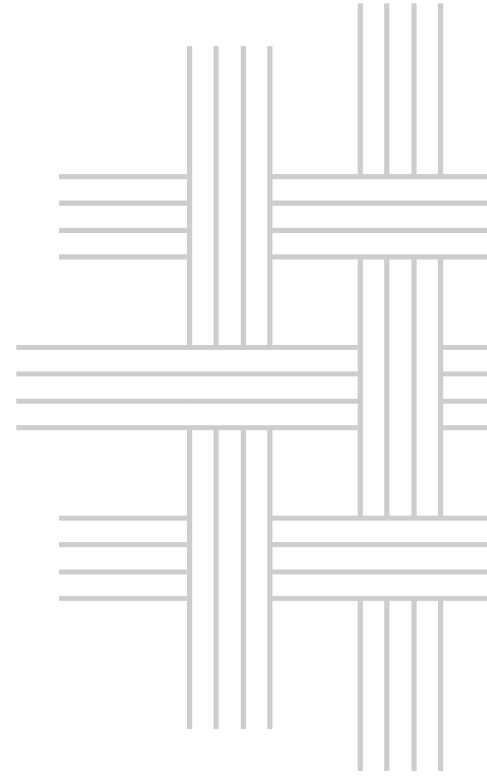




Høgskolen
i Innlandet



Ragnhild J. Roaldseth og Henning Pettersen

«Selvstendighet og tilfriskning»

En evalueringstudie av Sagatun Recovery
sitt selvstyrkingskurs

Oppdragsrapport nr . 9 - 2024



Utgivelsessted: Elverum

© Forfatterne/Høgskolen i Innlandet, 2024

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Forfatteren er selv ansvarlig for sine konklusjoner.
Innholdet gir derfor ikke nødvendigvis uttrykk for høgskolens syn.

I Høgskolen i Innlandets oppdragsrapportserie publiseres FoU-arbeid som er eksternt finansiert, enten eksternt fullfinansiert som oppdragsprosjekt eller eksternt delfinansiert som bidragsprosjekt.

Høgskolen i Innlandet - Oppdragsrapport nr. 9/2024

ISBN digital utgave: 978-82-8380-493-5

ISSN (for hele serien): 2535-4140

Forord

Denne rapporten er utarbeidet i et samarbeid mellom Høgskolen Innlandet og Sagatun Recovery. Rapporten kaster lys over de erfaringene kursdeltagerne har med sin deltagelse på selvstyrkingskurset i regi av Sagatun Recovery. Formålet med kurset er at personer som strever med rus og psykiske helseproblemer, skal lære mer om brukermedvirkning, samarbeid og hvordan den enkelte kan ta tilbake makt og kraft i eget liv. Kurstilbudet bygger på teori om recovery og brukermedvirkning. Det særegne med selvstyrkingskurset er at det holdes av personer som selv har brukererfaring.

For å gjennomføre studien er det etablert et samarbeid mellom Sagatun Recovery og høgskolen i Innlandet ved forskningsgruppen Samskaping i forskning og tjenesteutvikling. Rune Lundquist som er erfaringskonsulent ved Sagatun Recovery, har bidratt aktivt inn med utarbeidelse av prosjektbeskrivelse, rekruttering av informanter og medforskere. Datainnsamlingen og analysearbeidet er gjennomført av forskere ved Høgskolen i Innlandet, sammen med tre medforskere med egenerfaring fra rus og psykiske helsetjenester. To av medforskere har selv deltatt på selvstyrkingskurs.

Ragnhild J. Roaldseth og Henning Pettersen ved Høgskolen Innlandet har hatt hovedansvaret for rapporten, og evalueringsrapporten som er meldt inn til SIKT. Rapporten bygger på data som er innhentet ved hjelp av både individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer.

Lillehammer 05.06.2024

Ragnhild J Roaldseth og Henning Pettersen

Oppdragsgiver: Sagatun Recovery

Sammendrag

Denne studien handler om erfaringen som mennesker med psykiske helseplager, har med å delta på selvstyrkingskurs, for å fremme egen recoveryprosess. Studien har et kvalitativt design, hvor vi har intervjuet deltagere fra åtte kurs arrangert flere steder i landet. Det er totalt 33 personer som er intervjuet, fordelt på seks fokusgruppeintervjuer og sju individuelle intervjuer.

Studien bygger på teori om brukermedvirkning og recovery. Resultatet av studien viser at kursdeltagerne har positive erfaringer med å delta på kurs og at kursdeltagelsen styrker den enkelte i egen recoveryprosess. Informantene er opptatt av å inkludere eget nettverk for å styrke egen recovery.

Abstract

This is an experience-based study about people with mental health issues that have participating in self-empowerment courses in order to promote their own recovery process.

The study has been an integration of qualitative research, where we have interviewed participants at eight courses arranged in several locations in Norway. A total of 33 participants were interviewed, divided into six focus-group interviews and seven individual interviews. The study is based on the theory of user participation, experiences, perceptions and recovery. The results of the study concludes that the course participants have positive experiences of being a part of the courses, and that course participation strengthens the individual in their own recovery process. The participants are also positive to include their own personal network in order to further strengthen their recovery.

Innhold

Innledning.....	1
Kontekst: Sagatun Recovery	2
Selvstyrkingskurs	2
Problemstilling og avgrensinger	3
Disposisjon.....	4
Teori og relevant forskning	5
Et salutogent perspektiv	6
Empowerment og brukermedvirkning	7
Metode.....	12
Vitenskapsteoretisk forankring	12
Metodisk tilnærming.....	14
Hvem er vi?.....	14
Rekruttering og utvalg	15
Intervjuer.....	16
Analyse.....	16
Etiske vurderinger	18
Resultater.....	20
Fra utsatthet til økt selvstendighet	20
Kunnskap om recovery	22
Styrket sosialt nettverk.....	23
Diskusjon.....	25
Hvordan forstå informantenes utsatthet?	25
Hvordan forstå informantenes tilfriskning?	27
Betydningen av nettverk og sosial støtte.....	30
Avslutning.....	31
Litteraturliste	32
Vedlegg 1: Intervjuguide.....	3

Innledning

Psykiske helseproblemer regnes som en av velferdsstatens største utfordringer (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Selv om det politisk anses tvingende nødvendig med et økt fokus på psykiske helseproblemer er ikke denne erkjennelsen av nyere dato. Tilbake i 1998-2008 ble det gjennomført en omfattende reform i psykisk helsefeltet i Norge. Reformen startet med Stortingsmelding nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet (Sosial- og helsedepartementet 1997). Denne meldingen banet vei for «Opptappingsplan for psykisk helse (1999-2006)» (Sosial- og helsedepartementet, 1998), som hadde som målsetting å bedre ressurstilgangen til lokalt psykisk helsearbeid og å bedre samhandlingen mellom de ulike nivåer i den psykiske helsetjenesten. Politisk har det altså lenge vært et ønske om å redusere risiko for psykiske helseplager og motvirke sykdom, noe som har blitt tydeliggjort i flere nasjonale veiledere (Helsedirektoratet, 2011, 2013, 2014).

I den nye opptappingsplanen for psykisk helse Meld. St. 23 (2022-2023), er det overordnede målet at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at folk skal få god og lett tilgjengelige tjenester og hjelp. Regjeringen ønsker blant annet å legge til rette for å styrke lavterskeltilbudet innen psykisk helse og rus. Mye av den samme argumentasjonen finnes også i den siste folkehelsemeldingen, men her med et fokus på at det må gjøres noe med de sosiale helseforskjellene som bidrar til økningen i psykiske helseproblemer (Folkehelsemeldingen, 2023).

De siste årene har vi imidlertid sett en framvekst av alternative perspektiver i psykisk helsevern, slik som brukerstyrte senger og medikamentfrie behandlingstilbud, i tillegg til at det er et økende antall erfaringskonsulenter som er blitt ansatt i tjenestene (Åkerblom et al., 2023) I tråd med økende vektlegging av at brukerne gjennom sine erfaringer skal bli premissleverandører for utvikling av psykisk helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2011, 2013, 2014) er det etablert en rekke lavterskeltilbud og brukerstyrte sentre som tilbyr tjenester som ikke defineres som behandling, men som en tilnærming der fellesskap, mestring, recovery og empowerment står i fokus.

Etter modellen «Recovery College» som er blitt utviklet i England er det siden 2019 blitt etablert flere «Recovery College» også i Norge; Bergen Recovery skole, Jæren Recovery College og Innlandet Recovery skole. I tillegg er et par andre «Recovery College» under planlegging. Dette er sentre der det lages kurs for å utvikle ferdigheter og kunnskap som hjelper folk med å mestre livet selv om de har symptomer og utfordringer. Mange «Recovery

College» gir også tilbud til pårørende og fagpersoner. Felles for disse tilbudene er at de er etablert og drevet av profesjonelle, selv om det skjer gjennom samarbeid med personer med brukererfaring. Et perspektiv som bygger på at brukere med sine erfaringer kan bidra til andre er grunnleggende for driften av «Recovery College». Totalt er det fem regionale brukerstyrte sentre i Norge som har den samme grunnfilosofien, men som har spisset driften i litt ulik retning.

Kontekst: Sagatun Recovery

Sogatun Recovery er et regionalt brukerstyrt senter, som holder til i en gammel villa i Hamar Kommune. De har tre ulike funksjoner eller avdelinger; Sagatun Brukerstyrte senter som aktivitetstilbud, Sagatun recovery skole som arrangerer kurs og mestringstilbud og Sagatun Regionale Ressurssenter som har oppgaver knyttet til den regionale funksjonen som regionalt brukerstyrt senter.

Hovedaktiviteten til Sagatun Recovery er det brukerstyrte senteret, hvor de tilbyr aktiviteter som friluftsliv, musikkgruppe og kreative verksted i tillegg til en café. Målet er at brukeren av senteret skal finne oppleve mestring, livsglede og få troen på egne muligheter. Driften av senteret hviler på ideologien om empowerment og recovery, hvor de ønsker å bidra til mestring, sosial støtte og deltakelse til tross for helsemessige utfordringer. Sentralt i dette arbeidet er at driften og aktivitetene initieres og styres av personer med brukererfaring.

Gjennom fellesskapet kan deltagerne finne sine interesser, ressurser, mening og mestring på en slik måte at de får tilbake troen på seg selv og styrke evnen til å mestre eget liv. Sagatun Recovery er ett av fem regionale brukerstyrte sentre. De har et nasjonalt ansvar for å drifte selvstyrkingskurs. Selvstyrkingskurset er basert på teori og forskning om brukermedvirkning, kommunikasjon, mestring, recovery og empowerment. Selvstyrkingskurset er blitt arrangert siden 2012, med omtrent 500 kursdeltagere til sammen.

