

Menneskesyn og verdier - utgangspunkt for selvbestemmelse?

*En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid i
førstelinjetjenesten, sett fra et personalperspektiv*

Hilde Karlsen Sanna

Master i psykisk helsearbeid

Avdeling for Helse- og Idrettsfag ved



i samarbeid med



2008

Samspill og samarbeid med alvorlig psykisk syke mennesker krever kunnskap og tålmodighet, samt engasjement og ydmykhet i forhold til jobben man skal utføre. Å være deltagende i at andre får bedret sine livsvilkår, heller enn å lage ekstra begrensninger oppleves for meg som en ögabeö. Hvilke faktorer som fremmer / hemmer mulighetene for selvbestemmelse, samt balansegangen mellom det å ta ansvar *for* og ansvar *fra* den enkelte, er utfordringer som synes viktig å fokusere. Dette arbeidet finner jeg interessant og utfordrende. Muligheten til å gjennomføre et forskningsprosjekt innen et tema jeg brenner for, som samtidig oppleves nyttig, har vært god motivasjon gjennom et travelt halvår.

Jeg vil takke styret ved institusjonen som ønsket prosjektet velkommen, samt min leder Linda, som har vist stor fleksibilitet med hensyn til mine arbeidstider og oppgaver. Du har hele veien oppmuntret meg og velvillig lest mine notater. Jeg vil også takke mine kollegaer. Både dere som aktivt har deltatt i fokusgruppene, og alle dere andre som har delt erfaringer og tanker. Uten deres raushet og åpenhet ville studien vanskelig latt seg gjennomføre. Beboerne ved institusjonen fortjener også en takk for verdifulle innspill både i valideringen av funnene, samt for positive kommentarer underveis. De lærer meg mye hver dag og minner meg om grunnen til at jeg jobber i dette feltet.

På det öprivate planö vil jeg takke min gode lærerveininne Reidun Hvattum, som alltid stiller opp som diskusjonspartner, med hjelp til språklig framstilling (både på norsk og engelsk), og ved ikke så sjeldne datautfordringer. Min familie har også fortjent en takk for at de tålmodig venter på at jeg skal bli ferdig med prosjektet.

Medstudenter, lærere og professorer ved masterstudie i psykisk helse ved Högskolen i Hedmark / Högskolen i Vestfold, har bidratt til et inspirerende og lærerikt år. Takk til dere alle. Spesielt Marjan Frankenberg fortjener en öblomstö for all hjelp i forbindelse med fokusgruppene. Jeg setter stor pris på vårt samarbeid og dine kvaliteter! Helt til slutt vil jeg takke min veileder Arild Granerud for alltid positiv og åpen innstilling, god veiledning og konstruktive tilbakemeldinger!

INNHALDSFORTEGNELSE.....	3
NORSK SAMMENDRAG	5
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT)	6
1.0 INNLEDNING	7
1.1 KONTEKSTUELL RAMME FOR STUDIEN.....	8
1.2 HENSIKT, PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	11
1.3 DISPOSISJON OG VIKTIGE PRESISERINGER	12
2.0 HUMANISME SOM OMSORG	15
2.1 MENNESKESYN.....	15
2.2 VERDIER	18
2.3 ALVORLIG PSYKISK LIDELSE	21
2.4 Å ARBEIDE I FELTET	23
2.4.1 Omsorg- og relasjonsteori	25
2.4.2 Psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid.....	29
2.5 HELSEFREMMEDE ARBEID	31
2.5.1 Empowerment.....	31
2.5.2 Salutogenese.....	34
3.0 METODE.....	36
3.1 HANDLINGSORIENTERT FORSKNINGSSAMARBEID - FLERSTEG FOKUSGRUPPEINTERVJU.....	38
3.2 UTVALG	39
3.3 DATAINNSAMLING OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU.....	40
3.4 ANALYSE	42

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

	43
4.0 RESULTATPRESENTASJON	45
4.1 DEN TVETYDIGE OMSORGEN I FORHOLD TIL ÆÅ VILLE ANDREÛ GODT	47
4.2 Å LEVE SITT LIV	49
4.3 STRUKTURELLE FORHOLD	51
4.4 PERSONALET SOM PREMISSELEGGER	54
5.0 DISKUSJON	57
5.1 METODISK REFLEKSJON OG STUDIENS VALIDITET	57
5.2 FORSKNING PÅ EGEN ARBEIDSPASS	60
5.3 DISKUSJON AV STUDIENS FUNN	61
5.3.1 <i>Relasjonens betydning for samhandling</i>	62
5.3.2 <i>Selvbestemmelse ó et dilemma mellom autonomi og paternalisme</i>	66
5.3.3 <i>Utfordringer knyttet til hjelperollen</i>	69
5.4 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG ANBEFALINGER FOR VIDERE FORSKNING	71
6.0 AVSLUTNING	73
6.1 KONKLUSJON	74
LITTERATURLISTE	76
VEDLEGG (6)	
ANTALL ORD (24 493)	

Emneord: humanisme (menneskesyn), alvorlig psykisk lidelse, relasjoner, selvbestemmelse og mestring

Hensikten med studien er å utforske og belyse hvordan personalet ved en institusjon i førstelinjetjenesten erfarer at mennesker med alvorlig psykisk lidelse gis mulighet til selvbestemmelse og mestring. Det er ønskelig å beskrive dagens praksis, samt å identifisere ulike faktorer som kan virke fremmende eller hemmende for selvbestemmelse. Videre er et mål å finne ut om verdiene respekt, frihet og glede er til stede i det daglige arbeidet. Ved hjelp av studien er det ønskelig å videreutvikle og forbedre arbeidet slik at beboerne ved institusjonen får optimalisert mulighetene for et autonomt liv.

Med utgangspunkt i handlingsorientert forskningssamarbeid har den metodiske tilnærmingen til problemstillingen vært flersteg-fokusgruppeintervju. Studien har videre en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med et beskrivende og utforskende design. Tilnærmet samme gruppe har fokusert studiens forskningsspørsmål med utgangspunkt i en intervjuguide, gjennom tre intervju. Transkribering, og analyse ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse er foretatt av forsker. Ved å møtes i samtale for å fokusere personalets erfaringer, har man søkt bredde og nyanser mer enn entydige svar. Gjennom refleksjon og bevisstgjøring kan kunnskap for handling identifiseres.

Hovedfunn i studien er et grunnleggende ønske om å ville beboerne godt. Dette kommer til uttrykk ved at personalet fokuserer en veiledende og motiverende funksjon basert på likeverdighet. Faktorer som synes å fremme og hemme selvbestemmelse er knyttet til den enkelte beboers muligheter og ønsker for sitt liv, personalets tilnærming og organisatoriske forhold. Videre viser resultatene at mennesker med alvorlig psykisk lidelse kan ha stor grad av selvbestemmelse, og at salutogenese og deler av empowerment-tenkning er relevant i forhold til mestring av eget liv innen institusjonsomsorgen i førstelinjetjenesten. Studiens funn viser at personalet i stor grad utfordres av en arbeidsform som krever at de slipper öksper trollenö de tradisjonelt innehar, og videre at et bevisst verdigrunnlag vil kunne bidra til ökt selvbestemmelse for mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

g (abstract)

Keyword: humanism, severe mental illness, relationship, self-determination and coping

The aim of this study is to investigate and clarify how people working in an institution for community care experience how people with severe mental illnesses are given the opportunity for self-determination and coping with their own life. It is deceivable to describe today's practice and to identify factors which will either support or threaten the residents' possibilities for self-determination. Further, it is an aim to find out whether values such as respect, freedom and happiness are implemented in the staffs daily work. In that way, the study will hopefully help to develop and increase the residents' chances for autonomy.

By cooperative inquiry as a background, the methodological approach is multistage focusgroup interviews. At a later stage a hermeneutic-phenomenological approach through a descriptive and explorative design is used. In the course of three interviews, approximately the same group questions raised by the study were investigated. The researcher made a transcription of the conversations and, in addition, made a qualitative analysis. In the meetings, the conversation was based on the staff's experiences, and the aim was to discover variation and differentiation rather than distinct answers. Through reflection and awareness knowledge for action may be identified.

The main result of the study is the staffs basic interest in people's welfare. This is shown by the staffs focus on a supportive and motivational approach, based on equality. The factors that seem to support or threaten the residents' possibilities for self-determination can be divided into three main factors: the residents own aspirations and possibilities for their own lives, the approach of the helpers and the structure of the institution. Further, the results show that people with severe mental illness are quite capable of being self-determined, and that the salutogenic model, and parts of the empowerment philosophy, are relevant in work focusing on the residents ability to cope with their own life in community care. The study's results show that the helpers' awareness of the above mentioned values is a requirement for coping with the contrasts between the residents' aspirations and the helpers own professional knowledge. The study shows that the helpers are challenged emotionally by situations that forces them to leave the authoritative function that they have traditionally known.

I media framstilles psykisk sykdom eller psykisk uhelse ofte som noe skremmende og skummelt, og man kan lese uttalelser som ösinnsykeö, eller öfarligeö mennesker. Gjennom statlige føringer og nasjonale planer er en målsetting at behandling og omsorg skal foregå ute i kommunen, og sykehusplasser bygges ned (Stortingsmelding 25, 1996-97, St.prp. 63, 1997-98). Dette forutsetter at man dreier fokus bort fra en sykdomsorientert tilnærming til psykisk lidelse, til en mer helsefremmende vinkling; hva er det som gjør at mennesker kan opprettholde eller bedre sine livsmuligheter til tross for ulike funksjonshindringer? En slik forandring vil i tillegg til å påvirke fagfolks syn på psykisk helse, påvirke samfunnsdeltagere forøvrig. Et paradigmeskifte fra et patogenetisk perspektiv, over mot en mer salutogen tenkning (Antonovsky 2000) innebærer at öfolk må ses på som folkö, samt at man tar innover seg at vi alle er mer eller mindre sårbare, men allikevel like verdifulle som mennesker.

Helselovene tar for seg ulike rettigheter, pålegg og ansvar for brukere og helsepersonell (Lov om pasientrettigheter (2001), Lov om helsepersonell m.v (2001)), og kommunenes ansvar reguleres blant annet ved Kommunehelsetjenesteloven (1982) og Sosialtjenesteloven (1991).

Gjennom nevnte sentrale føringer formidles enighet om å styrke enkeltmenneskets mulighet for livsførsel på bakgrunn av egne ønsker (Almvik og Borge 2007). Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63, 1997-98) er forlenget til 2008, noe som blant annet skyldes at omstrukturering av tjenester, og omstilling av kulturer og holdninger i tjenesteapparatet er mer krevende enn forventet. Man trenger styrking i kommunene for å møte behovet der, samt at man ser behov for å øke kunnskapsgrunnlaget innen det psykiske helsearbeidet (Topor og Borg 2007). Dette bygger opp under artikkelen öBrukermedvirkning - en utopi?ö (Donovan 2007), hvor det spørres om det norske helsevesen er klar for å imøtekomme kravet om økt innflytelse fra brukere, eller om det først er behov for et paradigmeskifte hvor man fokuserer definisjonen av öekspertrolleneö?

I en verden bestående av övellykkedeö mennesker og et krav om å passe inn, bør man reflektere over utfordringer knyttet til enkelte personers manglende mulighet til å ta egne valg og avgjørelser i hverdagen. Om dette skyldes den enkeltes ønsker eller evner, eller om det skyldes hjelpernes tilnærming, eller helsevesenets definisjonsmakt er et ubesvart spørsmål. Det

keltmennesket kan oppleve dette krenkende. Som støtte for pasientene; gjerne basert på faglig forståelse og gode intensjoner. Via brukerhistorier formidles opplevelser av å ikke bli spurt eller hørt, og at meninger ikke blir ivaretatt. Mange beskriver handlinger foretatt ut i fra forestilling om hvordan pleiere mener ting skal være.

Den som sier lite blir ofte tillagt egenskaper som slett ikke trenger å være tilstede... De har ikke forstått mitt språk og derfor må jeg reagere. (Wahl & Ekeberg 2000:20-21)

Dette er områder som utfordrer hjelpere. Fra at sykepleiere ofte hadde et økallø om å hjelpe en annen, har man i dag beveget seg over i en økspertrolleø hvor man vet best, og forholder seg til tilnærming basert på vitenskapelige bevis. Evidensbasert behandling bra, men den ivaretar ikke det relasjonelle forholdet som påvirker oss mennesker (Ekeland 1999). Det er sammen med mennesker og blant mennesker vi lever, og på bakgrunn av dette synes det umulig å ikke ta stilling til den grunnleggende verdi et hvert menneske har i kraft av sin person, samt den frihet og det ansvar det innebærer. Til tross for psykisk sykdom må man ikke se på mennesker som enten syke eller friske. Folk kan trenge bistand på noen områder, mens de mestrer andre.

Mange kommuner mangler tilbud for å ivareta de som trenger omfattende støtte og tilrettelegging i form av heldøgns omsorg innen psykisk helsetjeneste. Dette kan være en av grunnene til at det opprettes flere private institusjoner med tilbud for mennesker med psykiske lidelser.

1.1 Kontekstuell ramme for studien

Institusjonen hvor studien er gjennomført eies av en ideell stiftelse. Den er delt i to enheter og har tilbud til ulike målgrupper innen både første- og andrelinjetjenesten. Førstelinjetilbudet innbefatter bolig og bistand til mennesker med psykiske lidelser, og drives etter önon-profit-prinsippetö. Det betyr at ingen eiere trekker ut fortjeneste av driften, men at inntjening føres tilbake til institusjonen i form av rehabilitering, kvalitetsutvikling, m.m. for å imøtekomme dagens krav.

et satsingsområde for institusjonen. De grunnleggende *respekt, frihet og glede*. Som et skritt i kvalitetsutvikling for institusjonen ble det i 2006 ó 2007 gjennomfórt et óverdi-prosjektó for alle ansatte, initiert av styret og ledelse. Dette for å finne ut om verdigrunlaget var ólevendeó tilstede i det daglige arbeidet, og for å kartlegge i hvilke grad de ansatte kunne identifisere og erkjenne de gjeldende verdier som betydningsfulle, eller om disse burde revideres. Einar Aadland fra Diakonhjemmet Hógskole ble tilknyttet som konsulent i forbindelse med prosjektet, og man konkluderte med vellykket gjennomfóring våren 2007.

Som tjenesteyter i et fórstelinjetilbud innen psykisk helsearbeid forholder institusjonen seg til avtaler med kommuner og bydeler. Man tilstreber å gi tilbud hvor brukerperspektivet tillegges stor vekt, basert på enkeltmenneskets behov, ónsker og målsetting. Bosetting ved institusjonen baseres på frivillighet, og tilbud utformes individuelt i samråd med gjeldende kommune.

Fra enhetens ápning i 2003 kan det synes som flere av beboerne har vært i bedring, samt at mange har et mer aktivt liv. På bakgrunn av lidelse og sykehistorie kan man ikke forvente at beboerne blir ófriskeó, noe som stiller krav til personalet. Foss og Ellefsen (red.) (2005) påpeker utfordringer ved arbeid og forskning knyttet til enkelte grupper i befolkningen. Det synes som om eldre, og gruppen med kroniske plager ikke er en populær forskningsgruppe, ei heller innen psykisk helsearbeid (Ibid:30). Erfaringsmessig kan det være en utfordring å rekruttere faglig personell til disse arenaene, og man kan stille spørsmål om hvordan personalet påvirkes av å jobbe innen et felt, hvor man ofte ser motstridende ónsker i forhold til brukeres vilje og valg, egen faglig overbevisning, og regler eller rutiner.

Enheten studien er gjennomfórt har totalt 16 plasser med ulike boformer. Det finnes to bofellesskap á fem plasser, hvor alle har eget rom med bad, men deler kjøkken og stue. I tillegg finnes det 6 enkeltstående leiligheter, og beboerne kan benytte fellesrom i bofellesskapene. Institusjonen ligger i landlige omgivelser, noen kilometer fra nærmeste tettsted. Det er ca 50 plasser totalt ved institusjonen, og et aktivt miljø man kan velge å være en del av. Det finnes også en barnehage på institusjonens område som benyttes av innbyggere i kommunen.

tilbud for mennesker som av ulike årsaker hadde behov for. Etter noen års drift har man erfart at kommuner / bydeler i hovedsak etterspør boligtilbud til mennesker med alvorlig psykisk lidelse; som oftest schizofrene lidelser eller annen psykoseproblematikk. Dette er personer med sykdomsbilder preget av ulike symptomer, hvor angst og tilbaketrekning, og forandret virkelighetsoppfatning og hallusinasjoner ofte forekommer.

Enheten har 26 årsverk, fordelt på 36 personer i turnus. Yrkesgruppene er hjelpepleiere, sykepleiere, omsorgsarbeidere, vernepleier, pedagog, sosionom og aktivitør. Syv ansatte har videreutdanning i psykiatri eller psykisk helsearbeid. I tillegg er to psykiatere tilknyttet for ukentlige legetilsyn.

Tilnærmingen bygger på primærsykepleie-prinsippet. Hver beboer er tilknyttet en ansvarsgruppe som ledes av miljøterapeut med treårig utdanning. I tillegg har alle en eller to sekundærkontakter. Dette innebærer at den enkelte beboer har to til tre personer de forholder seg til på en mer öformalisertö måte, samt at personalet har et overordnet ansvar for inntil tre beboere. Den terapeutiske tilnærmingen er bygget på Gundersons prinsipper om miljøterapi (1978) og Strand`s egostøttende sykepleie (1990). Man tilstreber å ivareta hverdagslivets utfordringer hvor daglige gjøremål og vanlig livsførsel er i fokus. Faste tilbud som arbeidsstue / aktiviteter, trim og ballspill, turdager, matkurs m.m er satt i system for å ivareta interesser og ønsker, og det varieres mellom individuell aktivitet, gruppesamhandling og ulike kombinasjoner.

Som psykiatrisk sykepleier med mange års erfaring fra akutt-psykiatrien og psykisk helsearbeid i førstelinjen, har min førforståelse blitt dannet. Samspill med beboere og ansatte i avdelingen studien er gjennomført, vil følgelig prege denne. Jeg har etter hvert utviklet et bevisst forhold til eget grunnsyn og perspektiver. Som utgangspunkt i det daglige arbeidet er det nærliggende for meg å lene meg til en humanistisk, holistisk ó eksistensiell tilnærming, hvor mennesket anses som et verdifullt vesen i kraft av hvem man er, som ö kastet ut i verden og dømt til frihetö (Haugsgjerd m.fl, 2002). Dette innebærer en tro på mennesker som autonome vesener, som fortjener respekt i forhold til integritet og verdighet, i tillegg til fokusering på kompleksiteten mellom viljens frihet og valgets ansvar (Hummelvoll 2003). Et

litet, relasjoner, nettverk, omgivelser og religion (Ibid.).

r spørsmål om selvbestemmelse og mestring fokuseres.

I møte med mennesker med alvorlig psykisk lidelse har jeg ofte reflektert over enkeltes tilsynelatende manglende tro på egen verdi. De har også vist mangelfull deltagelse eller ansvar i forhold til avgjørelser som omhandler dem selv, både i spørsmål omkring hverdagslige hendelser så vel som mer eksistensielle spørsmål. Jeg har også møtt mennesker som viser grunnleggende misstillit til folk rundt seg, som formidler utrygghet i forhold til hjelpernes intensjoner om å være hyggelige og imøtekommende. Min forståelse er at dette kan skyldes deres lidelsesuttrykk så vel som erfaringer gjennom mange års befatning med ulike instanser i helsevesenet. Dette har ført til min interesse for hva som skjer i samspillet mellom mennesker, og hvordan man som hjelper kan bidra til å øke selvbestemmelse og mestring av eget liv for folk med alvorlig psykisk lidelse.

Personalet i avdelingen studien gjennomføres har svært ulikt utdannings- og erfaringsgrunnlag. Jeg oppfatter at dette påvirker tilnærming til den enkelte beboer. I ca to år har det vært jobbet målrettet med veiledning, og personalet er inndelt i grupper på tvers av utdanningsnivå. Alle ansatte i turnus har tilbud om veiledning hver tredje uke, og det er varierende interesse for deltagelse.

Siden avdelingens åpning i 2003 har beboergruppen i hovedsak bestått av mennesker med schizofreni-diagnoser eller annen psykoselidelse. Personalet har mye erfaring med å møte mennesker i deres lidelse, og følgelig god psykoseforståelse. På bakgrunn av verdiprojektet hvor omlag 90 % av de ansatte deltok, er min oppfatning om at de har en bevisst verdiforankring, blitt styrket.

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Denne mastergradsoppgaven er et selvstendig prosjekt. Studiens hensikt er å identifisere faktorer som fremmer eller hemmer mennesker med alvorlig psykisk lidelses mulighet for selvbestemmelse, opplevelse av meningsfulle hverdager, samt å mestre eget liv. Målet er å videreutvikle og forbedre praksis ved å bygge faglig og personlig kompetanse innen psykisk helsearbeid, hvor institusjonen er utfører av et bolig- og bistandstilbud. Studien kan også ses

prosjektet institusjonen har gjennomført, og som et ønskes det belyst hvordan det oppleves å være hjelper i spenningsfeltet mellom beboeres ønsker og faglige begrunnelser. Endelig er et mål å identifisere kunnskap som kan være gjeldende for andre i samme fagfelt.

Problemstilling er som følger:

¿Hvordan erfarer personalet ved en institusjon i førstelinjetjenesten at mennesker med alvorlig psykisk lidelse gis mulighet til selvbestemmelse, og mestring av eget liv?

Forskningsspørsmål:

- 1. Hvilke faktorer fremmer eller hemmer beboernes mulighet til selvbestemmelse og mestring?*
- 2. Hvilke utfordringer gir det å imøtekomme og tilrettelegge for selvbestemmelse, samtidig som man ivaretar egen faglig forankring og verdiene respekt, frihet og glede?*
- 3. Finnes det motsetninger i dette feltet?*

Disse spørsmålene utfordrer i stor grad institusjonens verdigrunnlag. Selvbestemmelse og mestring når mennesker med alvorlig psykisk lidelse skal leve og bo, kombinert med institusjonens verdiforankring synes interessant å fokusere. Ved å reflektere sammen med personalet, gjennom dialogbasert tilnærming og faglig fordypning, ønskes det å frambringe økt bevissthet rundt problemstillingen studien reiser, slik at fokus på beboernes muligheter, bevisstgjøres og forankres i personalgruppa.

1.3 Disposisjon og viktige presiseringer

Dette er en studie med utgangspunkt i arbeid med mennesker med behov for bolig og bistand, som ikke er under behandling eller rehabilitering tilknyttet psykisk helsevern i form av spesialisthelsetjenesten. Begrepet *alvorlig psykisk lidelse* er knyttet opp i mot psykose-lidelse, da primært schizofreni. Gjennom framstillingen gjøres det ingen skille i diagnose, og begrepet *lidelsesuttrykk* knyttes til de opplevelser og funksjonshindringer som omtales.

Autonomi vil i denne studien være knyttet til ötrivelleö bestemme hva livet skal inneholde og hvordan det skal leves. Dette kan forstås som forhold relatert til søvn og hvile, hygiene, hverdagslige gjøremål og lignende. Ulike tiltak som omhandler tvang vil ikke berøres, ei heller medisinerer.

Begrepet *mestring* er knyttet til det engelske ordet *öto copeö* og innbefatter uttalte og uuttalte opplevelser og erfaringer ved det å kunne forholde seg til egen situasjon og hverdag. Å få til noe, glede og livskvalitet vil også være sterkt knyttet opp til innholdet i *mestring*.

Bakgrunn for at *menneskesyn* og *verdier* er så sterkt fokusert er institusjonens målsetting om et bevisst verdigrunnlag for sin eksistens, og at dette skal gjenspeiles i det daglige arbeidet. Sett i forhold til psykiatrisk sykepleie er dette et viktig perspektiv i forhold til valg og handling, og forståelse av psykisk lidelse som fenomen.

Om det enkelte mennesket med psykisk lidelse vil begrepet *beboer* brukes der det vises til det kvalitative materialet studien frambringer. Bakgrunn for dette valget er at man ved avdelingen anser det som uheldig å være *en pasient* hele livet, og fordi personene er beboere mer enn brukere av tjenester. Dette har sitt utgangspunkt i et ønske om å stille på et mer likeverdig plan, i tillegg til at det er forenlig med en humanistisk forståelse av psykisk lidelse. Begrepet *menneske*, eller *folk* vil også brukes. Ved henvisning til teori og forskning vil begrepene öbrukerö, öborgerö eller öpasientö brukes, i tråd med kilden.

Personalet som har deltatt i studien har vært en tverrfaglig gruppe, og studien fokuserer ikke ulike profesjoner eller utdanninger. Begrepene *personell*, *ansatt* eller *hjelper* blir derfor benyttet gjennomgående i teksten.

