



FORSKNINGSRAPPORT **NR. 7/2012**

FELLES KURSTILBUD FOR PASIENT OG BEHANDLER INNEN PSYKISK HELSEVERN, SYKEHUSET TELEMAR, HF, PSYKIATRISK KLINIKK, SEKSJON FOR REHABILITERING

-EN FORSKNINGSBASERT EVALUERING

Bengt Karlsson, Marit Borg og Reidun Jonassen



HØGSKOLEN
i Buskerud

FAKULTET FOR HELSEVITENSKAP

➔ **INSTITUTT FOR FORSKNING INNEN PSYKISK HELSE OG RUS**

Felles kurstilbud for pasient og behandler innen psykisk helsevern, Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering – en forskningsbasert evaluering.

ISBN: 978-82-8290-006-5

Layout omslag: Solveig Stormo Johansen og Ingvild Stokka, Høgskolen i Buskerud.

© IFPR – Institutt for forskning innen psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud.

Institutt for forskning innen psykisk helse og rus
Fakultet for helsevitenskap
Høgskolen i Buskerud.
Grønland 58
3045 Drammen
E-post: postmottak@hibu.no
Hjemmeside: <http://www.hibu.no/ifpr/>

IFPRs publikasjoner kan fritt siteres ved tydelig angivelse av kilde.
Publikasjoner fra IFPR som omtales, anmeldes eller henvises til, bes sendt til Instituttet.

**Felles kurstilbud for pasient og behandler innen
psykisk helsevern, Sykehuset Telemark, HF,
Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering
- En forskningsbasert evaluering**

Bengt Karlsson, Marit Borg og Reidun Jonassen

Drammen 2012

Høgskolen i Buskerud

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for forskning innen psykisk helse og rus

Sammendrag

Bakgrunn

Hensikten med denne studien er å evaluere et felles kurstilbud i myndiggjøring og bedringsprosesser som ble gjennomført ved Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk under betegnelsen ”Felles kurstilbud for pasienter og behandlere”. Særlig ville en utforske hvordan organiseringen og innholdet i kurset fremsto for både pasienter og behandler, samt hvilket utbytte og nytte de ønskede målgruppene har hatt gjennom kurstilbudet. Sykehuset Telemark har ønsket en evaluering av kurstilbudet innen 1. juni 2012. En forskningsbasert evalueringsstudie er gjennomført av Institutt for forskning innen rus og psykisk helse (IFPR), Høgskolen i Buskerud.

Problemstilling

Evalueringen retter seg mot pasienter og terapeuter i prosjektet i perioden høsten 2011.

Forskningsspørsmålene for studien var:

1. Hvordan vil du som pasient eller terapeut beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske innholdet i det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk?
2. Hvordan vil du som pasient eller terapeut beskrive at kurset har bidratt til bevisstgjøring om egen delaktighet og rolle i bedrings- og mestringsprosessene?

Metode

Den metodiske tilnærmingen er kvalitativ gjennom et semistrukturert fokusgruppeintervju som ble gjennomført høsten 2012. Det deltok i alt 9 personer, fire pasienter og fem terapeuter.

Fokusgruppeintervjuet ble analysert gjennom en hermeneutisk innholdsanalyse.

Funn

Funnene er organisert i 11 hovedtemaer: 1. Gjenkjennende likeverd og usikkerhet, 2. Fellesskapets krefter og muligheter, 3. Å være en person – ikke pasient eller terapeut, 4. Trygghet, tillit og tap av kontroll, 5. Stedets mulighetsbetingelser, 6. Nærhet og lyttende samvær, 7. Å gjøre endring og anderledeshet, 8. Kursets innhold og prosess, 9. Arena for læring – fremtredelser og valg, 10. Fremtiden etter kurset og 11. Personlig profesjonalitet.

Konklusjoner

Basert i studiens forskningsspørsmål, er det grunnlag for å konkludere med følgende:

1. Deltakerne, både pasienter og terapeuter har erfart at kurset har hatt avgjørende betydning i deres personlige og gjensidige prosesser knyttet til empowerment og recovery.
2. Den rene og enkle struktur og organisering avstudiekurset er et eksempel på hvordan det enkelt kan gjøres for å bringe brukermedvirkning, fagpersoners og pasienters roller og kompetanse knyttet til empowerment og recovery på dagsorden. Kurset er et meget godt og velegnet eksempel på kvalitetsutvikling og tjenesteutvikling på et konkret plan.
3. Tradisjonelle opplæringsprogrammer som er utformet med parallelle kurs for henholdsvis terapeuter og pasienter på deres respektive og ulike arenaer vil gå glipp av gjensidighet, deling og bevissthet omkring deres felles menneskelighet som dette kurset har kunnet tilby.
4. Resultatene fra denne studien kan gi verdifulle bidrag til arbeidet med å styrke og videreutvikle samarbeidende praksiser i tjenestene i psykisk helsevern og rusbehandling. Særlig gjelder dette deltakernes kunnskaper om at kurset ga innsikt om behovet for å arbeide sammen på en rekke og ulike måter.
5. Valg av sted og kontekst for gjennomføring av kurset synes å være meget betydningsfullt for opplevelsene av kurset. Tilrettelagte møteplasser og agendaer utenfor det profesjonelle domenets kontroll syntes å hjelpe både terapeuter og pasienter til å løsne opp og vise seg frem for hverandre på nye måter. Begge parter inntok roller mer som medmennesker og borgere som muliggjorde felles refleksjon om meninger, liv og terapi.
6. Pasientene opplevde å være aktive kunnskapstilbydere gjennom kurset og slik sett kunne bidra til tjenesteutvikling ved å fokusere på sammenhenger og innholdet i den terapeutiske prosessen sammen med terapeutene. Pasientene opplevde seg som anerkjente og verdsatte medlemmer av gruppen og sett på som ansvarlige personer med viktig kunnskap og erfaringer som kan gi vekst og utvikling for pasienter så vel som terapeuter.
7. Studiens sentrale resultat er at kurset gav deltakerne erfaringer og opplevelser med å se hverandre mer som mennesker med sterke og svake sider. Dette var svært positivt for den terapeutiske relasjonen. Oppdagelsen, gjenkjennelsen og erfaringen av den felles menneskelighet var slående.

Stikkord: psykisk helse, studium, terapeutisk relasjon, recovery, empowerment

Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR), Høgskolen i Buskerud.

IFPR arbeider for å utvikle et solid forskningsmiljø i samarbeid med personer med brukererfaring, pårøndererfaring, klinisk erfaring, forskere og beslutningstakere. Instituttet ønsker å bidra til styrking og utvikling av den nasjonale og internasjonale kunnskapen innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder; 1. Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper, 2. Person- og kontekstsentrerte tilnærminger, 3. Familie- og nettverksperspektiver, 4. Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet og 5. Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i kliniske praksiser.

I tillegg driver instituttet en rådgivende og konsultativ funksjon overfor kommuner, brukerorganisasjoner, helseforetak og myndigheter. Bidrar til utvikling og gjennomføring av utdanning og kompetanseutvikling. Er en hospiteringsarena for gjesteforskere og samarbeidspartnere, samt bidrar til å styrke forskerkompetansen ved avdeling for helsefag, HiBu. Forskingen ved instituttet vektlegger kontekst i forståelsen av psykisk helse og psykiske helseproblemer, og for utøvelsen av psykisk helsearbeid. Lokalmiljøet er konteksten for hvor psykisk helsearbeid skal utvikles. Sentrale områder er arbeid, bolig, skole, fritid, lokalmiljø og de sosiale og materielle livsbetingelsene. Folkehelseperspektivet med vekt på å fremme helse og sosialt liv på individ-, gruppe og samfunnsnivå, gjennom velvære og velferd, har også grunnleggende betydning for personers psykiske helse og i psykisk helsearbeid. Forskingen ved IFPR skal også synliggjøre at de sammenhenger og situasjoner der folk lever og bor kan bidra til å lindre eller å forsterke psykiske helseproblemer, så vel som at det sosiale og kulturelle mangfoldet kan støtte psykisk helse og bedring. Instituttet legger stor vekt på tverrfaglighet og brukerinvolvering i prosjektutvikling og gjennomføring. Instituttet har kompetanse innen kvalitative, kvantitative og triangulerende og blandede metodologier.

Prosjektnummer	94804 - Forskningsbasert evaluering av Felles kurstilbud 2011-12.”
Virksomhetsnavn	Institutt for forskning innen psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud, Avdeling Helsefag. Postboks 7053, 3007 Drammen.
Besøksadresse	Papirbredden - Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen.
Telefon og fax	32 20 64 00 - 32 20 64 10
E-post og kontaktperson	Professor Bengt Karlsson, leder av IFPR: bengt.karlsson@hibu.no – tlf. 90 64 90 78.
Hjemmeside	http://www.hibu.no

Innholdsfortegnelse:

Kapitel 1. Innledning	s. 7.
1.1. Bakgrunn	s. 7.
1.2. Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	s. 8.
1.3. Studiens begrensinger, avgrensinger og relevans	s. 8.
1.4. Rapportens organisering	s. 9.
Kapitel 2. Helsepolitiske føringer og faglige inspirasjoner	s.10.
2.1. Bakgrunn og kunnskapsstatus	s.10.
2.2. Utvikling av felles kurskonsept om empowerment og recovery	s.12.
Kapitel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen	s.15.
3.1. Gjennomføring av studien	s.15.
3.2. Metoder for dataskaping	s.17.
3.3. Metoder for dataanalyse	s.18.
3.4. Forskningsetiske refleksjoner	s.19.
Kapitel 4. Presentasjon av funn	s.20.
4.1. Gjenkjennende likeverd og usikkerhet	s.20.
4.2. Fellesskapets krefter og muligheter	s.21.
4.3. Å være en person – ikke pasient eller terapeut	s.22.
4.4. Trygghet, tillit og tap av kontroll	s.23.
4.5. Stedets mulighetsbetingelser	s.24.
4.6. Nærhet og lyttende samvær	s.25.
4.7. Å gjøre endring og anderledeshet	s.26.
4.8. Kursets innhold og prosess	s.27.
4.9. Arena for læring – fremtredelser og valg	s.28.
4.10. Fremtiden etter kurset	s.28.
4.11. Personlig profesjonalitet	s.28.
Kapitel 5. Diskusjon	s.29.
5.1. Gjenkjennelse og likeverd	s.30.
5.2. Stedet og konteksten	s.31.
5.3. Partnerskap for recovery og empowerment	s.32.
5.4. Konklusjoner	s.33.
Referanseliste	s.36.
Vedlegg	s.38-60.

Kapittel 1. Innledning – ”Felles kurstilbud for pasient og behandler innen psykisk helsevern, Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering”.

1.1. Bakgrunn

Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering, Rusprosjektet v/ leder Tevje Revheim, gjorde våren 2011 en henvendelse til Høgskolen i Buskerud, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR) ved professor Marit Borg. Henvendelsen tok utgangspunkt i spørsmål om en mulig evaluering av ”Felles kurstilbud for pasient og behandler innen psykisk helsevern, Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering”. Prosjektleder Tevje Revheim, STHF samt prosjektmedarbeider Emil Sjølyst, A-Larm Norge, Forskningsassistent Reidun Jonassen og professorene Marit Borg og Bengt Karlsson, alle HiBu, samlet seg til et felles møte tidlig høsten 2011. Konklusjonen fra møtet var en skisse for evalueringsopplegg for det felles pasientkurset samt en plan for publisering av en artikkel knyttet til evalueringen. Forskningsassistent Reidun Jonassen og professorene Marit Borg og Bengt Karlsson var de som skulle være prosjektmedarbeidere fra IFPR.

Det felles kurstilbudet har fokus på empowerment og recovery og består av både gruppediskusjoner og øvelser. I prosjektbeskrivelsen for kurstilbudet heter det at en forventer en rekke gevinster for de som deltar på kurset. For pasienten er målet en styrket opplevelse av å være aktør i eget liv, økt empowerment og tillit og erkjennelse av egne muligheter. For behandler er målet; økt kunnskap om brukermedvirkning, økt verdsetting av brukererfaringer, økt forståelse av begrepet recovery og økt erkjennelse av egne behov og grenser som menneske. For pasient og behandlerrelasjonen er målet en likere status tross ulike roller, økt bevissthet rundt respektive roller og bedre relasjon og allianse. Det brukes metodikk som setter pasientenes ressurser og erfaringer i sentrum. Behandlerne blir holdt noe tilbake i starten av kurset, slik at pasientene får anledning til å få frem sine anliggender med sitt eget språk (ikke gjennom behandlerterminologien). Kurset ble ledet av en erfaringskonsulent fra A-Larm Norge og prosjektleder. Fem pasienter med sine respektive behandlere deltok på kurset, i alt 10 deltakere. Kurset gikk over 1 ½ dag, og det er ca 2 uker mellom dag 1 og dag 2 (1/2 dag). Det ble gitt hjemmelekse mellom dag 1 og dag 2.

Kurset er utviklet for å kunne brukes for pasientgrupper - og deres behandlere - med psykiske lidelser og/eller samtidig rusvansker. Videre, målgruppen er avgrenset til lidelser av en gjennomgripende karakter hvor pasienten enten må leve med lidelsen over lang tid eller der hvor det er tilbakefallsrisiko som gjør at pasienten må forholde seg til lidelsen tilsvarende lenge.

Formålet med oppdraget var å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av ”Felles kurstilbud for pasient og behandler innen psykisk helsevern”. Oppdraget dreide seg om konsulentbistand i form av utvikling og gjennomføring av datainnsamling, dataanalyse og tolkning samt skriving av en vitenskapelig artikkel for publisering i et internasjonalt peer reviewed tidsskrift. Evalueringen retter seg mot deltakere i kurstilbudet relatert til pasienter og behandlere. Evalueringen ble gjennomført ved Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR). Evalueringen tok utgangspunkt i en systematisk innsamling og analyse av data høsten 2011 samt skriving av vitenskapelig artikkel sammen med prosjektleder våren 2012.

På denne bakgrunn ønsket en å gjennomføre en evaluering kalt ”*Felles kurstilbud for pasient og behandler innen psykisk helsevern, Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering*”.

1.2. Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien var å evaluere det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering, Sykehuset Telemark. Særlig ønsket en å utforske problemstillinger knyttet til hvordan organiseringen og innholdet i kurset hadde fremstått for både pasienter og behandler, samt hvilket utbytte og nytte de ønskede målgruppene hadde hatt gjennom kurstilbudet. Forskningsspørsmålene som ble stilt i studien var følgende:

1. Hvordan vil du som pasient eller behandler beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske innholdet i det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk?
2. Hvordan vil du som pasient eller behandler beskrive at kurset har bidratt til bevisstgjøring om egen delaktighet og rolle i bedrings- og mestringsprosessene?

1.3. Studiens begrensinger, avgrensinger og relevans

Planleggingen av denne evalueringsstudien startet våren 2011 og den formelle prosjektoppstarten var 1. september 2011 og varte til 1. juni 2012. Det er gjort et kvalitativt fokusgruppeintervju i november 2011. I prosjektfasen ble det gjort noen endringer i gjennomføringen av evalueringsstudien av praktiske grunner. Det var meningen å gjennomføre et fokusgruppeintervju med pasienter og et med terapeuter som adskilte intervjugrupper. Rekrutteringen av deltakere til kurset gikk langsommere enn forventet, og ved prosjektstart var det fem terapeutiske par som ønsket å delta, i alt 10 personer. Det

viste seg også vanskelig å samle de respektive gruppene hver for seg av praktiske grunner. Prosjekt- og forskningsleder konkluderte da med at det mest praktiske var å intervju alle deltakerne samlet ved slutten av den siste kursdagen. Denne avgjørelsen innebærer metodiske refleksjoner som behandles i kap. 3.2. Metoder for datainnsamling. Studien har hatt to hovedkilder for data: 1. Tekstlige datakilder i form av eksisterende dokumenter som er skrevet i forbindelse med utviklingen og gjennomføringen av kurstilbudet, samt kvalitative data innsamlet i november 2011 gjennom fokusgruppeintervjuet med deltakerne i kurstilbudet. Studien har sin begrensning i at den fremskaffer lokal kunnskap om kurstilbudet ved Sykehuset Telemark, Psykiatrisk klinikk. Studiens resultater kan ikke på denne bakgrunn generaliseres. Samtidig er den lokale kunnskapen utviklet gjennom systematisert klinisk virksomhet og ved bruk av flere datakilder. Studien er vitenskapelig fundamentert i kvalitativ metodologi og kan slik omtales som å ha stor grad av gyldighet og relevans.

1.4. Rapportens organisering

Etter dette innledende kapittelet vil det i kapittel 2. redegjøres kort for de helsepolitiske føringer og faglige inspirasjonskilder som ligger til grunn for det felles kurstilbudet. I kapittel 3 vil en gi metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen. Hovedvekt vil bli lagt på kapittel fire hvor presentasjonen av studiens funn vil bli fremstilt. Kapittel 5 vil diskutere funnene i relasjon til studiens hensikt og forskningsspørsmål samt angi tentative konklusjoner.