Selvstyrkingskurs

Sogatun Recovery skole, arrangerer selvstyrkingskurs til folk med psykiske helseproblemer og- eller rusmiddelavhengighet (Løken, 2008). Målet med Selvstyrkingskurset er å styrke kursdeltakeren i sin egen recoveryprosess. Dette skjer gjennom psykoedukasjon og praktiske øvelser som skal øke deltagerens selvtillit, spontanitet og grensesetting. Gjennom fire kursdager, inviteres deltagerne inn i en opplæringspakke hvor de får kjenne på egen mestringsfølelse, får kunnskap om egne ressurser, muligheter og rettigheter (Johnson et al.,

2018). På kurset lærer deltagerne om brukermedvirkning og samarbeid, og hvordan den enkelte kan ta tilbake makt og kraft i eget liv. De jobber for kunnskap og fellesskap for å bidra til reel brukermedvirkning, livsmestring og god livskvalitet for brukere og pårørende.

Selve kurset er lagt opp med undervisning, erfaringsdeling, refleksjonsgrupper og øvelser basert på opplevelsesbasert læring. Dette er aktiviteter som skaper opplevelse og følelser gjennom rollespill, lytte, fortelle og dele erfaringer. Et eksempel på en øvelse fra kurset er at kursdeltagerne skal jobbe sammen i par, hvor den ene stiller spørsmål, mens den andre skal svare ja når den mener nei, og si nei når de mener ja. For mange av deltagerne kan det å si ja eller nei, vekke vanskelige følelser og bidra til at de ikke handler i tråd med egne ønsker og behov. Ifølge (Sørensen et al., 2002) I følge Kaspersen & Haukland (2017) tilrettelegges aktivitetene slik at både kroppen, følelser, tanker og refleksjoner aktiveres. Slik kan deltagerne oppleve ny mestring og forståelse.

Kurset er åpen for alle som ønsker å delta, og arrangeres gjerne i de lokale brukerstyrte sentrene. Antall deltakere på kurset kan variere litt, men er sjelden over femten stykker. Det stilles ingen krav for å gå på kurset, utover å være aktiv og lyttende. Tilbudet regnes ikke som behandling, det er ikke behov for henvising og det føres ikke journal. Kurset er også åpent for ansatte i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Målsettingen med selvstyringskurset er å:

- Trene på kommunikasjon
- Sette grenser og respektere andres meninger
- Bli bevisst egne ressurser, muligheter, rettigheter og plikter
- Lære metoder for hvordan ta tilbake makt og kontroll over egen hverdag

Selvstyringskurset ledes av to prosessledere med egenerfaring. Prosesslederne har gjennom et eget opplæringsprogram lært å anvende teori og de praktiske øvelsene som brukes i kurset. I prosesslærerkurset lærer de om prosessledelse, brukermedvirkning, kommunikasjon, empowerment og recovery. Opplæringen har særlig vekt på å utfordre lederrollen, men også perfektionere egen bevissthet rundt rollen som prosessleder- og hvordan de kan forvalte egenerfaringen på en balansert måte. De er alltid to prosessledere på hvert kurs.

Problemstilling og avgrensinger

«Hvilken erfaring har kursdeltakere med å delta på selvstyringskurs?»

I denne studien har vi undersøkt hvilken erfaring tidligere kursdeltagere har med selvstyrkingskurset og opplæringsmaterialet i sin tilfriskningsprosess. Selvstyrkingskurset er et populært tilbud, bygger på empowerment-ideologien og er et tilbud som blir gitt på laveste innsatsnivå som handler om forebygging, egenomsorg, pårørendearbeid, frivillige, likepersoner og erfaringskonsulenter blant annet. Dette er i tråd med føringer fra helse-og omsorgsdepartementet (Sørensen et al., 2002)

Disposisjon

I første kapittel presenteres tema og problemstilling, samt en presentasjon av selvstyrkingskurset. I kapittel 2 redegjør vi for forebyggende og helsefremmende arbeid, psykisk helse, brukermedvirkning empowerment og recovery. Hele kapittel tre er viet til studiens metodiske valg for datainnsamling, analyse og etiske betraktninger. I studiens kapittel fire presenteres resultatene, som diskuteres i kapittel fem, før en kort avslutning i kapittel seks.

Teori og relevant forskning

Helsetilstanden til nordmenn er generelt god. 78 % av befolkningen over 18 år, rapporterer selv å ha en god eller svært god helse. Samtidig påpeker Folkehelseinstituttet (2018) at psykiske helseplager er en viktig årsak til redusert helse. Ifølge (Skårderud et al., 2018) handler psykisk helse om tanker, følelser, og hvordan vi har det med oss selv og andre. (Brandtzæg et al., 2023) hevder at mennesker som har vært utsatt for mobbing, krysskulturelle utfordringer, mangelfull emosjonell støtte, omsorgssvikt eller mishandling lettere utvikler psykisk uhelse. Det finnes ingen universell teori for å forstå psykiske helseproblemer (Falkum, 2023). Det er likevel mest vanlig å legge vekt på den biopsykososiale forståelsen av menneskets helse. Dette er en modell som ivaretar samspillet mellom alle faktorer som påvirker menneskelig utvikling, blant annet genetikk, nevrovikling, infeksjoner, temperament, kognisjon, atferd, tanker, følelser, indre livsverden, kultur, skole, lokalsamfunn, økonomi og nettverk blant annet.

Ifølge Malt et al.,(2020) vil en av fem personer oppsøke hjelp for psykiske helseplager i løpet av livet. Samtidig vil det være omtrent 30 % av befolkningen som tilfredsstillere kriteriene for en psykisk lidelse. Malt et al., (2020) gir uttrykk for at psykiske helseproblemer, angst og depresjon er den vanligste enkeltårsaken til sykemeldinger hos yrkesaktive. Det særegne med psykiatriske diagnoser, er at det ikke finnes en entydig biologisk prøve som kan påvise sykdom. Det betyr at det er beskrivelser av pasientens plager og adferdsmønster som danner grunnlaget for diagnostiseringen, tiltak og behandling.

Regjeringen ønsker at kommunene skal jobbe for å redusere forekomsten av psykiske helseproblemer, gjennom helsefremmende og forebyggende tiltak (Helsedirektoratet, 2011, 2013, 2014). Psykisk helsefremmende arbeid kjennetegnes ved at den psykiske helsen styrkes gjennom tiltak som øker livskvalitet, mestring, selvbilde, helsekompetanse og strategier for mestring av motgang og belastninger (Lunde, 2021). Folkehelsearbeid dreier seg om å redusere kjente risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorene både for hele befolkningen, grupper og enkeltindivider. Kommunene har ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer med psykisk sykdom og/eller rusavhengighet (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I forbindelse med samhandlingsreformen, fikk kommunene et større ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid. En sentral målsetting med reformen var å gi pasienter hjelp på riktig sted, til riktig tid gjennom koordinert samarbeid mellom ulike

tjenester og tjenestenivå (St.meld. nr. 47. I opptrappingsplanen for psykisk helse Meld. St. 23 (2022-2023) presiseres det at mennesker med psykiske helseplager, har behov for lett og tilgjengelig hjelp. Regjeringen påpeker at kommunene må legge til rette for å styrke lavterskeltilbudet innen kommunenes arbeid knyttet til psykisk helse. Et lavterskeltilbud kan hjelpe mennesker på et tidlig tidspunkt og forebygge forverring. Ifølge regjeringen Meld. St. 23 (2022-2023) finnes det mange tilbud fra ideelle og frivillige organisasjoner som et godt supplement til kommunens tilbud. Å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter, tilhørighet og mestring gjennom møteplasser for mennesker med psykiske helseproblemer er et prioritert tiltak. I Helse- og omsorgsdepartementets HelseOmsorg21-strategien (ho21) framheves frivillige og ideelle organisasjoner som et virkemiddel for økt aktivitet og utvikling av velferdstjenester.

Et salutogent perspektiv

Psykisk helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv, kan bidra til økt livskvalitet, mestring, selvbylde, helsekompetanse og strategier for mestring av motgang og belastninger (Lindström & Eriksson, 2015). Med mestring forstås en persons kapasitet til å håndtere belastende livssituasjoner, som til sammen utgjør en persons ressurser og handlinger for å skape balanse mellom indre og ytre krav og konflikter (Tveiten, 2020) Sosiologen Aron Antonovsky forsket på helse i et salutogent perspektiv (Lindström & Eriksson, 2015) Han var opptatt av å vektlegge det friske og det som opprettholder god helse, til tross for helsemessige påkjenninger. Sentralt i teorien er at utvikling av helse alltid finnes på kontinuumet mellom helse og uhelse.

Salutogenese handler både om et kunnskapsområde, en holdningsstil, og en lærende prosess som bidrar til nye måter å jobbe med helse på. Antonovsky la til grunn i sin teori at mennesker i løpet av et liv, belemres med ulike typer stress eller belastninger (Lindström & Eriksson, 2015). De fleste av de utfordringene vi belemres med kan vi ikke forutse eller kontrollere Dette er en type usikkerhet som alle mennesker må forholde seg til og håndtere. Når belastningene oppstår, har vi ulike måter å håndtere den på, som kan gå i favør av psykisk uhelse eller helse.

Sentralt i teorien om salutogenese, er opplevelse av sammenheng (OAS). Salutogenese retter fokus mot ressurser for helse og helsefremmende prosesser både på

individ, gruppe og samfunnsnivå (Lindström & Eriksson, 2015). Opplevelse av sammenheng dreier seg om den enkeltes motstandskraft og mestringsevne og oppnås bare når man opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterlig (Tveiten, 2020). Mennesker som har en sterk opplevelse av OAS vil oppleve at livet er preget av sammenheng, og at livet er begripelig og håndterbart på en slik måte at de mobiliserer de ressursene som trengs for å møte livets utfordringer (Lindström & Eriksson, 2015). Mennesker som opplever å ha en sterk OAS vil gjerne ha en type livsinnstilling, en måte å tenke og handle på som bidrar til å skape mening i eget liv. Generelle motstandsressurser for utvikling av OAS er personlige væremåter, ressurser knyttet til den enkelte person, materielle og sosiale goder, penger, husvære, kontakt med indre følelser, overbevisning og mening med livet blant annet. Antonovsky (2012) hevder at personer som har ressurser og opplevelse av sammenheng som holdning, har bedre grunnlag for å mestre helseutfordringer enn dem som har oppmerksomheten rettet mot sykdom.

Empowerment og brukervedvirkning

Empowerment blir ofte oversatt til norsk som myndiggjøring eller selvstyrking, men handler om noe mer. Sørensen et al. (2002) definerer empowerment som en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere utfordringer. Innen psykisk helsefeltet vil dette bety at pasientene skal få mer makt og større selvbestemmelsesrett. Begrepet empowerment springer ut fra et humanistisk menneskesyn (Sørensen et al., 2002). Det innebærer en grunnleggende tro på at mennesker kan utvikle evner og ferdigheter for å sikre eget liv og helse, når de har kontroll over de betingelsene som hemmer utvikling. Empowerment betraktes som et radikalt begrep innen helse-og sosialfagene (Askheim, 2012). Opprinnelsen knyttes til den amerikanske borgerrettighetsbevegelsen, kvinnebevegelsen, frigjøringsbevegelser i den tredje verden og ulike former for selvhjelpsorganisering. Begrepsmessig kan «power», som utgjør kjernen i begrepet oversettes til styrke, kraft og makt.