Av språklige hensyn vil i hovedsak *han* brukes om beboer, og *hun* om hjelper.

Kapittel en inneholder innledning og bakgrunn for prosjektet, for å sette leseren inn i konteksten hvor studien er gjennomført. Hensikt og forskningsspørsmål er formulert og utdypet. Kapittel to danner et teoretisk fundament med presentasjon av foreliggende litteratur og tidligere forskning relatert til studiens innhold. Valg av perspektiv vil også redegjøres. I kapittel tre vil metode beskrives, med utgangspunkt i valgt perspektiv. Framgangsmåte og gjennomføring dokumenteres, i tillegg til redegjørelse av analyse. Kapittel fire inneholder

tabell. Resultatpresentasjonen er delt i underkapitler på
fisert. I kapittel fem vil resultatene diskuteres opp i mot
tidligere forskning og teori på området. Her finnes også metodiske refleksjoner, samt
implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning. I kapittel seks avrundes studien
med en kort oppsummering og konklusjon.

I alt finnes en tabell og en illustrasjon i besvarelsen.

I det følgende kapittel blir det teoretiske utgangspunkt studiens problemstilling og forskningsspørsmål presentert. Dette bygger på foreliggende litteratur, samt at aktuell forskning inkluderes under de ulike tema, altså ikke som et eget kapittel. Hvordan selvbestemmelse og mestring kan tilrettelegges har utgangspunkt i det enkelte menneskes lidelsesuttrykk så vel som personalets forvaltning av sitt mandat. Hvordan menneskesyn og verdier har betydning for tilnærming, kombinert med relasjonskompetanse og faglig forståelse vil utdypes, i tillegg til hvordan ulike helsefremmende prosesser kan ses i sammenheng med opplevelse av mestring.¹

2.1 Menneskesyn

Med menneskesyn kan man forstå et helhetlig syn på mennesket som ivaretar de grunnleggende eksistensielle spørsmål; det betyr spørsmål om menneskets eksistens, natur og bestemmelse. Menneskesyn er relatert til livssyn og moralsk oppfatning og oppstår hos det enkelte mennesket, gjennom oppdragelse i den kultur det lever (Barbosa Da Silva i Anderson og Karlsson (red.) 1998:32 og 39).

Barbosa Da Silva (1998) sier videre at man som helsearbeider gjennom et bevisst menneskesyn kan utlede terapeutiske handlinger med stor grad av konsistens. Menneskesyn kan ses som et utgangspunkt for handlinger og holdninger, og det kan innebære mer eller mindre bevissthet for den enkelte helsearbeider.

¹ Søkord i studien er: alvorlig psykisk lidelse, psykose og schizofreni, selvbestemmelse, autonomi, empowerment / bemyndigelse og brukermidvirkning. I tillegg; mestring og mening, psykiatrisk sykepleie samt omsorg og pleiehjem. Alle søk er foretatt på engelsk og norsk. Ut i fra søkeordene fikk jeg svært mange treff, og ulike kombinasjonssøk på ordene alvorlig psykisk lidelse, autonomi / selvbestemmelse og psykiatrisk sykepleie ble foretatt. Her framkom få resultater og schizofreni og psykose ble derfor benyttet i stedet for alvorlig psykisk lidelse. Søkemonitorene jeg har benyttet er Bibsys, Cinahl, Medline og psycINFO, samt AMED, Cochrane, SweMed+, og ScienceDirect. På nettsidene öTalkingCure.comö og öSocialpsykiatri.dkö har jeg også hentet relevante artikler. Jeg har gjort selvstendige søk, samt fått hjelp fra skolens bibliotekarer. I tillegg har jeg gjennomgått en del tidligere masteravhandlinger og prosjekter og søkt litteratur ut ifra deres kildehenvisninger.

i bestemte situasjoner er ledet av et menneskesyn, Våre ten vi forstår mennesket og det menneskelige på, også når forståelsen er ureflektertö (Johnsen 1975 i Hummelvoll 2004:59)

Innen den humanistiske psykologien fokuseres allmenn-menneskelige trekk mer enn psykiske lidelser. Det humanistiske menneskesyn kan ses på som en livsform ved at man i et samspill mellom individuell psyke og sosialt vesen, er medlem av et samfunnskollektiv (Haugsgjerd et.al. 2002). öMeningen med livetö finner man i følge Maslow 1970, i et gjensidig samspill mellom individ og kollektiv (Ibid.). Humanisme utspringer fra det latinske öhumanitasö som innbefatter både menneskelighet og dannelse av den menneskelige væren (Karlsson 2008). I følge humanismen skiller mennesket seg fra dyr gjennom sin utøvelse av frihet, ved at man som menneske har ansvar i forhold til valg av handling, vurdering og hensikt, samt at det ikke finnes en absolutt sannhet om livet, men at mennesker gjennom egen bevissthet erfarer virkeligheten (Haugsgjerd et.al. 2002.). I forhold til verdier mener man videre at mennesket verken er godt eller ondt, men at dets verdier, handlinger og tanker er målrettede og formålsbestemte ut ifra dem selv. Man anser også et hvert menneske som særegent, og at menneskers forskjeller og ulikheter derfor synes mer interessant enn likhetene. Skillet mellom mennesker og dyr kan da forstås ved at menneskets frie vilje er mer styrende enn naturens lover slik som for dyr hvor instinkter i hovedsak styrer handlingene.

öFelles for alle former for humanistisk menneskesyn er oppfatningen om at mennesket er et sosialt vesen, at det er fritt, potensielt godt, og rasjonelt. Ut i fra disse egenskapene begrunnes menneskets verdighet og menneskeverd, som noe konstant, ikke graderbart og ukrenkeligö (Barbosa Da Silva 1998:33).

Med dette menes at ens verdi ikke forandres gjennom livet, og at man uavhengig av egenskaper som evner, intelligens eller faktorer som hudfarge, utseende, kjønn el.l. har de samme rettigheter og menneskeverd, og at krenkelser ikke skal forekomme.

De forente nasjoner (FN) vedtok öVerdenserklæringen om menneskerettigheteneö i 1948, som innebærer at öí alle mennesker er født frie og med samme menneskeverd og menneskerettigheter,ö videre: öí Mennesker er utstyrt med fornuft og samvittighet og bør handle mot hverandre i brorskapets ånd (Artikkel 1). Menneskerettighetene bygger på

og egenverd, og nedfeller rettigheter man har i kraft bare

Kommunikasjon og samspill er avgjørende for personlig utvikling, og hovedmålet er å styrke selvforståelse, trygghetsfølelse og selvrespekt for å kunne føle seg fri til å bruke, og realisere evner, anlegg og interesser (Haugsgjerd m.fl. 2002:205). I følge den humanistiske tenkningen er selvaktualiseringsperspektivet viktig, hvor man i sin streben etter verdier og ideelle mål ser på arbeidet med å nå målene, like viktig som å realisere dem. (Ibid.:218). En definisjon av humanisme kan være *ölivssyn eller filosofi som gjør mennesket, dets velferd og dets verdier til det sentrale* (Aschehoug og Gyldendals store norske leksikon 1997:242).

Tradisjonelt innen den bio-medisinske sykdomsmodell, og naturvitenskaplig tenkning fokuseres en öendimensjonalö forståelse av hvorfor sykdom oppstår, såkalt öapparatfeilö modellö. Dette innebærer et reduksjonistisk syn på mennesket, hvor man kun ser på mennesket som en kropp bestående og fungerende av biokjemiske lover (Barbosa Da Silva 1998:39). Den holistiske modell er en motsats til en reduksjonistisk tenkemåte, og man tar derfor hensyn til alle dimensjonene ved den menneskelige væren; både fysisk, psykisk, sosial og åndelig, hvor alle dimensjonene anses som viktige og ses i relasjon til hverandre. Gjennom holisme må man som sykepleier være bevisst det overgripende premiss hvor helheten er overordnet delene (Lindström 2003). Tillich (1952) sier at mot innebærer å være til som seg selv, samt som en del i den verden man inngår i. På den måten vil man kunne skape en bevissthet rundt egen person, noe som krever tillit til seg selv og omverden, og som utvikles fra barndommen (Lindström 2003). Ved å tenke helhetlig kan man som fagperson spille på flere dimensjoner i pleie og behandling samtidig, og man ser sider av et menneske i det samspill det er en del av. Kunnskap om samspill mellom helse og den sammenheng folk lever i vil i så måte være viktig for å forstå den andre (Kristoffersen 2006).

Eksistensialisme har en grunnleggende interesse for den menneskelige situasjon hvor man fokuserer forhåpninger og begrensninger. I følge eksistensialismen er mennesket potensielt fritt ved at det har frihet til å velge hva det vil være. Dette kan ikke oppnås ved passiv tilværelse, men krever aktiv innsats fra det enkelte mennesket. Det er gjennom aktivitet og handling at det skapes rom for egen frihet og valgmuligheter. Samtidig er ikke friheten ubegrenset da man som menneske samhandler med andre, og deres valg vil kunne innebære konsekvenser for sine medmennesker (Haugsgjerd et.al. 2002). Ved å se på en eksistensiell

rihet til å tolke og forstå verden på ulike måter. Sartre
v menneskets eksistens som bakgrunn for å kunne forstå
ulike menneskelige fenomener og temaer... *ö*eksistensen kommer forut for *essensenö*
(Haugsgjerd et.al. 2002:204). Med dette kan forstås at ethvert menneske er fritt til å öskapeö
seg selv og velge hvordan livet skal leves. På den måten blir öselvetö utviklet, og man kan
ikke se på menneskets eksistens som forutbestemt (Ibid.). Videre viser eksistensialismen
interesse for den menneskelige situasjon hvor man fokuserer kløften mellom menneskets
forhåpninger og begrensninger, i forhold til det man er - hva man vil være - og hva man har
mulighet til å være. Dette kan knyttes til problematikk omkring identitet, noe som i følge
Maslow (1970) er en del av det menneskelige liv og den dobbelte natur som innebærer at man
som menneske innehar kvaliteter som slem og snill, god og ond (Lindström 2003). Hvordan
man forvalter denne dobbelte natur synes interessant, både i forhold til hvordan man utøver
pleie, samt hvordan man ser på og forstår et annet menneske. Ved en flerdimensjonal eller
ikke-reduksjonistisk forståelse vil man integrere en humanistisk, personalistisk og
eksistensialistisk forståelse; noe som danner utgangspunktet for den holistisk ö
eksistensialistiske forståelsesmodell (Hummelvoll 2004).

2.2 Verdier

Verdier kan fungere som rettesnor, og etiske teorier og livssynstradisjoner danner et bakteppe
for våre holdninger og forståelse. Verdier sier noe om hva man bør gjøre; samt som norm i
forhold til hva man konkret gjør. öVerdiene kan være skjulte og åpne, og handler om etisk
refleksjon overfor egne handlingerö (Aadland 1997:122). I tilknytning til
forskningsspørsmålene omkring brukeres mulighet til selvbestemmelse og mestring, synes det
nyttig å fokusere om bevisste verdier kan være medvirkende til å fremme mennesker med
alvorlig psykisk lidelses muligheter for livsutfoldelse.

Som en del av prosjektet öHelsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i
lokalsamfunnetö gjennomførte Hummelvoll (2006) studien öVerdiundersøkende samtaler i
kommunehelsetjenestenö med hensikt å undersøke, klargjøre, og øke bevisstheten hos brukere
og ansatte i forhold til hvilke verdier to kommuners mål for det psykiske helsearbeidet hvilte
på. öSamtaler om grunnleggende verdier i psykisk helsearbeid bør være en del av
kvalitetsarbeidet i kommunal helse og sosialtjenesteö (Hummelvoll 2006:116). Funn i studien

grunnlaget på bakgrunn av gode intensjoner, og i begge kommuner som deltok. Det kom også til uttrykk at man på enkelte områder snakket om selvsagte formuleringer og at det innad var enighet om verdienes grunnlag, mens man også så at verdigrunnlaget ikke alltid var bevisst som arbeidsdokument i hverdagen, eller reflektert av de ansatte (Hummelvoll 2006).

Solfrid Vatne gjennomførte i 2003 sitt doktorgradsarbeid: *ÖKorrigere og anerkjenne Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspostö*. Studien rettes mot grensesetting innen miljøterapien. I hovedsak viser hennes funn at relasjonelle forhold er av betydning i samhandlingen mellom sykepleiere og pasienter. Videre mener hun at sykepleierens tilnærming utføres med utgangspunkt i to perspektiver; på en korrigerende eller anerkjennende måte. Anerkjennende tilnærming hvor enkeltmennesket til tross for lidelse, bekreftes som et selvstendig individ, synes viktig. Det framkom dog at det anerkjennende perspektivet var mindre utviklet hos sykepleierne og at pasienter opplevde krenkelser i grensesettingssituasjoner (Vatne 2006). Hennes studie viser også at man ved et anerkjennende perspektiv ser ut til å ha en bedre faglig forankring og er mer styrt av sitt menneskesyn, og egne verdier og holdninger i samhandlingen med brukere.

Høgskolen i Hedmark har i 2008 utgitt to notater som en del av *öMiljøterapi prosjektetö*; Mål og verdigrunnlag 1 og 2. Prosjektet er en del av et samarbeid mellom Høgskolen i Hedmark og Sykehuset Innlandet og søker å stimulere til forskning og fagutvikling rettet mot den kliniske hverdag. Gjennom systematisk refleksjon og fordypning ønskes kompetanseutvikling i personalgruppa samtidig som man produserer ny kunnskap (Nysveen et.al. 2008 a og b). Gjennom aksjonsforskning på to ulike avdelinger har man ønsket å klargjøre mål og verdigrunnlag i forhold til retning for videre arbeid. Prosjektet viser at man ved avdelingene benytter forståelse hentet fra ulike behandlingsmodeller i sitt arbeid; medisinsk i forhold til diagnostisering og medisiner, sosialpsykiatrisk og eksistensiell tenkning knyttet til tilbakeføring og inkludering i lokalsamfunnet. Helhetlig tilnærming med utgangspunkt i brukermedvirkning samt fokus på relasjoner og dialog vil i følge rapporten vektlegges i den framtidige utviklingen i postens arbeid. Ved begge poster blir relasjonelle forhold beskrevet som viktig, og resultatene viser at verdier som respekt og likeverdighet, ansvar / ansvarlighet, håp, utholdenhet, deltagelse og samarbeid, åpenhet og ærlighet, rettferdighet er bærende verdier (Ibid.).

ag generelt, som blant annet tydeliggjøres gjennom
lsløvene. Hvordan man som helsearbeider handler vil i
stor grad utspringe fra ens menneskesyn og bevissthet om hvordan man utfører handlingen.
Lauveng (2005: 116) sier:

*öJeg vet litt om hvordan det føles når noen tar kontrollen fra deg. Det kan være
forferdelig skummelt, ydmykende og vondt. Og det kan føles litt trygt. Min erfaring er
at skillet mellom det som er **fryktelig** og **greit nok** og **litt trygt**, ikke går ved **öhvaö**
men **öhvordan.ö***

Lauveng (2005) beskriver hvordan pleiere tolker og håndterer situasjoner ulikt. Mens noen
karakteriserte det å *løpe av gårde* som rømningsforsøk opplevde hun at andre løp med, og
fortsatte å snakke som om ingen ting var hendt. Hun sier videre at balansen mellom tvang og
respekt, omsorg og fysisk makt handler om å lytte til den det gjelder (ibid.:124). I dette ligger
verdier og normer for hva man *bør gjøre* og hva man *gjør*. Mange brukere av helsetjenester
forteller om erfaringer hvor grunnleggende verdier synes mangelfullt tilstede. En systematisk
refleksjon over tema synes derfor viktig for å bedre lokal praksis og personlig kompetanse til
beste for brukere.

Verdier, moral og etikk henger nøye sammen, og kan i omsorg for andre ikke ses løsrevet fra
hverandre. Den rette handlingen er det som i sum resulterer i størst mulig velvære (Slettebø
2002). Velvære kan måles i lykke og tilfredshet, eller motsatt, som ulykke og smerte. John
Stuart Mill hevdet allerede i 1863 at nytteetikk eller utilitarisme (utility = engelsk for önytteö)
ikke står i motsetning til autonomi, men at det kan synes som man innen dette etiske feltet
vektlegger selvbestemmelse for lite - eller tilsidesetter den enkeltes frihet. öMill fremhevet at
folks velvære fremmes best ved at man tillater dem å selv bestemme hva som er det beste,
også sett i forhold til bestemmelser som rutiner, konvensjoner eller beslutningerö (Reuyter,
Førde og Solbakk, 2007:56). Etisk kvalitet blir avgjort av önyttentö handlingen har for den
enkelte og ikke noe annet. Det vil alltid kunne oppstå dilemma i forhold til hvordan man skal
handle, men med utgangspunkt i et bevisst menneskesyn, moralsk og etisk refleksjon bør man
som Lauveng (2005) beskriver, fokusere mer på hvordan man utfører handlinger, enn hva
man faktisk gjør.

else

Engelstad Snoek og Engedal (2000:23) sier: *Psykisk lidelse eller sinnslidelse er en fellesbetegnelse på de sjelelige lidelser som vi innenfor vår kulturkrets ser på som sykelige eller behandlingstrengende*. Schizofrenidiagnosene knyttes til gruppen ömennesker med alvorlig psykisk lidelseö og utgjör 32 % av døgnbehandling i sykehus (Topor og Borg 2007). Emil Kraepelin (1895) beskrev tilstanden dementia praecox, eller öungdomsslövsinnö hvor man antok at tilstanden medførte varig funksjonstap og til slutt demens. Nyere forskning viser at dette ikke nødvendigvis er en livsvarig eller invalidiserende tilstand slik man tidligere trodde (Haugsgjerd et.al 2002, Rund (red.) 1999).

Eugen Bleuler gav i 1911 navn til gruppen lidelser som i dag kalles schizofrene tilstander, eller öspaltet sinnö. Han antok at grunnleggende forstyrrelser ved disse tilstandene var en opplösning av normale forbindelser mellom tanker og følelser, samt at ulike følelsesuttrykk knyttet til opplevelser og forestillinger var en måte å kompensere denne oppløsningen (Haugsgjerd et.al 2002). Forståelsen av psykose bygger fortsatt på disse funn, og hovedsymptomene beskrives som tankeforstyrrelser, sosial og emosjonell tilbaketrekning og at man opplever verden på en annen måte enn tidligere, ofte på en annen måte enn mennesker rundt (Jordahl og Repåhl 1999). Cullberg (2001) sier at psykose kan ses på som et sammenbrudd i personens evne til å opprettholde sammenheng og kontinuitet, i forhold til hvordan man forstår og opplever verden. Gjennom denne beskrivelsen synliggjøres tapet av mening i tilværelsen som ofte resulterer i feiltolkninger knyttet til en felles virkelighet med andre. Psykose representerer videre en forandring i dømmekraft og virkelighetsforståelse, gjerne langvarig og som trussel for personens livsutfoldelse (Haugsgjerd et.al. 2002:80).

Jo Ann Walton har gjennom kvalitative intervjuer omkring opplevelsen av å leve med schizofreni beskrevet lidelsen ut i fra en fenomenologisk ó eksistensiell forståelse. Hennes funn viser at mennesker med psykoseproblematikk får både fysiske og psykiske utfall som sammen med selve behandlingen medfører dyptgående innvirkning for den enkeltes selvoppfatning. Dette vil følgelig gi eksistensielle utfordringer blant annet i form av erkjennelse av seg selv som syk, problemer knyttet til å leve i en verden hvor fordommer, stigma, og eventuelle bivirkninger av behandling kan være rådende. Opplevelse av å være fremmed i verden, og at hele ens væren blir påvirket av sanseforstyrrelser som at man ser ó hører og eventuelt føler ting er også et aspekt. Det å være oppslukt av underlige tanker, og

sentrere seg blir beskrevet som sterkt inngripende i (4). En humanistisk-eksistensiell forståelse av psykose benevner ikke den andres opplevelse som feil eller gal, men som et *uttrykk*, mer enn vrangforestillinger.

«Når jeg er psykotisk kan ingen nå meg lenger, jeg kan ikke bli såret mer, ingen kan skade meg» Håkonsen (2003:26).

Utsagnet kan vise den styrke som ligger i å være psykotisk; at omverden ikke lenger oppleves som tidligere, og at en selv er *ö*üpåvirkeligö av andre. Psykose kan også ses på som uttrykk for uheldig eller uhensiktsmessig mestring av en situasjon, som medfører en avmaktfølelse slik at personen blir *ö*fastlåstö i et uhensiktsmessig mestringsforsök (Ibid.).

Kognitiv fungering har blitt viet mye oppmerksomhet innen psykosefeltet de senere år. I følge Green (1996) spiller den kognitive fungering en stor rolle i forhold til dagliglivets fungering. Det synes som om dette medfører større funksjonssvikt enn det som følger av psykotiske symptomer. Med kognisjon forstår man evne til innlæring, konsentrasjon og oppmerksomhet, samt executive fungering som oversikt og overordnet blikk, gjennom planlegging, fleksibilitet og problemløsning (Ueland og Øie 2006). Dette er forhold man må ta hensyn til i arbeidet med mennesker med psykoselidelse, og det fordrer at personalet er kjent med og har forståelse for den betydning kognitiv fungering har ved tilnærming så vel som miljøtiltak knyttet til dagligdagse aktiviteter.

Med utgangspunkt i et humanistisk grunnsyn har alle mennesker ansvar for egne handlinger uavhengig av kjønn, alder, etnisitet og eventuell diagnose. Mennesker som har årelang erfaring med institusjonsomsorgen har ofte et innlært og selvbestaltet ansvarsfritak (Hummelvoll, Nordby og Sundmoen 1988). Avhengig av den enkeltes lidelsesuttrykk og funksjonsevne vil man i noen situasjoner være ansvarlig, delansvarlig eller fritatt for ansvar (Ibid.). Dette ansvaret ligger hos hjelperen å vurdere, noe som krever faglig kompetanse og medmenneskelig vurderingsevne, som alltid bør ta utgangspunkt i det individuelle lidelsesuttrykk (Lindström 2003).

Alvorlighetsgrad i psykisk sykdom kan være like varierende som ved andre typer lidelser, og det er ofte forbundet mange utfordringer til det å leve et selvstendig liv. En målsetting er at man skal benytte lavest mulige omsorgsnivå, og ved det tilstrebe et så autonomt liv som mulig

Stortingsmelding 25, 1996-97). Mennesker med alvorlig endringer i virkelighetsoppfattelse, vurderingsevne og tenkning. I tillegg er tilbaketrekning og ofte vanskelig forståelige følelsesuttrykk en utfordring som kan medføre problemer i forhold til daglig livsførsel. Behov for bistand og omsorg over tid med kompetente samarbeidspartnere vil derfor være nødvendig.

2.4 Å arbeide i feltet

Menneskesinnet er spennende. Mennesker reagerer på forskjellige måter og lidelse uttrykkes ulikt fra person til person. Arbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse krever en varhet og oppmerksomhet med hensyn til kommunikasjon, kroppsspråk, adferd og væremåte (Rund (red.) 2006). Den tradisjonelle psykosebehandling har som et forsøk på å forebygge utslitthet eller utbrenthet, kompensert det öfrustrerte engasjementö med en større distanse til pasientene og mer tillit til medisinske metoder, noe som igjen minsker relasjonsaspektene og det medmenneskelige potensialetö (Cullberg 2001).

Forskningsprosjektet öVirksomme relasjonerö av Topor og Borg (2007) har med utgangspunkt i femten personers erfaringer med psykisk helsevern fokusert bedringsprosesser og hva menneskene selv mente var til hjelp. De viser til en omfattende erfaringsrikdom ved gjennomlevd psykose, noe som underbygger behovet for individualiserte behandlingsopplegg mer enn rigide retningslinjer for öriktigö behandling. Resultatene viser at personer opplever sårhet og krenkbarhet i møtet med hjelpeapparatet. Studien viser også at hjelpere har et stort ansvar for å bygge tillit og relasjoner, og den presiserer nødvendigheten av å være overbærende og tålmodige i sitt arbeid (Topor og Borg 2007).

Personalet må ofte tåle kritikk og avvising, og allikevel ikke gi opp for å vinne en annens tillit i et noe ökrongleteö landskap. Dette kan slik jeg forstår det være en utfordring ved å jobbe i feltet. Cullberg (2001) belyser problemstillingen. Når det daglige arbeidet medfører et innblikk i en oppløst verden, hvor primitive impulser og ofte destruktiv adferd er åpenbart, vil det medføre at personalet må ivaretas og gis støtte ved for eksempel veiledning, videreutdanning eller mulighet for å variere arbeidssituasjonen. Dersom en slik holdning ikke følges opp av ledelsen vil man kunne komme i en situasjon med fordyrende virksomhet hvor det blir stor utskifting av personell (Ibid.).