Kapittel 2. Helsepolitiske føringer og faglige inspirasjoner

2.1. Bakgrunn og kunnskapsstatus

I Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (IS-1162) poengteres det at målet er tjenester som styrker brukeren og at tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse. Kunnskapsgrunnlaget for best mulige tjenester skal være en syntese av forskning, faglig ekspertise og brukererfaringer. En ønsker å utvikle et kurskonsept hvor brukere og behandlere kommer sammen for å lære om empowerment, recovery og brukerkompetanse. Målsettingen er å styrke brukeren, øke behandlers verdsetting og forståelse av brukerkompetanse, samt styrke relasjon mellom behandler og bruker.

Recovery handler om å finne ny mening i livet til tross for de begrensinger en lidelse setter (Boevink, 2011). Det betyr ikke at en trenger å bli kurert fra lidelsen. Snarere at en aksepterer situasjonen en er i, uten at symptomene styrer ens liv. En rus- eller psykisk lidelse, trenger ikke være til hinder for at en går inn i viktige og verdsette roller. Å finne ny mening krever at en blir kjent med seg selv og sine talenter, egen sårbarhet og tar ansvar for eget liv.

Empowerment er tett knyttet til recovery, og handler om å ta styring over eget liv og kjempe for et bedre, når en er i en vanskelig situasjon (Borg & Davidson, 2008). Recovery er således ikke mulig uten empowerment.

Alle brukere har erfaringsbasert kunnskap. De har unike historier om hva som har hindret dem og/eller hjulpet dem mot et bedre liv. Et mangfold av ulike brukererfaringer forteller hvordan det er å leve med eventuelt kjempe seg ut av en lidelse. Andres brukererfaringer kan også bidra til å styrke tilliten til egne ressurser, og når egne erfaringer er til nytte for andre styrkes selvfølelsen. Brukere som har lært seg å formidle brukererfaringer som støtter opp om andres recovery- og empowermentprosesser, kan sies å ha brukereksptise.

En god relasjon eller allianse mellom behandler og pasienter har vist seg å være en av de mest robuste og virksomme faktorer i samtaleterapi (Norcross, 2010). Gjennom å vise respekt for den andres erfaringer vil en relasjon kunne styrkes. En behandlingsrelasjon hvor den ene er ekspert og den andre behandles, er asymmetrisk. Når pasienten bidrar og gir noe til behandleren vil relasjonen bli mer gjensidig og derigjennom styrket. Slike bidrag fra pasient til behandler kan styrke pasientens tillit til seg selv og egne ressurser. I tillegg til gjensidig respekt og forståelse er en god behandlingsrelasjon knyttet til enighet om mål og middel.

Forholdet mellom pasient og terapeut har lenge hatt en sentral plass i tjenestetilbudene i psykisk helsevern og rusbehandling og særlig innen psykoterapi. Jerome Franck (1963) var en av de første til å utforske det som syntes å være vanlig i vellykkede behandlinger, uavhengig av de teoretiske perspektivene til terapeuten. Frank hevdet at psykoterapeutisk forandring hovedsakelig skjer på grunn av en rekke uspesifikke faktorer som engasjerer i utviklingen av forholdet mellom pasient og terapeut. Han hevdet at et trygt og støttende forhold ville være avgjørende for de involverte personene til å finne håp og kunne gjøre nødvendige endringer. Frank identifisert en rekke uspesifikke faktorer i den terapeutiske relasjonen som å føle seg forstått, være respektert, ha noen å være interessert i, blir oppfordret til å møte og overvinne vanskeligheter som måtte oppstå, bli akseptert og å bli tilgitt. Franks fokus av uspesifikke faktorer i terapi har senere blitt fulgt opp av Duncan, Miller & Sparks (2004) og Lambert (2007). De senere års psykoterapiforskning har særlig fokusert systematiseringen av brukernes erfaringer med den terapeutiske prosessen gjennom ulike former for strukturerte tilbakemeldingssystemer til terapeuter.

I forskning knyttet til bedrings- og mestringsprosesser er spesifikke faktorer påvist gjennom det som oppleves som nyttig hjelp fra den personen som er involvert og søker hjelp (Borg & Kristiansen, 2004; Glover, 2005; Davidson, 2003; Slade, 2009). Disse faktorene er: Å etablere og opprettholde gjensidige relasjoner, felles beslutningsprosesser, pleie håp, tillit og engasjement, kunne ha valgmuligheter, samfunnsengasjement og bli en bemyndiget borger, støtte i hverdagen og dens utfordringer, samt vekt på skreddersydd informasjon og åpen kommunikasjon. En mer empowered pasient- og brukerrolle i form av en mer samarbeidende terapeutrolle har gradvis utviklet seg i tjenestene i psykisk helsevern, i nasjonale retningslinjer, samt i forskningsbasert empirisk og teoretisk kunnskap. WHO har skissert empowerment som en "forutsetning for helse", og beskriver dette gjennom bruk av proaktive partnerskap og selvhjelpsstrategier som kan forebygge helseproblemer og øke livskvaliteten blant personer med langvarige helseproblemer (Boevink, 2011). Viktige komponenter i en myndiggjøringsprosess er vanligvis beskrevet som self-efficacy, deltakelse og samarbeid, følelse av kontroll, møte personlige behov, forståelse av kontekstuelle forhold, rom for personlig handling, og tilgang til ressurser (Dempsey & Foreman, 1997). Empowerment kan oppleves både som et resultat og som en prosess, og i tillegg som utviklingen av personens evne til å finne en vei ut av en håpløs situasjon og finne nye betydninger i livet (Boevink, 2011). Psykiske helsearbeidere, som har kompetanse i relasjon til psykologisk støtte- og endringsprosesser i arbeidet med psykiske lidelser og rusavhengighet, kjenner til at virksomme relasjoner utgjør verdifulle ressurser i det terapeutiske samarbeidet. Samtidig innebærer denne kunnskapen en bevissthet om de vansker som kan oppstå i samarbeidet, særlig i relasjon til behovet

for å endre tradisjonelle og autoritære holdninger blant psykiske helsearbeidere. Boevink peker på at det haster å finne måter å håndtere og overkomme barrierer for myndiggjøring og bedrings- og mestringsprosesser for å unngå at helsepersonell selv blir hindringer for de samme prosesser i samarbeidsrelasjonen.

I Norge vektlegger Samhandlingsreformen (St. meld. Nr 47 (2008-2009)) samarbeid og partnerskap i psykisk helsearbeid. Samarbeid slik vi forstår det er hjemlet i menneskelige relasjoner, utviklet gjennom dialoger og arbeid i partnerskap. Strong, Sutherland og Ness (2011) understreker forhandling og deling av initiativer, kunnskaper, og domener i samarbeidende dialoger mellom klient og terapeut. Noen av anbefalingene fra Samhandlingsreformen er knyttet til å styrke forholdet mellom bruker og utøvere av tjenestene, samt styrking av brukervedvirkning i tjenesteutvikling på alle nivåer. Til tross for gode intensjoner, gjentatte politiske programmer og forskningsresultater, er det stemmer fra brukerne av tjenestene som hevder at de fortsatt ikke føler seg respektert, ikke blir lyttet til, at fagfolk snakker over hodet på brukerne og ikke verdsetter ulike personsentrettede tilnærminger i samarbeidet.

2.2. Utvikling av felles kurskonsept om empowerment og recovery for pasienter og terapeuter

Mål og forventinger

På denne bakgrunn utviklet Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering prosjektet: ”Brukerkompetanse, likemannsarbeid og pasientmediert implementering”. Dette prosjektet er finansiert gjennom Helse og rehabilitering og Sykehuset Telemark. Prosjektleder er Tevje Revheim. Det ble etablert en referansegruppe hvor bruker- og pårørendeorganisasjonene Mental Helse, A-Larm og Landsforeningen for pårørende innen psykisk helsevern (LPP), var representert. I tillegg ble det etablert et samarbeid med Senter for erfaringskompetanse og KoRus-Øst. Hovedprosjektet er utviklet i tråd med Strategisk plan ved Sykehuset Telemark, HF som beskriver målsetninger om økt fokus på brukerkompetanse i sykehuset. Det angjeldene kurskonseptet: ”Utvikling av felles kurskonsept om empowerment og recovery for pasienter og terapeuter”, er utviklet og gjennomført i tråd med og i forlengelsen av det overnevnte og større prosjektet ved Sykehuset Telemark, HF.

Utgangspunktet for det felles kurskonseptet var ønsket om å utvikle et konkret tiltak som kunne bidra til å styrke og øke psykisk helseverns fokus på brukervedvirkning, empowerment samt bedrings- og mestringsprosesser. Kurskonseptet er basert på resultatene fra forskningsbasert kunnskap som har undersøkt utfordringene som er innebygd i terapeutiske relasjoner, ved å invitere terapeuter og deres

pasienter til samme studium som par i en samarbeidende praksis. Studiekurset er inspirert av Boevink (2011) og hadde følgende målsettinger: 1) For pasientene var det å styrke bevisstheten om personlige og sosiale ressurser og rollen som en aktiv agent i behandlingen, 2) For terapeutene var det å styrke anerkjennelsen og bevisstheten om pasientenes ferdigheter og kompetanse, 3) For både pasienter og terapeuter var det sentralt at begge grupper lærte om empowerment, utviklet samarbeidende praksiser og slik styrke den terapeutiske alliansen. Videre ønsket en at deltakerne skulle anvende denne kunnskapen og ferdighetene i det terapeutiske arbeidet og i egne liv.

Gjennom kurset ønsket en å avkle deltakerne noen formelle roller slik at de kunne møtes i dialog som medmennesker. Kurskonseptet perspektiverte en rekke gevinster for de som deltok på kurset. For pasienten var målet en styrket opplevelse av å være aktør i eget liv, økt empowerment og tillit og erkjennelse av egne muligheter. For behandler var målet økt kunnskap om brukermedvirkning, økt verdsetting av brukererfaringer, økt forståelse av begrepet recovery og økt erkjennelse av egne behov og grenser som menneske. For pasient- og behandlerrelasjonen var målet en likere status tross ulike roller, økt bevissthet rundt respektive roller og bedret terapeutisk allianse.

Målgruppe

Kurset er utviklet for å kunne invitere pasientgrupper og deres behandlere, som samarbeider omkring alvorlige psykiske lidelser og samtidige rusproblemer. Det vil si at det er en gjennomgripende lidelse hvor pasienten enten må leve med lidelsen over lang tid eller at det er en tilbakefallsrisiko som gjør at pasienten må forholde seg til lidelsen tilsvarende lenge.

Beskrivelse av kurset

Som tidligere beskrevet har kurset fokus på empowerment og recovery, og består av både gruppediskusjoner og øvelser (for detaljert fremstilling av selve kurset, se vedleggene 5, 6 og 7). Det ble benyttet metodikk som setter pasientenes ressurser og erfaringer i sentrum. Behandlerne ble holdt noe tilbake i starten av kurset, slik at pasientene fikk anledning til å få frem sine anliggender med sitt eget språk (ikke gjennom behandlerens terminologi). Kurset ble ledet en erfaringskonsulent fra A-Larm Norge og lederen av prosjektet. Deltagerne var pasienter sammen med sine respektive behandlere, som parvise deltagere. Kurset gikk over 1 ½ dag, og det var ca. 2 uker mellom dag 1 og dag 2 (1/2 dag). Det ble gitt hjemmelektse mellom dag 1 og dag 2.

Pilotprosjekt

Kurskonseptet, som er beskrevet i denne forskningsrapporten, er å anse som et pilotprosjekt. Det innebærer at den omtalte evalueringen er basert i den første kursgjennomføring ved Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering. Kursdeltakerne ble rekruttert fra Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering. Evalueringen er gjort umiddelbart etter at kurset var

avsluttet. Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering vil legge evalueringen til grunn for mulig videre bruk av kurskonseptet. I tillegg vil evalueringen være et innspill for justering av innhold og struktur for å heve kvaliteten. Hele kurskonseptet, både innhold, organisering og evaluering, vil danne basis for en artikkel for publisering i et fagfelleurdert internasjonalt tidsskrift. I tillegg vil kurskonseptet gjøres tilgjengelig og formidles gjennom brukerorganisasjonene som deltar i prosjektet; A-Larm, Mental Helse og Landsforeningen for pårørende i psykisk helsevern.

Kurskonseptet ble utviklet av en arbeidsgruppe som besto av to personer med brukererfaring og to fagpersoner. Arbeidsgruppen hadde i alt syv 5 møter. Brukere deltok aktivt i den forskningsbaserte evalueringen av prosjektet, og var i flertall i både arbeidsgruppen som utviklet konseptet og i referansegruppen. Det ble vært gjennomført to møter mellom arbeidsgruppen og forskergruppen i forkant av selve gjennomføringen av kurset. Det deltok i alt tre forskere fra Høgskolen i Buskerud, IFPR hvorav en forsker også har egen erfaring fra psykisk helsefeltet.

Kapittel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte evalueringen

Denne forskningsbaserte evalueringsstudien har vært tilknyttet Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus (IFPR). Prosjektansvarlig har vært dekan Heidi Kapstad og prosjektmedarbeidere har vært professorene Bengt Karlsson og Marit Borg samt forsker Reidun Jonassen – alle ansatt ved Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud.

Karlsson har hatt ansvar for, og gjennomført forskningsprosjektet. Prosjektleder Tevje Revheim samt arbeidsgruppen knyttet til kurskonseptet, har vært til stor hjelp med hensyn til utvikling og gjennomføring av studien både innholdsmessig og praktisk.

3.1. Gjennomføring av studien

Arbeidet med studien har pågått siden våren 2011 og avsluttes med denne rapporten til 01.06.12.

Denne tidsperioden rommer alt fra utforming av metoder for datainnsamling, analyse og skriftlig fremstilling av studiens resultater. Studien startet med et oppstartsmøte med prosjektleder og seinere med arbeidsgruppen. I dette møtet ble forventninger til evalueringen avstemt, og den videre fremdriften for prosjektet fastsatt. Oppstartsmøtet var viktig for å avklare vårt mandat og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget innebar.

Utgangspunktet for evalueringen var og utforske respektive pasienters og terapeuters subjektive opplevelser av å delta sammen i kursetopplegget. Det ble stilt to forskningsspørsmål: 1. Hvordan vil du som pasient og terapeut beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske innholdet i det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk? og 2. Hvordan vil du som pasient og terapeut beskrive at kurset har bidratt til bevisstgjøring om egen delaktighet og rolle i bedrings- og mestringsprosessene? Det ble utarbeidet intervjuguidene til fokusgruppeintervjuene med henholdsvis pasienter og terapeuter (se vedleggene 3 og 4). Det ble også utviklet informasjonsskriv og samtykkeerklæring som gikk som henvendelse om deltakelse til henholdsvis pasienter og terapeuter (se vedleggene 1 og 2). Prosjektleder Tevje Revheim sendte ut forespørsel om deltakelse i studien sammen med informasjonsskriv og samtykkeerklæring.

Studien ble gjennomført innenfor rammen av en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming basert i subjektive opplevelser og meninger som hovedfoki for utforskning (Borg, Karlsson & Kim, 2010; Finley, 2011; Hummelvoll 2008). Studien er inspirert av det Finley (2011) beskriver som "å gjøre fenomenologi" med et fokus på levd erfaring og mening. Betydningen av ethvert fenomen genereres og skapes gjennom dialoger i sosiale relasjoner med ord og historier som deles i en felles og intersubjektiv diskurs. Det hermeneutiske elementet i dette er basert på en forståelse av at dannelsen av kunnskap i en eller annen form innebærer tolkning (Kvale & Brinkmann, 2009). Det

fenomenologiske elementet består i et ønske om å utforske og beskrive erfaringene slik de blir forstått og fortalt av deltakerne (Van Manen, 1990). Dette gjøres ved å prøve å være så nært som mulig til de historiene som ble fortalt av deltakerne. Ved å høre og tolke historiene blir mening utviklet som en følge av deltakerens kontekst, intervjuets kontekst og fra forståelsen til forskerne. Dette er beskrevet som "dobbel hermeneutikk", hvor deltakernes prøver å forstå, egen, og de andre deltakernes historier, samt at forskerne forsøker å forstå deltakerne (Alvesson & Skoldberg, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009).