Empowerment handler om den prosessen hvor folk opplever kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse og eget liv, for å kunne ta funksjonelle og gode valg på egne vegne. Slik kan empowerment forstås både på et strukturelt, relasjonelt og individuelt nivå. Altså handler det både om politiske, samfunnsmessige, organisatoriske,

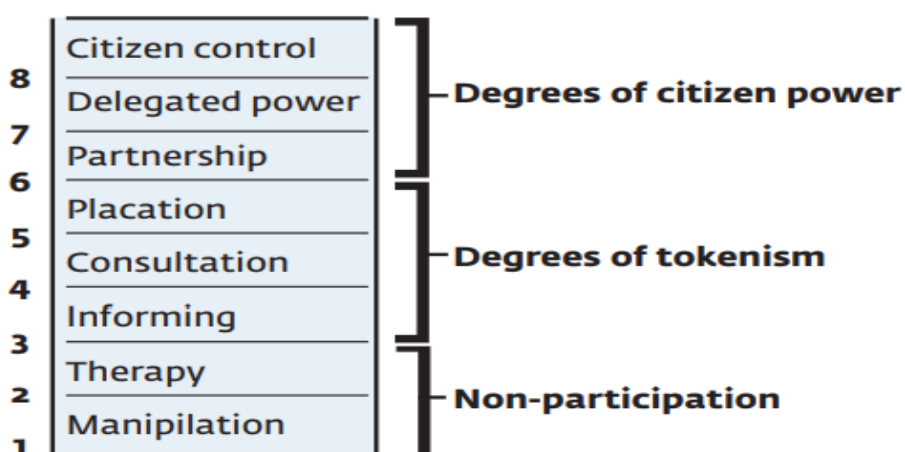
sosiale og praktiske forhold som muliggjør autonomi. Samtidig handler empowerment også om relasjoner, med betydning for å kunne føle seg myndiggjort for å kunne realisere egne krefter, styrker og ressurser. På individnivå handler empowerment om sentrale psykologiske og eksistensielle faktorer for å kunne oppleve seg myndiggjort og fremme vitalitetsaffektene som hjelper mennesker opp og fram (Amundsen, 2023). I veilederen Sammen om mestring (Veileder IS-2076) beskrives brukermedvirkning og empowerment som viktige ideal for å fremme helse. (Askheim & Andersen, 2023) hevder at empowerment og brukermedvirkning er en sentral verdi i velferdspolitikken og i helse-og sosialfaglig arbeid, hvor brukeren er sentral i utviklingen av eget tjenestetilbud. Dette er i tråd med offentlige føringer (Meld. St. 25 (2014-2015) og (Meld. St. 23, 2022-2023).

Tveiten (2020) hevder at mennesker er avhengig av en følelse av kontroll og empowerment for å kunne meste livene sine. Hun hevder at et klart bilde av situasjonen og de ressursene som trengs kan bidra til mestring. Ifølge Tveiten (2020) betyr det at helsepersonell har et særlig ansvar for å hjelpe pasienter og brukere til å forstå situasjonen de er i, til å se egne ressurser og mulige måter å håndtere utfordringer på. Ifølge Tveiten (2020) kan empowerment-tenkningen forstås som et rammeverk for helsefremming. Utfordringen for det helsefremmende arbeidet er at det skjer store og raske samfunnsendringer og produksjon av kunnskap (Sørensen et al., 2002) Velferdssamfunnet endres, det blir mindre homogent og mer sammensatte populasjoner, samtidig som gapet mellom fattig og rike øker.

Ifølge Askheim & Andersen (2023) har tjenestemottakere i liten grad blitt involvert i utformingen av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern. Begrepene bruker og brukermedvirkning kom inn i velferdspolitikken på 1990-tallet, som et motsvar til det paternalistiske forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Begrepet pasient, bidrar til en sykeliggjøring av tjenestemottakeren, og mange mener at det var med på å opprettholde autoritetsgapet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Kravet om brukermedvirkning er kommet som en reaksjon mot hvordan tjenestemottakere opplever og har opplevd tjenesteapparatet og hjelpen som autoritær og paternalistisk. Askheim & Andersen (2023) sier at brukermedvirkning er et begrep som må forstås i den konteksten det brukes, fordi begrepene har ulik opprinnelse, historie og velferdspolitiske diskurser. De hevder at begrepene vi bruker for å definere de som mottar velferdstjenester, indikerer hvordan disse personene betraktes (Askheim & Andersen, 2023). Begrepene er med å beskrive maktforholdet eller relasjonen mellom tjenestemottakere og tjenesteytere. Ifølge Lauveng

(2020) lå det sterke føringer i opptrappingsplanen for at det skulle bli mer brukermedvirkning og mer autonomi i psykisk helsefeltet. Til tross for dette hører vi fortsatt tjenestemottakere som forteller om svikt i hele systemet, både innen forebyggende helsearbeid, lavterskeltilbud, behandling og oppfølging. I dag har alle pasienter rett til å medvirke i egen behandling og i utformingen av helsetjenester, både på individ og systemnivå (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Askheim & Andersen (2023) hevder at det er vanskelig å tenke seg at relasjon mellom en tjenesteyter og en tjenestemottaker kan bli likeverdig. Grunnen er at tjenestemottakere søker noe tjenesteyter kan gi, og som de kontrollerer på hvilken måte de skal gis. Begrunnelsen for at tjenestemottakere skal ha innflytelse i egen behandling og oppfølging, dreier seg å skape bedre tjenester, tilpasset de som trenger tjenesten (Meld. St. 23 (2022-2023)). Tjenestemottakere har rett til å medvirke, og tjenesteytere har plikt til å involvere tjenestemottaker. Brukermedvirkning opererer både på individ og systemnivå (Askheim & Andersen, 2023). Med brukermedvirkning på individnivå forstås muligheten for å påvirke egen behandling, mens medvirkning på systemnivå handler om medvirkning i tjenesteapparatets utforming og om velferdspolitik.

Brukermedvirkning som begrep kan framstå som uklart. Det handler mye om at graden av involvering og medvirkning varierer. Arnsteins Stige (Arnstein, 2019) skisserer en modell for brukerinvolvering. Hun opererte med åtte trinn, fordelt på tre hovedgrupper som viser til grad av involvering.



Figur 1: Arnsteins stige (Arnstein, 1969)

De to første og nederste trinnene i stigen, kalte hun for manipulering og terapi, som handler om ingen brukerinvolvering. Trinnet hun kaller tokenism, handler om informasjon og konsultasjon, mens det tredje og siste nivået handler om grader av makt til sivilbefolkningen. Stigen illustrerer graden av brukermedvirkning, og handler om makten til å myndiggjøre og i hvilken grad vi gjør det. Stigen kan illustrere ulike grader av involvering av tjenestemottakere.

Recovery

Forskning viser at psykiske lidelser kan håndteres og leges gjennom tilfriskningsprosesser. Dette gjelder også for personer som har alvorlige psykiske lidelser (Underlid et al., 2016). I longitudinelle studier hvor man følger personer med alvorlig psykisk sykdom over lang tid, viser studiene at mange av deltagerne ikke oppfyller kriteriene for en alvorlig psykisk lidelse over tid. Slik endring og tilfriskning skjer også hos de personene som opplever å ikke bli helt friske. Disse menneskene kan leve gode og verdige liv samtidig som de har symptomer på en psykisk lidelse (Underlid et al., 2016). Lauveng (2022) hevder at behandlingsapparatet har hatt en tradisjon for å opprettholde en tanke om at folk med alvorlig psykisk sykdom ikke kan bli friske. Ifølge Lauveng (2022) handler recovery om en modell for bedring. Recovery har sin opprinnelse fra brukerorganisasjoner, som viste til erfaringsbasert kunnskap om å komme seg fra psykiske lidelser med utgangspunkt i egne ønsker og behov (Askheim & Andersen, 2023). Dette perspektivet førte til en forventning om å kunne være mer aktiv i egen behandling. I dag vil de fleste avdelinger og enheter innen psykisk helse si at de er opptatt av bedringsprosesser, brukermedvirkning, recovery og recoveryorienterte prosesser.

Recovery defineres både som en sosial og personlig prosess, hvor levevilkår, materielle goder, holdninger, verdier, følelser, ferdigheter og roller har betydning. Ifølge Blickfeldt Juliussen (2021) handler recovery om å leve godt med seg selv og andre, til tross for utfordringer knyttet til egen helse. Det innebærer at personer med psykiske helseproblemer gjennom tilgang til menneskelige og materielle goder og kunnskapsmessige ressurser kan utvikle mening, aksept, løsninger og forståelsesmåter på det som tidligere har vært vanskelig i livet (Blickfeldt Juliussen, 2021). Det er vanlig å skille mellom klinisk og personlig recovery (Slade, 2009). Forskjellen er at klinisk recovery er basert på en medisinsk tilnærming hvor frisk eller ikke blir et måleinstrument om hvorvidt en person har kommet

seg etter psykisk sykdom. Personlig recovery derimot, handler om bedring som en prosess, hvor en er mindre opptatt av sluttresultatet. I personlig recovery, er målpersonen selv en premissleverandør for å si hvordan han selv har det, gjennom sin subjektive opplevelse av sin livssituasjon (Lauveng, 2022). Personlig recovery handler ikke nødvendigvis om å bli frisk, men målet er å være i utvikling i kort eller lang tid, med eller uten støtte av andre mennesker.

Metode

I dette kapitlet redegjør vi for vitenskapsteoretisk ståsted og valg av metodisk tilnærming for hvordan studien ble planlagt og gjennomført. I tillegg skisseres de etiske aspektene knyttet til studien.

Vitenskapsteoretisk forankring

Med vitenskapsteoretisk forankring menes vitenskapelig tilnærming, metode og analyse som ramme for studien. Relevante paradigmer og filosofiske perspektiver i studien, vil være sosialkonstruktisme og det fortolkende paradigmet med røtter til filosofi om fenomenologi og hermeneutikk. For å få kunnskap om kursdeltakernes erfaringer og opplevelser knyttet til sin deltakelse på selvstyringskurs er det særlig det fenomenologiske perspektivet som vil være egnet.

Fenomenologi er en filosofisk retning som handler om å studere ting slik de oppfattes og erfares av bevisstheten og regnes som et egnet utgangspunkt for kunnskapsutvikling i helse- og sosialfag (Thomassen, 2006). Fenomenologien søker å avdekke essensen og strukturen av ulike typer fenomener som persepsjon, hukommelse, fantasi, følelser, verdier og væren. I følge (Malterud, 2019) er fenomenologi et begrep innen kvalitativ metode, som handler om å forstå andres subjektive erfaringer og bevissthet. Fenomenologi betyr læren om det som viser seg, og kan spores tilbake til filosofer som Edmund Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1889-1976), Alfred Schütz (1899-1959) og Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). I denne studien undersøker vi kursdeltakernes erfaringer og nytte av sin kursdeltagelse. Fenomenologien vil i denne sammenhengen være en god forståelsesramme for å produsere kunnskap om dette. Når vi ønsker å finne ut av kursdeltakernes erfaringer og nytte av sin kursdeltagelse, må vi ifølge Thomassen (2006) kunne se bort fra fordommer, teorier, antagelser og forventninger for å kunne undersøke selve fenomenet og hvordan «verden viser seg» for informantene. Gjennom problemstillingen ønsker vi å få innsikt i informantens livsverden, gjennom den enkeltes subjektive opplevelse av selvstyringskurset. Som forsker vil vi være opptatte av å forstå hvordan informantene skaper mening i sine erfaringer, og hvordan de overfører erfaringen til egen bevissthet både individuelt og i den sosiale konteksten (Johannessen et al., 2021). Altså innebærer dette å fange opp og beskrive hvordan informantene opplever kurset og hvordan de beskriver kurset, føler om det, husker det, gir det mening og snakker om det til andre.

