

Jan Stensland Holte og Jan Kåre Hummelvoll

Den spesialiserte generalisten

Den psykiske helsearbeiders kjerne-
kompetanse og faglige selvforståelse innen
kommunal pleie- og omsorgstjeneste

Høgskolen i Hedmark
Notat nr. 2 – 2004

Online-versjon

Utgivelsessted: Elverum

Det må ikke kopieres fra notatet i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

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

I notatserien fra Høgskolen i Hedmark publiseres f.eks milepel dokumentasjon av et forsknings- og/eller utviklingsprosjekt, eller andre dokumentasjoner på at et arbeid er i gang eller er utført.

Notatet kan bestilles ved henvendelse til Høgskolen i Hedmark.

(<http://www.hihm.no/>

Notat nr. 2 - 2004

© Forfatterne/Høgskolen i Hedmark

ISBN: 82-7671-386-6

ISSN: 1501-8555



Høgskolen i Hedmark

Tittel: Den spesialiserte generalisten. Den psykiske helsearbeiders kjernekompetanse og faglige selvforståelse innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste

Forfattere: Jan Stensland Holte og Jan Kåre Hummelvoll

Nummer: 2

Utgivelsesår: 2004

Sider: 43

ISBN: 82-7671-386-6

ISSN: 1501-8555

Oppdragsgiver: Høgskolen i Hedmark, Hamar og Åmot kommune

Emneord: Psykisk helsearbeid, kjernekompetanse, faglig selvforståelse, verdibevissthet

Sammendrag: Denne studien er en del av samarbeidsprosjektet: Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Notatet er et resultat av samtaler knyttet til den psykiske helsearbeiders særlige yrkeskompetanse, med vekt på deres egne opplevelser og erfaringer av sin kjernekompetanse og faglige selvforståelse i Hamar og Åmot kommune. Dataene er skapt på grunnlag av fire fokussamtaler i tillegg til en rundbordskonferanse med de psykiske helsearbeidere i de respektive kommuner (n=9) i perioden februar 03 til mars 04. Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Resultatene viser at de psykiske helsearbeiderne står i en kompleks tverrfaglig arbeidshverdag som uttrykker seg i et mangfold av ulike kompetanser. Sentralt er allikevel et sett grunnholdninger og en verdibevissthet som i hovedsak hviler på en humanistisk tilnærming og en respekt for enkeltmenneskets livsverden.



Høgskolen i Hedmark

Title: The specialized generalist. The mental health care worker's core competences and professional self-understanding in the local health care services

Author: Jan Stensland Holte and Jan Kåre Hummelvoll

Number: 2

Year: 2004

Pages: 43

ISBN: 82-7671-386-6

ISSN: 1501-8555

Financed by: Hedmarik University College and and the municipalities of Hamar and Åmot

Keywords: Mental health care workers, core values, competence, professional paradigm

Summary: This study is part of a research collaboration between Hedmark University College and the municipalities of Hamar and Åmot: Promotive and preventive mental health work in the local community. This draft is a result of conversations concerning the mental health workers expressed professional paradigm and core competences in two municipalities. Data is created on the basis of four focus group interviews with professionals from the two municipalities (n=9) during February -03 through March -04. Data was analysed by means of qualitative content analysis. The results highlight that the mental health worker displays his/her practice in a complex multidisciplinary field of work that is expressed through a multitude of different competences. A central finding is an identification of a basic mindset focused on core values based on a humanistic view of man and a respect for the patient's lifeworld.

Forord

Dette er det første milepælsdokumentet fra delprosjektet som utforsker fremtidens psykiske helsearbeid i lokalsamfunnet ved hjelp av systematiske dialoger mellom ansatte i de to kommunene, Hamar og Åmot.

I en travel og hektisk hverdag har vi invitert til et fristed der fagpersoner kan lytte, uttrykke, reflektere over hvilke kjernekompetanser og mønstersituasjoner som best kan uttrykke den psykiske helsearbeiders faglige selvforståelse.

Det har vært både stimulerende og nærende å få anledning til å delta som ”avanserte sekretærer” i dette fagfellesskapet preget av brede felles forståelser som samtidig er preget av den enkeltes særegne stil.