Studiens kontekst

Dataene for evalueringen er basert i "Utvikling av felles kurskonsept om empowerment og recovery for pasienter og terapeuter" (Boevink, 2011; Sjølyst & Revheim, 2010). Lederne av kurset var en erfaringskonsulent og prosjektleder. Sammen hadde de utviklet kursinnholdet inspirert av Boevink (2011). Kurset ble holdt i lokalene til en brukerorganisasjon og kurset varte i en og en halv dag. Det startet med noen innledende øvelser for å etablere en gruppefølelse av samhold og likestilling, i et forsøk på å viske ut de tradisjonelle barrierene mellom de to gruppene. Innføringen ble etterfulgt av en øvelse der pasientene snakket sammen om hva som var viktig i deres behandlingssituasjon og hverdag. Under denne øvelsen ble terapeutene posisjonert som et publikum. På denne måten kunne de profesjonelle lytte til hvordan pasientene delte med hverandre, hvordan de snakket sammen, og også lære hva som kunne være behandling preget av empowerment samt bedrings- og mestringsprosesser. Etter en stund ble terapeutene inviterte til å delta, og de ble forsiktig bedt om å reflektere over og dele sine inntrykk og opplevelser i relasjon til pasientenes samtaler. Senere den første dagen, ble terapeutrollen og begrepet myndiggjøring utforsket videre. Mellom første og andre dag ble pasienter og terapeuter bedt om å forberede en kort presentasjon over temaet: Hva kan jeg gjøre for å skape meg et bedre liv? Dag to startet som første dag med noen øvelser, deltakerne presenterte "hjemmeleksen" for gruppen og begrepene empowerment og recovery ble utforsket videre. Gjennom begge dager, fokuserte kurslederne på å etablere et trygt og støttende miljø, der pasienter og behandlere kunne dele både erfaringer, tanker og følelser som likeverdige personer.

3.2. Metoder for dataskaping

Deltakere

Rekrutteringen av par av pasienter og terapeuter ble gjort gjennom et distriktpspsykiatrisk senter og en poliklinikk for personer som opplever samtidig psykiske vansker og rusbruk. Ledelsen og fagfolk ble informert om det pågående prosjektet samt kurstilbudet. De terapeutene som ønsket å delta ble bedt om å informere og invitere noen av sine pasienter til å delta i studiekurset. Sammen med forespørselen var det en brosjyre som beskrev innholdet og målene i kurset (vedlegg 5).

Informasjonsbrosjyren ble delt ut til terapeuter og pasienter som en del av informasjonen sammen med selve programmet (vedlegg 6).

I studien har det deltatt fem par av pasienter og terapeuter, i alt 10 deltakere. Fire kvinnelige pasienter og en mannlig pasient, i alderen mellom 27 og 43 år, i gjennomsnitt 36 år. Pasientene hadde samarbeidet med terapeuten sin fra 3 til 20 måneder, i gjennomsnitt 12,4 måneder.

Terapeutene besto av tre kvinnelige og to mannlige fagpersoner. Deres bakgrunn var tverrfaglig, bestående av to psykologer, en sosionom, en psykiatrisk sykepleier og en spesialist i psykomotorisk fysioterapi. De var i alderen mellom 41 og 57 år, i gjennomsnitt 48,8 år. Terapeuten hadde 10,4 år i gjennomsnitt i arbeidserfaring knyttet til psykisk helse, både i spesialist- og kommunehelsetjenestene. Variasjonen var fra 6 til 20 år knyttet til deres arbeidserfaring.

Terapeutene hadde jobbet ved det nåværende tjenestestedet fra 1 til 11 år, i gjennomsnitt 4,8 år.

Datainnsamling

Datainnsamlingen er basert i fokusgruppeintervju som ble holdt i november 2011. Intervjuet er basert i semistrukturerte diskusjoner knyttet til deltakernes personlige erfaringer fra studiekurset, og var basert på de to forskningsspørsmålene som er beskrevet tidligere. Betydningen av det felles kurset ble undersøkt både i innhold og prosess. Særlig ble det vektlagt å nøye utforske relasjonene i gruppen samt de erfaringer og historier som kunne deles gjennom den intersubjektive samtalen blant deltakerne. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett. Varigheten av fokusgruppeintervjuet var to og en halv timer, og ble ledet av forskerne Jonassen og Karlsson. Basis for intervjuene har vært intervjuguidene som er fremstilt i vedlegg 3 og 4. Av praktiske årsaker var det ikke mulig å gjennomføre et intervju med henholdsvis pasienter og terapeuter hver for seg. Arbeidsgruppen, sammen med forskerne, bestemte at det følgelig var bedre å gjennomføre et fokusgruppeintervju i en felles gruppe. I fokusgruppeintervjuet deltok det i alt ni personer; fire pasienter og fem terapeuter.

3.3. Metoder for dataanalyse

En hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming ble brukt til å analysere dataene der hermeneutisk refleksivitet fra forskernes del er kombinert med fenomenologisk orientering i betydningen av å utforske deltakernes erfaringer og opplevelser (Alvesson & Skoldberg, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009). Analysene ble utført gjennom systematisk tekstkondensering (Kvale & Brinkmann, 2009; Malterud, 2003) hvor strukturert lesning av materialet gir opphav til valide tolkninger som er basert i datamaterialet (Alvesson & Skoldberg, 2009; Finlay, 2003). Fordi målet med evalueringen var å utforske hvordan deltakerne opplevde og forsto innholdet og prosessen med studiekurset relatert til myndiggjøring og utvinning, ble mønstre i likheter og forskjeller identifisert i den hensikt å beskrive og tolke deltakernes erfaringer.

Fokusgruppeintervjuet utgjorde 25 sider i A4-format. Analysen av intervjuet ble gjort gjennom en hermeneutisk innholdsanalyse i fire *trinn* (Alvesson & Skoldberg, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009).

De fire trinnene var følgende: 1. Å få et helhetsinntrykk, 2. Å identifisere meningsdannende enheter, 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enheter og 4. Å sammenfatte betydningen av dette (Kvale & Brinkmann, 2009). Etter intervjuet ble den transkriberte intervjueteksten lest av forskerne flere ganger for å få et helhetsinntrykk av samtalsinnhold. Forskerne gjennomførte så en tentativ hermeneutisk analyse av intervjuet, og på bakgrunn av denne analysen en tematisering av meningsdannende enheter. Intervjuet ble lest flere ganger på nytt for å kunne gi et helhetsinntrykk. Denne lesningen ble gjort sammen med avspilling av lydbåndet. Det ble gjort fortløpende markeringer i margen med spørsmål til tekstens mulige mening og hvilke temaer som preliminært kunne identifisere.

Deretter startet arbeidet med å identifisere meningsbærende enheter ved på nytt å lese den transkriberte teksten. De meningsbærende enhetene i intervjuet ble så kodet og sett i relasjon til hverandre. Kodingen ble gjort i forhold til sentrale temaer, undertemaer og mønstre som kom frem i materialet. Utgangspunktet er de identifiserte meningsenhetene som er forankret i sitater fra deltakernes utsagn. Forskerne har identifisert disse meningsenhetene og tematisert utsagnene slik disse blir tolket av vedkommende. Forskernes identifisering av temaer gjennom koding og kondensering representerer en abstraksjon av den kunnskap som meningsenhetene uttrykker. Teksten ble lest på tvers med nye spørsmål og søken etter generelle trekk og forskjeller. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst gjennom abstraksjoner og konkrete illustrasjoner i forhold til de ulike temaenes innhold (Alvesson & Skoldberg, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009).

3.4. Forskningsetiske refleksjoner

Etiske problemstillinger

Deltakerne i fokusgruppeintervjuene ble informert om studiens bakgrunn og hensikt i den skriftlige forespørselen om å delta i studien. Samme sted ble det redegjort for hva det innebar og være med i studien, at deltakelse var frivillig basert og at de kunne trekke seg på ethvert tidspunkt og be om at deres opplysninger ble slettet fra studien. Opplysninger om personer har ikke vært på forskernes hender. De er behandlet av lokal prosjektleder i nedlåst stand. Det ble også informert om at data fra studien vil bli slettet innen 31.12.2012., og at studien var finansiert av prosjektmidler fra Exstrastiftelsen, Helse og Rehabilitering.

Studien ble behandlet i REK som fremholdt at: ”Prosjektet kan gjennomføres uten REKs forhåndsgodkjenning. Prosjektet ble behandlet i REK sør-øst 17.03.2011. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningslovens § 10, jf. helseforskningslovens §4 annet ledd.

Det anbefales at prosjektleder tar kontakt med sitt lokale Personvernombud i forbindelse med håndtering av personopplysninger i prosjektet”, REK ref.nr.: 2011/1506 B. Studien som helhet ble registrert og godkjent i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste; NSD, ref.nr.: 27993/3/LMR, datert 03.10.2011. Dette ble alle deltakerne også skriftlig informert om.

Kapittel 4. Presentasjon av funn

I det følgende kapittel vil funnene fra fokusgruppeintervjuet bli presentert og beskrevet. I kapittel 5 vil funnene bli gjort til gjenstand for tolkning og diskusjon. Funnene vil bli presentert i form av 11 hovedtemaer: 1: Gjenkjennende likeverd og usikkerhet, 2: Fellesskapets krefter og muligheter, 3: Å være en person – ikke pasient eller terapeut, 4: Trygghet, tillit og tap av kontroll, 5: Stedets mulighetsbetingelser, 6: Nærhet og lyttende samvær, 7: Å gjøre endring og anderledeshet, 8: Kursets innhold og prosess, 9: Arena for læring – fremtredelser og valg, 10: Fremtiden etter kurset og 11: Personlig profesjonalitet.

Som det vil fremgå av i den følgende fremstilling vil en kunne identifisere overlappende temaer som kunne ha inspirert til å lage færre hovedtemaer. Vi har imidlertid valgt å ikke gjøre det av den grunn at vi ønsker å fremstille både bredden i deltakernes erfaringer og hvordan disse erfaringene spiller sammen i et hele. Funn som er analysert inn i et hovedtema henger selvsagt sammen med funn fra andre temaer. Helheten er langt mer enn summen av de ulike delene. Slik er det også her. Vi har også valgt å gjengi sitater fra deltagerne i større grad under noen hovedtemaer enn andre steder. Dette er gjort for å gi en variert tekstmessig fremstilling av funnene.

4.1. Hovedtema 1: Gjenkjennende likeverd og usikkerhet

I fokusgruppeintervjuet kom det frem at deltakerne hadde opplevd at en følelse av trygghet i gruppen hadde vokst frem og etablert seg i løpet av kurset. Organiseringen og gjennomføringen av kurset hadde skapt en felles plattform og resultert i en sterk gruppefølelse. Alle deltakerne viste til at gruppefølelsen hadde åpnet opp for gjensidig deling og fordypning i relasjon til utfordrende samtaletemaer, samt oppdage felles erfaringer og løsninger av de samme vansker. En pasient omtalte denne følelsen av gjenkjennende likeverd som flere opplevde:

"Ja, det er veldig mange vanlige situasjoner og følelser vi deler, og svært mange felles løsninger også, tror jeg, på forskjellige problemer".

En annen pasient reflekterte:

"Hvis du har noen psykiske eller avhengighetsproblemer så har jeg lært nå at her tenker og føler vi det på samme måte. Selv dere terapeuter gjør det. Jeg ser mye klarere at vi er langt mer like enn forskjellige, nå når vi alle er sammen i samme rom".

Det å møte en gruppe bestående av terapeuter og pasienter, med det formål å lære av hverandre, var en ny opplevelse for alle. Deltakerne var tidvis både overrasket og litt overveldet av følelsen av fellesskap. Som en terapeut sa:

"Jeg tror at en av de viktigste tingene er den kulturen som har utviklet seg i gruppen. Det har aldri

vært et spørsmål om to typer mennesker. Det opplever jeg som veldig avgjørende. Hva som skjedde i gruppen, det var tillit. Jeg mener det er det vi har skapt sammen ".

Kulturen i gruppen syntes å ha åpnet opp for å dele erfaringer som pasienter og behandlere mer fritt, samt å bli sett og lyttet til som medmennesker. En deltaker med pasienterfaring sa det slik:

"Vi har likestilling her. Det føles virkelig annerledes enn når terapeuten og jeg har våre møter ".

En terapeut sa:

"For meg har dette handlet om den tilliten vi har skapt sammen ved å lytte og snakke respektfullt til hverandre. Jeg tror at det at vi er sammen og opplever likverdet - og forskjellene - det er det som har utviklet en felles og tillitsfullt atmosfære i gruppen ".

Det tradisjonelle asymmetriske forholdet mellom terapeut og pasient synes å ha blitt utfordret og satt i parentes under kurset. Her var deltakerne mer som menn og kvinner som alle var invitert til å dele de problemer og utfordringer ved å være en person med psykiske eller rusvansker eller være en person med profesjonelt ansvar. Oppdagelsen av likeverd som mennesker i motsetning til "oss" og "dem" hadde en stor innvirkning på både terapeuter og pasienter. De kunne oppdage nye sider, både av seg selv og hverandre, samt å få lov til å være personer og hele mennesker.

4.2. Hovedtema 2: Fellesskapets krefter og muligheter

Under dette hovedtemaet fremholdt deltakerne hvordan de hadde opplevd at kurset og samværet hadde skapt et fellesskap med en grobunn av kraft og muligheter. Fellesskapet, det å være sammen, hadde etablert en gjenkjennende felles menneskelighet, gitt en styrke som gav næring til gjenkjennelse og likeverd. Fellesskapet muliggjorde også en opplevelse av trygghet som bidro til å gi mot til å dele. Samarbeidet i gruppen var preget av både hardt arbeid: "Vi leker ikke butikk her," som en av deltakerne sa, og av humor og glede. Fellesskapet gav rom for opplevelser av likeverd, åpenhet, medmenneskelighet, særlig gjennom de ulike oppgavene gruppen som helhet fikk og som adskilte grupper gjorde. Måten kurset var strukturert og ledet på, erfarte deltakerne som at de måtte tåle og ikke ha kontroll. Det å slippe kontrollen og være i øyeblikket og situasjonen, gjorde at det menneskelige trådte fram. Rollene slapp og hver enkelt ble jevnbyrdige personer for hverandre. Deltakerne blir kjent med hverandre på nye måter både gjennom å samarbeide om vanskelige temaer, og det å gjøre konkrete ting sammen som å lage lønsj, vaske opp osv. Stedet og rammene for kurset løfter fram en slags felles stolthet gjennom å være sammen om skape noe nytt og kanskje også skape en felles plattform basert på noen omforrente felles verdier. En slik følelse opplever flere av

deltakerne som svært motiverende og inspirerende. Det er bevegende erfaringer som gjøres. Erfaringer som både pasienter og terapeuter opplever utfordrer den tradisjonelle relasjonsmakten i deres respektive forhold.

Noen av terapeutene er opptatt av om deltakerne, og særlig da fra deres egen gruppe, kunne vært valgt ut mer jevnbyrdig. De reiser spørsmål med om de terapeutene som deltar er ”spesielle” terapeuter. Terapeuter som ville ha gjort dette uansett. Det pekes på at det kan være nyttig også å fokusere terapeutens motivasjon for å delta. Er det ok å vise sårbarhet, hvor går grensene? Samtidig skal terapeuten være hjelper; hva er menneskelig – ikke privat? Det er svært utfordrende, og nyttig, som terapeut ikke å vite hva man gikk til. Kontrollen er definitivt lagt igjen på kontoret.

4.3. Hovedtema 3: Å være en person – ikke pasient eller terapeut

Rollen som en terapeut eller en pasient plasserer personen i en bestemt posisjon med mange forventninger om hvordan man skal handle og vise seg. Deltakerne i studien hadde alle omfattende erfaringer med sine respektive roller. Kurset, i form av innhold og struktur, inviterte begge parter til å innta andre og nye roller. Kursets innramming inviterte til likeverd utenfor kjente og tradisjonelle rolleoppfatninger. Denne situasjonen følte uvanlig og noe usikker for enkelte av deltakeren, særlig i begynnelsen. Så snart tryggheten var etablert i gruppeprosessen, åpnet det opp for å oppdage hverandre som mennesker. Som en pasient sa:

"Det er veldig interessant å få litt innsikt i de problemstillinger terapeutene selv arbeider med. De utfordringene de står og arbeider med å sortere ut i ulike situasjoner. Dette er noe man ikke skjønner i det hele tatt, hvis du ikke hører om det".

En annen pasient fulgte opp:

"Det er akkurat som du sier. Her ser du terapeuten mer som en person, i stedet for hva du vanligvis gjør ... som en profesjonell".

Og en tredje:

"Du får et bedre og annet inntrykk umiddelbart av den personen som sitter her. Det er en person og ikke en maskin sitter der og prøver å hjelpe deg, ikke sant?"

Terapeutene på sin side snakket åpent om ulike aspekter ved det å måtte innta en profesjonell rolle og omfanget av dilemmaene de møtte som en følge av det. Likeledes om hvor private de kunne være sammen med sine pasienter, og om det var akseptabelt å avsløre egen hjelpeløshet og manglende tillit som de til tider kunne føle. Terapeutene uttrykte også hvordan de gjennom kurset kunne oppdage mer av pasienten som person:

"..... Noe jeg la merke til som en åpenbaring knyttet til dette kurset, er at det er virkelig ikke mye

forskjell mellom pasienter og behandlere. Jeg kjenner igjen mye av det pasientene sier, og jeg håper også at de på en måte kan føle seg igjen med hva jeg sier om meg selv".

