversett eller undervurdert kan være et indirekte budskap om profesjonell maktarroganse (Skau 2015). I utforming av individuell plan skal bruker tas med, involveres og lyttes til (Breimo m.fl. 2015: 34).

*Ofte kan de små, ubetydelige øyeblikkene som skapes i interaksjon med andre gi håp. Ofte ser man ikke betydningen av disse øyeblikkene før lenge etterpå. Tommy 45 år (Landheim m.fl. 2017: 76).*

Et gjensidig tillitsforhold kan bidra til bruker i større grad tar ansvar og kontroll i sitt eget liv, noe som innebærer forståelse av at relasjon ikke oppstår av seg selv, men er et resultat av samhandling og kan kalles en bærende relasjon (Røkenes og Hanssen 2015).

Ressursorientering handler om å se den andre som en person med ressurser og muligheter, istedenfor med begrensninger, noe som kan ivaretas ved å innta brukerperspektivet og legge til rette for brukervedvirkning (Brask, Østby og Ødegård 2016).

Til tross for gode intensjoner om å få til brukervedvirkning er det ikke alltid en lykke i praksis. Årsaken kan være mange og ulike, eksempelvis mangel på tid, da det tar tid å bygge en relasjon basert på tillit og håp (Frigstad 2014). Andre eksempel kan være innen rusomsorg der feltet i stor grad har vært preget av en ovenfra og ned holdning som kan gi et etterslep som gjør brukervedvirkningen på individnivå vanskelig. Begge parter må forandre seg og bearbeide holdninger sine (Øiern 2014). Det kan også være at lovkravet kan bli vanskeliggjort av andre lovkrav og at det da blir tryggest å ta kontroll slik en har loven på sin side, resultatet kan da bli at fagpersonen server, passer på, skjermer og beskytter, istedenfor å gi tilbake ansvaret for livet til den som lever dette livet. Skal en få gjennomført brukervedvirkning fullt og helt, må man våge å risikere noe (Johnsen Wisløff 2014).

For å lykkes med brukervedvirkning mener Løken (2012) at det er en forutsetning av de med lave stemmer, eller de som ikke har vært så vant til å uttale seg, blir lyttet til av dem som er i en posisjon der de har makt til å få gjennomslag for sine synspunkter (Askheim og Starrin 2012:140).

## 9.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare hvordan en kan fremme medvirkning og empowerment innenfor psykisk helsevern. Gjennom oppgaven kan vi se at det er mange viktige faktorer som er med på å la brukeren av en tjeneste medvirke i beslutninger og ha kontroll i eget liv. Blant disse er stigmatisering, selvfølelse, omsorg, emosjoner, empati, makt og relasjoner.

I nyere tid er det mer fokus enn tidligere på brukermedvirkning, og det er en lovfestet rettighet at en bruker skal kunne medvirke mest mulig i de beslutninger som gjelder han selv.

Det viser seg gjennom oppgaven at en stor del av brukermedvirkning omhandler at fagpersonen er klar over sin maktposisjon, og at det er en skjevfordeling av makt i kraft av dens rolle. Dette krever en bevisstgjøring der fagpersonen overfører makt til brukeren og har fokus på å være støttende og inkluderende.

Som vernepleier mener jeg dette er et svært viktig tema å sette fokus på, og jeg mener å ha vist gjennom denne oppgaven at det er mange måter å fremme brukermedvirkning og empowerment på innenfor psykisk helsevern, og at det kan utgjøre en svært stor forskjell i livet til brukeren, og øke dens livskvalitet betraktelig. Det er mye sannhet i de ordene jeg ønsker å avslutte oppgaven med; «Vernepleiere er ikke verdensmestere, men de hjelper folk å mestre verden» (ukjent forfatter).

## Kilder

Aadland, Einar. 2015. *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. 3.utg.* Oslo. Universitetsforlaget AS.

«Anna Marie». 2017. *Slutt på dobbeltlivet.* I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 126-132. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Askheim, Ole Petter. 2011. *Fra normalisering til empowerment. Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Askheim, Ole Petter. 2018. *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brask, Ole David, May Østby og Atle Ødegård. 2016. *Vernepleierens kjerneroller. En refleksjonsmodell.* Bergen. Fagbokforlaget.

Breimo, Janne Paulsen, Trine Normann, Johans Tveit Sandvin, Hanne Thommesen, 2015. *Samspill og unoter.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodahl, Morten. 2017. *Noen frø trenger en vinter for å spire.* I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. AS. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 120-125. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav. 2015. *Metode og oppgaveskriving. 5.utg.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Garsjø, Olav. 2016. *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Halvorsen, Knut, Steinar Stjernø og Einar Øverbye. 2016. *Innføring i helse og sosialpolitikk. 6.utg.* Oslo. Universitetsforlaget AS.