I denne systematiske og langvarige dialogen framsto noe som kan minne om en felles ’fagvev’ som søkes uttrykt gjennom dette notatet. Trådene kan være fortellinger og erfaringer fra viktige menneskemøter - ofte fargelagt når brukernes livsverden får anledning til å prege dialogen over tid. Vevet står frem som vital og fargerik opp mot en ’renning’ av fagets tradisjonelle verdier; respekt i møtet med enkeltmennesker i arbeidet med å styrke deres evne til å leve i pakt med egne verdier, og opplevelse av samhørighet med andre på egne premisser.

En stor og varm takk til alle som bidro til denne utforskende dialogen som både var preget av alvor og den gode latteren som må være der når hverdagen preges av et slikt alvor. Vårt håp er at lesningen kan utvide og styrke bevisstheten om det betydningsfulle psykiske helsearbeidet i lokalsamfunnet.

Elverum i juni 2004.

Jan Stensland Holte

Høgskolelektor

Jan Kåre Hummelvoll

Høgskoledosent

Innhold

Forord	I
Innledning.....	1
Generelt om psykisk helsearbeid	4
Generelt om psykisk helsearbeid	4
Skisse av ulike nivåer i det psykiske helsearbeidet i et lokal-samfunn	9
Metode.....	10
Gjennomføring	11
Analyse og tolkning	13
Etske overveielser og studiens nytteverdi.....	13
Resultater.....	15
Den psykiske helsearbeideres forståelse av sin rolle og funksjon	16
Allment om forutsetninger for å arbeide som psykisk helse-arbeider	16
Arenaene.....	17
Arbeidsformene.....	19
Rollene	20
Sammenfatning av rollene: Den spesialiserte generalist	21
Relasjonsbygging og samarbeidsprosess	22
Realitetsorientering – i spenningsfeltet mellom personens virkelighet og hjelperens forståelse	25
Åpenhet som grunnholdning i en helhetlig tilnærming	26
Ansvarlig praksis.....	27
Sårbarheten ved å arbeide som psykisk helsearbeider.....	29
Den psykiske helsearbeider trenger flere ulike kompetanser	30
Veiledning for å finne trygghet i arbeidet.....	34
Sammendrag og anbefalinger.....	36
Referanser.....	42

Innledning

”Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet” er et omfattende forskningssamarbeid som startet i januar 2002 mellom Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag, og kommunene Hamar og Åmot. Gjennom seks ulike delprosjekter søker man å utvikle teoretisk og praktisk kunnskap om psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Denne kunnskapsdannelsen har en tverrfaglig tilnærming og skal involvere brukere aktivt. Målet er:

- *at man gjennom tverretattlig, tverrfaglig samarbeid utvikler helsefremmende strategier som skaper trivsel og tilhørighet i lokalsamfunnet*
- *at mennesker i risikogrupper for utvikling av psykisk uhelse møter relevante psykososiale tilbud*
- *at mennesker med psykiske lidelser opplever psykiatritjenestene som sammenhengende og med god kvalitet*
- *at man gjennom praksisnær forskning utvikler kunnskap om vesentlige psykososiale problemstillinger som møter psykiske helsearbeidere i lokalsamfunnet*

Prosjektet overordnede design er aksjonsforskning, nærmere bestemt handlingsorientert forskningssamarbeid (Hummelvoll 2003). I en slik forskningsstrategi deltar både forskere, ansatte og brukere sammen for å skape god brukskunnskap. Man tar utgangspunkt i praktiske problemstillinger slik de oppleves i det daglige arbeidet, og søker i fellesskap å utvikle ny kunnskap som har praksisrelevans. Alle som deltar blir både medforskere og medsubjekter. En viktig forutsetning for at aksjonsforskning skal ha muligheter for å lykkes, er at deltagerne har en felles forståelse av grunnleggende verdier som man vil at praksis skal styres av (jfr. Nolan & Grant 1993) – og som man ønsker at forskningssamarbeidet skal bidra til å virkeliggjøre.