En annen terapeut sa:

"Det er faktisk det som gjør hele forskjellen med dette studiekurset, og trolig er det som er hele ideen, det å kunne se hverandre mer enn personer i begge retninger".

For pasientene var det en nyhet å kunne lære om en profesjonell fagpersons liv og bekymringer. Samtidig var pasientene bekymret for ikke å bli anerkjent som en hel person med sterke så vel som svake egenskaper. En snakket om det som et problem ikke å kjenne personen som terapeut, og som samtidig var den som var der for å hjelpe deg:

"Men samtidig er det litt vanskelig til tider. Når vi kommer inn på kontorene deres og det ventes av oss at vi skal åpne opp og snakke om våre innerste problemer, og vi vet ikke noe om deg, ser du hva jeg mener? "

Håpet og ønsket om å utvikle og opprettholde et positiv og hjelpsom terapeutisk forhold ble uttrykt fra begge parter. Når deltagerne beskrev nyttige og positive terapeutiske relasjoner, ble ord som respekt, bli lyttet til, et godt første møte, nok tid og partnerskap brukt.

4.4. Hovedtema 4: Trygghet, tillit og tap av kontroll

Målsetting med dette prosjektet var å utvikle et studiekurs med fokus på myndiggjøring og mestring, og hvor deltakerne var pasienter og terapeuter. Under kursdagene la kurslederne vekt på et trygt og støttende miljø. Noen av deltakerne uttrykte at denne vektleggingen og opplevelsen av trygghet, syntes å tillate dem å dele mer av sine indre tanker og følelser enn de hadde planlagt. Det føltes både naturlig og riktig å gjøre det. Samtidig verdsatte deltakerne å lytte til historiene som de andre måtte kunne fortelle. En pasient sa:

"Jeg opplever at bare det å være her og ikke i den (sykehus) bygningen, gjør at jeg lytter på en annen måte. Fordi det er noe jeg ikke er komfortabel med. Bare å være her, det gjør en forskjell".

Kontroll var et tilbakevendende tema deltakerne diskuterte. I terapirommet er makten i den profesjonelles hånd. Under kurset opplevdes dette som annerledes, som en innbydende kontrollfri sone. En pasient forklarte:

"Jeg tror også det handler om spørsmålet om kontroll. Hvis dette hadde vært i 7-8 individuelle

terapitimer, så ville du som terapeut hatt mer kontroll. Her i dette rommet har vi gitt slipp på kontroll. "

Det at spørsmålet og praksisene knyttet til kontroll reduseres, syntes å gjøre det mulig å praktisere likeverd og partnerskap i kurset. Slik kunne deltagerne oppdage og praktisere andre måter å snakke sammen på. En av terapeutene reflekterte slik:

"Ja, det er ganske morsomt at, vel dette med at terapeuten skal se hele mennesket, og ikke bare pasientbiten. Og nå kan du si det samme om oss. Det er en fordel å se hele mennesket, ikke bare terapeuten".

En annen problemstilling som flere deltakere fremholdt var det faktum at de ikke bare snakket. De hadde også øvelser og aktiviteter som matlaging og organisering av rommet de var i, og de hadde hjemmelekser. Det å gjøre ting sammen utvidet de positive erfaringene med å snakke sammen på andre måter og i nye sammenhenger. Både gjennom øvelser i kurset og praktisk arbeid under kurset kom likestillingen mellom deltakerne i fokus. Deltakerne oppdaget hvordan samtaler og beslutninger ble annerledes enn i terapirommet.

4.5. Hovedtema 5: Stedets mulighetsbetingelser

Som tidligere omtalt ble kurset holdt på en annen arena enn på sykehuset. Sykehusets lokaler er behandlernes kontekst. De har sine rutiner og kollegaer de kan støtte seg på. I tillegg er det ofte en-til-en samtaler, mellom pasient og behandler. Ved å møtes på en annen arena, endres denne rammen og begge parter kan miste eller få utfordret deler av sin tradisjonelle identitet. Særlig for terapeutene kan det gi en spesiell form for makt å være en del av dette miljøet. Når de skal møte pasientene på en annen arena, har de ikke dette i ryggen – de blir mer nakne – har i større grad "bare" seg selv. Som vist under hovedtema 4 kan dette i seg selv gi et bedre utgangspunkt for likeverd i forhold til pasientene. Når det gjelder pasientene gjelder mye av det samme. De er på, for dem, en mer kjent arena.

En pasient sier: *"Det å komme et annet sted, andre og nye rammer og det at vi var i en gruppe, vi deltok på lik linje på dette kurset, det var veldig avgjørende for meg"*. Flere av deltakerne viste til at det betydde svært mye å være på et annet sted enn på sykehuset. En pasient mente at hun fikk mot til å være mer direkte og åpen enn hun ellers ville ha vært. Flere av deltakerne fremholdt det å være i brukerlokalene og forberede og dele måltider sammen var avgjørende for opplevelsen av terapeutene. En pasient fremholdt: *"Når vi satt sammen og pratet så var vi veldig enige om hva som*

var viktig å møte dere behandlere med da, og det igjen gjorde nok at vi ble veldig trygge på det å være og så det å snakke rundt det. For vi kjente jo igjen veldig mye av det de sa alle sammen. Men du følte deg ikke alene da". Dette kan tolkes som en illustrasjon på empowerment i praksis. Det handler om at en gruppe står sammen og får fremført og delt sitt budskap i et lyttende felleskap. Sammen fikk denne gruppen sagt noe om hva som var viktig i forhold til å møte hverandre gjensidig, både behandlerne og pasienter. Flere pasienter fremholdt at det var viktig at de var flere sammen, og at det gav dem trygghet og støtte fra hverandre. Det var enklere å si ting de ikke ville ha gjort til sin behandler i en en-til-en situasjon. I denne settingen fikk pasienten uttrykt mye som var viktig for dem i forhold til terapeuten og behandling.

I den aktuelle konteksten av kurset og stedet fikk behandlerne tildelt, innledningsvis, en mye mer passiv rolle. De lyttet, kom med kommentarer, oppmuntret, ga ros – men det var ikke de som var i fokus. Stedet og kurset utgjorde slik sett pasientenes "hjemmebane". Det ga dem "makt" – i den grad omgivelser gir makt. Det at det var likhet i forhold til antall pasienter og behandlere gjør noe med maktforholdet. Funnene kan tolkes i retning av pasientene, i lys av kurset og dets kontekst, ble tildelt en produktiv makt og ledelse.

4.6. Hovedtema 6: Nærhet og lyttende samvær

Som vist under tidligere temaområder opplever deltakerne at kurset innbyr til åpenhet omkring seg selv og sine erfaringer, til å gi (mer) av seg selv og til å se og bli hørt. Det er flere tilstede påpekes som betydningsfullt fordi flere relasjoner skaper flere muligheter til å dele – en forskjell som gjør en forskjell. Det kan finnes ulike personer som gjenkjenner seg i hverandres opplevelser, følelser og situasjoner. Opplevelsen av fellesskapet gjennom å dele erfaringer og slik se seg selv i en større sammenheng. Samtalene under kurset opplevde mange av deltakerne som ulike enn de som forgår i det terapeutiske rommet. Samtalene under kurset gav mer en opplevelse av gjenkjennelse og sterke opplevelser av samtalene ble skapt mellom deltakerne der og da. Det å skape sammen knyttes i stor grad til opplevelsen av å bli lyttet til og kunne få anledning til å lytte til de andre deltakernes historier. Kunne lytte til hverandre, og velge selv å lytte eller å dele, eller begge deler. Gi og ta, viktig med tilbakemeldinger og at disse ble tatt på alvor i gruppeprosessene som var i kurset.

De åpne og lyttende samtalen skapte en trygghet som gjorde at en våget usikkerhet og tåle å ikke ha kontrollen alene. Kunne dele med de andre og stole på at de andre var der for hverandre. Dette ble omtalt som motiverende for både terapeut og pasienter. Samtidig ble andre temaer trukket frem som

det å vise usikkerhet for å kunne være til hjelp, hvordan virker kurset inn på andre relasjoner, gir kurset en ny giv som terapeut, og hva skjer videre i den terapeutiske samarbeidsrelasjonen. Disse teamene tas opp av terapeuter etter at de har fortalt om sin egen usikkerhet. Hvordan oppleves det av pasientene når de hører det og hvordan vil det bli mottatt? Det var en ny og utvidende erfaring for begge gruppene av deltakere. Pasientene mente at dette var positivt. På denne måten fikk de høre mer om hvordan det kunne være å være terapeut, - usikkerhet, ønske om å hjelpe, når skal man utfordre i forhold til sårbarhet osv. De fremholdt at det var en ny erfaring for dem som pasienter som de satte stor pris på. De forestilte seg det var bra for relasjonen at terapeuten var mer personlig og at man kunne gjøre aktiviteter sammen. Det kunne bidra til å fremme den terapeutiske relasjonen.

4.7. Hovedtema 7: Å gjøre endring og anderledeshet

Den uvanlige strukturen og omgivelsene som rammer inn kurset tilbyr deltakerne en ny og annerledes måte å forholde seg til hverandre på. Mange uttrykte hvordan de etter en stund hadde funnet det naturlig å være åpen og ærlig. Det var flere elementer i organiseringen av kurset som deltakerne fremhevet. Et aspekt var at de alle startet sammen som likeverdige på en ukjent måte. Dette var helt forskjellig fra de relasjonene de to gruppene vanligvis hatt med hverandre. Et annet aspekt var temaene som var i fokus; myndiggjøring, recovery og brukermedvirkning. For noen av deltakerne var disse temaene godt kjent på forhånd. For andre ikke. Samtidig var de ganske vage og slik sett mulig å fylle med innhold. Gjennom eksempler på hjelpsomme relasjoner og nyttige terapierfaringer ble begrepene gitt en mer konkret og praktisk betydning. Som en pasient sa: *"Jeg føler at jeg har fått vite om min terapeut på en annen måte, fordi jeg har hørt hennes meninger om bedring, mestring og hvordan vi kan arbeide med dette. Det har jeg ikke gjort før, fordi vi har snakket om andre problemer. Så jeg føler jeg vet litt mer om vedkommende og hvordan denne tenker om hva som kan hjelpe meg"*.

En annen pasient uttalte:

"Det har betydd mye for meg bare å sitte ned med terapeuten min, ha lunsj og småprate. Det er en annen måte å åpne på. Vi har kunnet dele og snakke om ting som vi aldri har snakket om tidligere. Den hverdagslige praten har gjort meg til å se vedkommende som den personen denne er, ikke den jeg tror vedkommende er".

Den like antallet terapeuter og pasienter i studiekurset ble også verdsatt som noe annerledes. Som en terapeut sa:

"For meg var det at vi var like mange terapeuter som pasienter helt avgjørende. Bidragene som kom

kunne tas i mot både i parrelasjonen terapeut – pasient og i gruppene terapeuter og pasienter".

En annen terapeut sa:

"For meg var det veldig viktig at prosessen i gruppen ble ledet av pasientene. Som terapeut ble jeg ble spurt, eller egentlig instruert, til å være stille og bare lytte til hva pasientene diskuterte og fortalte. Jeg fikk anledning virkelig holde kjeft og lytte, ikke følelsen av at jeg måtte si noe viktig eller oppklarende. Bare å høre på dem, deres erfaringer og hva som gjenspeilte seg i meg".

Begrepene og perspektivene på recovery og empowerment ble også utforsket på en rekke nye områder som syntes å være avklarende og nyttig for deltakerne. Dette ble diskutert både på gruppenivå så vel som i forhold til en pasient eller en terapeut. Begrepene ble også fokusert på et systemnivå blant deltakerne. Her tok man utgangspunkt i tjenestetilbudene begge grupper var en del av. Ved å tilby en atypisk sammenheng, et annet rom og sted ble pasienter og terapeuter invitert til åpent å dele erfaringer som likemenn, hvor tradisjonelle posisjoner og forståelser syntes og endres. Nye ideer og forståelser av hva som tidligere kunne ha blitt sett på som fakta og sannheter, ble introdusert.

4.8. Hovedtema 8: Kursets innhold og prosess

Deltakerne fremholder at kursets innhold og prosess var viktig for hvordan det ble opplevd og erfart. Særlig trekkes det frem at det var en klar struktur og ledelse. Det var bestemt hva og hvordan man skulle (sam)arbeide som både gav en trygghet og var utfordrende. Allerede fra starten opplevde deltakerne at de ble brakt sammen på en ny og annerledes måte. Det fremholdes at kursets ulike bestanddeler i form av temaer, struktur og prosess gav en helhet som ble opplevd som meningsfull og nyttig. Avslutningen føltes god, selv om det er mange tanker og følelser som lever videre (se hovedtema 10) knyttet til livet og tiden etter kurset.

Kurslederne var dyktige på å stille ulike spørsmål og om det som skulle snakkes om eller gjøres, passet for alle: "Hvem sier ja til dette?". Arbeidsmåtene gav struktur og rammer for posisjoner som skulle skiftes; noen ganger ble deltagerne tvunget til å høre, andre til å lytte – og omvendt. Dette gav deltakerne en opplevelse av sammenheng mellom metoder og innhold. Betydningen av kursets struktur er viktig knyttet til det forannevnte. Betydningen av å gjøre noe konkret sammen, for eksempel lage mat, er fremholdt tidligere som svært viktig. Det var frigjørende å møtes et annet sted i en ny kontekst er også omtalt tidligere som viktig for opplevelsene av å kunne dele makt, fellesskap, gruppens betydning, tillitsskaping og kunne se hverandre på nye måter.

4.9. Hovedtema 9: Arena for læring – fremtredelser og valg

Dette temaområdet summerer de tre tidligere hovedtemaene i betydningen av deltakerne opplevde kurset som en arena for læring og nylæring. Da på mange og ulike plan. Det gjaldt særlig knyttet til kursets fokus på recovery og empowerment. Ikke først og fremst knyttet til begrepsmessig innhold. Mer i betydningen av hvordan dette kunne forstås i relasjon til hver enkelt deltaker og ikke minst i det terapeutiske samarbeidet. Deltakerne lærte og så nye sider både ved seg selv og ved de andre deltakerne – og i denne sammenheng svært viktig; i relasjon til den terapeuten eller pasienten som utgjorde en parrelasjon. Kurset gav slik sett læringsgrunn for å se ting på nytt, bryte faste forståelsesrammer, våge nye roller som terapeut og pasient, ser samarbeidsrelasjonen i et videre perspektiv, oppdage og forstå sammen og en felles opplevelse av stolthet; Jess – vi kan!!!!

4.10. Hovedtema 10: Fremtiden etter kurset

Flere av deltakerne, særlig de med pasienterfaring og også noen av terapeutene, var opptatt av hvordan det ville bli etter kurset: ”Hva vil skje med meg – når har jeg utlevert meg så pass mye følelsesmessig. Det gir meg en form for usikkerhet og følelsesmessig ensomhet. Hva med de andre deltakerne? Jeg er også bekymret for terapeuten”, uttrykte en av deltakerne. Flere vektla at det hadde skjedd mange viktige ting, og hvordan kunne man lukke de prosessene som hadde vært, på en best mulig måte? Det kunne dukke opp en følelse av utrygghet; Har vi lukket godt nok? Har vi utlevert oss for mye for hverandre? Kommer vi til å få noen følelsesmessige reaksjoner etterpå? Hva gjør vi i så fall med det? Skulle vi hatt mer tid? Samtidig var alle opptatt av at de ville anbefale kurset til andre. Deltakerne fremholdt at de ville vurdere hvem og hvordan de ville anbefale kurset til. Alle pasientene var opptatt av kurset hadde gitt større trygghet i forhold til deres respektive behandler.

4.11. Hovedtema 11: Personlig profesjonalitet

Pasientenes erfaringer med kurset i relasjon til terapeutene var at de hadde opplevd en slags personlig profesjonalitet. Terapeutene hadde vist seg som både profesjonelle og som personer gjennom å ha vært personlige i sine uttrykk. De fremsto ikke som terapeutisk nøytrale. Kurset ga rom for en konkret og personlig profesjonalitet. Behandlerne forsøkte å inneha denne profesjonaliteten og pasientene ga tilbakemeldinger om at de oppfattet at det var positivt. De opplevde å se mer av det hele mennesket. Det ga trygghet. De opplevde at kurset slik sett handlet om konkret empowerment og recovery.