Studien bygger også på sosialkonstruktivistisk vitenskapsteori. Ifølge Tjora (2021) bygger sosialkonstruktivismen på fenomenologien. I det sosialkonstruktivistiske perspektivet legger en til grunn at forståelse og mening skapes i sosiale relasjoner i vekselvirkningen mellom individ, grupper og den sosiale konteksten eller de fenomenene som menneskene opererer i (Tjora, 2021). Med det menes at virkeligheten ikke er objektiv, men at den skapes gjennom språk og sosial interaksjon, kultur, historie og politiske faktorer. I denne studien er det mange sosialkonstruktivistiske perspektiver i spill. Studien er gjennomført i Norge, med de tilhørende politiske føringene for velferdstjenester, historisk utvikling av rettigheter til mennesker med psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet. Informantenes erfaring med tjenester og recoveryorienterte intervensjoner, samtalene seg imellom og med behandlere og familie er ett perspektiv. Samtidig har det vært en pågående relasjon, og skifte av relasjoner mellom Sagatun Recovery og høgskolen, medforskere imellom, samspill under intervjuene og generelt i forskningsprosessen. I tillegg ble data analysert og tolket av flere deltakere i forskergruppen. Johannessen et al., (2021) påpeker at dersom vi ønsker å forstå mennesker, må vi forstå deres relasjon til omgivelsene og erkjenne at vi lever i en historisk, kulturell og sosial sammenheng. Dette er grunnlaget for at studien inspireres av sosialkonstruktivistiske perspektiver.

Studien er også inspirert av hermeneutikk, som er en filosofisk retning som handler om fortolkning (Krogh, 2014). Sentralt i hermeneutikken er å forstå hvordan fortolkning foregår mellom helhet og deler av en sammenhenger. Ifølge Cohen (2018) handler fortolkning om å forstå, forklare, beskrive og tolke datamaterialet slik at det fenomenet som undersøkes blir meningsbærende. På bakgrunn av personlige egenskaper og erfaringer vil forskeren forsøke å konstruere, forstå og tolke datamaterialet. Dette gjør at studien også forankres i det fortolkende paradigmet, representert ved hermeneutikken. For eksempel kan egen bakgrunn som helsepersonell med erfaring fra målgruppen i studien påvirke veivalg, forståelse og fortolkninger.

I følge Malterud (2019) kan forskere ikke være nøytrale verken når de går inn i et forskningstema, eller når de er i forskningen. Hun sier det er fint man har med seg av fordommer, kunnskaper og ferdigheter når man går inn i et forskningsprosjekt. Slik kan vi bli bevisst på hva vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet. Malterud (2019) peker på at forforståelsen ofte er spiren som danner grunnlaget for motivasjonen til å undersøke et bestemt tema. Vi har ikke hatt som ambisjon å utvikle ny teori i denne studien, men har søkt

å forstå kursdeltagernes opplevelse av kurset og nytten de har hatt av sin deltagelse. å reflektere over hva

Metodisk tilnærming

I følge (Malterud, 2002), egner kvalitativt design seg godt for å beskrive egenskaper og kvaliteter ved fenomener som skal undersøkes. Kvalitativ metode brukes for å samle inn og analysere data fra tekst, intervjuer, observasjoner, dokumenter og lyd- og bildeopptak. Vi ønsket å få til fyldige beskrivelser av kontekst, aktiviteter og informantenes oppfatninger.

Et kvalitativt forskningsintervju er en aktiv kunnskapsproduksjonsprosess, hvor intervjueren og den som intervjues produserer kunnskap sammen. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) produseres kunnskapen i en samtalerelasjon, som er kontekstuell, språklig, narrativ og pragmatisk. Metoden innebærer ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av forskningsdata.

I fokusgruppeintervjuer er det flere informanter sammen for å dele tanker, synspunkter og erfaringer sammen med andre kursdeltagere. Erfaringsmessig vil dette føre til et dypere innblikk i erfaringene som kursdeltagerne har. I et fokusgruppeintervju oppfordres deltagerne til å vurdere egne meninger og opplevelser-opp mot de andres meninger og at det i dette spennet skapes diskusjoner og synspunkter, som skaper ny kunnskap i settingen de oppstår i (Dalland, 2020). På den annen side vil individuelle intervjuer kunne gi hver enkelt informant mer plass og tid til å formidle sine erfaringer, enn det som er mulig i et fokusgruppeintervju.

Hvem er vi?

Prosjektgruppen har vært ledet av høgskolelektor Ragnhild J. Roaldseth fra Høgskolen i Innlandet. I tillegg har fire medforskere med egenerfaring deltatt. Dette er Remi Nilsen, Rakel Sigudardóttir, Marion Liabø og Jon Bleken. To av medforskerne har selv deltatt på selvstyrkingskurs. Rune Lundquist ved Sagatun Recovery har bidratt med kontaktinformasjon, rekruttering av informanter, medforskere og fått på plass avtaler for intervjuene. Rune var også en viktig bidragsyter, slik at deltagerne i prosjektgruppen ble kjent før oppstartet av prosjektet. Førsteamanuensis Henning Pettersen, ved Høgskolen i

Innlandet har vært veileder og prosjektleder.

Høsten 2021, deltok alle deltagerne i et opplæringsprogram for akademiske forskere og medforskere, i regi av Høgskolen i Innlandet. I denne opplæringen deltok 19 medforskere fra ulike prosjekter i Innlandet Fylke og 12 akademiske forskere. Alle prosjektdeltagerne deltok i opplæringsprogrammet, det ble undervist om blant annet kunnskapsproduksjon, forskningsmetode, intervjueteknikk og forskningsformidling. Samtlige medforskere har vært med på ett eller flere intervjuer. En medforsker bidro i transkribering av intervjuene og i analysearbeidet. Det skriftlige arbeidet er utført av leder for prosjektgruppen og prosjektleder.

Rekruttering og utvalg

For å rekruttere informanter til studien har vi gjort et strategisk utvalg, ved at vi har tatt utgangspunkt i målgruppen «tidligere kursdeltakere» på selvstyrkingskurs i regi av Sagatun Recovery. Dette innebærer både tjenestemottakere og tjenesteytere som har deltatt på kurs. Ifølge Johannessen et al.,(2021) er et strategisk utvalg best egnet til å rekruttere deltagere til studier som ønsker en heterogen gruppe mennesker, men som har enkelte fellestrekk. Det informantene har felles er at de alle har vært deltagere på selvstyrkingskurs.

I rekrutteringsarbeidet fikk vi hjelp av Rune Lundquist ved Sagatun Recovery. Han hadde tilgang til evalueringsskjema fra kursene og lister med kontaktinformasjon til tidligere deltagere. Vi brukte evalueringsskjema for perioden 2012-2019, som inspirasjon for utarbeidelse av intervjuguiden. Lundquist ordnet avtaler for lån av lokaler og kontaktet de brukerstyrte sentrene for å høre om de kunne stille med deltagere til studien. For å begrense antall år mellom kursdeltagelsen og intervjutidspunktet, ble det rekruttert informanter fra tre kurs gjennomført i 2018, tre i 2019 og tre i 2020. Vi har intervjuet deltakere fra Viken Fylke, Agder og Innlandet. Majoriteten av informantene er kvinner.

Etter valg av intervjusted, laget vi en avtale med de lokale brukerstyrte sentrene om at de skulle informere om studien, ved at vi hadde ringt og ønsket deres deltagelse. Vi avtalte at vi skulle ringe til hver enkelt deltager, informere om studien, dato for intervju og spørre om de ønsket å delta. Informantene fikk tilbud om informasjonsbrev om studien enten i post eller epost. De fleste var positive til deltagelse, noen var tydelige på at de ikke ønsket å være med. Det var også potensielle informanter vi ikke fikk kontakt med, og det var ett kurssted

som takket nei til deltagelse i studien. Til studien ble det rekruttert totalt 33 informanter fra til sammen åtte kurs.

Intervjuer

Intervjuene ble gjennomført i perioden fra 10. januar 2022 til 30. januar 2023.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført ved ulike brukerstyrte sentre eller kurslokaler, der informantene var mens de var kursdeltakere. To av de individuelle intervjuene er gjennomført fysisk på to ulike brukerstyrte sentre, mens de sju resterende ble gjennomført over telefon eller teams.

Innledningsvis presenterte vi oss for hverandre, før vi startet selve intervjuet.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av en digital lydopptaker. Informantene kjente til formålet med studien, og de fleste hadde fått god informasjon fra ansatte i de tjenestene hvor intervjuene ble holdt. Vi tilstrebet å ha medforskere med i alle intervjuene, og intervjuguiden (Se vedlegg) ble brukt veiledende i intervjuene. Samtidig var vi opptatt av å følge opp tema som informantene var opptatte av.

Det ble gjennomført seks fokusgruppeintervjuer og sju individuelle intervjuer. I ett av fokusgruppeintervjuene var det kun to deltagere, men i snitt 4,3 personer i hvert intervju. Vi møtte informantene fysisk på kursstedet, og snakket sammen i ca. 45-60 minutter.

Analyse

I kvalitativ analyse, brukes fortolkning til å utvikle beskrivelser som formidler mangfold, fellestrekk eller typiske egenskaper som åpner for innsikt i sosiale fenomener (Malterud, 2017). Denne måten å analysere data på har sin teoretiske opprinnelse i fenomenologi og hermeneutikk. For å analysere materialet i studien har vi benyttet oss av fortolkende fenomenologisk analyse (IPA), inspirert av Smith et al., (2022). IPA er designet for å utforske hvordan individer opplever sin livsverden og hvordan de forstår og skaper mening i sin sosiale kontekst.

I denne sammenhengen blir analysemetoden brukt for å få kunnskap om informantenes erfaringer, opplevelser og verdier knyttet til sin deltagelse på selvstyrkingskurs. Malterud (2002) påpeker at analysen skal bygge en bro mellom empiriske data og resultatene ved at det organiserte materialet blir fortolket. Som forskere har vi hatt en

aktiv tolkningsaktivitet, gjennom hele forskningsprosessen. Informantene må på sin side forstå sin livsverden, mens vi som forskere igjen må forsøke å tolke og forstå informantenes forsøk på å forstå sin livsverden. Slik skapes forskningsdata i et sosialkonstruktivistisk perspektiv (Smith et al., 2022) Fortolkningen skjer gjennom hele forskningsprosessen, og særlig gjennom en nysgjerrig holdning til teksten og fortolkningsprosessen.