Dette delprosjektet er utviklet som svar på en konkret forespørsel fra en av våre samarbeidskommuner. Kommunens pleie- og omsorgsledelse sto midt i en prosess hvor man ønsket å evaluere og presisere de psykiske helsearbeideres rolle og funksjoner i møtet med nye utfordringer. Høgskolen ble invitert inn i denne prosessen som dialogpartner.

Som resultat av denne forespørselen ble det utviklet et prosjekt som fikk benevnelsen: *”Fremtidens psykiske helsearbeider – et oppdatert svar på en fleksibel og verdibevisst tjeneste”*.

Hensikten med dette forskningsprosjektet er tredelt:

- 1) Å undersøke hva profesjonelle psykiske helsearbeidere i to kommuner oppfatter som sin kjernekompetanse i psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet.
- 2) Å klargjøres hvilken rolle og funksjon brukere og andre samarbeidspartnere forventer at psykiske helsearbeidere skal dekke på grunnlag av det de oppfatter som denne faggruppens kjernekompetanse.
- 3) Å utvikle en modell for spesialisert psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet basert på brukeres behov og forventninger til tjenestetilbudet - og faggruppens egen forståelse av sine forutsetninger og muligheter. Dette skal bidra til utvikling av en teoretisk modell for spesialisert psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. Forskningsprosjektet består av tre delstudier der dette notatet representerer første del og danner grunnlaget for de to neste fasene.¹

Prosjektet søker å avdekke hvilke arbeidsmodeller som benyttes i den praktiske hverdagen - og hvilke faglige begrunnelser disse modellene hviler på.

¹ **Fase 2:** Brukeres behov og forventninger relatert til tjenestetilbudet som gis av personell med videreutdanning i psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet. **Fase 3:** Spesialisert psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet – et svar på uttrykte behov og forventninger av ulike samarbeidspartnere i lokalsamfunnet.

Med begrepet *arbeidsmodell* menes en forenklet fremstilling av arbeidets organisering, tenkningsgrunnlag og metoder som arbeidet preges av. En *funksjonsbeskrivelse* forteller hvilke oppgaver og ansvarsområde som skal dekkes av personer som her denne stillingstypen.

Det har vært en klar utvikling av den kommunale psykiatriske sykepleietjeneste siden den for alvor startet i Norge på 1990-tallet og slik situasjonen er nå. I første halvdel av 1990-tallet var den psykiatriske sykepleier ofte alene om å praktisere psykiatrisk kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten, mens det i dag er etablert tverrfaglige team og en flerfaglig tilnærming til hele feltet psykisk helsearbeid.

I litteraturen ble den psykiatriske sykepleieren beskrevet som en '*libero*' (dvs. en fristilt forsvarsspiller på en fotballbane) i kommunehelsetjenesten (jfr. Hummelvoll 1996). På slutten av 90-tallet ble denne metaforen endret til '*en hardt presset forsvarsfirer*' (Riiber Linde & Ringås 2001). Dette forteller at tjenesten har utviklet seg til å bli en flerfaglig kompetanse hvor flere yrkesgrupper har tatt vare på denne funksjonen og bidratt til å utvikle det tverrfaglige feltet psykisk helsearbeid.

Internasjonalt har denne kjernekompetansen hos de psykiatriske sykepleierne blitt undersøkt og beskrevet grundig (Bray 1999, Graham 2001, Nolan et al. 2002, Haque et al. 2002). Disse studiene undersøker faggruppens egenart og kompetanse. I England og Australia representerer '*community psychiatric nurses*' en egen spesialisering utover videreutdanningsnivå. En samlet fremstilling av internasjonal forskning og fagutvikling innen fagområdet finnes hos Hedelin, Severinsson og Hummelvoll (2003).²

² To studentarbeider utført ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag er relevante for dette prosjektet. Det dreier seg om Linde & Ringås 2001 (som er nevnt i teksten)

I denne studien fokuseres kompetanse. Med kompetanse forstås her personbaserte egenskaper som kan bidra til å løse oppgaver på bestemte områder. Denne generelle definisjonen kan operasjonaliseres slik at personbaserte egenskaper innebærer: *kunnskaper, ferdigheter, innsikt, erfaringer og holdninger som setter en i stand til å mestre en situasjon/løse en oppgave innen et saksområde* – her forstått som psykisk helsearbeid (jf. NOU 1994:8).