Kapittel 5. Diskusjon

Diskusjon i det kommende kapitel må sees i lys av den overordnede målsettingen med ”Felles kurstilbud for pasient og behandler innen psykisk helsevern, Sykehuset Telemark, HF, Psykiatrisk klinikk, Seksjon for rehabilitering”. I prosjektbeskrivelsen for kurstilbudet heter det at en forventer en rekke gevinster for de som deltar på kurset. For pasienten er målet en styrket opplevelse av å være aktør i eget liv, økt empowerment og tillit og erkjennelse av egne muligheter. For behandler er målet; økt kunnskap om brukermedvirkning, økt verdsetting av brukererfaringer, økt forståelse av begrepet recovery og økt erkjennelse av egne behov og grenser som menneske. For pasient- og behandlerrelasjonen er målet en likere status tross ulike roller, økt bevissthet rundt respektive roller og en bedret terapeutisk allianse.

Formålet med denne forskningsbaserte studien var å evaluere det felles kurstilbudet. Særlig ønsket en å utforske problemstillingen knyttet til hvordan organiseringen og innholdet i kurset hadde fremstått for både pasienter og behandler, samt hvilket utbytte og nytte de ønskede målgruppene hadde hatt gjennom kurstilbudet. Forskningsspørsmålene som ble stilt i studien var følgende:

1. Hvordan vil du som pasient eller behandler beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske innholdet i det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk?
2. Hvordan vil du som pasient eller behandler beskrive at kurset har bidratt til bevisstgjøring om egen delaktighet og rolle i bedrings- og mestringsprosessene?

I den følgende diskusjon vil data fra forskningsstudien bli sett i relasjon til hverandre for å kaste lys over de to overnevnte forskningsspørsmål gjennom overskriftene: 1. Gjenkjennelse og likeverd, 2. Stedet og konteksten, 3. Partnerskap for recovery og empowerment og 4. Konklusjoner.

Det mest åpenbare i funnene fra studien er at de kan tolkes dit hen at det felles studiekurset for terapeuter og pasienter har utviklet et stort potensial for å styrke den terapeutiske relasjonen og det samarbeidende partnerskapet gjennom å fokusere på empowerment og recovery som basistemaer i kurset. Et annet sentralt aspekt ved funnene er at de løfter frem behovet hos terapeuter for empowerment og autonomi for å kunne arbeide sammen med pasientene mot recovery i form av bedring og mestring. Forskningsprosjektet identifiserte noen grunnleggende prosesser og temaer som synes både plausible og forankret i deltakernes erfaringer fra kurset.

5.1. Gjenkjennelse og likeverd

Det mest fremtredende funnet er beskrivelsen av den grunnleggende tilstedeværelsen og opplevelsen av felles menneskelighet som ble uttrykt i fokusgruppen. Både terapeuter og pasienter fremholdt at kurset muliggjorde det å bli kjent med hverandre som mennesker med sterke og svake sider. En mulighet som ble høyt verdsatt. Som en deltaker uttrykte: "Det har aldri vært et spørsmål om to typer mennesker". Deltakernes erfaringer med opplevelser av gjenkjennelse og likeverd i kurset, samt forståelsen av at disse er av grunnleggende verdi for den terapeutiske relasjonen, reiser noen interessante spørsmål i forhold til faglige standarder og praksiser. Funnene kan utfordre mange aspekter ved terapeutrollen, og hva det kan innebære og være en profesjonell fagperson. De positive erfaringene og følelsene av likeverd og samarbeidende praksiser som ble uttrykt i fokusgruppen, kan i et perspektiv komme til å utfordre den tradisjonelle terapeutrollen med vekt på avstand og terapeutisk nøytralitet. Både terapeuter og pasienter påpekte fordelene med å lære mer om hverandre som mennesker, å få noe innsikt i både hverdagslivets typiske trivialiteter samt mer eksistensielle sider i deres respektive liv. Begge grupper opplevde at dette var nyttig og hjelpsomt i deres gjensidige forhold. Man kan godt bli minnet om Sigmund Freud (1958) som sa: "Den [terapeut] bør være skjult for sine pasienter og som et spill, vise dem noe annet enn det som er vist til ham" (Freud, 1912/1958, s.118).

En terapeut snakket om hvor liten forskjell vedkommende følte det var mellom pasienter og behandlere, og alt det personen kunne kjenne på seg selv og sin situasjon, gjennom pasientenes historier. En pasient nevnte hvor nyttig det hadde vært å få mer forståelse av terapeutenes refleksjoner og utfordringer - så vel som om deres vanlige liv. Denne typen nærhet og fortrolighet mellom fagfolk og pasienter blir ofte advart mot i psykoterapilitteratur, vanligvis refereres det til frykten for å skape en overinvolvert eller altfor påtrengende terapeut i relasjon til pasienten. Dette tradisjonelle synet på psykoterapi og terapeutrollen har fortsatt en sterk posisjon i mange behandlingstradisjoner og kulturer. Samtidig ble denne tenkemåten utfordret for mer enn femti år siden av Jerome Frank (1961) som nevnt tidligere, og har igjen blitt utfordret i de siste årene av blant annet Duncan et al (2004) og Lambert (2007).

Ideen om nøytralitet og avstand mellom terapeut og pasient har også blitt utfordret gjennom forskning innenfor recoverytradisjonen (Slade, 2009). De viktigste egenskapene til en bedringsorientert fagperson blir ofte beskrevet som å være svært samarbeidsorientert og ønsket om et likeverdig partnerskap. Dette kan vise seg gjennom å forstå og møte pasienten som et helt menneske med dennes ressurser, kompetanse samt problemer, møte pasienten som en borger og en aktiv aktør i eget

liv, i motsetning til å være et passivt offer for en lidelse. Fagpersonen viser en forståelse av bedrings- og mestringsarbeidet som personens "prosjekt". Der den profesjonelles rolle er mer å være en støttespiller, kartleser og en håpefull og nyttig guide til å finne situasjoner og personer som kan bidra i recoveryprosessen. Til sist å fremvise en forståelse av at recovery er best tilrettelagt i personens hverdag hvor dennes familie og nettverk blir inkludert (Borg, Karlsson & Kim, 2011; Slade, 2009, Borg & Davidson, 2008). Begrepet om recovery er i økende grad brukt til å betegne potensialet for vekst, bedring og samfunnsmessig integrering for personer som opplever psykiske lidelser og / eller samtidig rusmisbruk. Dette perspektivet innebærer en profesjonell rolle som går utover og utenfor den profesjonelles kontor, sykehusavdelingene eller dagsentra. En slik endring av terapeutrollen krever større grad av oppmerksomhet til praksiser som ivaretar sosiale aspekter ved livet, kjemper mot stigma, fokuserer på styrke, bruker et språk av håp og muligheter, gir alternativer som folk kan velge blant, tillater folk å ta valg, og lar folk få muligheten til å mislykkes. Disse verdiene og holdningene reflekterte og drøftet deltakerne i fokusgruppen knyttet til at de hadde opplevd slike praksiser gjennom sin deltakelse i kurset. Samtidig fremholdt deltakerne at et slikt felles kurstilbud sannsynligvis ikke ville være et alternativ for alle terapeuter. Mange kan tenkes rett og slett ikke å være interessert. Det krever en åpen holdning og motivasjon, uttalte en. Gjenkjennelse og likeverd som dette kan oppleves som for utfordrende for tradisjonelle ideer om yrkesroller og terapeutisk praksis. Det felles kurstilbudet, som fremholder ideer om gjensidighet og felles menneskelighet, kan likevel ses som en del av en voksende bevegelse som utfordrer terapeutiske kulturer som fremstår som autoritære og begrensende for samarbeidende, terapeutiske partnerskap.

5. 2. Stedet og konteksten

Hva er det som skjer når en bringer terapeuter og pasienter sammen på en felles arena hvor de erfarer å få økt innsikt om seg selv og deres felles menneskelighet? Ett svar på spørsmålet kan være at kurset, og dets innhold, var initiert og utviklet av personer med levd erfaring av psykiske problemer og rusmisbruk samt å være brukerne av tjenestene. De hadde førstehåndskjennskap til det å være pasienter over lang tid, og hadde flere presise forestillinger om hvordan tjenestene kan forbedres. En av disse ideene var det felles kurstilbud for par av terapeuter og pasienter med de sentrale læringsområdene knyttet til empowerment og recovery. Et annet svar kan være knyttet til betydningen av stedet hvor kurset ble gjennomført. Kurslederne var klare på at det var sentralt å finne et sted utenfor en tradisjonell psykiatrisk kontekst som arena for kurset. Den mest vanlige møteplassen for deltakerne var en "sykdomsarena", hvor behandlingskonteksten på mange måter bestemmer roller og agendaer. En faller lett inn i en tradisjon der pasienten snakker om sine problemer og terapeuten, gjennom sin akademiske utdanning og erfaring, tilbyr hjelp. Det har vært

lite fokus, både i forskning og faglitteratur ellers, på hvordan utvikle terapeutiske miljøer og særlig hvordan en kan skape positive miljøer i psykiatriske institusjoner (Campling, Davis og Farquharson, 2004). Det terapeutiske miljøet kan i seg selv være en kilde til at terapeutisk forbedring oppnås, som for eksempel i miljøterapi. Ved å skape et terapeutisk miljø oppfordres fagpersoner til å vektlegge, ikke bare det fysiske miljøet, men også det institusjonelle, psykologiske og sosiale miljøet hvor det terapeutiske samarbeidet skjer. Det kan være avgjørende å se sammenhengen mellom stedets og kontekstens betydning i tilknytning til relasjonelle utfordringer som tillit, motivasjon og empati og terapeutisk arbeidsallianse.

I planleggingen av studiekurset var lederne bevisste over flere sider ved miljøet, stedet og verdien av atmosfæren ved stedet. De bestemte seg for å finne en arena som var ny for både terapeuter og pasienter. Valget falt på lokalene til en brukerorganisasjon som ligger i et fredelig boligområde like inntil en elv. Videre bidro innredningen med en blanding av nye og gamle møbler, til en uformell atmosfære. Det felles ståstedet og utgangspunktet var at kurset ikke var terapi. Det skulle være gjensidig læring i et helt annen kontekst og med andre regler, agendaer og samtaleformer enn hva parene hadde opplevd sammen før. Kursstrukturen ble initiert av lederne med vekt på likeverd, demokrati, høre hverandre ut, og invitere til åpne refleksjoner om vanskelige og uvante temaer i en ny og ukjent sammenheng. Dette kan ha åpnet opp for en ny tilgang til å høre og oppleve en felles menneskelighet, noe som bidro til at gruppefølelsen vokste seg sterk. Det at deltakerne, under strukturert ledelse, gjennomførte ulike aktiviteter sammen som øvelsene og lage lønsjer, kan også ha utviklet en sikker grunn for å utforske relasjoner og snakker mer åpent om livets problemer og personlige styrker og svakheter. Flere deltakere fremholder også betydningen av det var like mange terapeuter som pasienter, og at de opplevde at fokuset på konkrete temaer i kurset både var inspirerende og inviterende.

5.3. Partnerskap for recovery og empowerment

Begrepene om recovery og myndiggjøring legger vekt på autonomi, ta kontroll i ens eget liv, ha valgmuligheter, tilgang til ressurser, sosial inkludering, håp, så vel som av antistigma arbeid og utvikle støttende miljøer. I denne studien er det utviklet systematisk kunnskap om hvordan og på hvilke måter kurset innvirket på deltakernes bevissthet og roller i empowerment- og recoveryprosessene. De positive sidene ved å jobbe med temaer som recovery og empowerment, kan kanskje virke selvsagt når det gjelder deltakerne som var pasienter. Den felles menneskelighet som vokste ut av kurset avdekket også med all tydelighet behovet for fokus på empowerment- og recoveryprosesser også hos terapeutene. De følte også behov for mer autonomi, valg, håp og tilgang

til egne ressurser i sine daglige praksiser. De begrensninger og utfordringer som finnes innenfor en tradisjonell psykiatrisk behandlingskontekst med sterkt fokus på prosedyrer og evidensbaserte praksiser som ikke alltid oppleves som like myndiggjøring eller nødvendigvis recoveryorientert, kan tidvis være vanskelig å møte og leve med for profesjonelle. Flere av terapeutene fant kurset inspirerende og motiverende, også det faktum at de jobbet sammen i en gruppe og ikke individuelt. En fremholdt at strukturen og innholdet i kurset gjorde at gruppen opplevdes som at alle kunne gi slipp på noe av den vanlige kontrollen. Den opplevde styrken og tryggheten i gruppen gjorde det lettere å gi slipp på behovet for å ha kontroll hele tiden. Slik kunne deltakerne bli inspirert til å utforske mer og andre sider av seg selv og de andre deltakernes liv og de utfordringer det gav i hverdagen.

Helen Glover (2005) hevder at for å skape de nødvendige forutsetningene innenfor en recoveryorientert ramme og tjeneste, må tjenesten utvikles og bygges på fire sentrale pilarer:

1. Å tro ubetinget på personens evne til å gjenopprette og arbeide "som om" deres recovery er en realitet
2. Fokus skal være på og med personen i dennes egen recoveryprosess, ikke fokusert på eller i tjenestetilbudet
3. Å tilby et miljø og en plattform som en person kan ha nytte av og være til hjelp i sin recoveryprosess, og
4. Å vurdere kontinuerlig om tjenestene og deres praksiser står i veien for, eller hemmer personens individuelle recoveryprosesser.

Disse fire pilarene kan representere noen nyttige ideer og inspirasjonskilder for både terapeuter og pasienter i deres felles arbeide sammen mot gjensidig bedring. Samtidig er det påminnelse om behovet for autonomi og empowerment for begge parter, samt et åpen og gjensidig forhold i en anerkjennende kontekst.

5.4. Konklusjoner

Funnene fra denne studien gir et mangfoldig innblikk i bredden av de erfaringer som deltakerne har gjort seg basert i det å være pasienter og behandlere i et felles kurstilbud. Studien er basert i et enkelt fokusgruppeintervju. Hadde datainnsamlingen vært gjort gjennom flerstegsfokusgruppeintervjuer med deltakerne, ville det ha kunne gitt muligheter til å gå mer i detaljer om deres erfaringer med å delta i kurset. En kunne også fokusert flere forbindelser og utfordringer mellom deres personlige erfaringer og deres roller som pasienter og fagfolk. Sammenligning av erfaringer fra deltakere fra ulike sammenhenger kunne også ha gitt en større fylde til materialet. Beskrivelsene fra intervjuet gir

et rikt utvalg av historier, med vekt på deltakernes erfaringer og opplevelser i forholdet mellom det å ”bare” være menneske og det å være pasienter og terapeuter.

En metodologisk og forskningsetisk refleksjon over bruken av fokusgruppeintervju kan særlig knyttes til de empiriske dataenes validitet. Et aspekt kan være presset mot konsensus i slike gruppeprosesser. Dette kan oppstå ved at gruppen uttrykker felles forståelser og holdninger når det samtidig finnes motsetninger og ulike meninger. På samme tid kan fokusgrupelederne påvirke, i for stor grad, de problemstillinger og de svar som utvikles gjennom måtene de leder gruppen på så vel som gruppens samtale. For sterkt gruppepress mot konsensus og for styrt ledelse og samtale kan bidra til å utelukke og marginalisere både synspunkter og gruppens medlemmer. Både metodologisk og forskningsetisk er det sentralt å samtale om betydningen av både enighet og divergerende synspunkter, og hvordan slike dialoger kan skapes i en fokusgruppe (Hummelvoll 2008; Lerdal & Karlsson, 2008).

Gitt de overnevnte metodiske begrensninger i studien, og basert i studiens forskningsspørsmål, er det grunnlag for å konkludere med følgende:

1. Deltakerne, både pasienter og terapeuter har erfart at kurset har hatt avgjørende betydning i deres personlige og gjensidige prosesser knyttet til empowerment og recovery.
2. Den rene og enkle struktur og organisering av studiekurset er et eksempel på hvordan det enkelt kan gjøres for å bringe brukermedvirkning, fagpersoners og pasienters roller og kompetanse knyttet til empowerment og recovery på dagsorden. Kurset er et meget godt og velegnet eksempel på kvalitetsutvikling og tjenesteutvikling på et konkret plan.
3. Tradisjonelle opplæringsprogrammer som er utformet med parallelle kurs for henholdsvis terapeuter og pasienter på deres respektive og ulike arenaer vil gå glipp av gjensidighet, deling og bevissthet omkring deres felles menneskelighet som dette kurset har kunnet tilby.
4. Resultatene fra denne studien kan gi verdifulle bidrag til arbeidet med å styrke og videreutvikle samarbeidende praksiser i tjenestene i psykisk helsevern og rusbehandling. Særlig gjelder dette deltakernes kunnskaper om at kurset ga innsikt om behovet for å arbeide sammen på en rekke og ulike måter.
5. Valg av sted og kontekst for gjennomføring av kurset synes å være meget betydningsfullt for opplevelsene av kurset. Tilrettelagte møteplasser og agendaer utenfor det profesjonelle domenets kontroll syntes å hjelpe både terapeuter og pasienter til å løsne opp og vise seg frem for hverandre på nye måter. Begge parter inntok roller mer som medmennesker og borgere som muliggjorde felles refleksjon om meninger, liv og terapi.