Etter hvert intervju diskuterte vi hva informantene fortalte, hva vi ble spesielt oppmerksomme på. Disse refleksjonene noterte vi ned i en egen refleksjonslogg, som gjorde at vi klarte å ivareta de umiddelbare refleksjonene i etterkant av hvert intervju. I prosessen med å analyseres datamaterialet var vi vært to eller tre som hørte gjennom lydfile. I etterkant noterte vi ned våre refleksjoner. I denne fasen brukte vi fri assosiasjon, og gjorde ikke noe systematisk med det vi syntes vi hørte. Videre i analysearbeidet, ble intervjuene transkribert ord for ord. I etterkant av transkriberingen noterte vi også de umiddelbare refleksjonene individuelt og sammen. Dette bidro til at vi etter hvert fikk et godt kjennskap til datamaterialet. Etter å ha lest og transkribert intervjuene, sorterte en medforsker utsagn og funn grovt inn etter følgende kategorier: Deltagernes livssituasjon og status før kurset, opplevelser under kurset og i tiden etter. Dette arbeidet førte til en viss oversikt over datamaterialet. For å gå mer i dybden på materialet og fange opp detaljer, gjennomførte vi en mer systematisk tematisk analyse. Her fokuserte vi på informantenes opplevelser med å delta på selvstyrkingskurs.

Tabell 1: Eksempel på tematisk analyse

Transkribert tekst	Innledende tema	Hovedtema
Hva var det viktigste du lærte på kurset? <i>«Jeg må si det at det er de praktiske tinga, som hvor jeg skal ringe, eller hvem jeg skal kontakte. Det er jo det som styrker meg i ting da. Det var kanskje det jeg trengte å lære av kurset. Å få styrket; Det har du rett til»</i>	Kunnskap, kompetanse og rettigheter Trygghet	Økt selvstendighet

Når vi jobbet med den tematiske analysen, brukte vi en tabell med tre kolonner (Tabell 1). I første kolonne limte vi inn den transkriberte teksten. All personlig informasjon ble luket bort. Når vi jobbet med teksten i første runde brukte vi den andre kolonnen i tabellen til å skrive ned innledende tema i form av utsagt og sitater vi ble oppmerksomme på. Dette kan sammenlignes med den frie assosiasjonen, uten regler for hva vi skulle stoppe opp ved. I den siste og tredje kolonnen ble det notert ned grupper av tema og essensen av funn. Gjennom denne systematiske gjennomgangen av de transkriberte intervjuene så lette vi etter mønster som gjentok seg i datamaterialet (Smith et al., 2022). Tre hovedtema etter analysen var; Informantenes utsatthet, selvstendighet og tilfriskning samt betydningen av sosial støtte.

Etiske vurderinger

Ifølge Kvale & Brinkmann(2015) pågår det etiske vurderinger gjennom hele forskningsprosessen. Formålet med forskningsetikkloven er at forskning skal skje i henhold til anerkjente forskningsetiske normer (Haugen & Skilbrei, 2021) Denne loven bygger på Helsinkideklarasjonen, som inneholder etiske prinsipper og føringer for medisinsk forskning og brukes aktivt i store deler av verden (Malterud, 2019). Ifølge Haugen & Skilbrei (2021) har forskeren et særlig ansvar for å forvalte forskningsetiske spørsmål i alle sammenhenger hvor gjøres forskning.

Informantene i denne studien kan karakteriseres som sårbare, fordi de strever eller har strevd med rus og/eller psykiske helseproblemer (Wennerberg, 2011). Hensynet til sårbare grupper står stekt i Helsinkideklarasjonen og i forskningsetiske vurderinger. Informanter skal behandles med respekt, og målet med forskningen skal ha positive konsekvenser for informantene. Ifølge (Cohen, 2018) bør ulempen ved forskningen veies opp mot forskningens nytte for samfunnet. Dette er i tråd med Kvale & Brinkmann (2015) som sier at formålet med undersøkelsen bør diskuteres både med hensyn til den vitenskapelige verdien av kunnskapen som søkes, men også hvordan situasjonen til deltakerne kan forbedres.

Bruk av fokusgruppeintervjuer, bidro til at vi måtte vurdere mange fagetiske spørsmål knyttet til studien og metodiske valg (Malterud, 2020). Vi hadde ingen spesifikk informasjon om informantene knyttet til livssituasjon, sårbarhet, helse eller helseutfordringer. Vi valgte fokusgruppeintervjuer, og dette bidro også til at vi åpnet for en

«åpen samtale» mellom informantene i gruppa. Ifølge Wennerberg (2011) er det mange mennesker med psykiske helseutfordringer som også har utfordringer med relasjoner og ikke kjenner seg trygge i sosiale settinger (Wennerberg, 2011). Å lede et fokusgruppeintervju ble derfor både en etisk handling og vurdering (Malterud, 2019). Vi laget derfor en plan for hva og hvordan vi kunne håndtere eventuelle utfordringer som kunne oppstå. For eksempel om vi kom inn på livstemaer som følelsesmessig kunne berøre informantene på en overveldende måte.

Mange personer som strever med psykisk helse, kan streve med å si nei til deltagelse i forskning. Vi valgte derfor å henvende oss til lederne av brukerstyrte sentre, gi tilbud om muntlig og skriftlig informasjon om studien. Dette bidro til at informantene hadde mulighet til å kunne trekke seg fra studien. En forskningsetisk utfordring i denne studien, er at informantene ble rekruttert av Sagatun Recovery. Det betyr at vi ikke hadde noe kjennskap til informantene, utover at de har vært tidligere kursdeltagere. Det betyr at vi manglet informasjon om helsestatus, og om de hadde god nok helse til å kunne delta. For eksempel møtte vi noen informanter som ofte trengte pauser, som sovnet litt av under intervjuet, eller som måtte røyke ofte. Noen kunne synes å være påvirket av rusmidler, mens andre nesten ikke kunne prate eller si noe i intervjusituasjonen. Gjennom et samarbeid med sentrene hvor vi gjennomførte intervjuene, sikret vi også noe oppfølging av deltakere i studien i etterkant.

Alle informantene fikk informasjon om at deltagelsen er frivillig, hva den går ut på, formålet med forskningen og muligheten for å kunne trekke seg når som helst i prosessen. Et inkluderingskriterie er at informantene har samtykkekompetanse. Respekt, informert samtykke, rettferdighet og personvern er viktige etiske hensyn i denne studien. Ifølge Cohen, (2018) handler disse verdiene om å gi informantene et reelt valg om å delta på bakgrunn av gitt informasjon. I denne studien var deltagerne voksne over 18 år. Utover dette skal de etiske prosedyrene ivareta informantenes autonomi og medbestemmelse og minimere risikoen for negative følger av å delta i studien. Fordi vi samlet inn, registrerte og lagret personopplysninger ble prosjektet meldt til SIKT-Forskning. Det foreligger en vurdering fra Sikt at studien er i samsvar med personvernlovgivningen, og at studien kunne starte opp under forutsetning at arbeidet skjedde i tråd med det som ble meldt i skjemaet (Ref.nr 332381). Dette innebærer at de allmenne etiske verdiene som respekt, informert samtykke, rettferdighet og personvern er ivaretatt.

Resultater

Et sentralt funn i studien er at informantene var tilfreds med kurset og kursets innhold. Informantene hadde gode erfaringer med å delta på selvstyrkingskurs, og ønsket ingen endringer innholdsmessig. Et flertall av informantene opplevde økt selvstendighet, men mente at de fortsatt hadde behov for hjelp og oppfølging. Informantene påpekte at hjelpeapparatet i større grad burde anvende kunnskap om tilfriskningsprosesser. Funn i studien viser også at informantene ønsket mer involvering av privat og offentlig nettverk i egen recovery, gjerne i form av felles opplæring gjennom selvstyrkingskurset.

Fra utsatthet til økt selvstendighet

I intervjuene fortalte informantene at selvstyrkingskurset bidro til økt selvstendighet, og mindre avhengighet til hjelpeapparatet. Flere informanter forteller at de før selvstyrkingskurset strevde med lavt selvbilde og liten selvtillit. Gjennomgående forteller informantene om levde liv, med psykisk uhelse, hvor de over mange år har mottatt ulike former for tiltak og tjenester. Felles for alle informantene er at de har erfaringer med å ikke bli tatt på alvor. Dette har bidratt til at mange av informantene har lav tillitt til nærpersoner, behandlere og hjelpeapparatet. En av informantene forteller om mistillit på denne måten:

«Jeg hadde en helt forferdelig erfaring med psykiatrien i en god del år før, som gjorde at det bare gikk nedover med meg. Jeg så ingen muligheter til å kunne bruke psykiatrien som en del av helsevesenet for å bedre tilstanden min»

Den samme informanten sier at selvstyrkingskurset ble et vendepunkt, hvor han på nytt kunne bruke helsevesenet. Dette sier han på denne måten:

«Uten dette kurset, hadde jeg ikke trodd at jeg kunne dra til legen og bli tatt på alvor»

Informantene fortalte i intervjuet, at selvstyrkingskurset ble et vendepunkt. Gjennom økt kunnskap og kompetanse opplever informantene at de er blitt mer selvstendig og mindre avhengig av hjelpeapparatet. De trekker fram at kunnskap om rettigheter bidrar til å styrke troen på seg selv. Før kursdeltagelsen syntes mange av informantene at det var vanskelig å

være tydelig, hevde egne meninger, ønsker og behov. Gjennom kurset har deltagerne blitt tryggere på egen kompetanse til å stå i ulike situasjoner. Slik setter en informant ord på det:

«Jeg er mer klar over hva jeg har krav på, og hva jeg kan. Hvor jeg kan sette ned foten da. Men samtidig, så er det veldig vanskelig innimellom. Men ja, jeg føler at jeg har litt mer styr på systemet».

Dette er i tråd med det flere informanter sier om selvstyringskurset. Mange sier at selvstyringskurset bidrar til økt selvstendighet. De sier at de nå har kunnskap om brukermedvirkning, individuell plan, recovery, hvor og hvem de kan henvende seg til, men også kunnskap om retten til å kunne ta med en støtteperson i møte med hjelpeapparatet. For mange av informantene var dette ny kunnskap.

Utover teoretiske kunnskaper om brukermedvirkning, individuell plan, rettigheter og plikter framhever informantene at selve kurset og møte med de andre deltagerne bidro til å fremme selvstendighet og recovery. Dette forklarer de ved at kurset inneholdt praktiske øvelser som skulle gjennomføres individuelt og i grupper, med påfølgende diskusjon og erfaringsutveksling. Informantene ble i kurset utfordret på å dikte opp historier, lage skrøner, snakke usant, gjøre små valg av favoritt årstid eller musikk, forsøke å ignorere makkeren, og si ja og nei i strid med det de egentlig mener.