Generelt om psykisk helsearbeid

For å kunne beskrive og forstå fagets kjernekompetanse må en se dette i lys av hva det psykiske helsearbeidet består av.

Med utgangspunkt i flere fokusgruppesamtaler i med brukere og ansatte med en tverrfaglig bakgrunn i Hamar kommune (2002-2003) – hvor temaet var ”Idégrunnlag i kommunalt psykisk helsearbeid” - ble psykisk helsearbeid foreløpig beskrevet og innholdsbestemt på følgende måte (jf. Kaatorp, Holte & Hummelvoll 2003):

Psykisk helsearbeid er noe som går langt ut over den profesjonelle virksomhet. Arbeid for å fremme psykisk helse er en oppgave den enkelte har i sitt eget liv, det er en oppgave for folk flest i deres ulike sosiale sammenhenger og det er en oppgave for alle offentlige etater i en kommune. Her rettes imidlertid fokus på samarbeidet mellom brukere og ansatte for å fremme psykisk helse, livsmot og lindre psykisk lidelse. Psykisk helsearbeid forutsetter at hjelperen har *kunnskap om forskjellene mellom psykisk lidelse og sunnhet*. Det betyr at man forstår hva som er

og Bysveen 2003. Disse oppgavene dreier seg henholdsvis om problemer og utfordringer ved å arbeide som psykisk helsearbeider i lokalsamfunnet, og hvordan psykiatriske sykepleiere gjennom relasjonsarbeid søker å fremme brukernes egne ressurser i en bedringsprosess.

annerledes (det som er forskjellig fra en selv) og derved ikke tar utgangspunkt i seg selv. Psykisk helsearbeid innebærer å hjelpe personer til å bryte onde sirkler.

Utgangspunktet for psykisk helsearbeid er brukernes behov og ikke tjenestene. Derfor er det viktig at tjenestetilbudene utformes i samarbeid med brukere og deres interessegrupper. Følgelig må brukernes synspunkter etterspørres og tas hensyn til i all planlegging av helse- og sosialtjenester. Dette forutsetter at det legges et *brukerperspektiv* på begrunnelsen for og oppbyggingen av tjenestetilbudene. Brukerperspektivet innebærer at brukernes erfaringskunnskap aktivt søkes og inkluderes i grunnlaget for beslutninger om tiltak og at brukerdeltagelse blir hjørnesteinen i psykisk helsearbeid. En utfordring knyttet til å ta brukerens utgangspunkt er at han/hun ikke alltid har den nødvendige selvinnsikt og situasjonsforståelse. Når dette er tydelig, må hjelperen søke å forstå brukerens perspektiv, og så søke å invitere til alternative forståelser og perspektiver slik at han/hun kan finne sin vei videre.

Psykisk helsearbeid som et faglig perspektiv, som bygger på et tverrfaglig kunnskapsgrunnlag, kan blant annet beskrives på bakgrunn av den praktiske virksomheten. Det dreier seg om omsorg (å bry seg om personen), behovskartlegging, skape trygghet og utvikle et godt samarbeidsforhold. Dette samarbeidsforholdet kan beskrives som en allianse som har som mål å fremme funksjonsevne og lindre forskjellige virkninger av psykisk uhelse og lidelse. Alliansen forutsetter kontinuitet i forholdet.

Sentralt i dette arbeidet er å stimulere til gode møter mellom bruker og hjelper. Dette forutsetter at man lytter. Hjelperen må også kunne gi av seg selv og bidra til å skape trygghet i relasjonen. I psykisk helsearbeid

forsøker man å kompensere for det personen selv ikke greier - for på den måten å støtte ham/henne til å kunne make å leve sitt eget liv.