...sbegrepet i ulike former; sykdomslidelse, eksistensiell lidelse og sosial lidelse. Hvordan man forstår uttrykket i lidelsen vil ha betydning for hvordan man møter den enkelte. Dette stiller krav til den som skal hjelpe slik at man kan bidra med håp og energi slik at pasienten kan gjennomføre egen innsats mot et mer selvstendig liv (Hummelvoll 2004). Det å akseptere andres uttrykk og være bevisst bekräftelsens betydning i arbeidet med menneskers jeg-oppfatning er viktig for å motvirke oppgittethet, passivitet og sosial tilbaketrekning (Lindstrøm 2003). Forståelse av psykose ut i fra eksistensielt grunnlag medfører følgelig at man anerkjenner den andres opplevelse slik den framstår, mer enn at man kaller det et symptom som vrangforestillinger eller lignende (Hummelvoll 2004).

Behandlingsmiljøer og organisering av ulike boligtilbud defineres i forhold til det mandat man jobber etter, gjerne ut i fra den enkelte institusjons visjon og verdier. Et terapeutisk miljø bygges på tradisjoner fra det terapeutiske samfunn (Jørstad 1989). Dette samfunn bygget på tanken om at en erfaren miljøstab med tålmodighet, toleranse og engasjement i et samspill var viktig. Ikke minst at terapeuter kunne holde ut og tåle egen usikkerhet, den tvil, angst, desperasjon og fortvilelse som kan aktiviseres i samspillet med pasienten, på grunnlag av egne følelser og motoverføringen og forståelse for noe av det som foregår i pasienten. Personalet må bære projeksjoner og være en öcontainerö i forhold til det pasienten forteller. (Jørstad1989, Karlsson 1997). Man tilstrebet å ligne et storsamfunn, men uten de uheldige sidene man kunne finne der. Det terapeutiske samfunn ble også kritisert. Man mente blant annet at kompromiss mellom fagfolk med ulik bakgrunn, gjorde behandlingen for lite tilrettelagt i forhold til samfunnet rundt og de utfordringer som lå der. Mange pasienter klarte ikke å nyttiggjøre seg tilbudet på grunn av manglende personlige ressurser og sosial kompetanse (Stensrud 2007). Demokratiske prinsipper ble fokusert på bekostning av individuell tilnærming, og i etterkant av organisasjonsendringene på slutten av 70 tallet så man at mer individualiserte arbeidsmåter igjen ble aktualisert (Hummelvoll 2004).

Friis (1984) studerte hva slags postatmosfære som er terapeutisk for psykotiske og ikke-psykotiske pasienter. Hans funn underbygger nødvendigheten av å differensiere behandlingsmiljøene. Videre beskrives et behov for små postmiljøer ved psykosebehandling. Antallet pasienter bør være mellom 8 til 10 og behandlingen være individualisert ved at man møter den enkelte pasients situasjon og behov. Forskning i Norge i senere år (Vatne 2006, Topor og Borg 2007, Stensrud 2007) viser at postmiljøet bør være støttende og

gressjon, samt høyt nivå av orden og organisasjon. Dette undersøkelse når han beskriver at daglige gjøremål og aktiviteter i avdelingen må være av forutsigbar karakter og ledet av personalet. Konfrontasjoner bør man i den grad det lar seg gjøre unngå, da det ikke vil gagne behandlingen (Ibid.).

Det synes viktig å utvikle samhandling og meningsfulle aktiviteter knyttet til dagligdagse gjøremål. Det å *gjøre ting sammen* er av betydning for å utvikle relasjoner, i tillegg er det viktig å ha mulighet for skjerming ved behov, da på rom eller andre funksjonelle steder (Jørstad 1989). Latvala og Janhonen ((1997) i Hummelvoll 2004:356) viser til lignende resultater da de finner at arbeid med psykotiske mennesker bør bygge på samarbeid og meningsfulle aktiviteter, samt at det er viktig å støtte opp under egenomsorg og håndtering av dagliglivets utfordringer. I følge Jørstad (1989) kan understimulering og passivitet som følge av institusjonalisering medføre utfordringer knyttet til samarbeid om meningsfulle aktiviteter, noe man må ta hensyn til også innen dagens institusjonsomsorg. Enkle arbeidsoppgaver for å bedre ferdigheter synes viktig (Ibid.).

2.4.1 Omsorg- og relasjonsteori

Martin Buber, jødisk filosof og tenker (1878 ó 1965) beskriver öjeg-du relasjonenö. Dette handler om det nærværende, det å fylle öyeblikkene med erfaringer, og bruke disse erfaringene. Videre at mennesker ikke kan leve uten hverandre (Buber 1992). Denne tankegangen er benyttet i fagområder fra pedagogikken til den kristne teologi, i samfunnsvitenskapen og psykiatrien. Slik kan man si at teorien har høy allmennmenneskelig gyldighet. Yalom (2002) kritiserer mange psykologers redsel for å involvere seg i terapisisuasjonen og mye av den klassiske psykoterapien. Dette kan medføre at distanse til pasienten blir foretrukket framfor en støttende holdning, slik at pasienten ikke får følelse av trygghet og med det får mulighet til å bli kjent med egne krefter, utfordringer og muligheter. Yalom påpeker videre nødvendigheten av å se på pasienten som en samarbeidspartner og aktiv deltager i terapien. Han beskriver den skjøre balansegangen mellom frihet, ansvar og valg på den ene siden, og angst på den andre. At valgdilemmaer og angst for frihet ligger nært opptil hverandre, kan forklare hvorfor mange mennesker unngår å ta valg da dette er

perspektivet bør i så måte reflekteres av de som skal
ig psykisk lidelse.

í sykepleie innebærer evne og vilje til å engasjere seg i en annen persons situasjon, og å ha kyndighet til å hjelpe denne personen. Denne kyndighet, det jeg benevner sykepleiekompetanse innebærer omfattende kunnskap om og forståelse av den syke persons situasjon, og problemløsende, psykomotoriske, undervisende og medmenneskelige egenskaperö (Fagermoen et. al 1981:41)

Det er tidligere vist til at det ikke er ettertraktet å jobbe med, eller forske i forhold til kronisk syke mennesker. Dette kan skyldes flere forhold, og det er nærliggende å tenke at forventet manglende progresjon kan være av betydning. I sykehus og ved andre behandlingsinstitusjoner har man klare målsetninger om effektivitet, kort liggetid og optimalt utbytte av oppholdet (Jørstad 1989, Cullberg 2001). For mennesker med alvorlig psykisk lidelse og ofte flere års øbehandlingserfaringö gjennom innleggelse med og uten tvang, eventuelt poliklinisk behandling eller dagpasientstatus, levnes det ingen store målsettinger om tilfriskning når man innvilges bo- og omsorgstilbud innen førstelinjetjenesten. Dette kan videre ha betydning for rekrutteringen av kvalifisert fagpersonell. Vatne (2006) viser i sin studie en tendens til at man finner lavere faglig kvalitet og mindre utdannet personell, jo sykere pasienter man har.

Kari Martinsens (f. 1943-, sykepleier og filosof) omsorgsteori har i denne studien gitt et grunnleggende perspektiv. Hun bygger sin teori på et holistisk ó eksistensielt grunnlag og et humanistisk menneskesyn. Omsorg blir beskrevet som en relasjonell handling og hun viser til lignelsen om den barmhjertige samaritan, som yter hjelp ved å delta aktivt i den andres lidelse uten å forvente noe tilbake (Martinsen 1989). I arbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse vil man ofte ikke ha mål om øhelbredelseö, eller å öfå noe tilbakeö i form av gode prognoser. Men det å *gjøre godt for*; slik at andre skal ha det bra ut fra egne forutsetninger er i lys av Martinsen det viktige. Hvordan dette imøtekommes i praktisk arbeid, i en samfunnsstruktur som stiller krav og forventninger til mennesker som borgere, brukere av tjenester eller ansatte i hjelpeapparatet bør fokuseres.

I spenningsfeltet mellom enkeltpersoners ønsker og mål, og hjelpeapparatets forventninger, kan ulike utfordringer oppstå i det en hjelper stiller seg likegyldig til handling, eller om man

omenene unnlattelsesynd versus overformynderi, eller (Martinsen 1989; 2005). Videre belyses den ösentimentale omsorgenö hvor sykepleiernes deltagelse i den andres lidelse begrenses til egne følelser, og at dette blir utgangspunktet for omsorgen hun yter (1989).

Anne Gerd Samuelsen (2005) har studert interaksjoner mellom pleiere og pasienter ved et sykehjem i sin hovedfagsoppgave: *öSamspillet mellom pasient og pleier. Hva uttrykker pasienten og hvordan tar pleieren disse uttrykkene i mot?ö* Samspill er i følge Samuelsen ens evne til å sortere hva som handler om seg selv og måte å være på, sett i relasjon til en annen. Det å öpeileö inn den andre settes i sammenheng med Kierkegaards kjente strofe: *öAll sand hjelpekunst begynner der den andre erí ö* Evnen til å öpeileö eller ötuneö inn på en annen handler mye om faglig kompetanse, men det handler også om bevissthet omkring egen person. I forhold til mennesker med utfordringer knyttet til virkelighetsoppfatning, eller i forhold til å stole på andre, synes denne inntuningen viktig for å komme i et likeverdig møte (Hummelvoll 2004).

Dag Østby (2007) har i sin mastergradsoppgave fokusert miljøterapeutiske samtaler. Et hovedfunn omhandler personalets evne til å ömøteö pasienten. Gjennom sin studie bekreftes tidligere forskning om at møter preget av genuin interesse for pasienten og hans opplevelser, hvor likeverdighet, og relasjoner preget av tillit og trygghet er av betydning for samtalsplass i behandlingen av psykoselidelser. Møter basert på en öundrendeö tilnærming kan i følge Østby hjelpe pasienten å reflektere over forhold som kan være av betydning for egen livssituasjon.

Ut i fra et filosofisk perspektiv kan relasjoner ses i sammenheng med den hermeneutiske spiral eller sirkel (Røkenes og Hansen 2002). Man må i alle relasjonelle forhold se den andre som *en del* med sin opplevelshorisont, i sammenheng med egen forståelse. For å få en felles forståelse må man forsøke å sette dette inn i en sammenheng eller *helhet*. På denne måten kan ikke delene ses løsrevet fra helheten (Thornquist 2003). Ved å objektivisere den andre som person løsrevet fra sin sammenheng vil man få et mangelfullt bilde og en redusert forståelse av den andre.

Evne til å lage gode relasjonelle forhold kan være basert på kunnskap, like vel som erfaring og personlige egenskaper (Samuelsen 2005). Det kan synes som om dette er forhold som

te, og som videre kan utvikles og påvirkes for eksempel til studiens problemstilling, om erfaringer knyttet til selvbestemmelse og mestring, synes det viktig å fokusere perspektivet på hva omsorg og sykepleie *betyr* i samhandling med mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

Synøve Mæhlum avsluttet i 2005 sin hovedfagsstudie *ÖKrenket jeg deg? Den økende sårbarheten hos personer med begynnende demens og omsorgspersoners mulighet til å respektere deres integritetö*. Hun har i en kvalitativ studie gjennom bruk av åtte fokusgruppeintervjuer med hjemmehjelpere og pårørende, sett hvordan de opplever omsorg til demente mennesker preget av fortvilelse og frustrasjon. Hun har også belyst hvordan tjenesteapparatet fungerer, samt hvordan man kan jobbe med utvikling for å kunne gi mer integritetsstyrkende pleie til mennesker med demenstilstander. Funn i denne studien er i hovedsak at både hjemmehjelpere og pårørende opplever personer med begynnende demens som sårbare, og at dette stiller krav til omsorgspersoner. Videre tilkjennegis utfordringer knyttet til organiseringen av helsetilbudet med hensyn til tid, oppfølging, undervisning og veiledning, både for mennesket som opplever sykdommen, samt for pårørende og hjelpere (Mæhlum 2005). Til slutt nevnes manglende kunnskap om brukerperspektivet, ved å kunne öse verden gjennom de øynene som har opplevelsenö (Ibid:63). Omsorg til mennesker med psykoselidelse synes vanskelig og uegennyttig om man ikke tar hensyn til deres lidelse og krenkbarhet. öSett i et folkehelseperspektiv er menneskeverd, trygghet og respekt noen faktorer som må fokuseres for å ivareta den psykiske helsenö (Hummelvoll 2004:563).

Arbeid med mennesker dreier seg om mer enn kunnskapsutvikling og ferdighetstrening, da det å legge til rette for fruktbare møter mellom fag og person er like viktig (Røkenes og Hansen 2006). Ekeland (1999) stiller spørsmål i forhold til det öinstrumentalistiske mistakö. Ved å manualisere tilnærming og handling, glemmes da det menneskelige; relasjonene som er viktig for bedring? Hvis man som hjelper definerer seg selv som et verktøy eller redskap vil man følgelig dehumanisere omsorgen, og på denne måten risikere å ötingliggjøreö det personlige. Slik vil man kunne tilsløre forskjellen mellom maskiner og mennesker, noe som er det viktigste i relasjonsarbeid (Skau 2005). I følge (Topor og Borg 2007) er relasjoner avgjørende i forhold til bedringsprosesser. Det at relasjonene er stabile over tid, og at hjelpere viser ökondisjonö, ved at de evner å vise engasjement til å *holde ut* relasjonene synes avgjørende.

Forståelse er det avgjørende at hjelperen har forståelse for hvordan pasienten tenker og sier og hvordan han har det følelsesmessig. Evne til empati er en forutsetning for god dialog mellom hjelper og bruker, noe som igjen er nødvendig for å oppnå resultater i terapi og hjelpearbeid. Med referanse til det ovennevnte vil man ikke kunne forstå den maktesløshet, håpløshet og uttrygghet som pasienten opplever og heller ikke kunne vise empati i praksis (Beston 2005:59).

2.4.2 Psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid

I perioden 1994 ó 1998 foretok Jan Kåre Hummelvoll en resymèstudie for å gi en bred oversikt over internasjonal forskning, med hensikt å gi en faglig refleksjon innen psykiatrisk sykepleie ved slutten av det 20 århundret. Innen psykiatrisk sykepleie finner man tradisjonelt tre retninger. Dette er relasjonstradisjonen, miljøterapi tradisjonen og tradisjonen fra psykiatrisk sykepleie i kommunen (Hummelvoll 1998). Ut i fra studiens konklusjon synes det som om psykiatrisk sykepleie med forankring i relasjonsperspektivet opprettholder sin posisjon, både gjennom forskning, refleksjon og i praksis. Innen relasjonstradisjonen balanseres samfunnsvitenskapelig og humanistisk kunnskap med den biomedisinske kunnskapen og et ønske er følgelig at sykepleiekunnskap blir et *tilleggsstilbud* til medisinen, ved at man søker å videreutvikle omsorgstankegangen i stedet for å følge biomedisinen. I følge Hummelvoll er dette den store utfordringen (Hummelvoll 1998:48). En humanistisk ó eksistensielt orientert psykiatrisk sykepleie fremsetter bekræftelsens betydning i arbeidet med pasienters *jeg ó oppfatning*, og anser gyldiggjøring og aksept av opplevelser som viktig (Lindstrøm 1994). Den kommunale psykiatriske sykepleie har som forventet fått en mer sentral rolle, som en naturlig konsekvens i forbindelse med nedlegging av institusjoner, og følgende desentralisering, integrering og normalisering av hjelpetilbudet (Stortingsmelding 25, 1996-97). Det er også et satsingsområde i forhold til blant annet utdanningsprogrammer for psykiatrisk sykepleie, og forbedring av praksis for å møte behovene ute i kommunene. I denne tradisjonen fokuserer man i spesielt helsefremmende og forebyggende sykepleie, og støtter seg mye på den sosialpsykiatriske folkehelsemodell. Miljøterapi tradisjonen synes fortsatt like aktuell til tross for kritikk på grunnlag av en oppfatning av at miljøterapi er lite avklart og avgrenset i forhold til innhold og mål (Hummelvoll 1998). Stensrud (2007) støtter kritikken, men konkluderer i sin studie at ved å definere miljøterapi som fag synes det som et godt alternativ til behandling av psykoselidelser.

ig for utviklingen av dagens psykiatriske sykepleie. Det er tilstede i fagfeltet, men at grunnlagstenkningen i den undersøkte perioden hadde karakter av en motreaksjon til ensidig biomedisinsk forskning og praksis innen psykiatrien (Hummelvoll 1998).

Almvik og Borge (2000) har i en studie fokusert hvordan det oppleves å være psykiatrisk sykepleier. En informant uttrykte etter å ha reflektert rundt daglige arbeidsoppgaver: *öDet gir en slags følelse av å være tusenkunstnerö*(Almvik og Borge 2000:257). Som hjelper i noens hjem, må hjemmet anses som et sted for erfaring og ödet levende livö. Rett til selvbestemmelse og mulighet for å være privatperson, distansert fra det offentlige kan være et forsök på beskyttelse for seg selv (Ibid.:258). Selvbestemmelse i forhold til mennesker med alvorlige psykiske lidelser er komplisert. For mye styring kan oppleves integritetskrenkende og man kan også komme i en situasjon hvor ting går galt. Et spørsmål som må stilles er öhva er til den enkeltes beste og hvem skal definere det? En viktig problemstilling og i så måte et minefelt hvor man setter pasientens selvbestemmelsesrett opp i mot eget behov for kontroll. Når man står i dilemmaer hvor man må lirke, overtale og presse må man bruke etisk vurderingsevne, faglighet, medmenneskelighet og skjön. Respekt i måten handlingen utføres anses som utslagsgivende i forhold til hvordan dette oppleves av den som må ta imot hjelp og bör derfor fokuseres av sykepleieren (Ibid.).

I Finland utförte Pitkänen et.al. i perioden november 2005 til mai 2006 en studie i forhold til hvordan pasienter innlagt i akuttpsykiatrisk post opplevde sykepleieintervensjoner som bidrag til ökt livskvalitet. 15 personer deltok i studien (8 menn og 7 kvinner med en snittalder på 40 år). I studien fant man at pasientenes livskvalitet ble ivaretatt, men at pleierne kunne vie mer oppmerksomhet i forhold til *hvordan* de kan påvirke livskvalitet. Det som syntes viktig var at sykepleiere ved å fokusere den enkeltes opplevelse av forhold som påvirker livskvalitet vil kunne gi viktig informasjon for individuell tilrettelegging. Fem hovedpunkter kom til uttrykk. Dette var intervensjon basert på empowerment-tankegang, ivaretagelse av sosiale forhold, behov og opprettholdelse av aktivitet, trygghetsperspektiv samt fokusering av fysisk helse. Konklusjonen i studien var endelig at dreining fra tradisjonell psykiatrisk sykepleie over til en fokusert tilnærming for å bidra til ökt livskvalitet, på sikt vil gi fordeler for pasientene (Pitkänen et.al. 2008).

arbeid

Brukermedvirkning og empowerment er kjente begreper innen psykisk helsearbeid. Gjennom ulike tilfredshetsundersøkelser får man et bilde av hvor fornøyd en målgruppe er med ulike tilbud. Konkrete erfaringer og opplevelser utforskes ved hjelp av kvalitative studier, om, eller sammen med dem det gjelder; enten pasienter eller brukere av psykiske helsetjenester, samt de som utfører hjelp og bistand.

Hubble, Duncan & Miller (1999) har på bakgrunn av ulike kvalitative og kvantitative studier vist til fire faktorer som er av betydning for bedring. Hovedvekten ligger på pasientens egen styrke og deres støtte fra omgivelsene. I tillegg fremlegges relasjonelle forhold med hensyn til omsorg, varme og aksept som avgjørende. Håp blir også trukket fram i tillegg til konkrete metoder som benyttes i behandlingen. I boken *The heart and soul of change* vises det til gjennomgang av mange prosjekter hvor forskjellige behandlingsmetoder er blitt utforsket. Det konkluderes med at man ved gjennomføring av ulike studier ofte fokuserer om metoden som brukes medfører endring, uten at innholdet dets betydning vektlegges (som relasjoner og mellommenneskelige forhold) (Hubble, Duncan & Miller 1999).

2.5.1 Empowerment

Begrepet *empowerment* sier noe om maktforholdet mellom mennesker, og kan kort beskrives som maktoverføring; eller å gi en person myndighet til selv å bestemme over faktorer som vedkommende opplever viktige i sitt eget liv. På norsk brukes ofte bemyndigelse / myndiggjøring eller styrking, uten at man finner dette helt dekkende. Empowerment-begrepet innebærer støtte og styrking av forhold som kan påvirke menneskers livssituasjon, på en arena fri for makt, hvor pasientens egne verdier er i fokus. Målet er at brukeren skal opparbeide deltagende kompetanse (Walseth og Malterud 2004). Empowerment er sterkt knyttet opp i mot begrepet makt og bruk av makt; og man kan forstå dette som *makt over* eller *makt til*. Makt er alltid knyttet til relasjoner, enten det er direkte eller indirekte, og kan videre knyttes til tilstedeværelse eller tilknytningen mellom to eller flere personer. Ved å omtale *ö*maktferdigheter *ö*menes også tillit, kommunikasjonsevner, kunnskap, engasjement, omsorg, respekt og høflighet (Stang 1998). Maktferdigheter gjenspeiler ofte egenskaper hos den som utøver makt og kan også innebære trusler, hersketeknikker og tvang, som knyttes til *makt*

er, medfører ofte beslutningsdyktighet og handlingsevne

öBemyndigelse er knyttet til verdigrunnlag og er en form for maktutøvelse som ikke er basert på den enes dominans over den andre, men på gjensidighet, samarbeid og respekt for den andre og andres meningerö (Stang 1998:48 (45-48). Empowerment på individnivå handler om å *gi makt tilbake* til de som innehar en rolle hvor de tradisjonelt har mistet innflytelse i eget liv, men empowerment bør også ses i et organisatorisk og samfunnsmessig perspektiv (Stang 1998, Askheim og Starrin 2007). Videre vil empowerment knyttes til individperspektivet. Undertrykkelse er det motsatte av empowerment. Man kan forstå innholdet i empowerment-begrepet som hjelp til å styrke pasientens egne krefter for å unngå hjelpeløshet, fremmedgjøring, kraftløshet og manglende kontroll over eget liv. Slik blir støtte viktig for å bidra til økt egenkontroll. I en svensk undersøkelse av Hansson og Bjørkman (2005) viser resultatene samsvar mellom arbeid med utgangspunkt i en empowerment-modell og pasienters grad av selvfølelse og aktivitet. öFor å kunne snakke om empowerment betyr det ikke bare å gi makt, det innebærer også at pleiere må avgi maktí og folk må bemyndige andre til å få innflytelse over seg selv (Hummelvoll 2008).

öMakt skal forstås som: *makt til å handle og makt over eget liv, men ikke makt over andre*ö (NOU:1998, 18). Denne definisjonen kan sees i sammenheng med et humanistisk grunnsyn, med utgangspunkt i frihet, autonomi og valgmuligheter. Empowerment ses på som en dreiiing vekk fra paternalismen hvor man handler på vegne av andre fordi man vet best, mot et syn på andre der deltagelse, samarbeid og ansvarsdeling er framtredeende begreper (Hummelvoll 2004:29). For å forhindre at pasienter gir opp, er det viktig å kartlegge ståsted og ressurser, og rette oppmerksomheten mot løsninger sett i forhold til tilgjengelige ressurser Stang (1998).

Målet er å utvikle enkeltindividenes personlige ressurser, og sette dem i stand til å fjerne blokkeringer som hindrer dem i å realisere grunnleggende målsettinger om likhet, rettferdighet og kontroll (Askheim og Starrin 2007:28).

Ved empowerment eller ömotmaktö er individuell styrking første skritt eller et foreløpig fokus. Askheim og Starrin (2007) viser til Gulbrandsen (2000) i sin beskrivelse av en individorientering spesielt innen helsefagene medfører at begrepet empowerment bør erstattes

vil også kunne benyttes da det handler om at påvirkning oppnår mål andre har satt for dem, men at dette må ses i forhold til begrepet *compliance* om det å forholde seg til, og etterleve målene på öbekostningö av egne mål og interesser. Innen rehabiliteringsfeltet benyttes også mestring. Da er fokus rettet mot *hvordan* man kan lære å leve med sin situasjon og mestre hverdagens utfordringer og derigjennom oppleve kontroll over eget liv. For å oppnå mestring synes det som en nødvendighet at brukerkunnskap og fagkunnskap sidestilles, noe som videre fordrer at fagpersoner forandrer rolle fra å *styre* til å bli en *likeverdig samtalepartner* (Askheim og Starrin 2007).

Som hjelper i helsevesenet har man ofte en rolle som öppdragerö som ofte er tuftet på hvordan man *forstår en annen*, mer enn *hvordan den andre egentlig er*; slik vil man få et bilde av en önnbilt andreö (Mevik 2000). På bakgrunn av Edvardsen (1997) viser Mevik (2000) til en karakteristikk av en persons holdninger til andre når, man i stedet for å undre seg og utforske essensen i det som uttrykkes i en situasjon, heller påpeker uforstand og andre handlingsmåter.