Informantene forteller at dette aktiverer grunnleggende strev de har når det gjelder å sette grenser for seg selv og andre, ta ordet, gjøre valg, si ifra og kommunisere ønsker og behov. Informantene sier at de praktiske øvelsene bidrar til å innlemme det de vet og kan om kommunikasjon, med det som skjer på innsiden av kroppen. En informant forteller:

«De praktiske øvelsene trigget liksom noe i deg og så tror jeg at jeg lærer mer når kroppen lærer, kroppen er jo liksom med likevel»

Mange av informantene forteller om øvelsene, og hvordan disse bidrar til å bli klokere på seg selv og sin egen væremåte. Etter Selvstyringskurset sier de at det er lettere å sette grenser i forhold til seg selv og andre. Typiske eksempler er at de nå i større grad klarer å takke nei til invitasjoner når de er syke eller ikke ønsker, si nei til barnepass eller å bake en kake om det ikke passer og takke nei til vakter på jobben, hvor de tidligere hadde sagt ja, fordi de tidligere ikke klarte å si nei. Informantene sier at dette gjør at de i dag har bedre selvfølelse og mer selvtillit. Gjennomgående sier informantene at selvstyringskurset

har bidratt til at de nå føler seg verdifull og som en person med viktig kunnskap om egen tilfriskningsprosess.

Kunnskap om recovery

I intervjuene kom det fram at informantene tilegner seg kunnskaper om recovery, og særlig sin egen prosess i løpet av selvstyrkingskurset. De opplever imidlertid at det er et gap mellom det de har behov for i sin prosess og det hjelpeapparatet har å tilby.

Mange av informantene gir eksempler på at systemet ikke er recovery-vennlig. De viser til et begrenset antall timer med behandling og oppfølging i DPS, at oppfølgingen i NAV er standardisert og ikke tilpasset tempoet som speiler den enkeltes tilfriskningsprosess. Informantene fortalte at tid, er en faktor som ikke blir tatt hensyn til i hjelpeapparatet. De sier at hjelpeapparatet har lite forståelse for at tilfriskningsprosessene kan se ulik ut, med ulik progresjon for den enkelte. Informantene mener også at det er mange behandlere som ikke har tid nok i oppfølgingen og at tidsfaktoren er ødeleggende for tilfriskningen. En informant gir uttrykk for dette slik:

«NAV tillater jo ikke at man stopper opp ved behov. Man må jo være i et tiltak og det er jo det som gjør at jeg hele tiden stagnerer da»

Informantene i fokusgruppeintervjuene, sier at det er vanskelig å være i en recoveryprosess, når hjelpeapparatet ikke vet hva recovery er. De gir uttrykk for at det er ønskelig at hjelpeapparat som for eksempel lege, DPS og Nav har en grunnkompetanse i Recovery. De sier at hjelpeapparatet alt for ofte forholder seg til papir, og at de er raske på å definere feil, mangler, tilbud og tiltak på vegne av tjenestemottakere. En informant sier at legen burde lære seg mere om hva hun egentlig kan. Det sier hun sånn:

«De burde lære seg mer om hva personen kan. For å si det slik kan jeg jo veldig mye mer enn det som står i papirene, at jeg kan»

Videre er informantene tydelige på at mer recoverytenkning i hjelpeapparatet, kan bidra til at helsepersonell lettere kan forstå prosessene, og det som eksakt foregår og skjer i den enkeltes liv. Dersom de involverer seg mer, eller på en annen måte, i den enkeltes recovery ville de ha en lik forståelse og et likere utgangspunkt for tiltak. Informantene sier at de ansatte burde hatt det samme kurset, og åpner opp for å kunne ta selvstyrkingskurset

sammen med behandler. Informantene formidlet at et felles kurs kan være en ny måte å praktisere brukermedvirkning på og at denne løsningen ville bidratt til felles informasjon og utgangspunkt mellom tjenestemottaker og tjenesteyter.

Styrket sosialt nettverk

Gjennom deltagelse på selvstyringskurset, fikk deltagerne mulighet til å utvide og styrke det sosiale nettverket. Informantene forteller at et større nettverk, bidrar til mindre avhengighet av offentlige tjenester. Etter selvstyringskurset er det noen av informantene som har tatt det lokale brukerstyrte senteret i bruk, mens andre har oppretthold kontakten med de andre deltagerne. Det kan synes som at selvstyringskurset er en viktig arena for å knytte bånd og relasjoner. En informant sier dette slik:

«Jeg traff jo en del allrighte mennesker der, som jeg fortsatt har kontakt med. Som jeg ikke hadde møtt før. Så bygger jo litt nettverk også da»

Informantene er tydelige på selvstyringskurset er et godt tilbud. De viser til en god stemning, prosesser for læring og utvikling, men også god ledelse og struktur. Informantene har ingen forslag til endringer når det gjelder innholdet i kurset. De etterspør videre oppfølging og om kurset også kan tilbys ansatte og pårørende. En informant uttrykker behovet for videre oppfølging slik:

«Det burde være ett oppfriskningskurs».

Dette er å tråd med det flere informanter gir uttrykk for. Noen ønsker og har behov for et oppfriskningskurs, mens andre syns at kursrekken burde utvides litt, eller at det arrangeres samlinger i etterkant. Begrunnelsen for ønske er å perfektionere teorien, øvelsene og få hjelp til å vurdere om de er på riktig vei og gjør de riktige tingene. Informantene er opptatte av at gruppa, kan være en hjelp til å justere kursen i egen recovery.

I flere av fokusgruppeintervjuene, ble det løftet fram et ønske om å utvide kurstilbudet til behandlere, hjelpeapparatet og til det private nettverket. Argumentasjonen er at det da vil bli lettere å forstå hverandre. En informant sier:

«Jeg synes blandet kurs er en god ide, for det første så minsker det forskjellen mellom dem som har behov for hjelp og hjelperen».

Informantene sier at et felles kurs, kan gi partnere, foreldre, pårørende, nettverk og behandlere en unik mulighet til å møte hverandre. De løfter fram at felles kurs kan bidra til at deltagerne lettere forstår hverandre, særlig hvordan man møter og snakker med hverandre. Felles kurs kan ifølge informantene lette kommunikasjonen og forebygge misforståelser. Noen av informantene er åpne for å gå kurs sammen med behandler, miljøterapeut, egen lege eller fysioterapeut, mens andre er tydelige på at kurset kan passe alle, men at kurs til familien burde være i form av en brosjyre. Majoriteten av informantene er tydelig på at involvering av nettverket inn et selvstyrkingskurs, vil fremme recovery.

Diskusjon

Med utgangspunkt i problemstillingen; «*Hvilken erfaring har kursdeltakere med å delta på selvstyrkingskurs*», har vi fått innsikt i tanker, følelser, opplevelser og endringer hos informantene. Informantene er begeistret for selvstyrkingskurset og måten kurset bidrar til å styrke den enkeltes recovery. Vi ønsker å drøfte hvordan vi kan forstå informantenes recovery i lys av selvstyrkingskurset, og hva som bidrar til den positive holdningen til kurset.

Hvordan forstå informantenes utsatthet?

Informantene beskriver at de over år har strevd med utfordringer knyttet til psykisk helse. Mange har vært i langvarig oppfølging og behandling. Flere av informantene forteller om strev knyttet til å sette grenser for seg selv, være tydelig, hevde meningen sin og gi uttrykk for ønsker og behov. Jevnt over beskriver informantene seg som sårbare personer med lav selvfølelse og dårlig selvtillit. Ifølge Øiestad (2009) handler selvfølelse om kjennskap til egne følelser, reaksjonsmønstre og kompetanse til å handle ut ifra følelsen til det beste for seg selv eller andre. God selvfølelse er å kjenne seg verdig sammen med andre, og bidrar til at den enkelte tar plassen sin i et fellesskap. Personer som utvikler en god selvfølelse utvikler måter å uttrykke seg på, i samvær med andre.

I følge (Yanos et al., 2010) kan mennesker med psykiske helseproblemer over tid utvikle en sykdomsidentitet, ett sett med roller og holdninger knyttet til sin helsetilstand om at de ikke er dyktige eller verdige nok. Dette kan bidra til at mennesker med psykiske helseproblemer devaluerer seg selv og kjenner på skam (Boyd et al., 2014). Samtidig viser undersøkelser at brukererfaringen blir betraktet som kunnskap med mindre verdi enn annen type kunnskap (Doughty & Tse, 2011). Det har ikke vært tradisjon for å trekke inn brukererfaringer inn i behandlingsapparatet og i tjenesteutviklingen eller i forskning. Dette til tross for at brukerstyrte tjenester rapporterer vel så positive resultater, som tradisjonelle tjenester i offentlig sektor (Doughty, Tse 2011). Ifølge Angel & Vatne (2017) kan den gjensidige sårbarhet hos pasienter, ansatte og tjenesteapparatet bidra til mangelfull praksis i helsetjenestene til mennesker med psykiske helseplager.

Å være sårbar er en menneskelig tilstand (Amundsen, 2023). Fra fødsel til død belemres vi med ulike risikofaktorer. Sårbarhet knyttes ofte opp til hva en person tåler av påkjenninger og stress, uten å utvikle sykdom og lidelser. Sårbarhet assosieres ofte med

svakhet, lite robusthet eller manglende motstandsdyktighet. (Amundsen, 2023) peker på at alle mennesker er sårbare og at det er mer fruktbart å bruke begrepet utsatthet om personer eller grupper som er i spesielt krevende situasjoner. Han begrunner dette med at sårbarheten kan trigges av ulike opplevelser, i ulike situasjoner for ulike personer. Informantene karakteriserer seg som sårbare i form av lav selvtillit og dårlig selvfølelse. Selvfølelse dreier seg om hva en person er flink til, og kan (Øiestad, 2009). Det vi kan og er flinke til, blir ofte en del av selvfølelsen.

Flere av informantene i studien forteller om egen sårbarhet knyttet til engstelse, nedstemthet, og at de har generelle utfordringer med å be om hjelp. Flere av informantene tenker at de er verdiløse og ikke er gode nok. Et eksempel på en slik type sårbarhet er informanten som fortalte at han ikke trodde det var mulig å gå til legen og bli tatt på alvor. Denne informanten ble særlig sårbar i møte med legen.

En generell forståelse av sårbarhet handler om hvordan påkjenninger og stress gir konsekvenser i hverdagen (Amundsen, 2023). Sårbarhet blir ofte knyttet til en gruppe av mennesker som blir kalt for utsatte og sårbare. Dette kan være eldre, barn og unge, utviklingshemmede, flyktninger, arbeidsledige eller folk med psykiske utfordringer. Amundsen (2023) viser til flere problematiske sider ved å definere noe eller noen som sårbare, og viser til at alle mennesker er og har en sårbarhet.

Når mennesker søker sammen, blir vi samtidig sårbare, fordi fellesskapet eller møtet med andre mennesker kan inneholde en fysisk, psykisk eller sosial avvisning. For eksempel kan det være grunn til å tenke at informanten som ikke kunne bruke legen sin, har vært i en relasjon og gjort seg noen erfaringer med denne legen som har hatt elementer av fysisk, psykisk eller sosial avvisning i seg.