Det er viktig å være klar over at for enkelte brukere kan for stor vekt på trygghet og omsorg virke 'sementerende', 'kvelende' og føre til passivitet. Tanken på å skulle bli avhengig av pleie og omsorg kan oppleves som truende for selvaktelsen. Det man trenger er ikke overflattisk støtte ("klapp på skulderen"), men en innlevende forståelse for hvem brukeren er – slik at han/hun får hjelp og støtte til å se sin egen vei videre. Det forutsetter at hjelperen er åpen for at det som for vedkommende oppfattes som en omvei, kan være nettopp den retningen som er nødvendig å gå for brukeren for å nå sine mål.

Brukeren trenger støtte på veien. Utfordringene må avpasses etter ens bæreevne. Denne evnen kan stimuleres ved å hjelpe brukeren til å se og ta i bruk sine ressurser.

Passe støtte må kombineres med passe utfordringer. Det betyr at hjelperne må være lydhøre for hva brukeren opplever at han/hun makter på det aktuelle tidspunkt.

I psykisk helsearbeid er det vesentlig å hjelpe personer til å *finne egne (livs)-mål*, og å støtte dem til å kunne *godta seg selv* og gi hjelp til å *samhandle* med andre slik at man kan oppleve glede ved samvær. I arbeidet med å støtte brukeren til å klargjøre sine mål, er det viktig at hjelperen er bevisst sine egne verdier. Denne selvinnsikten er nødvendig for å sikre at det er brukerens mål som skal frem - og som man i fellesskap skal arbeide for å realisere.

Det er nødvendig å ta utgangspunkt i brukerens behov og ønsker. Når disse er avklart, må man i fellesskap se hvilke av disse som personalet kan oppfylle – og hvilke som må være brukerens oppgave å dekke. Det er vesentlig at det skapes realisme i samarbeidsforholdet slik at man ikke

lover mer enn det som kan gis innen tjenestetilbudets eksisterende rammer.

Arbeidet retter seg mot å bistå brukeren til å gjenvinne indre kontroll, dvs. å få kontroll over tankene – fordi tankene påvirker følelsene og selvpoppfatningen. Derfor er det nødvendig at hjelperen har en åpen innstilling som motiveres av en vilje til å søke å forstå brukerens virkelighetsoppfatning. Først med en slik forståelse kan hjelperen vite hvordan han/hun kan støtte brukeren i å oppleve større indre kontroll.

Et overordnet mål i arbeidet er å stimulere brukernes egenomsorg, formidle støtte og bygge opp selvtillit og derved troen på å kunne mestre livssituasjonen. Det som er spesielt for psykisk helsearbeid er at man arbeider med personers *selvbilde*. De fleste med psykiske lidelser og problemer har et uklart selvbilde og en lav selvaktelse. Derfor er styrking av selvaktelse sentralt. Et viss mentalt overskudd er nødvendig for å kunne møte og mestre konflikter. Følgelig er det vesentlig at hjelpen fungerer som en støtte for brukerens muligheter for personlig vekst.

Psykisk helsearbeid skal bistå i oppbygging av selvtillit hos brukeren og ta utgangspunkt i den enkeltes hjelpebehov. Dette krever at man er oppmerksom på samspillet mellom psyke, soma og omgivelsene. Derfor må psykiske helsearbeidere søke etter en helhetlig tilnærming i behandling og omsorg – noe som forutsetter evne og vilje til tverrfaglig samarbeid.

Psykiske helsearbeidere må ha syn for nettverkets betydning – og arbeide for å utvikle brukerens personlige nettverk. Man må se videre enn bare det som finnes av kommunale tilbud: *Hva var personen opptatt av tidligere,*

hvilke ressurser har han/hun – og så stimulere ressursene slik at personen får grep om sitt eget liv.

Godt psykisk helsearbeid kan forstås som en form for *styrketrening* – eller en *kondisjonstrening* knyttet til den psykiske helsen. I denne sammenheng vil deltagelse i kulturaktiviteter i vid forstand, kunne gi helse. *Kulturen* kan 'trene psyken' gjennom at man legger vekt på deltagelse i aktiviteter som gir gode opplevelser – og setter gode minnespor.