I ethvert relasjonelt forhold finnes det et maktspekt. Mevik (2000) viser til Lögstrup når hun sier at alle samspill mellom mennesker må vurderes moralsk, fordi makt innebærer retten til å få sin opplevelse av virkeligheten som en sannhet. Sidsel Tveiten har gjennomført et doktorgradsarbeid öDen vet best hvor skoen trykkerö som omhandler empowerment og veiledning. Hun har gjort sin studie primært ift helsesöstre, men i følge studien er kjernen i veiledning den samme om den tilpasses den aktuelle kontekst. Hun finner i sin studie at det er to eksperter i empowerprosessen; fagutöveren og den vei-sökende. For å kunne jobbe med empowerment er dialogen hovedform (Tveiten 2007).

Det er blitt framsatt kritikk i forhold til bruk av empowerment begrepet. Skelton og Gilbert (i Stang 1998) mener begrepet er for lite knyttet opp i mot maktspektet, samt at det brukes uten å inkludere implikasjoner for praksis i forhold til den makt som ligger bak både på system og individnivå, samt det politiske aspekt. Det betyr at man i praksis må ta hensyn til hvordan sykepleierens handlinger rettes både mot pasienter, og omgivelsene. Videre er det hevdet at sykepleiere også må bemyndiges, ut fra en antagelse om at de har en öunderdanigö posisjon i helsevesenet. Skeltons kritikk rettes mot at det å få mer makt ikke nødvendigvis medfører at man legger til rette for bemyndigelse, men at sykepleierens maktposisjon blir

da skjevere maktbalanse (Stang 1998). Stang påpeker at det ikke unngår en bevisstgjøringsprosess omkring erkjennelsen av den maktposisjon og kompetanse de har for å bedre kunne endre framgangsmåte for å gi makt til de som er mindre mektige enn seg selv. En slik bevisstgjøring krever selvinnsikt, mot og vilje til å stå i konflikter for å fremme bemyndigelse av pasienter (Stang 1998).

2.5.2 Salutogenese

Salutogenese kan oversettes med ølæren om hva som gir god helseø (Walseth og Malterud 2004:65). Aron Antonovsky, professor i medisinsk sosiologi (1923 ó 1994) fokuserte hvordan mennesker kunne bevare helse på tross av ulike påkjenninger. Med utgangspunkt i årsaker til at helse opprettholdes, fokuseres ressurser og muligheter, mer enn problemer og begrensninger (Antonovsky 1985, 2000). I arbeid hvor målet er at mennesker skal lære å øleveø mer enn å se på sykdom og begrensning synes det salutogene perspektiv som nyttig for å belyse forskningsspørsmålene.

Etter Antonovskys modell (2000) ønskes fokus flyttet fra å se på helse som fravær av sykdom, til et kontinuum mellom velbefinnende og sykdom (ease and disease) hvor man bevisst fokuserer de faktorer som søker bevegelse mot øhelse-polenø. Hans teori ser ikke på helse og sykdom som dikotomi hvor det ene ekskluderer det andre.

øSense of coherenceø (SOC) eller følelse av sammenheng er et begrep utviklet av Antonovsky (2000). Han påpeker viktigheten av å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende og i begrepet SOC ligger tre sentrale områder som omhandler håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet (Hummelvoll 2004). Håndterbarhet handler om i hvilken grad et menneske evner å imøtekomme, eller mestre krav eller utfordringer man utsettes for i hverdagen. Begripelighet handler om hvorvidt situasjoner og opplevelser man støter på er noe man kan forvente, altså om det er en viss grad av forutsigbarhet, som på denne måten kan bli forståelig i en sammenheng. Meningsfullhet handler om ens evne til mestring, og den vilje og motivasjon man har i forhold til prosesser som har innvirkning på ens framtid. SOC er i så måte nært forbundet med begreper som identitet, kontroll og optimisme, samt evne til å holde ut vanskelige perioder i livet. I følge Hummelvoll (2004) innebærer det også et element av håp og livsvilje.

salutogenese si noe om de sterke sidene et menneske har, og et liv, samt for tilfriskning. Både motstandsressurser og stresstoleranse har betydning for hvordan man takler sykdom og andre livshendelser, samt utvikling av sykdom (Antonovsky 2000). Mestringsorientert terapi eller ösamskapende, løsningsrettetö samtale slik at man får forståelse av situasjonen, er et eksempel på hva Antonovsky omtaler som sence of coherence. Et slikt fokus er viktig for å utvikle tro på at det finnes løsninger, slik at man kan finne mening i dette forsøket (Askheim & Starrin 2007). Med kunnskap og kompetanse med basis i et salutogent perspektiv, vil opplevelse av sammenheng og myndiggjøring i eget liv være med på å legge til rette for et bevisst og strukturert grunnlag for samhandling med pasienter, noe som kan motvirke oppgitte holdninger hos helsepersonell og brukere / pasienter (Walseth og Malterud 2004).

En forutsigbar og konsistent grunnholdning, hvor man dersom det er mulig innbyr til medvirkning kan påvirke pasientens evne til mestring (Walseth og Malterud 2004). Dette kan innebære hva Topor og Borg (2007) beskriver som öå komme seg videre i livetö. Ved å ha mot og håp, kan man ha mulighet til å leve et meningsfullt liv ut i fra egne forutsetninger, men i perioder kan man trenge noen som öbærerö dette sammen med seg (Ibid.).

Begrep som salutogenese og meningssammenheng synes relevant i forhold til spørsmålet om selvbestemmelse, og hvilke muligheter mennesker med alvorlig psykisk sykdom har til mestring av eget liv. For mennesker med lang erfaring i det tradisjonelle helsevesen hvor fokus ofte er sykdomsforhold og årsaker, og man ikke lenger ser potensielle bedringsprosesser, synes det hensiktsmessig å benytte en salutogenetisk modell for tenkning rundt helse (Mæhlum 2005). For mennesker med psykoselidelser kan det synes som opplevelse av meningssammenheng (SOC) kan være svekket som en følge av psykosens kaotiske følger, hvor egen identitet og verdi kan være påvirket. På denne måten vil de fleste utfordringer innebære en risiko for stress og dermed nedsatt mulighet til å oppleve mening. Med utgangspunkt i kunnskap om SOC kan hverdagen tilrettelegges ved at vanlige og kjente oppgaver tilpasses funksjonsdyktighet på det gjeldende tidspunkt, slik at man kan ha mulighet til å møte de krav og utfordringer livet bringer.

Valg av forskningsmetode må utledes av problemområdet som ønskes belyst i en studie. Begrepet metodeö representerer en tenkning om hvordan man kan nå et mål, som gir best mulighet for å besvare spørsmålet som stilles.

I dette kapittelet vil det metodiske utgangspunkt for studien synliggjøres. I tillegg gjøres det rede for bruk av flersteg-fokusgruppeintervjuer og studiens aksjonsmoment. Forskning på egen arbeidsplass vil kunne innebære en rekke fallgruver, og disse vil forsøkes belyst. Videre vil utvalgsriterier og gjennomføring av undersøkelsen, samt analyseprosessen beskrives. Til slutt vil etiske overveielser diskuteres. Dette anses som svært viktig, spesielt når man forsker sammen med mennesker (Hummelvoll 2007).

Som et overordnet teoretisk perspektiv bygger studien på en fenomenologisk- hermeneutisk forståelse, hvor de subjektive opplevelsene ønskes belyst (Thornquist 2003). Fokus i studien er å identifisere personalets erfaringer omkring selvbestemmelse og mestring for mennesker med alvorlig psykisk lidelse, samt å få tak i personlige opplevelser knyttet til utfordringer de møter i arbeidshverdagen. Kunnskap ønskes løftet fram ved hjelp av en kvalitativ studie, med beskrivende og utforskende tilnærming. Kvalitative metoder har sitt utgangspunkt innen humanvitenskapen, hvor fenomenologi og hermeneutikk er to viktige retninger (Hummelvoll 2003, Kvale 2001). Repstad (2007) beskriver kvalitativ tilnærming som hensiktsmessig når man ønsker å gå i dybden i et tema, eller at man vil se på særpreg ved det man ønsker å utforske.

Fenomenologien representerer et ønske om å fange det fokus man er opptatt av, så likt det framstår som mulig. Man må se på mennesket som et intensjonelt handlende vesen hvor det er den öreneö opplevelsen, ikke løsrevet fra person som ønskes framkommet så utolket som mulig (Hummelvoll og Barbosa Da Silva 1996, Thornquist 2003). Det er de fyldige beskrivelser som er viktige, og man tilstreber å fange fenomenets rikdom og kompleksitet så forutsetningsløst som mulig, og med det sette parentes (epochè) om egen førforståelse når man beskriver fenomenet. Med dette kan man få tak i den andres livsverden; altså det som viser seg eller står fram gjennom samtalene (Thornquist 2003). Hermeneutikk blir også kalt fortolkningslære. Innen denne tradisjonen er det viktig å se på deler som en del, men også i en

d.). Man søker her å frigi og tillegge mening i det man
n også via det usagte; det være seg gruppeprosesser eller
lignende. Delene bygger opp en helhet, mens helheten er en ramme for hvordan man kan se på
delene. Dette er utgangspunktet for den hermeneutiske sirkel eller spiral. Også innen
hermeneutikken er det viktig å være sin førforståelse bevisst. Man søker å forstå et fenomen
ut ifra erfaringer, oppfatninger og forventninger. Ofte kan man snakke om en
öhorisontsammensmeltningö hvor man ved å lytte, og løfte egen horisont forsøker å få en
felles forståelse av fenomenet, uten å ötingliggjöreö den andre. (Thornquist 2003).

Hermeneutisk tilnærming stammer fra öhermesö eller budbærer. Man vil ofte ikke bare
overbringe et budskap, men også gjerne forandre det litt. Man vil videre forsøke å frilegge og
løfte fram meningen som ligger i teksten, ved hjelp av fortolkning (Thornquist 2003). Mening
kan også tildeles i en tekst. Da har man som hermeneutiker en mer aktiv rolle i
forskningsarbeidet ved at man tolker, og det nyskapende, eller det konstruktive aspektet blir
mer synlig (Kvale 2001). I dag ser man en dualitet mellom det å frilegge og tildele, mens det
fra opprinnelsen var å frilegge som framsto som det viktigste innen hermeneutikken (Ibid.).

Det å parentessette førforståelsen for seg selv anses som viktig. Om man ikke har en
førforståelse vil man heller ikke ha en problemstilling. Dette innebærer at forskeren må ta
hensyn til sin førforståelse på et bevisst nivå. Ut i fra ulike utgangspunkt kan man få ulike
svar; avhengig av hvor man er i en prosess. Dette kan forklare den hermeneutiske spiral; altså
at man ikke bare går i ring men vender tilbake til utgangspunktet med ny kunnskap og utvidet
forståelse (Thornquist 2003).

Begrepene fenomenologi og hermeneutikk er nært bundet sammen ved at begge retninger på
ulik måte er opptatt av fenomenene öopplevelse og meningö, samt at man ofte benytter
fenomenologisk metode i en hermeneutisk beskrivelse av menneskelige opplevelser.
Hummelvoll (2003:36) sier:

*öHermeneutisk fenomenologi blir benyttet for å forstå (meningsfortolke) og beskrive
menneskers ölevde erfaringerö eller fenomener. Ved hjelp av denne tilnærmingen forsøker
man å beskrive fenomenene så presist og nøyaktig som mulig . Dette vil være en relevant
tilnærming til både prosessnotater, fokusgrupper og kvalitative forskningsintervjuerö*

man velge å si at dette er den riktige måten å se ting på, og muligheter. Det synes derfor viktig å redegjøre for valg av perspektiv og begrunne hvorfor valgene er tatt (Hummelvoll og Barbosa Da Silva 1996).

3.1 Handlingsorientert forskningssamarbeid - flersteg fokusgruppeintervju

Studien har et handlingsorientert forskningssamarbeid som overordnet design. Denne metoden hører til under aksjonsforskningstradisjonen og bygger på et humanistisk og helhetlig grunnsyn. Målet for denne typen forskning er å utvikle kunnskap for handlingö (Hummelvoll 2003; 2008, Granerud 2008).

Aksjonsmomentet ligger i en bevisstgjöring og refleksjon hvor man gjerne har et underliggende mål om å forbedre og ofte forandre den praksis som er gjeldende (Ibid.). Hensikten er forskning for praksis, i praksis og sammen med praksis, for å søke å fremme ansattes kompetanse ved hjelp av systematisk refleksjon over praksiserfaringer og medskaping av relevant kunnskap (Nysveen et.al 2008 a og b).

I denne studien vil aksjonsmomentet kunne komme til uttrykk i hele prosessen; fra planlegging, i gjennomföring av intervjuene, til rundbordskonferanse i etterkant av analysen. Slik kan en utvikling i forståelse mellom samlingene, på bakgrunn av bevisstgjöring og önske om kunnskapsheving forhåpentlig före til bedre praksis (Stensrud 2007).

Handlingsorientert forskningssamarbeid kan ses på som en brobyggende forskningsstrategi over öteori-praksisklöftenö. Psykisk helsearbeid hviler på tre kunnskapskilder: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert brukerkunnskap og profesjonelles erfaringsbaserte brukskunnskap (Hummelvoll 2007). Som forskere er det viktig å bidra til en vurdering av den forskningsbaserte kunnskapen, i tillegg til at man tester og prøver ut kunnskap i praktisk sammenheng. Slik kan man løfte fram erfaringskunnskap og granske denne. Ved at personale deltar i kunnskapsdannelsen i eget fagfelt, og at temaene medreflekteres av deltagerne, blir det kort tid fra dataskaping til utpröving i praktisk handling. Slik kan man identifisere den praktiske bruksverdien (Ibid.).

ved at samme gruppe møtes flere ganger omkring et tema. Dette gjør at man vil kunne få mer ro i situasjonen, fordi alle spørsmål ikke må besvares i samme intervju, samt at man har mulighet til å reflektere og utforske egne og andres erfaringer i tiden i mellom samtalene (Hummelvoll 2003; 2008 og Morgan 1997). Målsettingen med fokusgrupper er å søke bredde og variasjon i synspunkter, samt at nyanser blir løftet fram og gransket for å framstille det fokuserte tema mest mulig helhetlig (Hummelvoll 2008). Ved å fokusere planlagt og god gjennomføring av samtaler, vil det kunne oppleves positivt for informantene, og følgelig bli en kilde til innsikt i egen faglig forståelse (Kvale 2001.)

3.2 Utvalg

Om utvalg av respondenter sier Malterud (2003) at det er av betydning å finne respondenter som både kan og ønsker å uttale seg om problemstillingen. For å kunne fremme mulighetene til å besvare forskningsspørsmålene, og oppnå gode resultater i en studie er det gunstig å utarbeide kriterier for deltagelse. Inklusjonskriterier blir ofte utarbeidet med bakgrunn i hvilke kjennetegn som beskriver det feltet man ønsker å utforske, eller de man vil forske sammen med (Friis og Vaglun 1999:85).

Inklusjonskriterier i studien er: helse og sosialfaglig utdanning (eller under utdanning), minst et års arbeid ved avdelingen i 50% stilling eller mer, og 2 års relevant praksis fra lignende arbeid. I den grad menn fyller inklusjonskriteriene ønskes begge kjønn representert.

Av den totale personalgruppe fikk tjue ansatte tilbud om å delta i studien, og en takket nei. For å unngå påvirkning i forbindelse med utvalg av personer, foretok enhetsleder i samråd med personalsjefen for institusjonen, et strategisk utvalg (Hellevik 2003). Dette for å få en forholdsvis lik fordeling av høyskoleutdannede og fagarbeidere. Inklusjonskriteriene ble utarbeidet for å sikre at personellet som deltok hadde en viss fagkompetanse, samt innsikt både i forhold til den faglige forankringen ved enheten, samt erfaring med annet brukerrettet arbeid.

Gjennomføring av intervju

I forkant av prosjektet ble tema og plan for gjennomføring av studien diskutert med institusjonssjef og enhetsleder. Institusjonssjefen redegjorde videre overfor institusjonens styre, kort om prosjektet. Studien ble ansett som et viktig tiltak både som kvalitetsutvikling for enheten, samt institusjonen generelt. Positive holdninger til gjennomføring ble formidlet og på bakgrunn av tillatelse fra NSD ble klarsignal gitt. Rolleavklaring ble fokusert både i planleggingsfasen på organisasjonsnivå, samt i forkant av prosjektets gjennomføring.

Ved datainnsamling gjennom flersteg fokusgruppeintervjuer benyttes både moderator og co-moderator. En moderators rolle er å ha et overordnet blikk med utgangspunkt i intervjuguide, og lede samtalen uten å påvirke eller styre innholdet (Hummelvoll 2003). Det er viktig å stille oppklarende spørsmål og oppsummere innholdet både underveis i samtalen, og mot slutten, samt sørge for at alles synspunkter kommer til uttrykk. Videre bør man fokusere nye problemstillinger som reiser seg (Ibid.). En medstudent fra HH med god kjennskap til fagfeltet og erfaring med ulike gruppe-intervensjoner, ble valgt som moderator for å ivareta distanse, og med dette forhindre at forskers kjennskap til deltagerne og forskningsfeltet ble styrende for samtalen. Forsker inntok rollen som co-moderator, og kunne således fokusere samtalens gjennomføring, i form av teknisk utstyr, skriving av notater og registrering av gruppeprosess.

Fra første informasjonsmøte ble deltagerne anmodet om å være ærlige i sin framstilling av synspunkter, og det ble presisert at ingen uttalelser vil bli brukt mot dem ved senere anledning. Det ble presisert at personidentifisering ikke vil synliggjøres i sammenfatning av gruppeintervjuene, heller ikke hvem som fremmer ulike synspunkter.

En tverrfaglig gruppe på i alt tolv personer, representert ved hjelpepleiere og omsorgsarbeidere med og uten videreutdanning, aktivitør, sosionom, vernepleiestudent, samt flere sykepleiere deltok i samtalene. En person deltok på alle tre møtene, syv deltok på to møter og fire deltok på ett møte. Gruppesamtalene ble dynamiske prosesser, hvor samtalene aldri stoppet. Det at noen går ut av gruppen for at andre kan komme inn blir sett på som en styrke og kan være med å berike svarene (Hummelvoll 2003; 2007).

Intervjuene ble gjennomført våren 2008 med 14 dager mellom første og andre møte, og en uke mellom det andre og tredje møtet. Det ble avsatt to timer pr møte, og det ble lagt til rette

alt, hyggelig rom utenfor avdelingen, med servering av
spekt for deltagerne bruk av tid, samt et ønske om å bli

kjent og ivareta trygghet, ble alle etter hvert som de kom ønsket velkommen av moderator. Deltagelse ble kompensert med avspasering time for time. Intervjuene ble gjennomført på bakgrunn av en intervjuguide (vedlegg 5), og det ble tilstrebet å bruke åpne spørsmål som öfortell ömöö, ökan du gi eksempleröö eller öutdyp gjerne detteöö.

Gjennomføringen av samtalene synes som en positiv erfaring. Dette bekreftes av to deltagers utsagn: öVi kunne holdt på med fokusgrupper en hel dag víí ö, eller öDet er veldig godt å få tid til å snakke om det som opptar oss i hverdagenöö. Disse sitatene samsvarer i stor grad med moderator og forskers opplevelse av situasjonen, hvor gruppene syntes preget av initiativ og engasjement, til tross for at det tydelig kom til uttrykk ulike oppfatninger og syn på psykisk helsearbeid. Gruppeprosessen framsto som god, og på grunn av aktiv deltagelse ble tydelig ordstyring nødvendig slik at alle kom til orde.

Etter analysen ble foreløpige funn presentert på et husmøte for beboerne, som en referansegruppe. Resultater omkring personalets erfaringer i forhold til tilrettelegging for innflytelse, samt å ivareta ønsker og behov ble formidlet. Fire beboere deltok og gjennom deres utsagn kom flere nyanser til syne. En beboer uttalte: öDet hjelper ikke om vi kan bestemme selv vet du, for når man ikke har penger, da har man ikke egentlig noe valgöö. En annen beboer nyanserte kompleksiteten i studiens hovedfunn; ønsket om å ville andre vel. Her framkom tydelig at hvordan man formidler budskap og utfører handlinger er langt viktigere enn hva man sier og hvordan man gjør det. Bakgrunn for ønsket om at beboerne uttalte seg uten at de ble utsatt for direkte intervjusituasjon, er at deres kommentarer kan heve validiteten på studien, da öde vet best hvor skoen trykkeröö.

I slutten av mai ble det avholdt örundbordskonferanseöö ved et personalmøte, for å sikre at framkommet data gjenkjennes av øvrige ansatte, samt at man også her har mulighet for utdyping og tilføyning av kommentarer. Etter framlegg av resultater synliggjorde en deltager sin oppfatning av studien gjennom følgende kommentar:

öDet er viktig å prate sammen, men også å være kritisk til hverandre. Diskusjon er egentlig et ökrydderöö i arbeidsmiljøet det så lenge det er takhøyde. Det er sånn jeg mener vi får fram nye tankerí og at vi klarer å holde oss oppdatert.ö

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Når man benytter kvalitativ tilnærming er det viktig å være bevisst at man må begynne analysen allerede ved datainnsamling. I denne studien har Kvale`s (2001) trinn i vært styrende i analyseprosessen, og elementer fra Graneheim og Lundman (2003) er også benyttet. I analysen er det avgjørende å være godt kjent med eget materiale. Dette kan gjøres ved at man hører, og / eller leser gjennom teksten flere ganger før man begynner å gjøre markeringer og lete etter ömeningsbærendeö enheter (det som synes åpenbart viktig for problemstillingen, eller som opptar de man forsker sammen med). Det kan også være viktig å gå tilbake til materialet for å se om man virkelig har belegg for det man får fram (Kvale 2001). En styrke ved flerstep fokusgruppeintervju er når gruppen får referat før neste intervju. Dette kan fungere som en ösikkerhetskontrollö ved at deltagerne får mulighet til å tilføye eller utdype eventuelle uklarheter under neste samtale. På denne måten vil validiteten kunne heves; ved at man får svar på det man er ute etter gjennom spørsmålsstillingen (Hummelvoll 2007).

Ved analyse av kvalitative studier blir kvalitativ *innholdsanalyse* ofte benyttet. Analysen i studien fulgte Kvale`s (2001) seks trinn. Første trinn knyttes til intervjusituasjonen, hvor informantene snakker omkring temaene som ønskes belyst. Her skrives notater, og uklarheter utdypes underveis. Under intervjuene kan deltagerne selv oppdage nye sammenhenger og nyanser, og enkelte nye tema framstår; dette utgjör andre trinn. Det tredje trinn knyttes til ösamling av tråderö underveis i intervjuene, slik at fokus ikke mistes. En foreløpig tolkning gis tilbake til deltagerne, i tillegg til en oppsummering på slutten av hver samtale. Slik blir muligheter for korrigerende tilgjengelig ved hvert intervju. Det fjerde trinn i analyseprosessen knyttes til forskers tolkning. Transkribering ble i denne studien foretatt av forsker, noe som medførte kjennskap og nærhet til teksten som i ettertid syntes viktig for analysen. Teksten ble heller ikke öredusert til en tekstö, men fortsatte som en ölevende samtaleö i forskers bevissthet (Ibid.). På bakgrunn av en blanding av meningsfortetning og meningskategorisering ble referat utdelt til deltagerne mellom fokus-gruppeintervjuene. Slik ble en foreløpig analyse mellom hvert møte et utgangspunkt for neste, og man sikret at alle studiens forskningsspørsmål ble ivaretatt i tillegg til utdyping av nye temaer som ble reist.

Etter gjennomføringen av intervjuene ble uvesentlige avsnitt tatt bort fra det transkriberte materialet. Dette resulterte i en reduksjon fra ca 120 til 82 sider. Så ble merking av ömeningsbærendeö setninger eller sitat foretatt. Intervjuguiden ble benyttet som et

emner, i tillegg til to nye tema som dukket opp gjennom
ørestkategorio. Klipping og liming, bruk av farger og
ökoderö, samt tekstbehandlingsprogrammet Microsoft Word ble benyttet. Arbeidet var
tidkrevende og representerte en periode med følelse av kaos og mangelfull oversikt for
forsker.

En utfordring ved analyse er å formidle innholdet i samtalen på en måte som beriker og
utdyper informantenes synspunkter, slik at disse vises fortjent respekt (Kvale 2001). Etter en
del prøving og omstrukturering framsto noen tema som klare. En foreløpig tabell ble laget for
å gi ytterligere struktur. Det skrevne materialet var nå redusert til ca 10 sider. Etter
bearbeiding i form av örenskrivning og forkortelserö framsto essensen i samtalene tydeligere.
Resultater framstilles i en ny tabell (her s. 46) med hovedtema, tre kategorier med
underliggende subkategorier, samt meningsutsagn for å utdype og synliggjøre
framgangsmåten (Graneheim og Lundman 2004).