Slik henger sårbarhet og avhengighet uløselig sammen. Samtidig viser Amundsen (2023) til at selve livet byr på livsfaser eller situasjoner, hvor vi kan være mer utsatt. For eksempel viser han til spedbarnet som er avhengig av omsorgspersonen sin, utsatthet i møte med arbeidsledighet, utsatthet som syk, gravid, eller som pasient. Amundsen (2023) oppfordrer til å bruke begrepet utsatthet, framfor sårbar. Grunnen til dette er at alle personer er sårbare, og at alle er utsatte i noen tilfeller. Begrepet utsatthet settes i sammenheng med individuelle, sosiale og kulturelle forutsetninger og plasserer utsattheten i en kontekst som ikke henger på enkeltindividet alene. Han hevder også at utsatthet viser til enkelte utfordringer i en persons liv. Begrepet utsatthet refererer til at mennesker kan være mer eller mindre utsatte i noen situasjoner, men at de ikke er sårbare hele tiden. Det betyr at personer

kan gå inn og ut av roller og situasjoner hvor de kan være mer utsatte. Det betyr at informanten som ikke kunne bruke legen sin, kan være utsatt i møte med legen og helsevesenet, men at han ikke nødvendigvis er utsatt sosialt, yrkesmessig eller økonomisk. For å forstå informantenes sårbarhet, slik de selv framstiller sin sårbarhet, trenger vi mer kunnskap om den situasjonen som hver enkelt opplever seg utsatt i og i hvilken sosial og kulturell setting denne utsattheten kommer til syne.

Hvordan forstå informantenes tilfriskning?

Helsedirektoratet (Veileder IS-2076) definerer recovery som et faglig perspektiv, for å bedre en sosial og personlig prosess, til tross for sykdom og plager. Ifølge Karlsson & Borg (2023), er empowerment og gjenvinning av kontroll over eget liv sentralt i en recoveryprosess. Tveiten, (2020) hevder at empowerment-tenkningen kan forstås som et rammeverk for helsefremming og gjenvinning av kontroll. Empowerment handler om maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av brukerens kompetanse om seg selv. Brukererfaring har over lang tid blitt betraktet som kunnskap med mindre verdi og det har ikke vært tradisjon for å trekke inn erfaringer inn i behandlingsapparatet og i tjenesteutviklingen. Dette til tross for at brukerstyrte tjenester rapporterer vel så positive resultater, som tradisjonelle tjenester i offentlig sektor (Doughty & Tse, 2011).

Empowerment eller myndiggjøring er et begrep som knyttes til individer og grupper i en utsatt, sårbar, undertrykt eller avmektig situasjon og hvordan de kan komme seg ut av denne posisjonen (Askheim, 2012). Ifølge Askheim (2012) handler det om å styrke individer og grupper på en slik måte at de opplever økt selvtillit, bedre selvbilde, økt kunnskap og ferdigheter. Empowerment-tenkningen er inspirert av Paulo Freires teori om de undertryktes pedagogikk (Freire, 1999). Han utviklet en teori som dreier seg om hvordan enkeltindivider og grupper gir sin oppslutning til en taus kultur. Et eksempel på en slik taus kultur kan være slik Yanos et al., (2010) beskriver at mennesker med psykiske helseproblemer over tid kan utvikle et sett med roller og holdninger knyttet til egen helsetilstand. I følge Freire (1999) kan en slik felles kultur bidra til solidaritet og samhold. Den frigjørende pedagogikken handler om hvordan undertrykte kan bli deltaker i et likeverdig fellesskap, bygge opp en identitet, ta ansvar for eget liv, fellesskapet og nærmiljøet slik at de kommer seg ut og bort fra en fastlåst situasjon. Freire (1999) jobbet konkret med fattige bønder i Brasil, hvor han

lærte disse å lese og skrive, og gjorde de oppmerksomme på i hvilken grad de var underlagt samfunnsmessige rammer, som bidro til å holde de fast i fattigdom. Gjennom denne opplæringen, ble bøndene i stand til å bidra inn i det politiske arbeidet for å påvirke egne levekår. Freire la vekt på empowerment, deltagelse og respekt for den enkeltes autonomi. Disse prinsippene er fortsatt anvendbare for å forstå maktforholdet mellom tjenesteytere og tjenestemottakere, og den fastlåste situasjonen mange mennesker med psykiske helseplager føler de står i. I følge Freire (1999) må folk oppleve å være subjekt i eget liv, og en del av et system for å kunne oppleve kraften til å påvirke og endre egen undertrykkelse.

Selvstyringskurset driftes av Sagatun Recovery, en ideell stiftelse, et regionalt brukerstyrt senter, med driften forankret i recovery-tradisjonen og brukervedvirkning. Dette kommer til uttrykk i måten de organiserer selvstyringskursene sine på. Prosesslederne er folk med egenerfaring, og har selv stått i fastlåste situasjoner. I selvstyringskurset viskes skillelinjene mellom tjenesteyter og tjenestemottaker ut. Det betyr at kurset blir et fellesskap for å være sammen, dele tanker og refleksjoner i et mer likeverdig tiltak.

En sentral del av selvstyringskurset består av opplæring i sentrale lovverk, rettigheter og plikter som informantene har i møte med hjelpeapparatet. Dette er kunnskaper som kan fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Psykoedukasjon har blitt et vanlig tilbud til mennesker med ulike psykiske helseplager (Karterud, 2023) Ifølge Gordon et al., (2015) finnes det ingen universell definisjon av psykoedukasjon. Det handler likevel om pedagogiske intervensjoner for å gi pasienter kunnskap om egen tilstand og hvordan de kan bruke denne kunnskapen for å mestre sin egen livssituasjon (Vermeulen, 2008). Slik blir kurset et sted hvor deltagerne kan oppleve fellesskap, sosial støtte, utvikle ny kunnskap og kompetanse for å påvirke egen livssituasjon.

Tveiten (2020) legger til grunn at mennesker har behov for selvinnsikt og bevissthet rundt eget liv, hvordan de kan påvirke omgivelsene, utvikling av personlig kompetanse og delta i å definere behov og problemer, for å oppleve kontroll. Helt sentralt i empowerment-tenkningen er deltagelse og kontroll, som på sin side representerer noe annet enn ekspert-mottaker rollen som typisk representeres i den tradisjonelle sykdomsmodellen. Sentralt i empowerment orientert praksis, er at tjenestemottakeren regnes som ekspert på seg selv og som en viktig partner for å kunne gi riktig bistand.

Selvstyringskurset inneholder også opplevelsesbaserte øvelser. Recovery defineres både som en sosial og personlig prosess, hvor individet er i en pågående prosess for å perfeksjonere og bli kjent med egne levevilkår, goder, verdier, følelser, ferdigheter og roller

(Tveiten, 2020). Gjennom øvelsene får kursdeltakerne spille ut ulike roller fra eget liv, ut fra sin tanke-og-fantasiverden. Det er grunn til å tenke at øvelsene setter i gang prosesser, hvor deltagerne må møte og overvinne noen frykter eller ubehag som de typisk kjenner igjen fra egen hverdag. En av informantene uttalte at de praktiske øvelsene trigget noe, og at hun mente at læringen satt bedre når kroppen ble involvert i læreprosessene. Det kan tenkes at utforingene med å ta plass, gjøre seg opp en mening, si ting høyt, dele tanker med andre og kommunisere tydelig hva en ønsker eller ikke bidrar til en større trygghet på seg selv og andre. Denne tryggheten ser ut til å fremme recovery hos deltagerne.

Informanten i studien forteller at de på bakgrunn av den teoretiske kunnskapen de tilegner seg, blir de mer bevisst hvilke rettigheter de har, men også hvor de står i egen recovery. I Norge anbefaler Helsedirektoratet (2013) psykoedukasjon i forhold til vedvarende og alvorlige tilstander som et supplement til annen behandling. (Batista et al., 2011) viser at psykoedukativ behandling kan forebygge tilbakefall og bedre psykososial fungering. Informantene forteller også at de gjennom de praktiske øvelsene blir tryggere på egen kompetanse til å stå i ulike situasjoner, samtidig som de har mer kunnskap om rettigheter og plikter. Informantene forteller at de blir mer selvstendige fordi de nå vet hvor og hvordan de skal henvende seg for å få hjelp, og at de har kunnskap om rettigheter til individuell plan eller rettigheten til å kunne ta med seg en trygghetsperson inn i konsultasjoner. Dette er i tråd med Tveiten (2020) som hevder at mennesker har behov for utvikling av personlig kompetanse og kompetanse om hvordan de kan påvirke omgivelsene, for å kunne oppleve kontroll, fremme egen helse og egen tilfriskningsprosess.

Informantene sier at selvstyrkingskurset ble et vendepunkt. Disse fire dagene med kurs, opplæring og samtaleøvelsene bidro til at informantene følte seg mer selvstendige og mindre avhengige av offentlige tjenester. Ifølge Tveiten (2020) finnes det undersøkelser som viser til gode resultater av arbeid i grupper for mennesker med ulike former for helseproblemer. Kombinasjonen av fellesskap, teoretisk og erfaringsbasert praktisk kompetanse og refleksjon i gruppe ser ut til å bidra til at informantene lever bedre med seg selv og andre, fordi de bedre skjønner det som tidligere har vært vanskelig.

Betydningen av nettverk og sosial støtte

Sosial støtte handler om å ha nære relasjoner, venner, nettverk og mennesker rundt seg i hverdagen (Helsedirektoratet, 2021). I følge Reneflot (Meld. St. 23 (2022-2023) regnes mangel på sosial støtte som en risikofaktor for dårlig livskvalitet. Godt nettverk og sosial støtte henger tett sammen med opplevelsen av å ha et godt liv.

Informantene i studien fremmer ønske om å tilby selvstyrkingskurset i en blandet gruppe bestående av personer med psykiske utfordringer, profesjonelle hjelpere, familie og venner i det private nettverket. Dette ønsket begrunnes med at nettverket rundt vil ha lik forståelse av utfordringene som informantene har med lav selvtillit og selvfølelse. I tillegg påpekes det at nettverket lettere kan være til støtte når de kjenner til deres utfordringer, og hvordan en tilfriskningsprosess kan se ut. Informantene mener dette vil kunne lette kommunikasjonen mellom den som er syk og de som er pårørende og hjelpere. Ifølge Glavin & Erdal (2018) er felles problemforståelse viktig for at et samarbeid skal lykkes. Utover dette hevder Kogstad et al. (2013) at et godt nettverk og sosial støtte redusere avhengigheten av offentlige tjenester.

Utover ønsket om involvering av profesjonelt og privat nettverk, hadde ikke informantene noen forslag til endringer av kursinnholdet i selvstyrkingskurset. De ønsker at tilbudet skal være som det er. Det må bety at informantene opplever kurset som meningsfullt. Ifølge Lindström & Eriksson (2015) handler opplevelse av sammenheng om begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det kan virke som at kurset bidrar med de salutogenese perspektivene som bidrar til at det indre og ytre miljøet til informantene blir mer forståelig og håndterbare-som gjør at de også er klar for å spille på eget nettverk i egen tilfriskningsprosess. Lindström og Eriksson (2015) hevder at mennesker som opplever en sterk sammenheng lettere utvikler god helse og livskvalitet. Ifølge Karlsson og Borg (2023, s.117) gir fellesskap muligheten til å dele informasjon, utveksle ideer og knytte sammen mennesker.