For å kunne delta i ulike kulturtilbud er det nødvendig å få orden på hverdagen – tilrettelegge den – slik at det blir plass og overskudd nok til å delta i aktiviteter utenfor hjemmet. Men det kan også være slik at brukeren ved å delta i ulike kulturaktiviteter, noe som gir mening, vil bidra til overskudd slik at man får orden på sin egen hverdag.

Skisse av ulike nivåer i det psykiske helsearbeidet i et lokalsamfunn

2. linjetjenesten & DPS

(veiledning ⇔ fellesmøter ⇔ ansvarsgruppemøter)

<p>Samarbeids-arenaer</p>	<p>Psykisk helsearbeider (Psykiatriske team)</p> <p>⇔ Levekår ⇔ PP ⇔ Helse ⇔ Kultur ⇔</p>							
<p>Det spesialiserte psykiske helsearbeidet</p>	<p>(Individuell plan ⇔ ansvarsgrupper)</p> <p>Hj.tjeneste ⇔ Levekår ⇔ Helse ⇔ Kultur ⇔ Barn & Familie ⇔ Skole</p> <p>⇔ Fastlege ⇔ Kommunepsykolog ⇔ Kommunelege</p> <p>(tverretatlig-tverrfaglig-samarbeid ⇔ fellesmøter ⇔ ansvarsgruppemøter)</p>							
<p>Det allmenne psykiske helsearbeidet - det kommunale tjenestetilbudet</p>	<p>Pleie & omsorg</p> <p>Hjem. sykepl</p>	<p>Leve kår</p> <p>Sosial tjeneste</p>	<p>Helse</p> <p>Helsestasjon - for ungdom - for eldre</p>	<p>Kultur</p> <p>Kino Ulike arr.</p>	<p>Barn & Familie</p> <p>Barne-vern Barne-hage PPT</p>	<p>Skole</p> <p>Grunn-Videre</p>	<p>Tekn</p> <p>Boligplanl Infra-str Økonomi Beskatning Støtte-ordninger</p>	<p>Kirke</p> <p>Preste kontor Gudstj Sjelesorg</p>
<p>Lokalsamfunnets Private aktører/ offentlige/ åpne arenaer</p>	<p>⇔ fastlege ⇔ psykolog ⇔ psykiater ⇔</p> <p>⇔ bibliotek ⇔ skole ⇔ arbeidssted ⇔</p> <p>⇔ Butikker ⇔ Kafeer ⇔ Møtesteder ⇔ Arrangementer ⇔</p> <p>⇔ Lag ⇔ Foreninger ⇔</p>							
<p>Lokalsamfunnets private arena</p>	<p>⇔ Nabolaget ⇔</p> <p>⇔ Familien ⇔ Hjemmet ⇔</p>							

Figur 1. Skisse av ulike nivåer av psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet

Metode

Den overordnede forskningstilnærmingen for dette prosjektet er handlingsorientert forskningssamarbeid (Reason & Heron 1986. Hummelvoll 2003). Prosjektet har et beskrivende, utforskende og kvalitativt design for nettopp å kunne belyse sentrale problemstillinger i praksisfeltet. Hensikten er forskning *for* praksis, *i* praksis og *sammen med* praksis. En slik tilnærming har sitt teoretiske fundament i en humanistisk orientering. Deltagerne er involvert både som medforskere og som medsubjekter. Dette innebærer at refleksjoner som medfører at eventuelle forandringer i praksis skjer parallelt med forskningen.

Handlingsorientert forskningssamarbeid innebærer at en utvikler kunnskap gjennom ulike faser. Den første fasen har som mål at deltagerne blir enige om hva som skal utforskes. Forskerne og medforskerne bestemmer dette i fellesskap på bakgrunn av en kartlegging av feltets konkrete behov (fase 1), i dette tilfellet som svar på en konkret forespørsel fra en av samarbeidskommunene. Etter en slik overordnet beslutning utvikles en mer detaljert plan for hvordan selve forskningsaksjonen skal gjennomføres og hvordan holdninger og prosedyrer skal registreres (fase 2), og dette gjøres ved å utvikle en detaljert prosjektbeskrivelse. Så følger en naturlig fordypning i praksis. Her åpnes for nye erfaringer. En slik fordypning i praksis er avgjørende for den nye kunnskapsdannelsen (fase 3). Avslutningsvis vender en tilbake til de opprinnelige spørsmålene og ser disse i lys av nye erfaringer. Her foregår en kritisk refleksjon som gjør at man kan avvise, revidere og videreutvikle ideer og modeller (fase 4). Gjennom alle fasene foregår kontinuerlige kunnskapsdialoger som har som mål å fremme en reflektert og bevisst praksis (jfr. Hummelvoll 2003).