Det femte trinnet i analyseprosessen knyttes til framlegg av funn for referansegruppen og
videre rundbordkonferanse for hele personalgruppen. Dette er en form for gjen-intervjuing,
og ytterligere muligheter for å korrigere og utdype tolking og analysearbeid er mulig (Kvale
2001). Handling er beskrevet som sjette og siste trinn. Gjennomføringen av studien har
medført økt fokus omkring selvbestemmelse og mestring ved enheten. Videre synes det som
ny kunnskap har ført til økt bevissthet og refleksivitet med hensyn til studiens
forskningsspørsmål, og dermed bedre vilkår for beboerne.

3.5 Etske overveielser

I et hvert forskningsopplegg er etske spørsmål av interesse. Studien ble meldt Norsk
samfunnsvitenskapelige datatjeneste i Bergen og svar forelå 11.03.08. Det ble påpekt at
informasjonsskrivet til deltagerne i fokusgruppen måtte tydeliggjøre at identifiserbare
opplysninger skulle grovkategoriseres og slettes senest innen prosjektslutt i august 2008, i
tillegg til lydopptak og andre notater med personopplysninger. Det er ikke foretatt
henvendelse til Regionale etske komité da studien ikke faller inn under forskning som krever
slik godkjenning. Deltagerne er utdannet helsepersonell, og man kan forvente at deltagelse
ikke bør medføre plager eller andre vanskeligheter for enkeltindivider. Studien er tilstrebet

onen (1964) som tilkjennegir klare retningslinjer knyttet i etterkant av forskningsarbeider. Fem punkter er av særlig betydning. Dette er nytteprinsippet, informert samtykke, ikke skade eller velgjørenhet, rettferdighet og anonymitet / konfidensialitet (I Friis og Vaglum 2002:217-221). Alle ansatte som fylte inklusjonskriteriene fikk informasjonsskriv om studiens hensikt og gjennomføring, med forespørsel om deltagelse. Studien var derfor basert på total frivillighet, og informasjonsprinsippet synes godt ivaretatt gjennom brevet, i tillegg til uformelle samtaler gjennom høsten 2007 og ved informasjonsmøtet. Det ble muntlig og skriftlig poengtert at man kan avstå fra deltagelse, eller eventuelt trekke seg når som helst under prosessen uten å oppgi grunn til dette. Nytteverdien av studien synes relevant da hensikten tar sikte på å forbedre dagens praksis i forhold til beboerne. Man kan også anta at det vil oppleves positivt å ta del i et frivillig prosjekt, med utgangspunkt i egen arbeidshverdag. Konfidensialitet blir ivaretatt ved at lydopptak oppbevares i låsbart skap på enhetsleders kontor, og slettes samtidig med annet materiale med gjenkjennbare opplysninger i august 2008. Ethiske overveielser er ivarett ved valget om å benytte referansegruppe. Dette er diskutert og avklart med Høgskolens lærere, beboerne utsettes ikke for direkte intervjusituasjon, men får mulighet til å uttale seg på bakgrunn av funn, og det ble presisert at deltagelse var frivillig.

Forskning på egen arbeidsplass krever også høy etisk bevissthet. At man i kraft av forskerrollen og med kjennskap til feltet som utforskes, kan få opplysninger og informasjon som ikke må påvirke resultater eller videre arbeidsforhold synes viktig å fokusere (Coughlan & Cassey 2001). Forsker har utvist respekt i forhold til denne rollen, og sett nødvendighet av å sette egen førforståelse i parentes, slik at arbeidet under studien ikke er styrt av egne oppfatninger.

asjon

På bakgrunn av kvalitativ innholdsanalyse har studiens funn blitt framstilt i form av en tabell (s. 46). Gjennom tabellen ønskes det å synliggjøre sammenhengen mellom meningsbærende utsagn, sub-kategorier, kategorier og hovedkategori. Det uttalte, samt det som ikke sies men uttrykkes nonverbalt eller i form av gruppeprosess, er hensyntatt i analysearbeidet. Slik er meningsinnholdet blitt løftet til et mer abstrakt nivå.

Refleksjoner og tolkning danner utgangspunkt for videre tekst. Resultatpresentasjonen følger tabellen med utgangspunkt i hovedkategori. Kategorier framstilles i egne underkapitler, og herunder følger subkategorier med sitater. Direkte utsagn er satt i kursiv løpende i teksten, og presenteres i hovedsak ordrett, eventuelt i en lett omskrevet, eller komprimert form for å gjøre innholdet lettere tilgjengelig.

ersonalet ved en institusjon i førstelinjetjenesten at mennesker
else gis mulighet til selvbestemmelse og mestring av eget liv?

Hovedtema: Den tvedygdige omsorgen i forhold til å ville andre godt		
Kategorier	Subkategorier	Meningsbærende utsagn
Å leve "sitt" liv	Lidelsesutrykk	Mange er jo mistenksomme og paranoide... og kan rett og slett ikke stole på folk Jeg tror liksom at vi har en allianse... og neste dag er liksom alt borte Det er jo en grunn til at de har en-til-en kontakt... de er bare så syke Ikke alle opplever virkeligheten sånn som oss... Vi må jo finne ut hvorfor dette er så viktig for han... hva det handler om Alle har noe de kan...
	Autonomi	Det er ikke alle jeg liker heller, men jeg kan velge om jeg vil være sammen med dem Her er alt så fritt... folk får bestemme selv Men hva når selvbestemmelse går ut over andre da? Jeg kan ikke bestemme hva folk vil ha på seg... Vi må forklare og hjelpe sånn at han forstår konsekvensene Målet er jo at de skal fikse noe... at de skal fungere liksom
	Erfaringer	Mange har jo flere år i institusjon bak seg... Det er morsomt å være sammen i det offentlige rom; det er der man ser hvordan de egentlig fungerer... Plutselig er det de som er ekspertene og vi som er kløner... Alle må forholde seg til hverandre, og sånn det bare De må jo fungere sammen på et vis... De har jo ikke valgt verken oss eller hverandre Når man skal dele på oppmerksomheten kan det fort bli misunnelse og konflikter Det med veiledning er viktig...
Strukturelle forhold	Institusjonens rammer	Her er det liksom ikke noe krav om at man skal bli frisk innen et viss tid Bemanningsfaktor er viktig, det er forskjell på å ha en-til-en bemanning og en til fem. Dette er til tider rene taxi-sentralen, Vi må jo fordele oss... sånn at alle får noe
	Tid	... jeg handler ikke bevisst ut fra verdiene, det er liksom noe som bare er der Det er alltid viktig å møte folk med respekt Det er om å gjøre at de trives her Man må få det til... med verdighet
	Institusjonens verdi-grunnlag	Det er alltid noen jeg kan snakke med her Det er godt å kunne ta opp ting i rapporter eller veiledning, sånn at vi skjønner hvorfor det skal være sånn Hvis noen har dårlige holdninger her så drukner de Det er viktig at vi "passer" på hverandre, for det er så fort gjort å trå feil... Det med tydelig ledelse er viktig, at alle drar i en retning liksom
	Avdelingskultur	Det er viktig å skjønne hva det egentlig handler om... hvorfor reagerer personen sånn? Det kommer jo akkurat an på hvordan den enkelte har det, hva er han i stand til å fikse i dag liksom? ... gode allianser er viktig Man må greie det med ord... En sånn tillært hjelpeløshet er vel ingen tjent med? Det er jo dette som er egostøttende sykepleie Av og til må man bruke makt liksom, og det synes jeg ikke er å være slø... Det kommer an på måten man møter mennesker på; man kan si ting på en god måte og en dårlig måte Det handler om hvordan man gjør ting, ikke nødvendigvis hva man gjør... Det å respektere den enkeltes valg, for det er jo deres liv; de må få velge Motivasjon kan fort bli mas... Når beboerne er glade blir jeg glad også...
Personalet som premisslegger	Faglig forankring	Jeg sa ikke at han måtte, men jeg foreslo noe annet... Det å godta andres valg, det synes jeg er vanskelig Man må tørre å gjøre noe en ikke selv er så flink til heller
	Verdier	
	Personlige egenskaper	

Uroen i forhold til å ville andre+godt

De fleste som har valgt et yrke innen helse og sosialfaglig sektor har et ønske om å hjelpe andre. Hvordan man forvalter sitt mandat som omsorgsgiver avhenger av mange faktorer. Innen pleie og omsorg er det tradisjonelt hovedvekt av kvinner med ulik utdanningsbakgrunn, samt ufaglærte. I lang tid har man sett på hjelpere som eksperter i forhold til folks ulike problem, og mennesker med flere års innleggelse i institusjon har utallige erfaringer, både av positiv og negativ art. Resultatene i studien viser at ønsket om å ville den andre godt kan være tvetydig, og følgelig representere utfordringer for de ansatte. En informant belyser nødvendighet av balanse mellom det å *ta ansvar for* og det å *ta ansvar fra* en annen.:

Jeg prøver alltid å inngå en avtale med beboeren, for jeg mener det er viktig at alle gjør så mye de kan selv. Det er ikke riktig at vi skal gjøre alt for dem heller. Men noen ganger da skjønner jeg at i dag går det ikke å opprettholde den avtalen i han er altfor dårlig til det. Da må jeg bare ögiö meg, selv om jeg egentlig ikke synes at det er riktig

Utviklingen i det psykiske helsearbeidet de senere år har vært i retning av at man fokuserer enkeltmenneskers rett til å foreta valg og bestemme i eget liv. Dette inngår i enhver utdanning innen helsefagene, og stiller krav til ansatte. Allikevel synes det som om gamle tradisjoner hvor personalet öinneharö makt og myndighet til å bestemme, er gjeldende. Dette kommer til uttrykk gjennom ulike historier og beretninger fra brukere av helsetjenester. Gjennom fokusgruppene ble dette belyst ved denne uttalelsen:

Jeg tenker at det er viktig at vi balanserer maktbruken, for det hender jo at noen gjør ting som ikke er bra for seg, og at vi da blir en sånn overformynder som sier ödette kan du ikke gjøre for da skjer det eller detöi Jeg synes det er viktig å være ærlig i forhold til hva som kan skje, men at vi også støtter brukeren. Jeg synes det er helt riktig å gå inn med sin makt på noen områder i Jeg synes ikke det er å være slem.

En annen informant viser en mer ydmyk holdning til beboernes selvbestemmelse:

Hvis det er viktig for brukeren så gir jo vi oss, men vi må forklare og hjelpe sånn at han forstår konekvensene av valget. Jeg skjønner godt at det kan oppleves nedverdiggende at andre skal bestemme over deg i

avhenger av flere forhold. Informantene fokuserte i situasjon synes å være av betydning for den enkeltes opplevelse. Betydningen av å være bevisst beboernes følelse av integritet, også i situasjoner som kan være preget av misforståelse blir synliggjort. En informant uttalte:

Jeg opplever at det med motivasjon fort kan bli mas. Hvis du hele tida blir minnet på det du burde ha gjort så blir det fort en negativ greie. Noen ganger sier vi ö dette gikk jo fintö, og da hender det jeg lurar på hvem det gikk fint for; var det beboeren eller den som klarte å få gjennomført det?

Autonomi er beskrevet som en menneskerett. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse innen førstelinjeomsorgen, vil kunne komme i situasjoner hvor innleggelse med eller uten tvang er nødvendig, og følgelig ömisteö sin autonomi. Ved enheten har man de siste to årene hatt tilbud om veiledning, og problemstillinger knyttet til hvordan handlinger blir gjennomført med verdighet har vært et viktig tema. Man kan i ulike situasjoner og livsfaser miste sin autonomi, men sin verdighet har ingen rett til å ta fra en. En informant belyser autonomispørsmålet knyttet til egen rolle:

Her er det liksom så fritt. Folk får lov å bestemme selv hva de har lyst til å gjøre og det er jo så viktig. Det er faktisk sunt at de har ønsker og behov og tør å vise dette. På mange andre steder kan det være sånn at du kommer ung og positiv, men fordi alle andre klager og synes ting er vanskelig så blir det lett å gå i den grava sjöl. Når det er gode holdninger så smitter det over på alle ogí hvis det kommer en med negative holdninger såí drukner`n liksomí han slipper på en måte ikke tilí

At selvbestemmelse også kan medføre utfordringer, og at ønsket om å ville det beste for beboerne kan være konfliktfylt og tvetydig, vises gjennom følgende utsagn:

í når du har gått på skole og lært forskjellige ting i forhold til kosthold og hygiene ogí , og så kommer hit og opplever at ikke alt er sånn som det bør være, da kan det bli litt vanskelig.. Det å godta andres valg, det er av og til vanskelig for megí det å godta at dette er deres liv, deres viljeí

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Et av funnene studien representerer i forhold til selvbestemmelse og mestring av eget liv er knyttet opp i mot det enkelte menneskets mulighet til å *leve sitt liv*. Det er en menneskerett å foreta valg som omhandler dem selv, uavhengig av hva andre mener og ønsker. I forhold til mennesker med psykoselidelser kan dette medføre ulike utfordringer. Hvordan personalet legger til rette for frihet og ansvar i det daglige arbeidet, i tråd med et humanistisk grunnsyn kom til uttrykk gjennom samtalene. Deres ønske og vilje til å ivareta integritet og særegenhet belyses her:

Í Selv om jeg ikke synes at det er lurt å kle seg sånn såí det er ikke jeg som kan bestemme det. Hvis det er så viktig for en person så får ikke jeg gjort noe med det, annet enn å prøve å veiledet

Her uttrykkes ønsket om å ivareta beboernes egenart, og følgelig den frihet og det ansvar dette innebærer. I forhold til personlige estetiske forhold som utseende eller lignende vil ikke andre enn beboeren selv berøres, og i så måte kan dette være lettere for personalet å respektere. I en avdeling hvor flere bor sammen kan konflikter oppstå og alle må ta ansvar for sine handlinger, slik at andre ikke tar skade. Dette utfordrer autonomispørsmålet:

Jeg skjønner at folk blir irriterte, for når han kommer så blir det til at alle andre vente. Han sitter helt til vi kommer, og hvis vi er i en samtale eller noe avbryter`n hele tidaí Jeg vet ikke om det er riktig, men det hender jeg sier at nå må du gå tilbake til deg sjølí jeg ser jo at noen blir urolige av det masetí

Det å være psykotisk og oppleve omverdenen annerledes enn mennesker rundt seg, kan være skremmende og angstfylt. At personalet kan ivareta den enkeltes ønsker selv om man ikke kan dele deres virkelighetsoppfatning vises i utsagn som dette:

Det er spesielt en her som ofte har det veldig traveltí ting må liksom skje med en gang, for eksempel at han må kjøres eller noeí Da er det ingen vits å drøye detí det er viktigere å prøve å finne ut hva dette handler om, hvorfor det er så viktig for han liksomí det kan hende at vedkommende er redd for at det skal skje noe med de hjemme eller noe, og da hjelper det ikke at jeg sier at det ikke er tilfelleí

En annen informant uttrykker:

å ötrekkerö vi dem ikke lenger. Da prøver vi bare å roe som beboeren er trygg på, sånn at det ikke blir noen store utfordringer. Vi prøver liksom å tolke det de sierí eller ikke sierí

Disse utsagnene kan vise noe av kompleksiteten ved psykoseproblematikk. Informantene var sammensatt av personer med ulikt utdannings- og erfaringsgrunnlag, og ikke alle hadde tydelig öspråkö for lidelsesuttrykkene alvorlig psykisk lidelse kan medføre. Det framsto klart at de hadde forståelse av at psykose handler om en annen virkelighetsoppfatning enn de selv har. Resultatene i studien viser at personalet ofte knytter personaltetthet til öalvorlighetsgradenö i den enkeltes sykdomsbilde. En informant uttalte:

Det er jo en grunn til at man har en til en kontaktí Vi forsöker å ivareta brukeren sånn at han ikke skjemma seg ut for andre. Vi kan for eksempel prøve å skjerme inne på rommetí eller, når vi er ute blant folk så prøver vi å öreddeö situasjonen sånn at andre ikke merker detí Vi foreslår jo å reise tilbake og da, hvis han er dårlig...

Dette utsagnet vitner om at personalet er opptatt av å legge til rette for samfunnsdeltagelse til tross for at beboere kan ha en væremåte man ikke anser som övanligö. Det å mestre ulike situasjoner, og få erfaringer utenfor institusjonen ble løftet fram som viktig av flere informanter. Følgende utsagn presiserer dette: *öDet er i det offentlige rom vi ser hvordan de egentlig fungererí Plutselig er det de som er ekspertene og vi som er klönerö.*

Det ble videre påpekt betydningen av tillit og relasjoner for å kunne nærme seg beboerne og komme i dialog og samhandling. Dette var også temaer som ble problematisert med hensyn til hvordan man kan få allianser med mennesker som tydelig viser at de ikke stoler på deg som hjelper. Følgende utsagn kan belyse dette: *Mange er jo mistenksomme og paranoide, og det er ikke sikkert det er noe jeg eller du har gjort som gjør at de blir detí det bare er en del av sykdommen de har.*

Enheten har et heldøgns tilbud, og følgelig vil personalet måtte forholde seg til beboerne til alle døgnetts tider. Man har i avdelingen sett at funksjonsnivået kan variere fra dag til dag, eller time til time. Flere informanter beskriver utfordringer med å forstå beboernes verbale og non-verbale uttrykk, og varierende evne til samhandling.

Jeg kan gå hjem en kveld kl 22 og virkelig føle at jeg har gjort en god jobb, og at det er god stemning. Da tenker jeg ofte at í nå er det noe her, nå har vi kontaktí Så kommer jeg

odetí noen er sinte ogí da lurer du på hva det egentlig

Her synliggjøres hvordan psykose kan utfordre mulighetene til å bygge allianser. Hvilke erfaringer beboerne har, kan også spille en rolle. Erfaringer høstes kontinuerlig gjennom livet, og kan i så måte være av betydning for hvordan man takler ulike situasjoner og hendelser. Analysen viser hvordan gode og dårlige erfaringer, i samspill med lidelsesuttrykk og muligheter for selvbestemmelse er med på å forme hvordan det enkelte liv skal leves.

4.3 Strukturelle forhold

Resultatene i studien viser at avdelingens utforming, organisering og verdigrunnlag er av betydning for hvordan selvbestemmelse og mestring kan fokuseres i det daglige arbeidet. Den enkelte kommune fattet vedtak om tilbud som angir hva tilbudet skal inneholde samt varighet av opphold. Tidsaspektet fremstår i analysen som både fremmende og hemmende i forhold til studiens problemstilling:

Når folk kommer for å bo her så har de gjerne prøvd mange andre ting før. Det gjør på en måte jobben ganske grei for oss da, for da er det liksom ikke noe krav om at man skal bli frisk innen ei viss tid. Her skal folk liksom få hjelp til å leveí

Kompleksiteten ved at bedringsperspektivet kan mistes av syne i det man erkjenner at det ikke forventes at beboerne skal bli bra synliggjøres. Gjennom samtalene ble et nyansert bilde framsatt, og informantene forstår dette mer som et öhandlingsromö enn ei öhvileputeö, i det de uttrykker frihet til å bruke god tid til relasjonsbygging, og det å bli kjent med menneskene. Hvordan tid også kan oppleves som hemmende beskrives slik:

Selv om vi har ganske bra bemanning her så er det jammen meg travelt. Det blir liksom sånn når så mange skal på butikken, til tannlege og frisør ogí at vi må fordele oss sånn at alle får noe, og da blir det gjerne litt urettferdigí

Dette sitatet bringer begrepet rettferdighet fram. I avdelingen har man over tid fokusert at ölik behandling er ulik behandlingö, og at det ikke vil være rettferdig å gi alle beboerne det samme tilbud. Man har erfart at mennesker med tilnærmet like behov har ulik oppfølging på bakgrunn av avtalen som er inngått mellom kommune og institusjonen. Dette kan av mange oppleves

en individuelle tilnærmingen som er en del av det
relig på den enkeltes avtale, så vel som i direkte
samhandling med beboeren. öRettferdighetsspørsmåletö bringes inn i samtalene som en
grobunn for konflikter og misforståelser:

*Jeg skjønner godt at de synes det er urettferdig når noen får reise på tur hele tida, også må
de vente på faste handledagerí Det er ikke så lett å skjønne detí Når man må dele på
oppmerksomheten blir det fort misunnelse og konflikterí*

Hvordan det fysiske miljøet er utformet er av betydning for organiseringen av arbeidet i
enheten. To bofellesskap med 5 plasser finnes i et nytt bygg, og man tilstreber å ha en
atmosfære som framstår som et öhjemö. De som bor i leiligheter har også mulighet til å
benytte fellesrom i bofellesskapene. Ulike aktiviteter og samhandling i forbindelse med
spisesituasjoner kan medføre utfordringer i forhold til selvbestemmelse. Enkelte beboere kan
ha problemer med å spise sammen med andre, og eventuell öuhensiktsmessigö adferd vil i
slike situasjoner bli veldig synlig i et fellesskap. Informantene tilkjenner ulike erfaringer:
öDet er jo sånn når du bor sammen med andre, at du må ta hensyn. Alle må forholde seg til
hverandre, det er ikke noe de kan velge, for sånn er det bareí ö Videre vises nyansene: öDe
må jo fungere sammen på et vis både i spisesituasjoner og når de skal på tur eller noe, men
det er viktig å huske at de ikke har valgt verken oss eller hverandreí ö

Som en ideell stiftelse har institusjonen i mange år hatt et tydelig verdigrunnlag. Resultatene i
studien synliggjør at verdiene respekt, frihet og glede er integrert i personalets daglige arbeid.
Til tross for at de ikke uttrykker verdigrunnlaget som et bevisst styringsverktøy i hverdagen,
gjenspeiles verdiene når de omtaler samhandling med beboere og samarbeidspartnere:

*í Jeg synes det alltid er viktig å møte folk med respekt. Det gjelder både beboerne og
pårørende ogsåí uansett hva du skal gjøre så er respekt viktig. Når du skal få til noe
sammen med noen så må man få det til med verdighetí Det er jo om å gjøre at folk trives
herí*

Studiens funn viser at avdelingskultur er av betydning for hvordan personalet evner å legge til
rette for selvbestemmelse og mestring. I avdelingen finnes det svært få regler, og man
tilstreber en holdning i tråd med öKardemomme-lovenö. Så framtrådte andre ikke påvirkes, er det

c. Informantene synliggjør behovet for at de selv må føle et for å stole på egne avgjørelser:

Jeg føler at det alltid er noen jeg kan snakke med herí det behøver ikke å være så store ting, men det som er viktig er at man slipper å gå og fundere på om det man tenker eller gjør er riktig...

Det synes som konsensus i gruppa om at det å kunne snakke med kollegaer, og følgelig være åpne på tema og problemstillinger som opptar dem er viktig. Det beskrives videre stor takhøyde i forhold til å fremme egne vurderinger. Resultatene viser også at det med åpenhet ikke dekker alle områder i avdelingskulturen. Spesielt i situasjoner hvor det er sprik mellom kollegaers syn på hvordan handlinger skal utføres synes dette vanskelig. Slike dilemmaer speiler studiens hovedfunn; den tvetydige omsorgen ved å ville andre godt. En av deltagerne beskriver dette slik:

Det er så mange situasjoner som vi bruker maktí for vi har mye makt og det er det viktig at vi husker på. Det er liksom sånn at vi vet hva som er best for dem, og da setter vi alle kluter til for å få gjennomført detí Da er det viktig at vi passer på hverandre, for det er så fort gjort å trå feilí Det er kanskje viktig å gjennomføre ting, men ikke for enhver prisí

Kritikk av kollegaer kan fort bryte ned et ellers godt arbeidsmiljø. Enhetsleders kontor er plassert ved siden av vaktrommet, og hun prioriterer å delta i ulike rapporter og andre økollegialeö møter. Dette medfører en synlig lederstruktur, og legger til rette for hyppige treffpunkter med de ansatte. Resultatene viser at personalet opplever det som et gode at problemstillinger blir løftet fram på et tidlig tidspunkt: *ödet at noen tar tak i ting og tar det opp er viktigí da blir det liksom ikke noen store greierí ö*

Informantene viser at intern veiledning er av betydning for hvordan de forvalter sitt mandat som hjelper. De omtaler forumet som *öí et fristed i en travel hverdagö*, hvor de kan få tid til å samtale og reflektere over utfordringer de møter. På denne måten synes det som om samhandlingen innad i personalgruppa styrkes, samtidig som det finnes et element av undervisning og faglig fordypning. At deltagerne i studien var komfortable og kjent med deltagelse i gruppe framsto tydelig i gjennomføringen av intervjuene. Hvordan kunnskapsbaserte dialoger kan medføre kompetanseheving belyses i dette sitatet: *öDet er*

4.4 Personalet som premisslegger

Gjennom analysen i studien synliggjøres kategorien «Personalet som premisslegger». Hvordan det daglige arbeidet utføres synes å være tuftet på flere faktorer; psykoseforståelse, verdigrunnlag og personlige egenskaper utgjør en samlet kompetanse. Avdelingen har eksistert i knapt fem år og både beboer- og personalgruppen har vært forholdsvis stabil med få utskiftninger. utfordringer i forhold til sprikende kompetanse i gruppa, og følgelig ulik oppfatning av hva som er hensiktsmessig tilnærming, framkommer i analysen. Finansiering av videreutdanning, og en tydelig målsetting om tilbudets innhold anses som et bidrag for å heve kompetansen. Gjennom intervjuene framkom forskjellig forståelse av tilnærming og syn på psykisk lidelse:

Det kommer an på hvordan den enkelte har det den dagení hva er han i stand til å fikse i dag liksomí det er ikke opp til meg å bestemme hva andre skal gjøre, men jeg må jo selvsagt prøve å motivereí det er noe med å finne den balansen da.. hvor mye skal vi motivere, eller pushe...