6. Pasientene opplevde å være aktive kunnskapstilbydere gjennom kurset og slik sett kunne bidra til tjenesteutvikling ved å fokusere på sammenhenger og innholdet i den terapeutiske prosessen sammen med terapeutene. Pasientene opplevde seg som anerkjente og verdsatte medlemmer av gruppen og sett på som ansvarlige personer med viktig kunnskap og erfaringer som kan gi vekst og utvikling for pasienter så vel som terapeuter.
1. Studiens sentrale resultat er at kurset gav deltakerne erfaringer og opplevelser med å se hverandre mer som mennesker med sterke og svake sider. Dette var svært positivt for den terapeutiske relasjonen. Oppdagelsen, gjenkjennelsen og erfaringen av den felles menneskelighet var slående.

Referanseliste

- Alvesson, M. and Sköldböck, K. (2009). *Reflexive methodology: new vistas for qualitative research*. London: Sage.
- Boevink, W. (2011). TREE: Towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services. *In press*.
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). Recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2), 129-141.
- Borg, M. and Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals. Helping relations in mental health services. *Journal of Mental Health*. 13(5): 493-505
- Borg, M., Karlsson, B. and Kim, S. (2010). Double helix of research and practice - developing a practice model for crisis resolution and home treatment through participatory action research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2010, 5 (1), 4647-4655.
- Campling P, Davis, S. and Farquharson, G. (2004). *From TOxic Institutions to Therapeutic Environments: Residential Settings in Mental Health Services*. Gaskell. UK.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York (NY): New York University Press.
- Dempsey, I. and Foreman, F. (1997). Toward a clarification of empowerment as an outcome of disability service provision. *International Journal of Disability, Development and Education*, 287-303.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., and Sparks, J. (2004). *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for Therapists. Researching the Lived World*. London: Wiley-Blackwell.
- Frank, J. (1963). *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy*. New York: Schocken Books.
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. In Strachey J (eds) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 12. (pp. 97–108). London: Hogarth Press (Original work published 1912).
- Glover, H. (2005). Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4 (3), 1-4. www.auseinet.com/journal/vol4iss3/glovereditorial.pdf

- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring... Og bedre skal det bli! (2005-2015)*. Rapport, IS-1162. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, J. K. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a cooperative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning*, 1, 3-15.
- Kvale, S. and Brinchmann, S. (2009). *Interview - Introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172-175.
- Malterud, K. (2003). *Qualitative Methods in Medical Research: An Introduction*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd ed.). *Washington, DC, US: American Psychological Association*.
- Sjølyst, E. and Revheim, T. (2011). *Utvikling av kurskonsept om empowerment og recovery, for pasienter og terapeuter sammen*. Prosjektbeskrivelse, Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk, seksjon for rehabilitering.
- Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- St. meld. nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Strong, T., Sutherland, O. and Ness O. (2011). Considerations for a discourse of collaboration in counseling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 25-40
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.

Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse i evaluering av ”Felles kurstilbud for pasienter og behandlere – i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk ” – pasienter.

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder studien Evaluering av ”Felles kurstilbud for pasienter og behandlere – i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”. Hensikten med denne studien er å evaluere det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk. Særlig vil en utforske hvordan organiseringen og innholdet i kurset har fremstått for både pasienter og behandler, samt hvilket utbytte og nytte de ønskede målgruppene har hatt gjennom kurstilbudet. Som en del av pasientgruppen ønsker vi å intervju deg om dine erfaringer i forhold til følgende spørsmål:

1. Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske innholdet i det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk?
2. Hvordan vil du beskrive at kurset har bidratt til bevisstgjøring om egen delaktighet og rolle i bedrings- og mestringsprosessene?

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi at du som pasient skal delta i et fokusgruppeintervju sammen med andre pasienter fra kursopplegget. Intervjuene vil bli ledet av undertegnede. Fokusgruppeintervjuet vil vare i ca 1,5 til 2 timer og vil utdype de erfaringene du har som kursdeltaker. Hele intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det skrives så ut og om du ønsker sendes dette til deg for endelig godkjenning. I den anledning vil Psykiatrisk klinikk ved lokal prosjektleder Tevje Revheim opprette og oppbevare en navneliste over deltakerne. Denne vil bli slettet innen 31.12.2012.

De som skal gjennomføre intervjuene heter Bengt Karlsson og Marit Borg, og begge er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til

Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2012. Resultatene vil bli publisert i vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte professor Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud, mobil 90 64 90 78.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, er databehandlingsansvarlig. Prosjektleder er professor Bengt Karlsson, ansatt ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud. Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, har godkjent studien.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun lokal prosjektleder Tevje Revheim ved Psykiatrisk klinikk Sykehuset Telemark HF som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen og returnere svarkonvolutten. Når vi har mottatt denne vil vi ta kontakt for nærmere avtale om intervjuetidspunkt.

Vennlig hilsen

Oslo 30. september 2011.

Bengt Karlsson, Prosjektleder.

Samtykke til deltakelse i prosjektet ”Felles kurstilbud for pasienter og behandlere – i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk ” – pasienter.

Jeg er villig til å delta i studien ”Evaluering av Felles kurstilbud for pasienter og behandlere i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien ”Evaluering av Felles kurstilbud for pasienter og behandlere i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”.

(Signert, rolle i studien, dato)

Bengt Karlsson, prosjektleder.

Vedlegg 2. Forespørsel om deltakelse i evaluering av ”Felles kurstilbud for pasienter og behandlere – i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk ” – behandlere.

DEL A

Bakgrunn og hensikt

Denne forespørselen gjelder studien Evaluering av ”Felles kurstilbud for pasienter og behandlere – i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”. Hensikten med denne studien er å evaluere det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk. Særlig vil en utforske hvordan organiseringen og innholdet i kurset har fremstått for både pasienter og behandler, samt hvilket utbytte og nytte de ønskede målgruppene har hatt gjennom kurstilbudet. Som en del av behandlergruppen ønsker vi å intervju deg om dine erfaringer i forhold til følgende spørsmål:

3. Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med det faglige og organisatoriske innholdet i det felles kurstilbudet i myndiggjøring og bedringsprosesser ved Psykiatrisk klinikk?
4. Hvordan vil du beskrive at kurset har bidratt til bevisstgjøring om egen delaktighet og rolle i bedrings- og mestringsprosessene?

Hva innebærer studien?

For å få belyst erfaringene ønsker vi at du som behandler skal delta i et fokusgruppeintervju sammen med andre behandlere fra kursopplegget. Intervjuene vil bli ledet av undertegnede. Fokusgruppeintervjuet vil vare i ca 1,5 til 2 timer og vil utdype de erfaringene du har som kursdeltaker. Hele intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Det skrives så ut og om du ønsker sendes dette til deg for endelig godkjenning. I den anledning vil Psykiatrisk klinikk ved lokal prosjektleder Tevje Revheim opprette og oppbevare en navneliste over deltakerne. Denne vil bli slettet innen 31.12.2012.

De som skal gjennomføre intervjuene heter Bengt Karlsson og Marit Borg, og begge er ansatt ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til

Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2012. Resultatene vil bli publisert i vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte professor Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud, mobil 90 64 90 78.

DEL B

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Dekan Heidi Kapstad ved Høgskolen i Buskerud, avdeling for helsefag, er databehandlingsansvarlig. Prosjektleder er professor Bengt Karlsson, ansatt ved avdeling for helsefag, Høgskolen i Buskerud. Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, har godkjent studien.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det er kun lokal prosjektleder Tevje Revheim, Psykiatrisk klinikk Sykehuset Telemark HF som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien. Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen og returnere svarkonvolutt. Når vi har mottatt denne vil vi ta kontakt for nærmere avtale om intervjudtidspunkt.

Vennlig hilsen,

Oslo 30. september 2011.

Bengt Karlsson, Prosjektleder.

Samtykke til deltakelse i prosjektet ”Felles kurstilbud for pasienter og behandlere – i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk ” – behandlere.

Jeg er villig til å delta i studien ”Evaluering av Felles kurstilbud for pasienter og behandlere i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien ”Evaluering av Felles kurstilbud for pasienter og behandlere i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”.

(Signert, rolle i studien, dato)

Bengt Karlsson, prosjektleder.

Vedlegg 3. Intervjuguide til bruk i fokusgruppeintervju med pasienter i prosjektet ”Evaluering av Felles kurstilbud for pasienter og behandlere i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

Om faglig og organisatorisk innhold i kursopplegget:

Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med kurset?

Hva har vært styrker og svakheter i kursopplegget?

Hvordan vil kursopplegg bidratt til å bevisstgjøre din egen rolle som pasient samarbeidet med din terapeut?

Hvordan vil kursopplegg bidratt til å bevisstgjøre ditt eget arbeid med egne mestrings- og bedringsprosesser?

Hvordan har kursopplegget bidratt til å styrke og utvikle den terapeutiske alliansen?

Hva kunne vært gjort annerledes i kurset både når det gjelder form og innhold?

Hvordan har kurset bidratt til samarbeidsprosessen mellom deg og din behandler?

Hva tenker du om kursets betydning relatert til følgende målsettinger:

Har kurset bidratt til å redusere skillet mellom pasient og behandler?

Har kurset bidratt til å styrke selvfølelsen og opplevelsen av likeverd?

Har kurset bidratt til større ansvar for eget liv og hvordan dere best kan samarbeide?

Har kurset bidratt til å lære om empowerment og refleksjon rundet egen styrke?

Har denne kunnskapen vist seg i samarbeidet i kursperioden og i så fall hvordan?

Hvordan kan kurset bidra til å opprettholde styrkende og myndiggjørende samarbeid mellom deg og din behandler i fremtiden?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette fokusgruppeintervjuet?

Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?

Intervjuguide til bruk i fokusgruppeintervju med behandlere i prosjektet ”Evaluering av Felles kurstilbud for pasienter og behandlere i Sykehuset Telemark HF, Psykiatrisk klinikk”.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

Om faglig og organisatorisk innhold i kursopplegget:

Hvordan vil du beskrive dine erfaringer med kurset?

Hva har vært styrker og svakheter i kursopplegget?

Hvordan vil kursopplegg bidratt til å bevisstgjøre din egen rolle som behandler i samarbeidet med din pasient?

Hvordan vil kursopplegg bidratt til å bevisstgjøre ditt eget arbeid med egne mestrings- og bedringsprosesser?

Hvordan har kursopplegget bidratt til å styrke og utvikle den terapeutiske alliansen?

Hva kunne vært gjort annerledes i kurset både når det gjelder form og innhold?

Hvordan har kurset bidratt til samarbeidsprosessen mellom deg og din behandler?

Hva tenker du om kursets betydning relatert til følgende målsettinger:

Har kurset bidratt til å redusere skillet mellom pasient og behandler?

Har kurset bidratt til å styrke selvfølelsen og opplevelsen av likeverd?

Har kurset bidratt til større ansvar for eget liv og hvordan dere best kan samarbeide?

Har kurset bidratt til å lære om empowerment og refleksjon rundet egen styrke?

Har denne kunnskapen vist seg i samarbeidet i kursperioden og i så fall hvordan?

Hvordan kan kurset bidra til å opprettholde styrkende og myndiggjørende samarbeid mellom deg og din behandler i fremtiden?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i dette fokusgruppeintervjuet?

Er du noe du ønsker å tilføye eller å si før vi avslutter intervjuet?

Vedlegg 5. Informasjonsbrosjyre om Felles kurstilbud for pasienter og behandlere.

Kurset er utviklet i samarbeid mellom:

- Brukerorganisasjonen A-Larm
- Sykehuset i Telemark

Gjennom kurset ønsker vi å bidra til at du får verktøy som gjør deg i stand til å få mer ut av behandlingen din.

DU

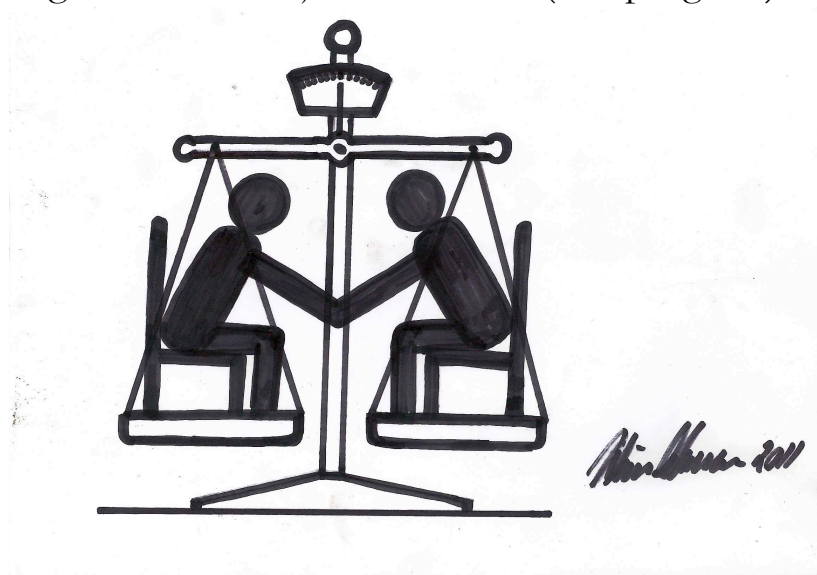
Kan bidra til at det blir bra!

Kurset vil holdes i A-Larm sine lokaler på Tilja, Bølervegen 2.

- Første kursdag; 9. november, 0830 – 1515.

- Dag 2; 25. november, 0830-1500 (inkl. gruppeintervju med forskere).

Hvis du er interessert, vis dette skrevet til din behandler som kan skaffe deg mer informasjon om kurset (kursprogram).



Kunne du tenke deg å gå på kurs med din behandler?

Likeverdskurs

"Det er du som har skoen på som vet hvor den trykker"

Invitasjon til seminar:

Kurset går over 1 ½ dager, hvor første dag er en hel dag og den neste er en halv dag. I tillegg vil det være et fokusgruppeintervju med deltakerne for å evaluere kurset. Evalueringen vil være med forskere fra Høgskolen i Buskerud.

Kurset vil holdes av erfaringskonsulent Emil Sølyst og Psykolog Tevje Revheim

Alle dager vil det serveres lunsj.

Viktige temaer (kursmål):

- Likeverd i behandlingsrelasjonen – Pasient og behandler har ulike roller, men begge er mennesker med ressurser som må brukes for at behandlingen skal virke.
- Recovery; handler om å finne ny mening i livet til tross for de begrensinger en lidelse setter. Det betyr ikke at en trenger å bli kurert fra lidelsen. Snarere at en aksepterer situasjonen en er i, uten at symptomene styrer ens liv. En rus- eller psykisk lidelse, trenger ikke være til hinder for at en går inn i viktige/verdsatte roller. Å finne ny mening krever at en blir kjent med seg selv og sine talenter, egen sårbarhet og tar ansvar for eget liv.

”Til deg som vil vite hva en terapeut kan brukes til”

- Empowerment; handler om å ta styring over eget liv og kjempe for et bedre, når en er i en vanskelig situasjon. Recovery er ikke mulig uten empowerment.

”Hva skal til for å lage seg et liv som er verdt å leve?”

PROGRAM FOR LIKEVERDSKURS

DAG 1

08.30. VELKOMMEN:

Hva er empowerment og recovery
Selvpresentasjon
Oppvarmingsøvelser

09.30. PAUSE

09.45. PASIENTPRAT:

Hva er viktig i behandling?
Hva er god behandling og en god behandler?
Hva kan en behandler brukes til?
Hvilket ansvar har du som pasient?

11.00. FELLES LUNCH

12.00. BEHANDLERPRAT:

Hva er bra med å være behandler?
Kan en lære av sine pasienter?
Når er det utfordrende for deg som menneske?
Hvilket ansvar har du som behandler?
Når er en behandling ferdig?

DIALOG MELLOM BEHANDLERE OG PASIENTER

13.15. PAUSE

13.30. AVMAKT, MAKT, OFFERROLLEN OG EMPOWERMENT

Mer om empowerment (kort undervisningsbolk)
Deltakernes egne eksempler
Hva kan behandler bidra med?
Hvordan bli enige om veien og målet?

PAUSE

14.45. OPPSUMMERING AV DAG 1

HJEMMELEKSE: HVA KAN JEG GJØRE FOR Å SKAPE MEG ET BEDRE LIV

15.15. TAKK FOR I DAG

DAG 2

08.30. VELKOMMEN:

Erfaringer og tanker siden sist
Oppvarmingsøvelser
Fremføring av hjemmelekse

09.30. PAUSE

09.45. HVA ER ET GODT LIV:

Mer om recovery, individuell- og helhetlig behandling
Gruppearbeid i pasient/terapeut parene

10.45. PAUSE

11.00. UTFORDRING TIL BEHANDLERE:

Er det noen av historiene du tar bitt deg særlig merke i?
Hva tar du med deg videre inn i egen behandling?