Informantene fortalte også om et gap mellom hva de selv trengte i sin recovery-prosess, versus det ansatte i NAV og DPS kan gi. Særlig oppgir de at forventningene til tid for tilfriskning ikke samsvarer med det de trenger og det de får. Det kan se ut til at informantene gjennom selvstyrkingskurset i noen grad utviklet en annen identitet og forståelse av seg selv som en aktør som kan påvirke og bidra inn i eget liv. Dette er i tråd

med det Lauveng (2022) sier at alle mennesker, også mennesker med alvorlig psykisk sykdom kan bli bedre og friskere til tross for sykdom og lidelse.

Avslutning

Studien er forankret i en sosialkonstruktivistisk og fenomenologisk tilnærming, hvor vi har intervjuet folk som har deltatt på selvstyrkingskurs i regi av Sagatun Recovery. Dette er viktig kunnskap for å fremme recovery orienterte praksiser. Informantene har gitt oss innsyn i deres erfaringer med å delta på selvstyrkingskurs. Selvstyrkingskurset aktiverer og starter viktige endringsprosesser. Informantene har skissert hvordan kurset har bidratt til utvikling og læring, for å kunne henses med egne utfordringer på en bedre måte. De fleste eksemplene informantene gir handler om grensesetting i forhold til hva de ønsker og vil. Etter selvstyrkingskurset opplever informantene at det er lettere å si ja og nei i tråd med egne ønsker og behov.

Studien viser at informantene er fornøyde med kurset. De ønsker ingen endringer, men uttrykker at de kunne hatt behov for videre oppfølging i form av en samling eller muligheter for en erfaringsutveksling i etterkant av kurset. De rapporterer særlig at DPS og NAV kan for lite om empowerment og recovery og om tidsaspektet i en tilfriskningsprosess. Det som er studiens viktigste funn, er at informantene gjennom kurset opplevde økt selvstendighet, at de fikk mer kunnskap om egen tilfriskningsprosess og at de fikk et styrket sosialt nettverk

Informantene uttrykker at de gjennom kurset finner seg selv, at de klarer å snu ja til nei, at de oppdager sin egenverdi, sine rettigheter og plikter. De sier at selvstyrkingskurset har bidratt til en bedre selvfølelse, og at de i dag er personer som sitter med viktig kunnskap om egen tilfriskningsprosess. Som en informant uttalte: «Jeg fikk dreid tankene litt på et gunstig spor».

Litteraturliste

- Amundsen, S. (2023). *Myndiggjort og sårbar: Empowerment i arbeid med mennesker*. Cappelen Damm akademisk.
- Angel, S., & Vatne, S. (2017). Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1428–1437. <https://doi.org/10.1111/jocn.13583>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Arnstein, S. R. (2019). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(1), 24–34.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020061548537
- Askheim, O. P., & Andersen, J. (2023). *Brukermedvirkningens mange ansikter* (1. utgave.). Fagbokforlaget.
- Batista, T. A., Baes, C. V. W., & Juruena, M. F. (2011). Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: Systematic review of randomized trials. *Psychology & Neuroscience*, 4(3), 409–416. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2011.3.014>
- Blickfeldt Juliussen, F. (2021). *Recovery-orienteret rehabilitering: Re-orientering for mental sundhed*. Hans Reitzel.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>

- Brandtzæg, I., Torsteinson, S., & Øiestad, G. (2023). *Se ungdommen innenfra: Mentalisering og trygghet i skolen* (1. utgave.). Gyldendal. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000029389
- Cohen, L. (2018). *Research methods in education* (Eighth edition.). Routledge.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.
- Doughty, C., & Tse, S. (2011). Can Consumer-Led Mental Health Services be Equally Effective? An Integrative Review of CLMH Services in High-Income Countries. *Community Mental Health Journal*, 47(3), 252–266. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9321-5>
- Falkum, E. (2023). *Hva er psykiatri?: Om fagets grunnlagsspørsmål* (1. utgave.). Fagbokforlaget. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000017198
- Freire. (1999). *De undertryktes pedagogikk—Høgskolen i Innlandet* (1999. utg.).
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforl.
- Gordon, K., Murin, M., Baykaner, O., Roughan, L., Livermore-Hardy, V., Skuse, D., & Mandy, W. (2015). A randomised controlled trial of PEGASUS, a psychoeducational programme for young people with high-functioning autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(4), 468–476. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12304>
- Haugen, H. Ø., & Skilbrei, M.-L. (2021). *Håndbok i forskningsetikk og databehandling* (1. utgave.). Fagbokforlaget. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920160576102202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

- helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Line Christoffersen.). Abstrakt forlag. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000016149
- Johnson, T. A., Andersen, M., Wilhelmsen, K. H., Borg, M., & Karlsson, B. E. (2018). Sluttrapport Recoveryverksteder – fellesarenaer for utvikling, samarbeid og kunnskap. I *SFPR-forskningsrapport*. Høgskolen i Sørøst-Norge. <http://hdl.handle.net/11250/2497275>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2023). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser* (2. utgave.). Gyldendal. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000029163
- Karterud, S. (2023). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)* (2. utgave.). Gyldendal. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000021987
- Kaspersen, B., & Haukland, M. (u.å.). *Arbeidshefte for brukermedvirkning, arbeidshefte selvstyringskurs*. Sagatun Brukerstyrte Senter.
- Kogstad, R. E., Mönness, E., & Sörensen, T. (2013). Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution. *Community Mental Health Journal*, 49(1), 95–100. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9491-4>
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke* (2. utg.). Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021010607640
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018091205061

- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid: Det landskapet vi er mennesker i*. Universitetsforlaget.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk.
https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018020248201
- Lunde, E. S. (2021). *Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester - 2: Udekket behov for helsetjenester og forebyggende helseatferd*. Statistisk sentralbyrå.
- Løken, K. H. (2008). *Fellesskap, styrke og stolthet: Om empowermentprosesser i praksis : rapport fra Brukerforum i Stange og Hamar 2004-2007*. Brukerforum.
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Malt, E. A., Melle, I., & Årslund, D. (2020). *Lærebok i psykiatri* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning—Forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122(25).
- Malterud, K. (2019). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2020). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (1. utgave.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 23 (2022-2023). (u.å.). *Opptrappingsplan for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Meld. St. 25 (2014-2015). (u.å.). *Fremtidens primærhelsetjeneste— nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=\(Lov%20om%20pasient-%20og%20brukerrettigheter,](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=(Lov%20om%20pasient-%20og%20brukerrettigheter)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Gyldendal.

Slade, M. (2009). The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 18(5), 367–371.
<https://doi.org/10.3109/09638230903191256>

Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research* (Second edition.). SAGE.

St.meld. nr. 47, (2008-2009). (u.å.). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Karlsen, T. E., Haugstvedt, K. T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 24.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013071508284

Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave.). Gyldendal.

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukermedvirkning* (2. utgave.). Fagbokforlaget.

Underlid, K., Dyregrov, K., & Thuen, F. (2016). *Krevende livserfaringer og psykisk helse*. Cappelen Damm akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021072848536

Veileder IS-2076. (u.å.). *Sammen om mestring Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Vermeulen, P. (2008). *Jeg er noe helt spesielt: Arbeidsbok i psykoedukasjon for mennesker med autisme eller Asperger syndrom*. Universitetsforl. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2014031006123

Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Arneberg. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018060548102

Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73–93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>

Øiestad, G. (2009). *Selvfølelsen*. Gyldendal. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011100505026

Åkerblom, K. B., Mohn-Haugen, T., Agdal, R., & Ness, O. (2023). Managers as peer workers' allies: A qualitative study of managers' perceptions and actions to involve peer workers in Norwegian mental health and substance use services. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00588-5>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Hensikten med intervjuet er å få ta del i din opplevelse av selvstyrkingskurset, med ønske om å få økt kunnskap slik at vi kan fortsette å forbedre kvaliteten på kurset.

- Undersøke hva brukere og behandlere innen psykisk helse og rus har erfart ved å delta på selvstyrkingskurs og hvilken nytte kursene har hatt for dem
- I hvilken grad har selvstyrkingskurset bidratt til å gjøre folk mer selvstendige og mindre avhengig av offentlige tjenestetilbud?
- Hvordan deltagerne opplever at brukervedvirkning praktiseres i helse- og sosialtjenestene og deres egen oppfatning av hva brukervedvirkning er gjennom deltagelse i selvstyrkingskurs
- I hvilken grad har kurset åpnet for nye måter å praktisere brukervedvirkning på?

1. Om Informantene

- Alder
- Kjønn
- Sivilstatus
- Arbeid, Arbeidsledig, ufør
- Person som primært har brukererfaring
- Person som primært er fagperson
- En blanding av personer med brukererfaring og fagperson

2. Tiden før kurset

- Hvordan ble du rekruttert til selvstyrkingskurset?
- På hvilken måte var dette ønsket? Grad av frivillighet? Hva viste du om kurset før du startet?
- Hva var din bakgrunn for ønske om å delta på kurset? Hva tenkte du kurset skulle bidra med for deg?

3. Selvstyrkingskurset

- Selvstyrkingskurset
- Hva husker du mest og best?
- Vil du fortelle meg om din opplevelse selvstyrkingskurset fra den dagen det fant sted, og frem til i dag
- Hva husker du fra selvstyrkingskurset
- Hvordan opplevde du deltakelsen
- På hvilken måte opplevde du det som meningsfullt å delta på selvstyrkingskurset
- Opplevelse av være deltaker på kurset, fordeler & ulemper
- Opplevelse av mening

- Målet for selvstyrkingskursene er å styrke brukerne og gi dem et verktøy som gjør at de kan ta en mer aktiv rolle i eget liv
- styrke samarbeidet mellom brukere og fagpersoner
- Bidra til reell brukermedvirkning i tjeneste.
- Hva er din vurdering av selvstyrkingskurset, i forhold til innhold og utbytte?

4. Tiden etter

- Opplevde du at selvstyrkingskurset har bidratt til noen forskjell/ endring?
- Hvilken mening/ utbytte har du hatt av kurset?
- Er det noe du lærte på kurset, som du har hatt nytte av i tiden etter? Fortell.
- Hva mener du er det viktigste læringsutbytte du har med deg fra kurset?
- På hvilken måte har kurset bidratt til at din erfaring og kunnskap blir tatt på alvor
- Har kurset påvirket din følelse av samhörighet med hjelpere og offentlige systemer?
- Hva betyr Empowerment og brukermedvirkning for deg i dag?
- Kan du gi eksempler på måter å stå frem og hevde sin mening, og ta ansvar for egne behov på?
- Hva er dine typiske måter å reagere på, når du ikke blir hørt og lyttet til? Har det alltid vært denne måten å reagere på?
- Hva vet dere i dag om brukermedvirkning, rettigheter og plikter?
- Hva legger du i å være sårbar?
- Regner du deg selv som sårbar i dag, på hvilken måte?
- Hva er brukermedvirkning for deg og på hvilke arenaer og måter
- Bedring/
- Involvering i egen oppfølging?
- Underkastende pasientrollen

Framtiden

- Hva mangler i kurset eller kunne vært annerledes?
- Dersom dere skal anbefale andre momenter inn i kurset, hva kan de momentene være?
- Dersom vi ønsker at hjelpeapparatet skal kunne mer om
- Recovery, hva betyr



Høgskolen
i Innlandet