Andre informanter synliggjør en forståelse av at man kan ta for mange hensyn slik at beboerne ikke får utnyttet de ressursene de har:

Det må ikke bli sånn at vi gjør alt for dem heller da... det kan fort bli en sånn tillært hjelpeløshet, og det er vel ingen tjent med?

Avdelingens faglige forankring bygger på Gundersons (1978) miljøterapeutiske prinsipper, samt egostøttende sykepleieprinsipper etter Strand (1990). Resultatene viser at informantene vektlegger elementer fra teorien i det daglige arbeidet, men at det framstår variasjoner i den enkeltes faglige forankring. En informant uttrykte:

Nå når vi snakker om hvordan vi arbeider her så blir jeg littí overrasket. í Det høres ut som om det at vi er opptatt av å være tydelige, og holde avtaler og sånn, og det å prate med beboere er noe nyttí er det ikke sånn vi har jobba hele tida da? Det er jo dette som er egostøttende sykepleieí

kan påvirke hvordan informantene forstår individualiserte

Man kan ikke ta alle over en kam her, for alle er så forskjellige. Men det er viktig at vi prøver å få til noe samhandlingí det er det vi gjør på turer da, for det er et mål at så mange som mulig blir med. Da må vi av og til kjøre både buss og bil fordi noen ikke klarer å være så tett innpå andre.

Informantene viser at de er opptatt av måten handlinger blir utført på, og hvordan de presenterer muligheter og valg for beboerne. Personlige egenskaper som kreativitet og fleksibilitet i tillegg til en værhet i forhold til å ikke krenke kommer til uttrykk:

í da jeg kom så hadde han planlagt å reise for å trene, men han hadde en fysio-time etterpå. Da han ba meg om å kjøre ned så tenkte jeg at det er jo dumt å komme til timen skikkelig svett. I stedet for å si at han måtte vente med treninga så prøvde jeg heller å foreslå at hvis han tok den timen først, så kunne jeg bli med på trening etterpå, for det ville jo være mye koseligereí Og da ble det sånn..

I dette eksemplet synliggjøres både faglig forståelse og öeleganseö. Informanten både ivaretar behov, samtidig som hun sørger for at beboeren føler seg verdifull ved at hun ønsker å trene sammen med han. Fysisk aktivitet har vært et fokusert område i avdelingen de siste årene, og flere av beboerne har deltatt i større eller mindre grad. Å innarbeide dette som et viktig element i avdelingens tilbud har møtt noe motstand hos personalet. Dette kan skyldes ulike forhold knyttet til fysiske plager, engstelse for skader, eller eventuelt at man ikke finner aktiviteten interessant. Det å tilkjenne egne mangler vises i analysen som en viktig personlig egenskap: öMan må tørre å gjøre noe man selv ikke er så flink til heller. Jeg tror det er sunt jeg at beboerne ser at vi ikke er perfekte hellerí Det er ikke hva jeg vil som er viktig.ö

Hvordan personalet forholder seg til ulike problemstillinger bygger gjerne på deres personlige egenskaper og grunnleggende verdier. Informantene beskriver verdien av å kunne glede seg på andres vegne ved å fokusere på hverdagslige ting som gir livet innhold. Et slikt fokus rokker ved tradisjonell tenkning om sykdom og lidelse, og bygger opp under det salutogene perspektiv. En av deltagerne sa: ödet er så godt å se at de får til noe, det behøver ikke å være de store tinga, men bare det å fikse noeí det blir litt sånn at når dem er glade, da blir jeg også gladö.

ed å respektere andres valg knyttet til handlinger som en faglig, eller etisk. utfordringer i forhold til hvordan man møter beboere som har gjort en ulovlig handling, uten å krenke eller avvise, blir løftet fram i gruppa. Her synes det grunnleggende menneskesyn å komme til uttrykk i det en informant sier:

öUansett om det er riktig eller galt, så kan ikke vi gjøre annet enn å hjelpe han å la være å gjøre det. Vi må motivere, motivere, motivere, så får vi håpe han gir seg en dag. Det er jo en del av hele pakken liksom dette og det hjelper ikke om vi blir sure også

Gjennom analysen synliggjøres også utfordringer knyttet til informantenes opplevelse av å komme i konflikt mellom hvordan man ønsker å utføre sitt arbeide, og hva man får mulighet til å gjøre. Dette kan avhenge av flere forhold, og avvisning fra beboere kan være et eksempel: *Jeg synes jeg prøver alt jegí men jeg slipper liksom ikke til..* Videre framstår røyking som en utfordring, hvor personalet i enkelte tilfeller kommer i dilemmaer mellom egne og beboeres behov. Man har erfaringer med at det å forholde seg til felles røykerom av ulike årsaker er vanskelig gjennomførbart. Man har tatt en del hensyn ved å bruke flammehemmende tekstiler, samt at det finnes brannslukkingsutstyr der hvor det røykes, men i forhold til personalets muligheter for å reservere seg for røyk er ingen tiltak iverksatt. Informantene tilkjenne gir ulik oppfatning av hvordan dette kan gjøres, noe som spenner fra det å ignorere røyklukt og utføre sin plikt, til det å nekte å gå inn i rom. Her vises igjen kompleksiteten i det å legge til rette for selvbestemmelse, når det medfører en kollisjon mellom ulike verdier. En av informantene beskriver dette slik:

í Det er så røykfylt der og det er ikke det at jeg ikke vil hjelpe han, men jeg synes at han også kan respektere meg. Jeg prøver å få til et samarbeid da, sånn at vi kan lufte først og så kommer jeg inn etterpå, men det nekter`n. Noen ganger blir han kjempesint og ber meg gå, men da bare fortsetter jeg å gå inn igjen for å spørre om vi kan gjøre en avtale. Noen ganger går det, mens andre ganger blir han værende aleneí .

Dette utsagnet viser hvordan informantene ved sin væremåte forsøker å ivareta motstridende ønsker; både i forhold til å respektere beboeren, men samtidig ivareta seg selv. Hvordan man formidler et budskap synes i så måte viktigere enn hva man sier.

I følgende kapittel blir resultatene diskutert opp i mot teori og tidligere forskning.

Følgende kapittel starter med refleksjon omkring metodevalg og gjennomføringen av studien. Deretter blir spørsmål knyttet til studiens gyldighet og pålitelighet drøftet. Videre blir funn diskutert opp i mot tidligere forskning og foreliggende litteratur. Kapitelet vil i så måte gjenspeile studiens teoretisk forståelsesnivå (Kvale 2001). Til slutt blir implikasjoner for praksis og anbefalinger for videre forskning synliggjort.

5.1 Metodisk refleksjon og studiens validitet

Med bakgrunn i studiens forskningsspørsmål syntes handlingsorientert forskningssamarbeid som et hensiktsmessig metodologisk utgangspunkt. Flersteg-fokusgruppeintervju er beskrevet som relevant metode når målet er öforskning for handlingö, noe som var hensikten med denne studien. Den deskriptive tilnærmingen søker å identifisere dagens praksis, mens man mellom intervjuene har tid til refleksjon og bevisstgjøring omkring tema som fokuseres i samtalen. Denne utforskningen og refleksjonen representerer det eksplorative tilfanget i studien, og kan bidra til videreutvikling og forbedring av praksis.

I spørsmålet om hvordan selvbestemmelse og mestring ivaretas for mennesker med alvorlig psykisk lidelse bosatt i institusjon, ville det beste alternativ være informasjon framkommet gjennom beboerne selv. På grunn av forskningsetiske hensyn har dette ikke blitt vurdert som mulig tilnærming, da forskning på og med sårbare grupper ikke anses som etisk forsvarlig. Studien har to foci, det ene søker personalets erfaringer knyttet til beboernes mulighet for selvbestemmelse, mens det andre omhandler utfordringer de selv står overfor.

Gjennomføringen av prosjektet har fulgt trinn i forskningsprosessen, og har forløpt uten store utfordringer. Min erfaring er at nærhet til forskningsfeltet har vært nyttig da kjennskap til undersøkelsesfeltet har gitt verdifull bakgrunnsinformasjon i forhold til problemstillingene studien reiser. Mellom fokusgruppesamtalene har man kunnet besvare spørsmål omkring studiens tema, slik at refleksjon og bevisstgjøring også har inkludert personale som ikke har deltatt aktivt. Slik har studiens aksjonsmoment ivaretatt. Denne opplevelsen underbygges av en beboers utsagn på husmøtet:

her, for før var alt mye østrengere. Hvis jeg har lyst
at ingen som sier at jeg må stå opp liksomí det virker
som om flere aksepterer at det er jeg som bestemmer over megí

Nærhet til forskningsfeltet kan også være en svakhet. Som forsker på egen arbeidsplass vil det alltid være en risiko for at deltagerne sier det de tror forventes, mer enn det som er realiteten. I tillegg jeg som forsker kunne tillegge noen meninger eller kvaliteter ut ifra egne ønsker eller erfaringer. Til tross for et verdifullt innsideperspektiv kreves en bevisst refleksjon omkring førforståelse og den ødobbelte-rolleø man har som forsker og fagperson (Coughlan & Cassey 2001). Jeg har tilstrebet bevissthet omkring egen førforståelse under hele forskningsprosessen, og forsøkt å stille forutsetningsløst både for åpenbare uttalelser, samt mer underliggende hentydninger. Redegjørelse for førforståelse i forkant av gjennomføringen, samt bruk av forskningsdagbok har vært et nyttig verktøy i forhold til egne observasjoner og følelser.

Som en generell kritikk til gjennomføringen av studien må min manglende erfaring og bakgrunn med denne type arbeid nevnes. Tidsaspektet anses også som viktig. I forhold til målet om kunnskap for handling vil det med ca 6 måneders intervensjon være mulig at den positive og engasjerte holdningen i gruppa er et resultat av spenning knyttet til et nytt prosjekt, slik at resultatene kan framstå som ett øglansbildeø av dagens pågangsmot, mer enn varig kunnskapsbesittelse og holdningsendring. Det synes imidlertid som om flere fokusgruppesamtaler kunne vært hensiktsmessig, da holdningsarbeide ikke er en avsluttende prosess, men et arbeid som kontinuerlig må holdes ved like (Tengquist 2007). Ut ifra rundbordkonferansen ble det ytret et ønske om å fortsette med lignende intervensjon etter at studien avsluttes:

øDet har vært veldig nyttig for meg å delta i dette prosjektet. Jeg har på en måte fått en annen forståelse av hva psykose innebærer og lært mer om hvorfor folk må behandles forskjellig. Jeg tror også at jeg er mer bevisst på hvordan jeg selv er, for det er jo jeg som må forandre megí også reflekterer jeg mer over hvorfor jeg gjør ting, og hva hensikten erí ellerí jeg liker i hvert fall å tro at jeg gjør detí ?

Flere av deltagerne støttet utsagnet og etterspurte en videreføring av prosjektet. Slik jeg forstår det vitner et fortsatt engasjement om et tema mange opplever som utfordrende som at

man også klare å skape en forandring av praksis i positiv mer enn at det er et resultat av öforskningseffektö eller öfesttaleö til egen organisasjon (Repstad 1998).

Validitet i forbindelse med en studie bör alltid vurderes kritisk, og innebærer at man tar stilling til hvor gyldig kunnskapen man har kommet fram til er. I forbindelse med gyldighet må man spørre om forskningen besvarer det spørsmålet den er ment å besvare, og om öriktige slutninger er tatt på riktige premisserö (Kvale 2001). I forhold til studiens reliabilitet eller troverdighet vil dette knyttes til nøyaktigheten forsker har utvist gjennom forskningsprosessen (Hellevik 2000), og videre om den er bekreftbar for andre. Hele forskningsprosessen må bygge på nøyaktighet, og gjennomføringen vil i så måte ha betydning for studiens totale validitet. I kvalitative undersøkelser önsker man ofte å gå i dybden i et tema for å få en utvidet forståelse av et fenomen. Det vil derfor ikke være mulig å generalisere, da utvalget er basert på få informanter (Kristoffersen 1998). I denne studien vil man kunne se på overførbarhet i forhold til om resultatene er gjenkjennbare for andre.

Tilknytning til MMCH ved HH anses som viktig i valideringsprosessen, da prosjektet er fulgt av veileder, medstudenter og lærere. Slik har forsker fått viktige innspill og kommentarer underveis i arbeid, som i så måte er av betydning for studiens troverdighet.

Kvale (2001) knytter validitet til syv stadier, fra tematisering av en studie til rapport foreligger. Det er videre viktig å integrere valideringen i selve gjennomføringen. *Intersubjektiv validitet* er ivaretatt under intervjusituasjonen ved at moderator har stilt spørsmål som: öForstår jeg deg rett nå?ö eller; ömener duí ?ö En intervjuguide bidro til å holde fokus på studiens forskningsspørsmål, og öflersteg-metodenö viste seg å være nyttig. Man kunne gå tilbake og fokusere samme spørsmål, samt utdype kommentarer til referatens innhold. *Studiens kommunikative validitet* ble ivaretatt ved en presentasjon av resultatene for referansegruppe og resterende personale. Deres aksept og gjenkjennelse av funn slik de framsto, støtter valideringsprosessen på et öforståelsesnivåö (Kvale 2001). Önsket om endret praksis og hvorvidt kunnskap blir tatt i bruk vil utgjøre studiens *pragmatiske validitet*. Det er fortsatt kort tid siden intervusjonen, og endring er vanskelig å identifisere. Det synes viktig å fokusere informantens önske om å fortsette med lignende arbeid i etterkant av prosjektet, slik at man på sikt kan få en varig holdnings- og adferdsendring (Hummelvoll 2003).

Arbeidsplass

Etter tre år i samme stilling, vil man ikke gå forutsetningsløst inn i en studie. I forhold til problemstillingen som søker å belyse faktorer som fremmer og hemmer selvbestemmelse hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse, hadde jeg klare formeninger omkring temaet. Ved å utforske arbeidet på egen arbeidsplass gjennom samtaler med kollegaer, framkommer en del implikasjoner. Det å forske i eget miljø kan være en utfordring både for forsker, samt for deltagerne i prosjektet (Repstad 2007). Det er en forutsetning at man er dette bevisst, og at avklaring av roller under prosjektet blir tydeliggjort allerede under planleggingen (Coughlan & Cassey 2001). Undertegnede er en del av institusjonens ledelse i kraft av stilling som fagansvarlig sykepleier, men uten personalansvar. Personalets opplevelse av öleder-ansvaretö vil allikevel kunne påvirke dem. Tiltak for å imøtekomme dette var grundig informasjon om prosjektet før oppstart. Definerings av ulike roller som kollega, kombinert med forskerrollen ble presisert og jeg var bevisst öbare forskerö de dagene samtalen fant sted. Tiltak videre var en skriftliggjøring av egen förforståelse og föring av forskningsdagbok. Repstad (2007:39) sier om forskning på egen arbeidsplass:

öNär man observerer vänner, kännningar eller kollegaer, er man mer tilbøyelig til å velge side. Man mister den akademiske distansen, og får personlige interesser i det som skjer i feltet. När man kjenner noen av aktörene, driver man gjerne ogsä mer med selvsensur for ikke å legge seg ut med vänner som man skal treffe igjen etterpå.ö

I gjennomföringen av en slik studie er det viktig å være bevisst denne dobbelt-rollen. Spesielt i forbindelse med temaer hvor deltagerne ble personlig berört var det vanskelig å holde den distanse som beskrives over. Tiltak i forhold til dette var å avklare eventuelle spørsmål før vi forlot mötet, samt at enkelte fikk tilbud om å fortsette samtale i enerom. Stensrud (2007) har erfart og beskrevet hvordan bevissthet rundt planlegging og gjennomföring av en studie, samt refleksjon rundt forskerrollen er viktig. Han sier videre at man ikke kan utelukke at det med kjennskap vil påvirke informantenes svar, men at hans opplevelse var at de ga ærlige og direkte svar (Ibid.:85), noe mine erfaringer støtter. Begrepet ökritisk subjektivitetö hvor man ikke skal undertrykke subjektive opplevelser og erfaringer, men er bevisst at kunnskapen springer ut fra det gitte perspektiv (Hummelvoll 2003, Malterud 2003) er viktig. Ved hjelp av forskningsdagboken var det mulig å gå tilbake for å klargjøre egen forståelse. Bevissthet i forhold til deltagerens rolle som medforskere ble ogsä fokusert, og krevde igjen refleksivitet i

007) sier at motivasjon og utholdenhet som følger av et
 ere en fordel med å forske på øhjemmebaneö. Dette viste

seg å være en viktig faktor for å ferdigstille prosjektet.

5.3 Diskusjon av studiens funn

Analysen av materialet som kom fram i samtalene viser at personalet ved institusjonen har et genuint ønske om å gjøre det beste for beboerne, men at spørsmålet om autonomi kan være konfliktfylt. Entydige svar knyttet til selvbestemmelse og mestring syntes vanskelig, men det kom klart fram at verdiene respekt, frihet og glede er godt implementert i de ansattes innsats for å møte den enkelte beboer innenfor et helhetsperspektiv. Personalet gir mange eksempler på faktorer de opplever som viktige for å fremme mulighetene for selvbestemmelse og mestring, i tillegg påpekes flere forhold som kan virke motsatt.

Strukturen i diskusjonen tar utgangspunkt i menneskesyn, verdier og faglig forståelses betydning for utvikling av gode relasjonelle forhold. Dette synes som en forutsetning for et godt samarbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Videre fokuseres begrepene autonomi versus paternalisme, og de utfordringer man kan stå overfor. Til slutt blir utfordringer knyttet til hjelperollen diskutert opp i mot problemstillingen. For å illustrere hvordan strukturen har sitt opphav vil jeg vise til illustrasjon 1, som synliggjør hvordan jeg forstår at flere faktorer gjensidig påvirker hverandre, og følgelig ikke kan ekskludere hverandre, men er av betydning for selvbestemmelse og mestring.

Illustrasjon 1



g for samhandling

Öreg nasker hva du sa til meg en gangí du sa at jeg var en helt vanlig öguttöí Det var godt du sa det, for da var jeg skikkelig reddí .ö

Trygghet og tillit synes fundamentalt i all samhandling mellom mennesker. Spesielt mennesker med psykoselidelser kan oppleve fortvilelse, forvirring, og i mange tilfelle stor angst i sin streben etter å finne mening i egen hverdag (Ekenes 2008). Studiens funn viser at personalet er opptatt av å skape gode relasjoner og allianser med beboerne. De reflekterer over utfordringer knyttet til å bli kjent med, og forstå mennesker med psykose. Resultatene støtter følgelig opp under tidligere forskning som beskriver kontaktetablering (Topor og Borg 2007; Østby 2007). Å komme i öposisjonö kan være tidkrevende, og det krever engasjement og kreativitet hos hjelperen. Man ser at åpenhet og evne til å ta imot fortellinger og opplevelser uten å undergrave deres innhold, synes viktig for å oppnå et godt møte. Forskning om hva som hjelper i terapi, viser til at man som hjelper bør forsøke å ölegge segö tett opp til den enkelte persons oppfatning av egen situasjon, og den forståelse eller önske vedkommende har for endring (Hubble, Duncan & Miller 1999). Sett fra dette ståstedet synliggjøres dilemma som oppstår når hjelpere og brukere har ulike önsker og mål.

Gjennom intervjuene ble det uttrykt at det er personalets ansvar å etablere gode relasjoner. De viser at de prioriterer å bruke tid for å komme i kontakt med beboerne, og de ansvarliggjör ikke beboerne i forhold til å ta initiativ til samhandling. Informantene beskriver avvisning og tilbaketrekning som utfordringer knyttet til å komme i posisjon. Ved at de holder ut, og fortsetter å tilby, viser de at mellommenneskelige ferdigheter og faglighet er av betydning for å komme i kontaktforhold. Tilnærming synes tuftet på et grunnsyn hvor alle er like mye verdt, uavhengig av person og lidelse, og at personalet formidler ved sin væremåte at de önsker et likeverdig forhold med beboerne til tross for at de ser det som sitt ansvar å føre samtalen öi landö. At helsearbeidere ikke alltid er dette ansvaret bevisst, og at rollen som hjelpesöker er kan være vanskelig, beskrives i Sollesnes (2005). Som mor og psykiatrisk sykepleier forteller hun om sin datters liv. En opplevelse av å ikke bli sett, hört eller respektert, samt rigide rutiner og faglig tilnærming uten mellommenneskelig innhold, synes å kunne resultere i dårlige relasjoner og følgelig mangelfulle allianser og compliance.

likeverdighet mellom rådgiver og hjelpesøker er det i den forstand at rådgiveren har ansvaret for å bringe samtalen framover, og for at den gir et resultat som fører hjelpesøkeren videre fram mot en løsning av de sakene han / hun melder.ö (Johannesen, Kokkersvoll et. al 1994, gjengitt i Sollesnes 2005: 93)

Begrepet allianse framsto som viktig i intervjuene og deltagerne ble utfordret til å utdype hva de forsto med öbærende allianserö. Funnene viser at trygghet og tillit, samt evne til å vise forståelse, ro og aksept var viktige faktorer for å komme i posisjon, eller som en deltager uttrykte; ötuneö seg inn på en annen. Personalet viser at kunnskap om ulike følelsesuttrykk og reaksjoner, er av betydning for å kunne se sammenhenger utover diagnoser eller symptomer. Slik støtter resultatene opp under Vatnes (2006) studie hvor hun beskriver tilnærming basert på faglighet *i tillegg* til mellommenneskelige forhold som viktig for å oppnå en terapeutisk relasjon; altså noe mer enn et öfamilie- og vennskapsforholdö. Slik jeg tolker resultatene i studien er en forutsetning for gode relasjoner at personalet bruker sin öhelhetlige kompetanseö. Ved å legge premisser for selvbestemmelse og mestring viser studiens funn at personlige egenskaper, faglig kompetanse og ferdigheter, og verdier må være til stede. Ved manglende kompetanse på ett av disse områdene vil antagelig opplevelsen av konsistens også forringes. Lauveng (2005) belyser balansen mellom faglig ekspertise og det å være et medlemmenneske. Sett i sammenheng med Lauvengs skildring, samt Vatne (2006), støttes studiens funn om at faglighet i seg selv ikke er nok for å oppnå gode relasjoner, men at verdier og personlige egenskaper også er av betydning. Slik utgjøres vår profesjonelle kompetanse (Skau 2005).

Den grunnleggende innstillingen en viser i møte med mennesker, og respekt for integritet og verdighet på en ekte og gjensidig måte, er viktig for å kunne møte noen i en likeverdig relasjon (Karlsson 2008). Studiens funn viser at personalet strekker seg langt for å imøtekomme beboere og bygge holdbare relasjoner på et likeverdig plan. Dette er allikevel en faktor man må ha et bevisst forhold til da beboerne ved institusjonen ofte har et udefinert tidsavgrenset opphold. Situasjoner hvor beboere kommer i avhengighetsforhold til personalet synes ikke hensiktsmessig da et overordnet mål er å styrke den enkeltes mestring av eget liv. Topor og Borg (2007) har gjennom sin forskning om hva som öhjelperö i bedringsprosesser funnet at de terapeuter som går ut over sin rolle og det som forventes av dem som fagpersoner, ofte knyttes til det som kalles övende-punkterö. Dette underbygges videre

) som konkluderer med at pasienter som opplever empati, varme og gjensidig respekt kommer bedre ut av

behandlingen. Hvordan personalet balanserer det å være nær, uten å gjøre beboerne avhengig av seg synes viktig, og utfordrer ökunsten i samspillö. Å være sitt mandat bevisst, og klare å være ötilstedeö i situasjonen, ved å støtte beboeren i å oppnå ökt kontroll i eget liv, synes viktigere enn å ivareta sine egne mål og ønsker for den andre. Slik kan man med utgangspunkt i relasjonelle forhold bidra til en bedre maktbalanse (Stang 1998).