Felles refleksjon og oppsummering

12.00. FELLES LUNCH

13.00. AVSLUTNING

Etter lunsj vil det være et felles intervju med forskere fra Høgskolen i Buskerud for å evaluere kurset. Dette vil ta mellom 1 ½ og 2 timer. Informasjon om evalueringen følger i eget skriv.

Kurset handler om likeverd, empowerment og recovery. I tillegg bygger kurset på den narrative psykoterapitradisjonen. På kurset vil det veksles mellom øvelser, undervisning, gruppearbeid og reflekterende team. Det er et mål at pasienten skal komme styrket ut av disse to dagene, være bedre rustet til å nyttiggjøre seg behandling og skape seg et bedre liv. Vi ønsker også å bidra til økt bevissthet rundt verdien av pasienterfaringer og bedre samarbeid og relasjon mellom pasient og terapeut. Vel møtt!

MANUAL TIL KURSØVELSENE

Dag 1

Sesjon 1: VELKOMMEN

Prosesslederne presenter seg selv og bruker egen historie for å vise hva empowerment og recovery kan være. Deretter forteller de kort om dagens program.

SELVPRESENTASJON

Deltakerne Forteller hva de heter (snakket vi om at de skulle de si en ting om seg selv, hva?)

OPPVARMINGS ØVELSER

Her brukes enkle ufarlige øvelser som går på bevegelse og kommunikasjon. Eksempler på øvelser:

- Deltakere stiller seg opp alfabetisk (fornavn) på en linje
- Deltakere stiller seg i grupper etter hva en liker best: Kjøtt, fisk, vegetar eller litt av hvert (gruppeleder forteller hvor gruppene skal stille seg)
- Deltakere stiller seg i grupper etter interesser: Film/data, Friluftsliv, Sport/idrett, kultur/musikk, litteratur.
- Deltakerne grupperer seg selv etter øyefarge

Funksjon: Dette er oppvarmingsøvelser som på en relativt ufarlig måte skal hjelpe deltakerne å bli litt kjent med og tryggere på hverandre. En annen funksjon er å redusere skillet mellom behandler og pasient (Vi har ulike roller, men er like under solen).

Sesjon 2: PASIENTPRAT

Pasientene diskuterer seg imellom over utvalgte temaer. Terapeutene lytter. Disse temaene kan være:

- Gode erfaringer fra behandling
- Mindre gode erfaringer fra behandling
- Hva kjennetegner en god behandling (og en god behandler), og hvordan merker du det?
- Hva kan en behandler brukes til?
- Hvilket ansvar har du som pasient for at det skal bli en god behandling

Prosessledere skriver opp på en flip-over, hva pasientene opplever som viktig i behandling. Prosesslederne og særlig den som ikke "leder" sesjonen er oppmerksom på at alle får sagt noe. Videre, når prosessleder ser at en deltaker har kjent seg igjen i eller opplevd som nyttig noe en annen deltaker har sagt, passer prosessleder på at denne får kreditt/takk for dette. Mot slutten av sesjonen sjekker prosesslederne ut hva og hvordan deltakerne har opplevd som nyttig:

- Er det noe du har hørt (fra de andre deltakerne) som du som du har kjent deg igjen i, som har vært nyttig for deg eller som du tar med deg inn i egen behandling?
 - Hvordan er det for deg å høre ”Kari” fortelle at det du sa ga gjenklang/var nyttig/at hun vil ta det med seg i egen behandling

Til slutt inviteres terapeutene til å reflektere over det de har hørt, og om de har lært noe som de vil ta med seg i egen praksis. Pasientene gis mulighet til å reflektere over dette igjen før prosesslederne oppsummerer.

- Hvordan var det for deg (pasient) å høre at ”Marianne” (terapeut) har lært av deg og vil bruke denne erfaringen i sin behandling av andre pasienter?

Funksjon: Pasientene gis mulighet til å snakke sammen om hva de mener er viktig i behandling uten føringer fra terapeutene. Dette for å vise behandlerne hvordan pasienter snakker sammen om behandling seg imellom. Siden det normalt er en skjevfordeling i maktforholdet mellom pasient og terapeut og terapeutene normalt er de som definerer hva god behandling er, holdes disse utenfor i størstedelen av denne sesjonen. Dette er også grunnen til at denne sesjonen kommer tidlig slik at føringene for seminaret i større grad blir lagt av pasientopplevelser. Siden en del pasienter har internalisert behandlerens terminologi og definisjoner, krever denne sesjonen at prosesslederne har fokus på å få frem pasientenes egne opplevelser/erfaringer. Pasientene inviteres også til å reflektere rundt egen rolle og ansvar for at behandlingen skal bli vellykket. For å styrke pasientenes selvfølelse sørger prosesslederne for å fokusere på hva deltakerne har gitt til hverandre og til terapeutene.

FELLES LUNCH

Her deltar alle på lik linje med å tilberede lunsj, dekke på, sette frem mat og rydde vekk etterpå.

Funksjon: Gjennom å gjøre dette i sammen blir deltakerne bedre kjent med hverandre, dessuten styrkes fellesfølelsen og opplevelsen av at alle er (like) verdifulle.

Sesjon 3: BEHANDLERPRAT

Her skal behandlerne snakke om behandling seg imellom. Behandlerne blir først spurt om de har noe flere tanker/refleksjoner etter lunsjen og sesjonene før lunsj. Etter 20-30 minutter inviteres pasientene inn. Aktuelle temaer:

- Hva er bra med å være behandler?
- Kan en lære av sine pasienter?
- Når er det utfordrende for deg som menneske?
- Hvilket ansvar har du som behandler?
- Når er en behandling ferdig?

Funksjon: Her ønsker vi en å vise pasientene at behandlerne i likhet med pasientene er mennesker og at behandlerne har nytte av pasientene i jobb og eget liv. Dette for å styrke pasientenes selvfølelse og understreke likeverd. Videre, denne sesjonen åpner for refleksjon rundt recovery og hva vi ønsker å få ut av behandling.

Sesjon 4: FRA AVMAKT TIL MAKT HVORDAN KOMME UT AV OFFER ROLLEN

Denne sesjonen starter med en kort undervisningsbolk (5-10 minutter) om empowerment. Deretter snakker deltakerne sammen om hva som skal til for å få økt kontroll over eget liv og en bedre hverdag samt hvordan en kan få hjelp til dette. Prosesslederene hjelper deltakerne til å fortelle om egne eksempler på empowerment, og sørger for at disse erfaringene blir bekreftet av andre deltakere eller av prosesslederene selv:

- Har du eksempler på at du selv har tatt kontroll, gjort noe du er stolt av, har bidratt til at du fikk det bedre eller fått behandling/livet på rett spor?
- Hva kan behandler bidra med?
- Hva kan behandlere brukes til utover behandling?
- Kan pasienten velge ny behandler dersom pasienten tenker det er best for seg?
- Kan behandlere bytte pasienter dersom de tenker at det er til beste for seg selv eller pasienten?
- (skulle det vært noe om å finne frem til behandlingsplan i sammen er?)

Mot slutten av sesjonen sjekker prosesslederene ut hva og hvordan deltakerne har opplevd som nyttig:

- Er det noe du har hørt (fra de andre deltakerne) som du som du har kjent deg igjen i, vært nyttig for deg eller som du tar med deg videre?
 - Hvordan er det for deg å høre "Kari" fortelle at det du sa ga gjenklang/var nyttig/at hun vil ta det med seg videre.

Prosesslederene oppsummerer sesjonen

Funksjon: Deltakerne skal lære om empowerment og av deltakernes egne eksempler på dette. Pasientene skal sitte igjen med styrket selvfølelse gjennom å gi til de andre og gjennom å reflektere rundt erfaringer på egen styrke.

Sesjon 5: OPPSUMMERING AV DAG 1 OG GJENNOMGANG AV HJEMMELEKSE

Prosesslederene oppsummerer dagen og det reflekteres rundt hva deltakerne har fått ut av dagen. Prosesslederene har fokus på å sikre at gruppa bekrefter pasientenes erfaringer generelt og eksempler på empowerment spesielt.

Prosesslederene går igjennom hjemmeleksa til neste samling. Hjemmeleksa er å lage en presentasjon på omtrent 5 minutter (maks 10) rundt temaet:

Hva kan pasienter selv bidra med for å få et bedre liv?

Pasient og behandler skal forberede dette i sammen. Det vil være en fordel om en tar utgangspunkt i pasientens egen situasjon, men det må være innenfor grensene av hva pasienten ønsker å avsløre om seg selv.

Funksjon: Bidra til at pasient og terapeut reflekterer rundt empowerment i pasientens behandling og at empowerment brukes i praksis

Dag 2

Sesjon 6: VELKOMMEN

Prosesslederne forteller kort om programmet for dag 2. Videre, spør de om noen har gjort seg noen tanker etter dag 1, om det er noen som har gjort seg noen erfaringer med ”empowerment” og om pasienter og terapeuter har tatt med seg noe fra dag en inn i behandlingen.

OPPVARMINGSØVELSER

FREMFØRING AV HJEMMELEKSER

Pasient og behandler fremfører hjemmeleksa i sammen. Prosesslederne bidrar til at gruppa reflekterer rundt og validerer presentasjonene

Funksjon: Lære av hverandre og bruk av empowerment i praksis

Sesjon 7: GRUPPEARBEID; ”HVA ER ET GODT NOK LIV FOR DEG?”

Prosesslederne underviser kort om recovery (5-10 minutter). Deretter går pasientene i gruppe på to og to sammen med sin behandler. Disse intervjuer hverandre rundt hva de legger i et godt eller kanskje greit liv (ca 15 minutter). Gruppe skriver ned noen punkter som de presenterer i plenum. Prosesslederne bruker flip-over. Det utforskes om det er noe felles/forskjellig og om vi har noe å lære av hverandre, og om dette bør få betydning for behandlingen. Deltakernes tanker rundt hva et godt liv er, diskuteres opp mot begrepet recovery.

Funksjon: Lære om recovery og økt bevissthet rundt helhetlig behandling

Sesjon 8: UTFORDRING TIL BEHANDLERNE

Behandlerne utfordres på hva de har lært og hva de tar med seg videre inn i behandlingen. Prosesslederne sikrer at dette blir validerende for pasientene.

- Er det noen av historiene du har fått fra pasientene her som du særlig har bitt deg merke i?
- Hva vil du ta med deg videre i behandling av andre pasienter?
Pasientene blir bedt om å reflektere rundt behandlernes tanker.
- Hva tenker dere rundt det som(terapeut) nettopp sa?
- Er behandlerne inne på noe her, hva tenker dere?
- Hva gjør det med deg at(terapeut) beit seg merke i nettopp din historie?
- Hva for det deg til å føle?

Funksjon: Styrke pasientene og sikre at terapeutene tar med seg empowerment og recovery tankegangen inn i egen praksis.

Prosesslederne oppsummerer dagen og hører med deltakerne hvordan det har vært for dem. Kort informasjon om lunsj og evaluering med forskere etter lunsj. **ØNSKER VI HVERANDRE EN GOD FREMTID OG LYKKE TIL VIDERE.**

LUNSJ

Evaluering med forskere

HVEM GJØR HVA ?

PROSESSLEDERENE SKAL STYRE PROSESSEN OG SØRGE FOR AT DELTAGERENE FØLER SEG IVARETATT OG TRYGGE. PROSESSLEDERENE LEDER ALLE ØVELSENE OG LOSER DELTAGERNE IGJENNOM ØVELSENE.

OPPVARMINGSØVELSER

ENKLE MEN UFARLIGE ØVELSER SOM GÅR PÅ Å BLI KJENT OG TRYGG I GRUPPA, PROSESSLEDERENE FORKLARER GRUNDIG HVORLEDES ØVELSENE FUNGERER OG HVA SOM ER MENINGEN MED DISSE ØVELSENE. I DETTE KURSET HAR VI VALGT 2 ULIKE ØVELSER SOM GÅR PÅ KOMMUNIKASJON OG LATTER DA DETTE BINDER GRUPPA OG VI HAR GOD ERFARING I DISSE ØVELSENE SOM EN “ISBRYTER”.

LINJE ØVELSE

- HER FINNES DET MANGE FORSKJELLIGE ØVELSER MEN VI VELGER 2 GODE ØVELSER SOM GÅR PÅ HØYDE. HER SKAL DELTAGERENE KOMMUNISERE SEG FREM TIL OG STÅ ETTER HØYDE. PROSESSLEDERENE FORTELLER AT DE LAVESTE SKAL STÅ FØRST SÅ SKAL DE ANDRE STÅ ETTERHVERANDRE I FORHOLD TIL SIN EGEN HØYDE

- FORBOKSTAV PÅ FORNAVNEN ER DEN ANDRE ØVELSEN VI HAR VALGT. DETTE OGSÅ FORDI DA FÅR DELTAGERENE EN GOD MULIGHET TIL OG BLI BEDRE KJENT VED AT DE MÅ SPØRRE HVERANDRE HVA DE HETER.

4 KANT ØVELSENE

DISSE ER LITT MER KREVENDE OG DELTAGERENE MÅ TA EGNE VALG FOR Å STILLE SEG I RIKTIG RUTE FOR VALGET SOM TILHØRER DEN Plassen.

- ØVELSEN VI HAR VALGT GÅR PÅ MAT OG ER FORHOLDSVIS ENKEL, MEN KREVER TANKEVIRKSOMHET OG KOMMUNIKASJON FRA DEN ENKELTE DELTAGER VI HAR VALGT UT TEMAENE *KJØTT-FISK, PASTA OG VEGETAR*. DELTAGERENE BLIR SÅ SPURT AV PROSESSLEDERENE OM HVORFOR DE STILTE SEG I DEN BÅSEN SOM TILHØRER DET VALGET DE HAR GJORT. DELTAGERNE FORTELLER KORT OM HVORFOR DE VALGTE FOR EKSEMPEL FISK.

- VI VELGER OGSÅ EN ANNEN ØVELSE SOM GÅR PÅ ÅRSTIDENE *SOMMER, HØST, VINTER, VÅR*.

DETTE ER NOE SOM OPPTAR DE FLESTE AV OSS OG VI HAR RELASJONER TIL ÅRSTIDENE. DET SAMME GJELDER HER SOM FOR ØVELSEN OVER.

HVA GJØR PROSESSLEDERENE DERSOM EN DELTAGER BLIR STÅENDE ALENE I SIN FIRKANT?

-DA ER DET VIKTIG AT EN AV PROSESSLEDERENE STILLER SEG SAMMEN MED DEN DELTAGEREN SOM STÅR ALENE. DETTE FOR Å VISE AT INGEN PÅ KURSET SKAL VÆRE ALENE, MEN AT VI ALLE HAR NOEN SOM BRYR

SEG OM HVERANDRE OG STØTTER HVERANDRE

PASIENT ØVELSENE MED UTVALGTE TEMAER

HER SKAL PASIENTEN DISKUTERE SEG IMELLOM ETTER DISSE TEMAENE. PROSESSLEDERE SKRIVER OPP TEMAENE PÅ FLIP OVER OG PASIENTENE DISKUTERER SEG IMELLOM OM HVA DETTE BETYR FOR PASIENTENE-UNDER DENNE ØVELSEN SÅ SKAL KUN PASIENTER OG PROSESSLEDERE VÆRE AKTIVE-BEHANDLERENE MÅ FORHOLDE SEG I STILLHET. DERSOM PASIENTENE ER I STAND TIL DET SÅ KAN PASIENTEN SELV FORESLÅ EGNE TEMAER SOM DE SYNES ER RELEVANTE FOR BEHANDLINGENE OG DISSE TEMAENE SKRIVES SÅ OPP PÅ FLIP OVER.

-ETTER ØVELSEN VIL VI OPPSUMMERE DENNE ØVELSEN OG DISKUTERE DETTE ALLE SAMMEN.

BEHANDLERE PRATER

-HER SKAL BEHANDLERE TA OPP SINE TEMAER SOM ER VIKTIG FOR BEHANDLERE Å PRATE OM. DISSE TEMAENE VIL OGSÅ BLI SKREVRT OPP PÅ FLIP OVER.

TEMAENE SOM ER GJENSIDIGE FOR BEHANDLERENE VIL BLI DISKUTERT OG SKREVET OPP.

-I OPPSUMMERINGEN VIL ALLE FÅ MULIGHETER TIL Å DELTA. VI SAMMENLIGNER TEAMER FOR PASIENTER OG BEHANDLERE OG SER OM DET FINNES FELLESTREKK SOM VI KAN BYGGE VIDERE PÅ INN I BEHANDLINGEN.