Hagen, May Bente. 2018. *Traumebevisst miljøterapi*. I Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid. Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv, red. Hagen, May Bente, Antonio Barbosa da Silva og Mona I. Thelle, 27-44. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Hummelvoll, Jan Kåre. 2018. *Helt – ikke stykkvis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7.utg.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

«Hanne». 2017. *Har betydd enormt mye og få diagnosen dokumentert og bekreftet*. I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 89-93. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helgesen, Leif A. 2011. *Mennesket i dimensjoner. Lærebok i psykologi. 2.utg.* Kristiansand. Høyskoleforlaget AS.

Hummelvoll, Jan Kåre. 2018. *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7.utg.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Haugrønningen, Hågen. 2017. *Selv om systemet svikter, så er det mulig å få det til*. I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 59-64. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.



«Karl Olaf». 2017. *En dag så vil det gå deg bra*. I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 54-58. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Karlsson, Bengt og Marit Borg. 2015. *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lauvås, Kirsti og Per Lauvås. 2015. *Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi*. 2.utg. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Lorentzen, Per. 2010. *Fra tilskuer til deltaker. Samhandling og kommunikasjon med voksne utviklingshemmede*. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Løken, Kårhild Husom. 2012. *Lave stemmer skal også høres. Hvordan lykkes med reell brukermedvirkning på psykisk helse-feltet?* I Empowerment. I teori og praksis, red. Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin, 140-151. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mack, Silje. 2017. *Trosset alle – flyttet til Amsterdam*. I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 46-53. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nilsen, Stina. 2017. *Må over dørstokken kvar dag*. I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 107-113. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norvoll, Reidun. 2012. *Makt og avmakt*. I Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene, red. Brodkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa, 67-98. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norvoll, Reidun. 2012. *Sosiale avvik og sosial kontroll*. I Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene, red. Brodkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa, 99-118. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Owren, Thomas. 2013. *Sosial helse og funksjon*. I Vernepleiefaglig teori og praksis. Sosialfaglige perspektiver, red. Owren, Thomas og Sølvi Linde, 110-128. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Røkenes, Odd Harald og Per-Halvard Hanssen. 2015. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3.utg. Bergen. Fagbokforlaget.

Rønning, Rolf. 2012. *Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker?* I Empowerment. I teori og praksis, red. Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin, 34-44. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Sjåfjell, Tommy. 2017. *Edru, slank og nesten røykfri*. I Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer, red. Landheim, Anna, Frøy Lode Wiig, Marit Brendbekken, Morten Brodahl og Stian Biong, 71-78. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Skau, Greta Marie. 2015. *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4.utg. Oslo. Cappelen Damm AS.

Starrin, Bengt. 2012. *Empowerment som livsinnstilling – kan vi lære av Pippi Langstrømpe?* I Empowerment. I teori og praksis, red. Askheim, Ole Petter og Bengt Starrin, 59-70. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sømme, Dagrunn og Nina Thorbjørnsen. 2013. *Tillit – bærebjelke i medgang og motgang*. I Vernepleiefaglig teori og praksis. Sosialfaglige perspektiver, 204-222. Oslo. Universitetsforlaget AS.

Thorbjørnsrud, Berit. 2012. *Kulturelle fortolkningsrammer*. I Mellom mennesker og samfunn. Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene, 2.utg, red. Brodtkorb, Elisabeth og Marianne Rugkåsa, 201-235. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, Sidsel. 2017. *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen. Fagbokforlaget.

Vatne, Solfrid. 2012. *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

## Nettkilder

Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser

<https://frambu.no/tema/psykisk-helse/> Lest: 11.05.20

Helse- og omsorgsdepartementet. « Ansvar og meistring». St. Meld. Nr. 21 (1998-99). Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet, 1999.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/> Lest: 09.04.20.

Helse- og omsorgsdepartementet. «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.» St. Meld. Nr. 7 (2019-2020). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>  
Lest: 28.04.20

Jacobsen, Ritva Kyrrø, og Bengt Erik Karlsson. 2018. «Open Dialogue behind locked doors-exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital: A qualitative study»

<https://psykologisk.no/sp/2018/08/e5/> Lest: 04.05.20

Lov om pasient- og brukerrettigheter. Kap. 3. Rett til medvirkning og informasjon (§§ 3-1-3-6).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven> Lest: 29.04.20

Nordvik, Turid og Rolf Sundet. 2018. «Brukermedvirkning som realitet – et eksempel som viser vei».

[https://www.idunn.no/tph/2018/0203/brukermedvirkning\\_som\\_realitet\\_et\\_eksempel\\_som\\_viser\\_vei](https://www.idunn.no/tph/2018/0203/brukermedvirkning_som_realitet_et_eksempel_som_viser_vei) Lest: 28.04.20