Studiens resultater viser at personalet ikke bruker ordet överdiö i den daglige talen. Ordet öholdningerö synes mer kjent og knyttes opp i mot innholdet i verdiene respekt, frihet og glede. Prosjektet synes allikevel å ha satt i gang en prosess hos de ansatte, da det kommer tydelig til uttrykk gjennom samtalene at deres handlingsvalg i stor grad styres av verdier. Verdiene synes godt forankret i det daglige arbeidet, og ökt bevisstgjøring kan slik jeg ser det, ha hatt betydning for personalets evne til å tilstrebe gode allianser. Dette er i tråd med Barbosa Da Silva`s (1998) beskrivelse av muligheten for konsistens i terapeutiske relasjoner. Ved en bio-medisinsk forståelse av psykiske lidelser og fokusering på vitenskaplig anerkjente metoder og tilnærming, synes det som om mulighetene for å oppnå gode relasjoner ville kunne reduseres. Hvis helsearbeidere omtaler seg selv som *instrumenter* eller *verktøy* vil man antagelig bygge opp under en dehumanisering av pleien, da det i begrepene ligger en forventning om et distansert forhold uten mellommenneskelige aspekter (Skau 2005). Informantene viser at de bruker seg selv, ikke som verktøy, men som mennesker når de tilkjennegir egne mangler og feilbarligheter ved å delta og støtte beboere i aktiviteter, eller på arenaer hvor de innehar ekspertrollen. Slik kommer verdiene respekt, frihet og glede til uttrykk uten at de artikuleres, ved at de vurderer den enkelte beboers ståsted öher-og-nåö, når de videre ötunerö seg inn til samhandling. Hummelvoll (2006) belyser samme fenomen i forskningsprosjektet öVerdiundersökende samtalerö, hvor han konkluderer med at verdier kan være mer eller mindre ubevisst til stede i daglig arbeidshandling. Ved refleksjon og bevisstgjøring ser man at det er viktige elementer for å lykkes i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser. At fag fortsatt er viktig for relasjonsarbeid synes det ingen tvil om, men evnen til refleksjon, og bevissthet i forhold til egen person synes fundamentalt for alliansebygging.

En deltager sier: *öVi kjenner dem så godt, og vet gjerne hva de prøver å fortelle uten at de sier det direkteö. Dette kan slik jeg forstår det handle om betydningen av kontinuitet. Flere*

ved å være önyö, og at det da oppleves vanskeligere å
er den enkelte. Informantene synliggjör også at beboerne
ofte holder avstand når nye mennesker er på jobb. Slik jeg ser det kan dette bunne i
psykoselidelsens utfordringer knyttet til å inngå relasjonelle forhold, og det kan skyldes
beboernes behov for forutsigbarhet (Cullberg1999, Ekenes 2008). Det kan også si noe om
organiseringen av arbeidsplassen med hensyn til avdelingens størrelse og antall beboere. Friis
(1984) studerte hva slags postmiljö som er hensiktsmessig for mennesker med psykose, og et
gunstig antall beskrives å være 8 ó 10 pasienter pr post. Når det ved enheten studien er
gjennomført bor 16 mennesker sammen, kan dette være en medvirkende årsak til at enkelte
informanter opplever utfordringer knyttet til kontaktetablering. Til tross for at det er
opprettet ansvarsgrupper med bakgrunn i primærsykepleieprinsippet vil det kunne gå lang tid
mellom hver gang personalet er den enkeltes miljøkontakt. Slik får man ikke ivaretatt den
kontinuitet som er viktig for mennesker med psykose (Strand 1998) og følgelig bekrefte
studiens funn om at flere forhold gjensidig påvirker hverandre. Man kan ikke se på beboernes
behov løst fra personalets egenskaper, ei heller uten å ta hensyn til de strukturelle forhold.
Resultatet støtter opp om Mæhlum`s (2005) funn i masteravhandlingen; öDen økende
sårbarheten hos mennesker med begynnende demensö hvor hun finner at tid synes som en
viktig faktor for å opparbeide trygghet og tillit, og at kontinuitet i hjelpetilbudet er av
betydning for å oppnå et likeverdig tillitsforhold. Jeg forstår mennesker med langvarige, ofte
livslange psykoselidelser, også som sårbare, og at utfordringer knyttet til relasjonelle forhold
videre kan skyldes manglende kontinuitet i tilbudet. Hvordan kontinuitet også kan forstås
negativt hvis man ikke tar hensyn til individuelle ønsker synes viktig å reflektere:

*öJeg ble belastet med en primærkontakt, jeg overhodet ikke klarte å kommunisere med. Og
det verste av alt, jeg fikk henne igjen ved neste innleggelse også. For å holde en viss
kontinuitet, som de kalte detö (Frahm i Freiesleben 2008).*

Resultatene i studien viser at personalet kan oppleve beboernes ønsker om å velge kontakt
som konfliktfylt. Spesielt synes opplevelse av avvising, eller å ikke öslippe tilö for å gjøre en
god jobb utfordrende. Dette kan også skyldes at personalet opplever sin egen rolle truet ved
at beboere kan få for mye innflytelse, og at arbeidet dermed kan bli uforutsigbart og
komplisert. Slik utfordres spørsmålet om selvbestemmelse og likeverdighet. Er det slik at
man som hjelpe er villige til å slippe den kontrollen man har slik at et likeverdig forhold kan
realiseres?

krives tid i ulike dimensjoner; både med hensyn til tid til rekvensö, samt i et mer langsiktig perspektiv i form av varigheten av opphold. Studiens funn i forhold til betydningen av nok tid, sammenfaller med resultater fra Stensrud (2007) hvor han beskriver tidsaspektet som viktig i relasjonsbyggingen. I motsetning til hans studie (Ibid.) uttrykker informantene at varighet på oppholdet ikke oppleves som en utfordring, men at det ofte etterlyses mer tid til den enkelte i form av en-til-en bemanning. Det framstår som enighet om at tid er en forutsetning for å bli kjent, og først når man har blitt kjent kan man bygge en bærende allianse. Tid kan ses som en utfordring, da man i helevesenet lever med krav om effektivitet. Hvordan brutte relasjoner kan medføre negative opplevelser for pasientene på bakgrunn av tidspress og kortere liggetid vises slik: *ö... Pasientene blir fulgt fra A til E istedenfor fra A til Åö* (Stensrud 2007:75).

Nedlegging av langtidsplasser og tilbakeføring av langtidssyke til kommunene må sees i forhold til tidsaspektet (Stortingsmelding 25, 1996 ó 1997). Kjøp av plasser i ulike institusjoner bør derfor diskuteres på et overordnet nivå da det i ytterste konsekvens kan frarøve mennesker muligheten til å bo i eget nærmiljø. Samtidig kan eksterne plasser representere en trygghet når eksisterende tilbud i kommunen er mangelfullt. Slik kan kjøp av plass sikre et forsvarlig omsorgstilbud. Utfordringer kan videre oppstå da man på bakgrunn av politiske öströmmingerö kan komme i situasjoner hvor økonomi er styrende for kommunenes öbestillingö, og at kontinuitet og forutsigbarhet dermed trues.

5.3.2 Selvbestemmelse Æ et dilemma mellom autonomi og paternalisme

Grunnleggende for tildeling av plass ved avdelingen studien er gjennomført, er at personene selv önsker et tilbud, eller gir sitt samtykke. Allikevel bør det stilles spørsmål til beboernes reelle mulighet til å foreta valg, og om hva som ligger i begrepene *önske* og *samtykke*. Felles for mennesker med psykose er ofte en sterk følelse av mangel på kontroll, lav selvtillit og lite håp (Sunde 2008). I tillegg opplever mange en hverdag med frustrasjon og fortvilelse hvor de er usikre på egen eksistens. Kringelen (2001:269) sier at mellom 0.5 og 1 % av befolkningen har öschizofrent syndromö. Rundt halvparten av disse vil ha en framtid preget av symptomer og av den grunn være uföretrygdede resten av livet (Cullberg 1999, 2001). Studiens funn viser at de fleste beboerne ved enheten har en hverdag preget av psykotiske gjennombrudd og et dertil kaotisk indre liv. Det synes derfor viktig å diskutere i hvilken grad valg er foretatt på

et er ønsket. Man kan tenke at forhold som manglende
velse av at andre vet hva som er best for dem kan påvirke
deres evne til å velge. I tillegg kan nedsatt kognitiv fungering og dermed manglende evne til å
se hvilke implikasjoner dette får for deres liv, være av betydning. Slike spørsmål synliggjør
dilemmaer hvor autonomi og paternalisme berøres, og hvor hjelperes makt kan være styrende
for vedtak som blir fattet.

Resultatene viser tydelig at personalet tilstreber å være oppriktige og realistiske i sin
væremåte sammen med beboerne, og at de fokuserer öher- og- nå-prosesserö mer enn
framtsutsikter. Det framkom videre at de evner å formidle frihet og mestringsglede til den
enkelte, men at man i sin streben etter å hjelpe mennesker til å tro på egne ressurser, også
balanserer mellom autonomi og paternalisme. Dette synliggjøres ved informantenes
framstilling av forskjellen på å ömotivere og maseö, eller ölede og pusheö. Slik jeg ser det kan
ikke dette ses lösrevet fra faglig kompetanse, da det krever en bevisst holdning i forhold til
den makt man har i form av posisjon. En annen side ved öher-og- nå-prosesserö kan baseres
på en pessimistisk holdning til beboerne, hvor fokus rettes mot å få dagene til å gå, mer enn å
fylle de med innhold. Informantene viser at så ikke er tilfelle, og at fokus flyttet fra
bedringsprosesser og framtsdrömmar, søker å hjelpe beboerne med å finne mening i livet
slik de lever, mer enn at de fokuserer hvordan det kunne ha vært.

Igjen bør spørsmål stilles om hvem som definerer hva som er riktig hjelp, og hvilke rett man
har i førstelinjeomsorgen til å handle mot beboeres ønsker, selv om man mener at det er en
faglig godt begrunnet handling. Ved å fokusere personalets målsettinger mer enn beboernes
ønsker vil åpenbart selvbestemmelse trues.

Alle dilemma innebærer at man må foreta valg ut i fra hva man mener er det beste alternativ
eller medfører minst skade (Slettebø 2002). I enkelte situasjoner vil man ikke som hjelper ha
den myndighet man kunne ønske i forhold til valg som omhandler andre. En humanistisk
tankegang står for rettigheter, frihet og ansvar og videre at mennesker fritt kan gjøre valg som
omhandler seg selv. Resultatene i studien viser at personalet opplever situasjoner spesielt til
kosthold, døgnrytme og hygiene hvor de og beboerne har motstridende ønsker. Maktaspektet
er viktig å fokusere enten det er *makt over* eller *makt til* (Stang 1998). Informantene formidler
at de er bevisst maktforholdet i hjelperelasjon, og at de kontinuerlig forsøker å reflektere over
dette. Allikevel viser resultatene at de opplever det som vanskelig å slippe öekspert-rollenö og

ekte eller indirekte påfører seg selv øskadeö. Ved en sin makt og bestemme over en annen, og slik vil man kunne forhindre uønsket handling. Dette vil naturlig nok ikke ivareta selvbestemmelse, og følgelig vil man også frata den enkelte det ansvar man har i form av å være et menneske. Med utgangspunkt i unnvikelse, eller at man ikke hensyntar sin merforståelse, vil situasjonen preges av unnlattelsessynd (Martinsen 1989; 2005). Slik jeg forstår det vil begge tilnæringsmåter være like uheldig, og det handler om å bruke sin makt på en ydmyk, og bevisst måte. Når målet er å bidra til økt selvbestemmelse og mestring, er det vanskelig å forestille seg at krav og forventninger fra andre vil bidra i positiv retning (Grendstad 1986). Man kan tenke at en støttende og anerkjennende holdning, ved å fokusere betydningen av gode handlingsalternativer, vil kunne medføre at beboere etter hvert får økt ansvar i eget liv, og at mestringsopplevelser vil kunne følge. Dette støttes av McCann & Clark (2003). De har i forskning i Australia, fokusert selvbestemmelse for unge mennesker med schizofreni i kommunehelsetjenesten. Resultatene viser at selvbestemmelse er knyttet til sykepleiernes evne til å hjelpe klientene til å oppnå større kontroll i eget liv ved å fokusere veiledning og opplæring i forhold til deres lidelse, og faktorer de selv opplever som betydningsfulle for velvære. Slik jeg forstår informantene er *metoden* man benytter i forsøket på å veilede og motivere, viktig. Dette vil være avgjørende for om beboerne opplever anerkjennelse og aksept, eller krenkelse. Ved å velge å öpusheö er det slik jeg ser det stor risiko for at man kommer i en situasjon hvor maktaspektet berøres, og følgelig at selvbestemmelse trues. I pedagogikken vises det til betydningen av aksept i forhold til læring, dette kan videre ses i sammenheng med betydningen av anerkjennelse, som vi kjenner i sykepleien (Vatne 2006).

öÅ akseptere den andre slik han er, er et viktig ledd i å skape et forhold hvor den andre kan vokse, utvikle seg, forandre seg på en mer konstruktiv måteí (). En person må føle seg godtatt slik som han er. Først da føler han seg fri og kan begynne å tenke på hvordan han vil forandre seg, vokse og bli mer slik han har mulighet for å være. Å akseptere den andre er å frigjøre hamö. (Gordon 1974:47)

Til tross for konsensus i ønsket om å gjøre det beste for beboerne, viser resultatene i studien ulike erfaringer og opplevelser knyttet til det å ölykkesö som personale. Man bør reflektere over beboeres mulige angst for å miste relasjoner og allianser med personalet, slik at makten kan komme til uttrykk ved at de öföyerö seg. En informant uttalte: *öí vi setter liksom vår ære i å få gjennomført denne badingaí ö. Hvis man derimot er for opptatt av å ivareta*

sikere å overse problemstillinger som i utgangspunktet re og da kunne true helse og forringe mulighetene til mestring. Deltagerne viser til betydningen av ordvalg i ulike situasjoner slik at man ikke framstår som öbedreviterö, men stiller seg mer undrende og åpen for de svar man får. En slik öeleganseö synes viktig når man ønsker å motivere til gode handlingsvalg, og samarbeid bygget på likeverdighet.

5.3.3 Utfordringer knyttet til hjelperollen

Resultatene i studien viser at et ønske om å ville en annen godt innebærer utfordringer for hjelperen så vel som beboeren. Det framkommer konsensus i gruppa om at en del av beboerne har ökommet segö. Om dette er subjektive opplevelser basert på personalets ötålegrenseö av et synlig symptombilde, effekt av god medikasjon, eller tilfeldigheter og en blanding av flere forhold er usikkert. Rund (1999) viser til at det tidligere har vært knyttet sterk pessimisme til alvorlige psykotiske tilstander, men at det i nyere forskning bekreftes at flere får öorden på livetö. Informantene beskriver hvordan de på ulike måter motiverer beboere til aktiviteter, slik at de kan oppleve mestring, og det framkommer at de er lite opptatt av lidelse og symptomer som fenomen. Slik synes fokus flyttet bort fra funksjonshindringer og begrensninger, mot muligheter. Resultatene i studien kan fölgelig ses i sammenheng med det salutogene perspektiv knyttet til helse (Antonovsky 1996; 2000).

Hvordan personalet erfarer rollen som hjelper kommer også til uttrykk gjennom samtalene. De tilkjenne gir et varierende kunnskapsgrunnlag i personalgruppa, og viser til at uhensiktsmessige situasjoner kan oppstå om man ikke bruker sin kunnskap i mötet med beboerne, slik at de kan være i forkant, og forebygge eller forutse eventuelle öepisoderö. Planlegging og gjennomföring av aktiviteter må alltid treffes på bakgrunn av bevissthet omkring den enkeltes lidelsesuttrykk. Det å ösatseö framkommer som betydningsfullt i forhold til mestringsopplevelser. I situasjoner hvor beboerne framstår som eksperter, vil man kunne identifisere evner og muligheter, men her kan også personalets rolle trues, da de må våge å begi seg utpå arenaer de ikke kjenner. Dette kan medföre uforutsigbare hverdager, men samtidig vies personalet tillit, i form av at de må stole på egen vurderingsevne. Innen empowerment-litteraturen har kritikk blitt framsatt da enkelte har hevdet at sykepleiere må få makt för de kan gi fra seg makt (Stang 1998). Avhengig av hvilke perspektiv man inntar, og

Denne kritikken både begrunnes og forkastes. Resultatene i studien viser at beboerne opplever å være tildelt makt ved at de på grunnlag av få regler og strukturer må stole på egen vurderingsevne. Samtidig synliggjøres deres ønsker om å myndiggjøre beboerne. Det synes i så måte som om det grunnleggende ønsket om å bidra til selvbestemmelse, overskygger behovet for å heve egen posisjon, noe som kommer til uttrykk ved at de tilstreber likeverdighet.

De fleste beboerne ved enheten har flere års erfaring fra hjelpeapparatet, og man kan lese i journaler: öferdig behandletö, eller öikke behandlingsbar schizofreniö. Denne omtalen av mennesker kan være med å opprettholde et negativt fokus og lite håp om bedring for den det gjelder, og vil følgelig kunne ha betydning for de ansatte. Resultatene viser at personalets integrerte vilje til å møte mennesker på en anerkjennende måte, er framtrødende i arbeidet. I følge forskning er det en liten del av bedringsprosesser som entydig kan tillegges medikamenter eller valgt metode i behandlingen. Jeg forstår at resultatene om et bevisst fokus på gode relasjoner preget av støtte, tillit og trygghet samsvarer med disse funnene (Hubble, Duncan & Miller 1999). Man bør allikevel reflektere over hvordan manglende progresjon vil kunne påvirke de ansatte ved at de mister sitt engasjement og følgelig opplevelse av å utføre en viktig jobb, slik at utbrenthet og stressrelaterte sykdommer kan oppstå.

Informantene løfter fram betydningen av å føle seg ivaretatt, samt at de har behov for kunnskap for å forstå sammenheng mellom beboernes lidelse og adferd, og egen faglig rolle. I enheten studien er gjennomført har man fokusert veiledning over en periode, noe som anses som et viktig bidrag for å imøtekomme personalets behov. Flere forskningsrapporter og litteratur viser at det å tåle, og holde ut andres valg er en av de viktigste egenskaper man som helsearbeider har i samhandling med psykoselidende, og at en kontinuerlig prosess med holdningsarbeid, likeverd, respekt og medbestemmelse er nødvendig (Holte 2006). Studiens funn tilkjenner at personalet i stor grad påvirkes på et personlig plan i forhold til å öholde utö, og informantene tilkjenner emosjonell påvirkning. Slik kan resultatene støtte funn fra Fagin et.al (1995) som beskriver psykiatriske sykepleiere i kommunehelsetjenestens utfordringer knyttet til stress og utbrenthet, da spesielt emosjonell utmattelse. Hvordan behov for veiledning og kompetanseheving blir ivaretatt synes å være av betydning for personalets opplevelse av å finne mening i et utfordrende arbeid.

raksis og anbefalinger for videre

Arbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse stiller store krav til personalet. Denne studien viser at faktorer både på individ- og organisatorisk nivå er av betydning for det enkelte menneskets muligheter for selvbestemmelse og mestring. Noen grupper i samfunnet vil alltid ha behov som strekker seg utover eksisterende tilbud, og individualisert tilnærming synes derfor hensiktsmessig.

Hva som er til hjelp er belyst i en rekke studier, og det synes derfor underlig at man fortsatt har behov for kunnskap om blant annet relasjonelle faktorerets betydning i behandling av psykiske lidelser. Brukeres opplevelse av undertrykking og krenkelse er kjent i helsefaget, samtidig som man vet at fagpersonell opplever mangelfulle ressurser i form av tid og kompetanse. Gjennom Veileder 2007: öHvordan kommer vi fra visjoner til handling?... og bedre skal det bli!ö, påpekes fem punkter som er av betydning for et bedre helse-Norge. Disse områdene samsvarer i stor grad med resultater i denne studien og underbygger derfor nødvendigheten av økt innsats i fagfeltet.

Relasjoner er virksomme, og relasjoner krever tid (Topor og Borg 2007). I en hverdag med nedbygging av sykehusplasser, effektivitetskrav og forventninger om progresjon, vil mennesker med antatt dårlig prognose ha forringet mulighet i kampen om de beste behandlingsplassene. Flere studier viser til at mennesker med alvorlig psykisk lidelse har et bedringspotensial, under riktig behandling. Hva som er avgjørende i bedringsprosesser synes derfor viktig å fokusere ytterligere, slik at man på et helsepolitisk nivå kan gjøre anstøt som bidrar til bedre resultater også for denne gruppen. Resultatene i denne studien viser til personalets opplevelse av at flere av beboerne over tid har ökommet segö. Samtidig synliggjøres et utviklingspotensial i forhold til mer bevisst opplæring og veiledning av beboerne, i forhold til deres egen lidelse og faktorer de selv mener fremmer opplevelse av velvære.

På bakgrunn av resultatene i denne studien synes bevissthet rundt eget grunnsyn som et viktig bidrag for å øke beboernes muligheter for selvbestemmelse og mestring. Den enkelte yrkesutøvers verdiforankring vil på bakgrunn av sentrale føringer være av betydning for omsorg basert på individuelle behov. For å imøtekomme anbefalinger og nedfelte rettigheter

og likeverdighet, synes det viktig å øke den enkelte
öHvordan kommer vi fra visjoner til handling?... og
bedre skal det bli!ö, viser til tiltaket östyrking av systematisk erfaringsutveksling og refleksjon
over praksisö (Ibid.: 30-31). I avdelingen studien er gjennomført synliggjøres verdiene
respekt, frihet og glede som et integrert verdigrunnlag, og det synes videre som om
fokusering på veiledning og holdningsarbeid over tid har hatt betydning for den praksis som
er gjeldende, og at denne studien har gitt et ytterligere bidrag i dette arbeidet. Samtidig viser
resultatene at man bør fortsette å fokusere holdningsarbeide og kompetanseheving etter
studiens avslutning, og muligens videreutvikle dagens veiledningstilbud for å bevare
personalets engasjement og følgelig mulighetene for bedre praksis. Et viktig område for
forskning vil kunne være i forhold til yrkesutøveres opplevelse av egen rolle og mandat, i
kraft av sin stilling, samt hvilke betydning kunnskapsbesittelse og veiledning har for å
forebygge stressrelaterte sykdommer for personalet. Dette anses som et interessant felt å
utforske videre i denne studien. Kunnskap som kan identifiseres i det enkelte
behandlingstilbud, faller inn under aksjonsforskningstradisjonen, og slik vil dette kunne være
en relevant tilnærming (Hummelvoll (red.) 2003).

For å bidra til kompetanseheving stilles det krav til den enkelte yrkesutøver så vel som
organisasjonen. Opptreppingsplanen (1999-2006) er utvidet til 2008, og har medført
öremerkede midler til psykisk helsearbeid. Botilbud ved institusjonen studien er gjennomført
finansieres av kommuner og bydeler, og spørsmål om økonomi er av betydning med hensyn til
tilbudets innhold og varighet. Det framkom i studien at beboere opplever økonomi som en
hemmende faktor i forhold til selvbestemmelse. Ut ifra tidligere forskning vet man at økonomi
er av betydning for psykisk helse, og hvordan man kan tilrettelegge for at mennesker skal ha
reelle muligheter for samfunnsdeltagelse, synes derfor viktig å fokusere ytterligere.

Hensikten med studien har vært å identifisere og videreutvikle arbeidet ved en gitt avdeling, slik at beboerne kan få bedre muligheter til å oppleve selvbestemmelse og mestring av eget liv. Gjennom et handlingsorientert forskningssamarbeid har man fra studiens oppstart i januar 2008 fokusert selvbestemmelse, mestring og verdier. Deltagerne har fått mulighet til å formidle sine erfaringer og opplevelser, og sjekket ut egne og hverandres synspunkter gjennom samtale og dialog. Resultatene synes i stor grad å besvare forskningsspørsmålene, og synes også å samsvare med funn fra andre studier. Min førforståelse har på mange områder blitt bekreftet, men kunnskap om arbeidsmiljø og avdelingsledelsens betydning for å kunne holde ut og opprettholde engasjement i en utfordrende hverdag, har gitt meg viktige tanker i forhold til videre arbeid med kompetanseheving og veiledning. Deltagelse i prosjektet har satt i gang en prosess hvor personalet har blitt mer bevisst sin rolle som hjelpere for mennesker som ser verden på en annen måte enn seg selv, samt at de reflekterer mer over egen funksjon i det daglige arbeidet.