FRA AVMAKT TIL MAKT - HVORDAN KOMME UT AV OFFER ROLLEN

HER TAR VI OPP EMPOWERMENT OG HVA SOM SKAL TIL FOR Å FÅ BEDRE KONTROLL OVER EGNE VALG OG EGET LIV.

-HVA KAN PASIENTER SELV BIDRA MED FOR Å FÅ BEDRE LIVSKVALITET

-HVA KAN BEHANDLERE BIDRA MED

-HVA KAN BEHANDLERE BRUKES TIL BORTSETT FRA BEHANDLING

-KAN PASIENTER VELGE ANDRE BEHANDLERE DERSOM PASIENTEN MENER DETTE ER DET BESTE FOR PASIENTEN

-KAN BEHANDLERE BYTTE PASIENTER

VI DISKUTERE HVA SOM MÅ TIL FOR DEN ENKELTE FOR Å FÅ BEDRE KONTROLL OVER SINE EGNE VALG OG SITT LIV.

HER VIL VI BRUKE EN DEL AV DE TEMAENE SOM VI TIDLIGERE HAR SKREVET OPP UNDER DE ANDRE ØVELSENE.

FØR AVSLUTNING SUMMERER VI OPP DAG 1 OG FORTELLER HVERANDRE LITT OM HVORDAN DETTE HAR VÆRT.

PROSESSLEDERENE GIR ALLE DELTAGERE HJEMMELEKSE SOM PASIENT OG BEHANDLER SKAL JOBBE SAMMEN PÅ I BEHANDLINGEN.

DENNE HJEMMELEKSEN SKAL OPPFØRES AV PASIENT OG BEHANDLER PÅ DAG 2.

**DAG 2 HANDLER OM Å SETTE SEG I FØRERSETE I EGET LIV
VI OMHANDLER OG TAR OPP TEMAENE:**

**AVMAKT-MAKT
OFFER ROLLEN
LÆRT HJELPESLØSHET
EMPOWERMENT
RECOVERY**

**PROSESSLEDERE SPØR OM TANKER ETTER FØRSTE KURSDEL OG
DELTAGERENE BRUKER LITT TID PÅ Å FORTELLE.
SÅ KJØRER VI SAMME TYPE OPPVARMINGSØVELSER SOM PÅ DAG 1 MED
LINJE OG 4KANT ØVELSER.**

**-SÅ ER DET OPPFØRING AV HJEMMELEKSEN. DETTE GJØRES AV
BEHANDLER OG PASIENT SAMMEN. VI BRUKER CA 5 MINUTTER PR
GRUPPE OG CA 2.5 MINUTTER MED TILBAKEMELDINGER FRA RESTEN AV
GRUPPA.**

**ØVELSEN ETT GODT LIV SOM ER NESTE PUNKT PÅ PROGRAMMET ER EN
GRUPPEØVELSE DER 2 OG 2 GÅR SAMMEN OG DISKUTERER SAMMEN.
HER KJØRER VI PASIENT\BEHANDLER I GRUPPE. GRUPPENE FÅR CA 10-15
MINUTTER PÅ DENNE OPPGAVEN FØR DE DELER HVA DE HAR KOMMET
FREM TIL FOR DE ANDRE. DERETTER TAR VI OPPSUMMERING OG SPØR
OM DETTE KAN BRUKES AV ANDRE ENN DEN RESPEKTIVE GRUPPENE.
HVA ER ETT GODT LIV OG HVORLEDES FÅ DETTE TIL MED ENKLE GREP
OG HJELPEMIDLER?**

**NESTE ØVELSE ER UTFORDRING TIL BEHANDLERE HVOR DE
REFLEKTERER OVER HELE KURSET OG HVA SOM ER KOMMET FREM PÅ
KURSET.**

SAMLET LUNCH OGSÅ FOR DAG 2

DERETTER AVSKJED

HVEM ER KURSHOLDER

KURSHOLDERE ER 2 ERFARINGSKONSULENTER FRA A-LARM SOM VIL VÆRE GRUPPELEDER. DISSE 2 ERFARINGSKONSULENTENE HAR GOD ERFARING I Å HOLDE SLIKE KURS DA DELER AV DETTE KURSET ER HENTET FRA DEN OPPRINNELIGE KURSPAKKEN SOM A-LARM TILBYR SINE BRUKERKOORDINATORER OG LIKEMENN.

PROSESSLEDERENE HAR DET OVERORDNEDE ANSVARET FOR Å LEDE GRUPPEN PÅ EN GOD MÅTE SOM INKLUDERER ALLE PÅ LIK LINJE.

PROSESSLEDERENE HAR SOM OPPGAVE Å LOSE DELTAGERENE IGJENNOM DE FORSKJELLIGE ØVELSENE OG VÆRE AKTIVE I Å FÅ DELTAGERENE TIL OG UTFØRE DE ØVELSENE SOM ER SKISSERT I KURSET.

DET ER VIKTIG AT PROSESSLEDERENE SKRIVER OPP UNDER DE FORSKJELLIGE ØVELSENE DE TILTAK SOM KOMMER FREM FRA DELTAGERENE Å SOM VIL INFLUERER EN VIDERE VEI TIL ETT BEDRE LIV.

PROSESSLEDERENE VIL OGSÅ PEKE PÅ DEN TEORETISKE LÆREN OM EMPOWERMENT, RECOVERY, OFFER ROLLEN, AVMAKTSSITUASJONER OG LÆRT HJELPESLØSHET VIA DE PRAKTISKE ØVELSENE OG VIA DE KOMMENTARENE OG REFLEKSJONENE SOM KOMMER FREM UNDERVEIS.

ØVELSENE

DISSE ER NØYE GJENNOMTENKTE OG VI HAR BEARBEIDET DISSE I SAMMEN MED BRUKERE, FAGFOLK SOM HAR KOMMET MED SINE UTSPILL OG ØNSKER.

HVORFOR ØVELSER

ØVELSENE HAR FORSKJELLIGE FUNKSJONER. OPPVARMINGSØVELSENE SKAL BINDE GRUPPA TETTERE OG GI GRUPPA SAMMHOLD. VED Å BRUKE DISSE ENKLE OPPVARMINGSØVELSENE SÅ VISER TIDLIGERE ØVELSER AT DISSE ER EN GOD START PÅ KURSET SOM ÅPNER DELTAGERENE OG FÅR KOMMUNIKASJONEN I GANG. ØVELSENE VISER OGSÅ AT VI ER LIKE OG SKILLER IKKE PÅ PASIENT ELLER BEHANDLERE. HER ER VI ALLE LIKE MENNESKER.

DE ANDRE ØVELSENE GÅR MER INN PÅ TEMAENE EMPOWERMENT OG RECOVERY VED AT VI FÅR PASIENTER OG BEHANDLERE TIL Å FORTELLE SINE ERFARINGER, ØNSKER OG MÅL. HVORDAN KUNNE OPPNÅ DEL MÅL OG MÅL I DISSE OPPGAVENE? LØSNINGSORIENTERTE ØVELSENE SOM INNEHOLDER ALT FRA DISKUSJONER, GRUPPEARBEID, FREMFØRINGER OG TILBAKEMELDINGER ER EN DEL AV ULIKE PROSESSER SOM IGJEN VIL FØRE TIL MER FORSTÅELSE FOR DE TEORETISKE BEGREPENE SOM KURSET OMHANDLER. VI MENER AT VED PRAKTISKE LØSNINGER SÅ VIL DEN TEORETISKE BEGREPSLÆREN KUNNE FÅ LETTERE INNTOG I PASIENTENES KUNNSKAP OM HVA DISSE BEGREPENE BETYR OG HVA SOM

SKAL TIL FOR Å FÅ TIL TING EN ØNSKER SEG ELLER SETTER SOM MÅL ELLER DELMÅL.

FUNKSJON

HVORFOR LAGER VI DETTE KURSET?

**VI LAGER KURSET FOR Å FÅ EN BEDRE FORSTÅELSE OM MENNESKENE SOM ER OMTALT I FAGSPRÅKET SOM PASIENTER
TERMOLOGIEN SKILLER PASIENT OG BEHANDLER MEN VI MENER OG HÅPER AT DETTE KURSET I STØRRE GRAD VIL VISE AT VI ER MENNESKER MED SAMMENSATTE BEHOV UAVKORTET OM VI ER PASIENT ELLER BEHANDLER. VI ØNSKER IKKE Å FRATA NOEN ROLLER, MEN Å VISE I KONTEKST AT DET ER MENNESKER DETTE DREIER SEG OM OG OM MENNESKELIGE RELASJONER MELLOM PASIENTER OG BEHANDLERE.**

KAN BEHANDLERE OVERLATE NOEN FUNKSJONER TIL PASIENTEN OG HVORLEDES GJØRE DETTE PÅ EN FORSVARLIG MÅTE?

HVA KAN PASIENTEN BIDRA MED OG HVA KAN EN BEHANDLER EGENTLIG BRUKES TIL? ER DET KUN I BEHANDLING ELLER KAN PASIENTENE BRUKE BEHANDLERE I ANDRE SETTINGER DER DET ER BEHOV FOR DETTE? FOR EKSEMPEL INN MOT NAV ELLER ANDRE ORGANER.

KURSET SOM HELHET

KURSET OMHANDLER BEGREPENE EMPOWERMENT OG RECOVERY. SOM TITLENE SIER SÅ ER DETTE INGEN NORSKE ORD OG FOR EMPOWERMENT FINNES DET EGENTLIG INGEN ADEKVAT OVERSETTELSE. MEN DERSOM VI SETTER TING I PERSPEKTIV OG KONTEKST SÅ BETYR EMPOWERMENT: Å FÅ ELLER FINNE STYRKE TIL Å FÅ KONTROLL ELLER MAKT OVER EGNE VALG OG EGET LIV.

RECOVERY ER Å BRUKE EMPOWERMENT TIL OG RYDDE SEG EN Plass SLIK AT HVERDAGEN BLIR ENKLERE OG AT MAN FÅR EN Plass DER MAN KAN SLAPPE AV I TRYGGE OMGIVELSER.

VI SER BEGREPSBRUKEN AV EMPOWERMENT OG RECOVERY SOM AT DISSE ER UADSKILLELIGE OG STERKT KNYTTET TIL HVERANDRE BÅDE SOM TEORI OG OGSÅ I DEN PRAKTISKE BITEN.

ALLE ØVELSENE OMHANDLER DISSE TEORETISKE BEGREPENE.

- HVORDAN KOMME UT AV OFFEROLLEN**
- HVA ER LÆRT HJELPESLØSHET**
- AVMAKTSSITUASJONER**

**SER VI PÅ DISSE TEORETISKE BEGREPENE SÅ ER DE GANSKE VANLIGE OG DE HENGER SAMMEN. FOR Å FORSTÅ DISSE BEGREPENE SÅ KOMMER ØVELSENE TIL SIN RETTE. HVA SKAL TIL FOR AT PASIENTENE SER DETTE OM SIN EGEN SITUASJON? HVA SKAL TIL FOR BEHANDLERE Å IKKE SETTE PASIENTENE I DISSE BEGREPENE?
FOR Å KOMME UT AV DISSE ROLLERNE SÅ KREVES EMPOWERMENT.**

**HER VIL VI GÅ INN OG FRYSE ENKELTE SITUASJONER OG FORKLARE
HVA SOM ER TEORIEN.**

**ROLLEØVELSENE VIL HER FÅ EN ESSENSIELL BETYDNING INN I DE
ALLEREDE EKSISTERENDE ØVELSENE VED AT VI BYTTER LITT PÅ
ROLLENE OG PRØVER UT ANDRE ROLLER FOR SELV Å SE HVA SOM SKAL
TIL FOR Å FINNE LØSNINGER PÅ DE FORSKJELLIGE TEORETISKE
BENEVNELSENE SOM VI HAR OMTALT OVENFOR.**

**KURSET ER MENT SOM EN BELYSNING PÅ EGEN ROLLE OG HVA SOM
SKAL TIL FOR Å FÅ EN BEDRE KJEMI MED SEG SELV, SIN BEHANDLER OG
SINE OMGIVELSER. HVORDAN KAN PASIENTENE SELV BIDRA TIL EN
BEDRE LIVSFØRSEL? HVA ER GOD LIVSKVALITET OG HVORLEDES OPPNÅ
DETTE?**

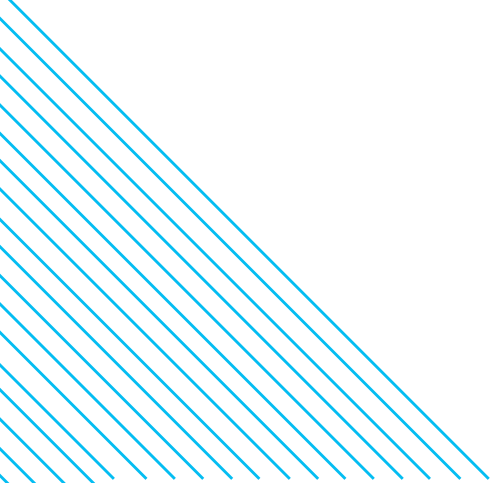
**-KURSET ER EMPOWERMENTBASERT OG TEORETISK
LØSNINGSORIENTERT INNRETTET SLIK AT VED DE FORSKJELLIGE
ØVELSENE SÅ SKAL DELTAGERENE GJENNKJENNE SEG OG LÆRE
HVORDAN MAN SKAL OPPNÅ DENNE TEORETISKE LÆREN VED Å GI
BIDRAG OG MEDVIRKE INN I ØVELSENE OG VED DISKUSJONER OG
REFLEKSJONER. VI LÆRER HVERANDRE OG ANDRE LÆRER AV DET VI
SIER OG GJØR. DETTE ER EN TODELT LÆRESETTING SOM VIL VISE
HVORDAN VI KAN BIDRA MED DE FORSKJELLIGE ENKLE TINGENE INN
MOT VÅR EGEN ROLLE, OG HVORLEDES DELMÅL OG ANDRE MÅL KAN
OPPNÅS VED EGEN HJELP OG VED Å INNHENTE RÅD ELLER HJELP FRA
NETTVERKET RUNDT EN SELV.**

**VI VIL SOM SAGT FLETTE DEN EMPOWERMENT OG RECOVERY
TEORETISKE DELEN INN I DE ØVELSENE SOM KURSET OMHANDLER SLIK
AT LÆREN VIL BLI FORSTÅTT VED UTFØRING AV DISSE ØVELSENE OG
OPPGAVENE.**

**LIVET LEVES PRAKTISK OG DET ER DE PRAKTISKE HANDLINGER SOM
GIR OSS MULIGHETER TIL OG UTFORME VÅRE VERDIER, VÅRE ØNSKER
OG VÅRE MÅL. DEN TEORETISKE DELEN VIL BLI LETTERE Å FORSTÅ VED
UTFØRELSER AV PRAKTISKE ØVELSER OG GJENNOMFØRINGENE AV
DISSE.**

**NÅR DET GJELDER HJEMMELEKSEN SÅ VIL DENNE HA EN FLERSIDIG
VIRKEMÅTE VED AT PASIENTER OG BEHANDLERE SAMMEN SKAL JOBBE
MED DENNE LEKSEN FRA DE BEGYNNER UTFORMINGEN AV
HJEMMELEKSEN, TIL OPPFØRINGEN OG TIL OPPSUMMERINGEN OG
TILBAKEMELDINGENE TIL DE ANDRE. HER VISER VI TIL SAMHANDLING
OG SAMARBEID VIA MÅTEN Å UTFØRE ØVELSEN PÅ. HER VIL VI PEKE PÅ
AT DET ER VIKTIG Å BIDRA INN I ANDRE SAKER SOM EN VIL MØTE PÅ SIN
VEI OG AT DETTE ER GOD TRENING I Å KUNNE JOBBE FREM
HANDLINGER FOR EN BEDRE HVERDAG MED HJELP AV SITT NETTVERK.**

)



**Institutt for forskning innen psykisk helse og rus
ønsker å bidra til styrking og utvikling av kunnskap
innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem
områder:**

- Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper
- Person- og kontekstsentrerte tilnærminger
- Familie- og nettverksperspektiv
- Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet
- Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i klinisk praksis

**The mission of the Institute for research in
mental health and substance abuse is contribution
to the development of knowledge with the following
specific foci:**

- Subjective experiences of mental health problems and 'helpful' help
- Individual and contextual approaches of help and support in mental health care
- Family and network perspectives in studies of mental health problems and substance abuse
- Innovations in mental health service organisation, practice, and evaluation
- Participatory action research involving mental health service providers and service users

ISBN 978-82-8290-006-5



Høgskolen i Buskerud
Fakultet for helsevitenskap

Adresse:
Papirbredden - Drammen
kunnskapspark
Grønland 58
3045 Drammen

www.hibu.no/ifpr

Kontakter:

Professor Bengt Karlsson:
bengt.karlsson@hibu.no
– tlf. 906 49 078

Professor Marit Borg:
marit.borg@hibu.no
– tlf. 472 89 487