Gjennom denne studien synliggjøres personalets menneskesyn og holdninger som betydningsfullt i forhold til deres evne og vilje til å fremme elementer som muliggjør selvbestemmelse. I tillegg fremsettes god avdelingskultur som en forutsetning for å få det handlingsrom de opplever som nødvendig, for å kunne bidra til autonomi. Problemstillingen synes ikke konfliktfri. Det er mange fallgruver å gå i, slik en informant beskrev: *öDa er det viktig at vi passer på hverandre, for det er så fort gjort å trå feil í ö*

I følgende underkapittel vil det på bakgrunn av problemstilling og forskningsspørsmål redegjøres for studiens funn.

öHvordan erfarer helsearbeidere ved en institusjon i førstelinjetjenesten at mennesker med alvorlig psykisk lidelse får mulighet til selvbestemmelse og mestring av eget liv?

1. *Hvilke faktorer fremmer eller hemmer beboernes mulighet til selvbestemmelse og mestring?*
2. *Hvilke utfordringer gir det å imøtekomme og tilrettelegge for selvbestemmelse, samtidig som man ivaretar egen faglig forankring og verdiene respekt, frihet og glede?*
3. *Finnes det motsetninger i dette feltet?*

- Mange faktorer synes å både fremme og hemme selvbestemmelse og mestring. Tvetydigheten ved å *ville andre godt* kommer tydelig til uttrykk i studien. Hvordan man som ansatt legger til rette for selvbestemmelse og det å gjøre godt for andre avhenger av flere forhold. Resultatene viser at personalet ut i fra et humanistisk grunnsyn, med holdninger styrt av verdiene respekt, frihet og glede, gir et godt utgangspunkt for at mennesker med alvorlig psykisk lidelse skal kunne oppnå økt kontroll i eget liv
- Selvbestemmelse for mennesker som ikke er vant til det synes utfordrende, og krever at relasjoner varer over tid, og at personalet har egenskaper som ydmykhet, fleksibilitet og utholdenhet, i tillegg til faglig kunnskap. Evne til å ivareta individuelle behov, mer enn regelstyring framkommer som viktig. Tilnærming krever at man balanserer beskyttelse, støtte, krav og forventninger ut ifra person, tid og sted.
- Ved at personalet fokuserer muligheter mer enn begrensninger, og er bevisst egen rolle som veileder og likeverdig samarbeidspartner mer enn ekspert, fremmes klima for gode samhandlingsmønstre. Tilnærming med utgangspunkt i salutogen tenkning,

erfaring og opplevelse av meningsfulle hverdager synliggjøres gjennom alle avtaler. Videre framkommer et utviklingspotensial i forhold til økt fokusering av psykoeducativ tilnærming.

- Informantene tilkjenner utfordringer når de erfarer motsetninger mellom egen faglig overbevisning og beboernes ønsker og handlinger. Et godt arbeidsmiljø og avdelingskultur preget av ötakhöydeö, samt tydelig ledelse er medvirkende for å forhindre avmaktstfølelse. Muligheter for faglige samtaler og veiledning synes nødvendig for å forebygge stressrelaterte plager.
- Handlingsorientert forskningssamarbeid hvor kunnskap skapes sammen med de om erfarer virkeligheten er et viktig bidrag for bevisstgjøring og refleksjon for å forbedre praksis.

Studien viser at beboeres mulighet til selvbestemmelse og mestring bygger på flere faktorer som gjensidig synes å påvirke hverandre. Bevissthet og refleksjon framstår som en kilde til bedre hverdager både for beboere og ansatte. Samarbeid og samhandling krever at man evner å lære av hverandre ut i fra gode og dårlige erfaringer, samtidig som man som ansatt balanserer utfordringen mellom å ta ansvar for, og i perioder ansvar fra mennesker med alvorlig psykisk lidelse.

öHvis du virkelig er vis så leder du ikke den andre til din visdoms döör, men du leder han til sin egen visdoms döörterskelö. Fritt etter Kahlil Gibran

- Aadland E. (1997). *ÖOg eg ser på degí ö vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag*. Oslo: Tano Ascheoug
- Almvik A. og L. Borge (red.). (2000). *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget
- Almvik A. og L. Borge (2007). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget
- Andersen A. J. W og B. Karlsson (1998). *Psykiatri i endring ó forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Antonovsky A. (2000). *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag
- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Great Britain: *Oxford University Press*. Vol 11. No. 1
- Askeheim O. P. og Starrin B. (red.). (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ascheoug og Gyldendals store norske leksikon 1997
- Austrem L. M. (2006). *Hør jeg har noe å fortelle! Om psykisk helsevern*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Barbosa Da Silva A. (1998). *ÖEt holistisk paradigme for psykiatri i utviklingö. I: Psykiatri i endring ó forståelse og perspektiv på klinisk arbeid*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Beston G. (2005). *ÖNår en er syk i psyken. For å kunne hjelpe må du møte mennesker der de er ó men da må du vite hvor der erö. I *Den stygge andungenö*. Østnorsk kompetansesenter. Stavanger: Hertervig forlag*
- Borg M. og A. Topor (2003). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget
- Buber, M. (1992). *Jeg og du*. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS
- Buber, M. (1954 / 1995). *Det mellommenneskelige*. Ludvika: Dualis Förlag AB

tri. Oslo: Tano Ascheough

Cumberg J. (2001). *Psykoset. Et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget

Coughlan D. & Cassey M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing research in your own hospital. *Journal of Advanced nursing*, 35 (5): 674-782

Donovan R. M. (2007). Brukermedvirkning en utopi? *Tidsskriftet Psykisk Helse*, Nr.6:30

Eide H. og Eide T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling konfliktløsning, etikk*. Revidert utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Ekeland T. J. (1999). Evidensbasert behandling: Kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36. 1036 ó 1047.

Ekenes J. (2008) *Psykoset*. <http://home.no.net/habilnet/psykoset.htm> Hentet 20.06.2008

Fagermoen, M. S. et al. (1981). *Sykepleie: fag og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget

Fagin L., Brown D., Barlett H., Leary J. (1995). The claybury Community Psychiatric Nurse Stress Study: Is it more stressfull to work in hospital or in the community? *Journal of Advanced Nursing*. 22: 347 - 358

Foss C. og Ellefsen (2005). *Helsetjenesteforskning. Perspektiver, metoder og muligheter*. Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Friis S. (1981) Hva slags postatmosfære er terapeutisk for psykotiske og for ikke-psykotiske pasienter? Om nødvendigheten av å differensiere behandlingsmiljøer. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening* 1981; 101; (14), 848 ó 852.

Friis S. (1984). Hva slags kunnskap har vi om hva slags behandlingsmiljø som er gunstig for ulike typer pasienter? I Vaglum P. (red.). *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget

Friis S. og Vaglum P. (1999). *Fra idè til prosjekt ó en innføring i klinisk forskning*. Oslo: Tano Aschehoug A/S

Gordon T. (1974). *Snakk med oss lærer. Trening i kommunikasjon og konfliktløsning*. Oslo: Grøndahl og Dreyer Forlag AS

Granerud A. (2008). Handlingsorientert forskningssamarbeid innen psykiatrisk sykepleie i kommunehelsetjenesten. I: *Se mennesket ó om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Green M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry* (153), 321-330

Grendstad N. M. (1986). *Å lære er å oppdage*. Oslo: Didakta Norsk Forlag AS

Gunderson J. G. (1978). Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, Vol. 41:327-335

Haugsgjerd S., Jensen P., Karlsson B. og Løkke J. A (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hellevik O. (2003). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget

Hewitt, J. and M Coffey (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 561 ó 570

Holte A (2006). Pårørende til psykisk lidende. Fra tilskuer til samarbeidspartner. I: *Hør jeg har noe å fortelle!* Om psykisk helsevern. Austrem L. M. (Red). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hubble M, B. Duncan & S. Miller (Eds.). (1999). *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association

Hummelvoll J. K, Nordby K. E og Sundmoen V. (1989). *Samarbeid med psykotiske mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Da Silva (1996). Det kvalitative forskningsintervju som psykiatriske sykepleierens profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden* Vol. No. 2, 25-32
- Hummelvoll J. K. (1998). *Internasjonalt utsyn ó resymè av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 2
- Hummelvoll J. K (red.) (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hummelvoll J. K (2004). *Helt ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Hummelvoll J. K (2006). Verdiundersøkende samtaler i lokalsamfunnsbasert psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 3 ó Nr.2: 116-127
- Hummelvoll J. K (2007). Fokusgruppeintervju ó en sentral metode i handlingsorientert forskningssamarbeid. I Beston G., Borge L., Eriksson B. G., Holte J. S., Hummelvoll J. K., & Ottosen A (red.). *Handlingsorientert forskningssamarbeid. Refleksjoner fra forskningsprosjektet öHelsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnetö (PHIL)*. Elverum: Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 1
- Hummelvoll J. K. (2008). The multistage focus group interview. A relevant and fruitful method in action research based on a co-operative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2008; 10: 1, 3-14
- Håkonsen K. M. (2000). *Mestring og lidelse. Psykiatri for helse og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Johansson, H. & Eklund M. (2003). Patients opinion on what constitutes good psychiatric care. *Nordic College of Caring Sciences* (17), 339-346.
- Jordahl H. og Repål A. (1999). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget
- Jørstad J. (1989). Utdfordringer i schizofrenibehandlingen. I Gilbert S., Haugsgjerd S, og Hjort H. (red.). *Livslinjer. Psykiatri og humanisme*. Oslo: Tano A.S

Knight M. T. D., Wykes T. and Hayward P. (2003). "People don't understand". An investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health*, 12 (3), 209 ó 222.

Kringelen E. (2001). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Kristoffersen K. (2006). *Helsens sammenhenger ó helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag

Kvale S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Kværna E. og Lund B. (2004). *Biter av Liv*. Miljøterapeutiske fortellinger og refleksjoner. Oslo: Gyldendal Akademisk

Lauveng A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen

Lindstrøm U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Malterud K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud K. og Walseth L. T. (2004). *Salutogenese og empowerment i allmenntmedisinsk perspektiv*. Tidsskriftet norsk legeförening nr. 1, 124: 65-66

Martinsen K. (1989) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. Tano: Oslo

Martinsen K. (2005) *Samtalen, skjønnhet og evidensen*. Oslo: Akribe Forlag

McCann T. V., & Clark E. (2004). Advanced self-determination with young adults who have schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11, 12-20

Mevik K. (2000). "Hvorfor kan ikke fagfolk bare være alminnelige mennesker?" Om samarbeid med pårørende i psykisk helsearbeid ó en feltmetodisk tilnærming. I Almvik A. og

- Morgan. D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. London: Sage Publications
- Mæhlum S. (2005). *Krenket jeg deg? Den økende sårbarheten hos personer med begynnende demens og omsorgspersoners mulighet til å respektere deres integritet*. Sverige: Nordiska Høgskolan
- Norvoll R. (2002) *Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Nysveen K., Veisten K., Granerud A. og Hummelvoll J. K. (2008). *Miljøterapiprosjektet. Mål og verdigrunnlag 1*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 1
- Nysveen K., Hagen E. K, Granerud A. og Nordby K. (2008). *Miljøterapiprosjektet. Mål og verdigrunnlag 2*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Notat nr. 3
- Pitkänen A., Hätönen H., Kuosmanen I., and Välimäki M. (2008). Patient`s descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. Tilgjengelig online 02.05.08. Hentet 04.07.08. doi:.1016/j.ijnurstu.2008.03.003 (Article in press, Corrected proof- note to users).
- Ruyter K. W, Førde R. og Solbakk J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Repstad P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Rund B. E. (red.). (2006). *Schizofreni*. Stavanger Hertervig
- Rustøen T. (2001). *Håp og livskvalitet ó en utfordring for sykepleieren*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Røkenes O. H. og Hansen P. H. (2006). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Samuelsen A. G. (2005). *Kunsten i samspill. Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Oslo: Gyldendal Akademiske

Sørensen A. E. (2005). *Min datter. I* *Den stygge andungen*. Østnorsk kompetansesenter. Stavanger: Hertervig forlag

Sosial- og helsedepartementet (1996): *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Stortingsmelding 25, 1996-97

Sosial- og helsedepartementet (1998): *Ansvar og meistring*. Stortingsmelding 21, 1998-99

Sosial- og helsedirektoratet. (1998). NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunen*

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder. Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? i og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*.

Stang I. (1998). *Makt og bemyndigelse ó om å ta pasient og brukervedvirkning på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget

Stensrud B. (2007). *Miljøterapi. Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 7

Strand L. (1990). *Fra kaos mot samling, meistring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter* Oslo: Gyldendal Akademisk

St.prp nr. 63 (1997-98) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*.

Sunde S. (2008). *Traumeperspektivet ved behandling av schizofreni*. <http://www.psykologforeningen.no/print.aspx?did=9045816> Hentet 13.05.08

Tengquist A. (2007). *Å begrense eller skape muligheter ó om sentrale holdninger i empowermentarbeidet*. I Askeheim O. P. og Starrin B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS

Thornquist E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Tveiten S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykkerí om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget

Ueland T. og Øie M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykoser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Vatne S. (2006). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Wahl A. & Ekeberg R. (2000). *Treet. En historie om autisme, uforstand og forvandling*. Tønsberg: Yggdrasil Forlag

Yalom, I. D. (2002). *Terapiens gave. Åpent brev til en ny generasjon terapeuter og deres pasienter*. Oslo: Pax forlag

Østby D. (2007). *Den miljøterapeutiske samtalen. En viktig kanal i samarbeidet med pasienter med en psykoselidelse*. Elverum: Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 8 ó 2007.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Vedlegg 1: Svar fra RSD

Vedlegg 2: Søknad til styret v/ inst.sjef, om gjennomføring av prosjektet (to sider)

Vedlegg 3: Svar fra styret ved institusjonen

Vedlegg 4: Informasjonsskriv til deltagere

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring

Vedlegg 6: Intervjuguide

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Arild Granerud
Avdeling for helse- og idrettsfag
Høgskolen i Hedmark
Kirkeveien 47
2418 ELVERUM

Harald Hårfagres gate 21
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 11.03.2008

Vår ref :18442 / 2 / PB Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.01.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

18442	EMPOWERMENT - bemyndigelse
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Hedmark, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Arild Granerud
Student	[REDACTED]

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

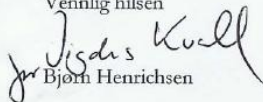
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2008, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: [REDACTED]

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uil.no

Til: [REDACTED]

20. februar 2008

SØKNAD OM GJENNOMFØRING AV FORSKNINGSPROSJEKT VED [REDACTED]

Psykisk helsearbeid er interessant og utfordrende. Daglige utfordringer krever at personalet har kunnskap og tålmodighet, samt engasjement og ydmykhet i forhold til jobben de skal utføre. Innen tradisjonelt psykisk helsearbeid har det i lengre tid vært stort fokus på brukermedvirkning og bruk av makt og tvang, noe som også gjenspeiles i lovverket.

Ved [REDACTED] synes det som man har kommet et godt stykke på vei når det gjelder disse forhold, men mye kan enda bedres. Som tjenesteyter må en forholde seg til avtaler med kommuner / bydeler hva økonomi og tilbud til beboerne angår, og forsøke å utføre best mulig bistand til den enkelte, ut i fra deres ønsker og målsetting. Dette medfører behov for kvalifisert personell, både faglig og medmenneskelig, og flere spørsmål reises. Hvordan skal man yte best mulig hjelp slik menneskers opplevelse av å mestre eget liv er tilstede? Hvilke faktorer fremmer den enkeltes mulighet til å delta i valg som omhandler en selv; altså opplevelsen av å bli bemyndiget til å foreta valgene? Hvordan oppleves det å være hjelper i spenningsfeltet mellom brukerens ønsker og egne faglige begrunnelser? Eller til slutt; Hvem definerer hva som er til hjelp?

Dette er spørsmål som utfordrer verdigrunnlaget; respekt, frihet og glede. Det synes derfor interessant å gjennomføre et forskningsprosjekt ved enheten, noe jeg ønsker å gjøre gjennom et masterstudie i psykisk helse, ved Høgskolen i Hedmark.

Studiens hensikt er å identifisere og videreutvikle faktorer ved personalets tilnærming til alvorlig psykisk syke (primært psykoselidende), som fremmer eller hemmer deres mulighet til selvbestemmelse, opplevelse av meningsfulle hverdager, og mestring av eget liv. Studien kan også ses som en oppfølging / videreføring av verdiprosjektet, eller som et utviklingsarbeid for enheten.

Målet er at dagens praksis skal bevisstgjøres og forankres i personalgruppa, med fokus på brukerens rett til å foreta egne valg og påvirke alle forhold som omhandler dem selv. Dette gjøres ved å reflektere sammen med personalet, gjennom dialogbasert tilnærming og faglig fordypning i det daglige arbeidet.

Et endelig mål er å identifisere kunnskap som kan være gjeldende for relasjonelt arbeid også ved andre steder.

Studien er tenkt gjennomført i perioden 10.02.08 til 01.08.08, og har et handlingsorientert forskningssamarbeid som overordnet design. Denne metoden bygger på et humanistisk og helhetlig grunnsyn, og målet for denne type forskning er å "utvikle kunnskap for handling". Jeg ønsker å gjennomføre flersteg fokusgruppeintervju hvor inntil 9 av personalet deltar hver gang. Dette vil organiseres som tre intervju med ca 14 dagers mellomrom fra ca 01.04.08. I etterkant av intervjuene vil foreløpige funn presenteres både på et husmøte for beboerne, samt på et felles personalmøte. Dette gjøres for at også de som mottar hjelp skal ha mulighet til å uttale seg, uten at de

utsettes for direkte intervjusituasjon, samt at data som framkommet sikres som gjenkjennbar for øvrige ansatte. Her vil det være mulighet for å utdype funn og tilføye kommentarer. Til slutt vil data analyseres og drøftes opp mot tidligere forskning og tilgjengelig litteratur, og avrundes med en konklusjon i en endelig rapport for prosjektet, mot slutten av juli.

Inklusjonskriteriene for deltagelse er helse / sosialfaglig utdanning (eller under utdanning), og minst et års erfaring fra enheten i 50% stilling eller mer. For øvrig må informantene ha minimum 2 års relevant praksis. I den grad det er menn som fyller inklusjonskriteriene er det ønskelig å få med synspunkter fra begge kjønn. Kriteriene er utarbeidet for å sikre at deltagerne har innsikt og oversikt både i forhold til verdimeessig og faglig forankring ved enheten, samt erfaring med brukerrettet arbeid. Utvelgelse av deltagere gjøres ved at alle som fyller inklusjonskriteriene får tilbud om å delta. Dersom flere enn 9 ansatte melder sin interesse, vil utvalg foretas av enhetsleder [REDACTED], i samråd med personalsjef [REDACTED].

Studien er meldt Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS, personvernombudet for forskning i Bergen, og svar derfra vil framvises før oppstart. Alle involverte deltagere vil få et informasjonsskriv om studiens hensikt og gjennomføring (jf vedlegg 1), og bes om å returnere vedlagte samtykkeerklæring. De som deltar har mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen, uten å måtte oppgi årsak til dette.

Håper på et positivt engasjement!

Med hilsen

[REDACTED]

Vedlegg

1. Kopi av informasjonsskriv med samtykkeerklæring
2. Kopi av intervjuguide

Til [REDACTED]

Dato: 01.04.2008

VEDRØRENDE SØKNAD OM GJENNOMFØRING AV FORSKNINGSPROSJEKT

Viser til din søknad om gjennomføring av forskningsprosjektet "Selvbestemmelse og mestring for mennesker med alvorlig psykisk lidelse" ved [REDACTED]

Med bakgrunn i opplysningene vi er kjent med og under forutsetning av godkjenning fra NSD, innvilges søknaden.

Styret finner hensikten med studien interessant og ønsker deg lykke til i arbeidet.

Med vennlig hilsen

[REDACTED]
Institusjonssjef

Gran, 02. april 2008

Til [REDACTED]

SELVBESTEMMELSE OG MESTRING FOR MENNESKER MED ALVORLIG PSYKISK LIDELSE

Psykisk helsearbeid er utfordrende og spennende. Som helsearbeidere har vi mye makt og samtidig et stort ansvar i forhold til de menneskene vi er satt til å hjelpe. Det synes interessant å foreta en studie hvor hensikten er å se på hvilke faktorer som fremmer eller hemmer våre beboeres mulighet for mestring og økt selvbestemmelse. Målet er videre å identifisere og videreutvikle dagens praksis, slik at beboerne ved enheten gis mulighet til å leve et godt liv ut fra egne forutsetninger. Det er også ønskelig å se om verdigrunlaget er gjenkjennbart i arbeidshverdagen, samt å belyse utfordringer man som personalet står ovenfor i det daglige arbeidet.

Studiet gjennomføres i perioden 01.02.08 til 01.08.08, og har et handlingsorientert forskningssamarbeid som overordnet design. Denne metoden bygger på et humanistisk og helhetlig grunnsyn og målet for denne typen forskning er å "utvikle kunnskap for handling".

Det vil bli avholdt tre "flersteg fokusgruppeintervju" med inntil 9 personer hver gang, med ca 14 dagers mellomrom (oppstart rundt 13 april 2008). I etterkant av intervjuene vil foreløpige funn presenteres både på et husmøte for beboerne, samt på et felles personalmøte. Dette gjøres for at også de som mottar hjelp skal ha mulighet til å uttale seg, uten at de utsettes for direkte intervjusituasjon, samt å sikre at data som er framkommet er gjenkjennbar for øvrige ansatte. Her vil det være mulighet for å utdype resultatene og tilføye kommentarer.

Kriteriene for deltagelse er: helse- og sosialfaglig utdanning (eller at man er under utdanning), 50% stilling i et år ved institusjonen, samt minst 2 års relevant praksis i arbeid med mennesker. Det er ca 20 ansatte ved enheten som fyller kriteriene, og alle får tilbud om å delta. Hvis flere enn 9 personer melder sin interesse vil utvalget gjøres av enhetsleder [REDACTED] i samråd med personalsjef [REDACTED]. Dersom noen av ulike årsaker ikke kan delta på et møte vil andre få tilbud om dette.

Jeg håper i denne forbindelse at du vil være med i et forskningsprosjekt ved [REDACTED], gjennom mitt masterstudie i psykisk helsearbeid. Ansvarlig for studien er Høgskolen i Hedmark. Undertegnede vil gjennomføre prosjektet, og veileder fra høgskolen er Arild Granerud, psykiatrisk sykepleier og førstelektor. Avlønning i forhold til deltagelse vil bli gitt som avspasering time for time.

Deltakelse er frivillig og samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten at du må oppgi grunn. Dersom du ikke ønsker å delta i studien vil det ikke få innvirkning på ditt arbeidsforhold.

I arbeidet med prosjektet er jeg som forsker underlagt taushetsplikt og alle data behandles konfidensielt.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS i Bergen.

Mvh [REDACTED]

Samtykkeerklæring

Jeg er villig til å delta i en flerstegs fokusgruppe i forbindelse med [REDACTED]'s masterstudie i psykisk helsearbeid.

Hensikten med studien er å belyse dagens praksis i forhold til beboernes muligheter for selvbestemmelse og mestring av eget liv, samt de utfordringer dette arbeidet medfører. Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon, og er kjent med forskers taushetsplikt samt at alle data anonymiseres. Jeg kan når som helst trekke meg fra deltagelse uten å oppgi grunn til dette.

Dato: _____ Sign: _____

Intervjuguide:

Dagens praksis.

Hvordan oppleves arbeidshverdagen med hensyn til dagligdagse utfordringer du står ovenfor?

Visjon og verdier.

Verdigrunnlaget for institusjonen er respekt, frihet og glede. Er disse verdiene "levende til stede" som et utgangspunkt for det daglige arbeidet? Utdyp / forklar, eller gi eksempler.

Selvbestemmelse

Opplever du at du i din arbeidshverdag gir beboerne mulighet til selvbestemmelse? Kan du gi eksempler på hvordan dette forekommer, eller situasjoner hvor det motsatte skjer? Hvilke faktorer synes å fremme / hemme dette? Hva gjør du konkret for å bidra til selvbestemmelse?

Mestring.

Er mestring et kjent begrep i arbeidshverdagen? Opplever du at beboerne får mulighet til å mestre hverdagen og eget liv? Gi eksempler på dette.

Regler / kontroll.

Hvilke tanker har du om regler og kontroll, sett i sammenheng med relasjonelt arbeid / samhandling med beboerne? (Se dette i forhold til nevnte verdier, brukermedvirkning selvbestemmelse og mestring).

Yrkesidentitet.

Opplever du at din kunnskap og faglighet er viktig i det daglige arbeidet med mennesker som har alvorlig psykisk lidelse. Kan du si noe om mestring av eget arbeid? Finnes det situasjoner hvor du kommer i konflikt mht brukermedvirkning og selvbestemmelse og dine egne faglige begrunnelser? Hvordan påvirker dette deg? Har du bestemte "mestringsstrategier" for å takle disse situasjonene?"