Gjennomføring

Fokusgruppeintervjuer er en vanlig benyttet metode innenfor handlingsorientert forskning. Metoden ble valgt i dette prosjektet fordi den harmonerer godt med den refleksive prosessen som med-forskerne (ansatte og brukere) nå deltar i gjennom dette prosjektet. Metoden kombinerer gruppedynamiske aspekter med kvalitative forskningsmetoder for å frambringe god datakvalitet på en økonomisk og tidsbesparende måte (Morgan 1990, Morrison & Peoples 1999).

Fokusgruppeintervjuer vurderes som velegnet for undersøkelser av menneskers erfaringer, ønskemål eller problemer (Tillgren & Wallin 1999) eller når man ønsker en dypere forståelse av meningsdannelse og holdninger til spesielle emner (Maunsbach & Delholm-Lambertsen 1997).

Metoden beskrives som:

en nøye planlagt diskusjon med den hensikt å få kunnskap om en velavgrenset problemstilling i et tillatende og ikke-truende miljø, og er kjennetegnet av at gruppen består av mennesker som har visse felles egenskaper, og som gir undersøkelsen data av kvalitativ natur under en fokusert diskusjon.

(Sørfonden & Finstad 2000).

Innen kvalitativ forskning er en bevisst at data samskapes med deltagerne, at validiteten styrkes ved en grundig beskrivelse av framgangsmåten, og at medforskerne opplever gjenkjennelse. Forberedthet og kjennskap til feltet og fenomenet som studeres (verdiene) er en forutsetning for å finne holdbare data. For å oppnå strukturering og fokusering av temaet er det viktig å utvikle en temaguide (Tillgren et al. 1999, Sørfonden et al. 2000). I dette prosjektet har det blitt vektlagt en videreutvikling av såkalte flerfasede fokusgrupper (multi-stage focusgroups) som innebærer at kunnskapsdialogen føres gjennom flere møter eller samtaler, i denne

sammenheng fire samtaler over tolv måneder, som bygget videre på hverandre gjennom refleksjon. Ved at det var pauser på en til to måneder mellom hvert møte tok deltagerne med seg tanker og inntrykk ut i praksis og tok med seg nye erfaringer med seg tilbake til gruppediskusjonen. Kvaliteten av en slik kunnskapsdannelse ble også styrket ved at data ble skrevet ut og analysert til "common-sense" nivå og presentert for deltagerne ved tre av møtene. På den måten understøttes både kvaliteten av data ved det ligger innebygd en form for kommunikativ validering sammen med en mulig styrkning til den systematiske refleksjonen i praksis.

I dette delprosjektet inviterte forskerne til sammen ti personer (åtte sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid/psykiatrisk sykepleie, en sosionom med videreutdanning i psykisk helsearbeid og den lokale prosjektkoordinatoren i en av kommunene). Spredningen av erfaring i praksis var relativt stor og de fleste hadde fra fire til ni års ansettelse i en relevant stilling i kommunen. Utvalget av personer til fokusgruppene ble delegert til den lokale prosjektkoordinator men valget var enkelt da personer som arbeidet i de lokale teamene kombinert med en videreutdanning i psykisk helsearbeid ble bevisst vektlagt (purposive sampling – jf. Morrison et.al 1999).

Det ble benyttet en åpen intervjuguide med følgende forskningsspørsmål:

- *Hva oppfatter psykiske helsearbeidere/psykiatriske sykepleiere som sin kjernekompetanse?*
- *Hvilke behov er det særlig psykiske helsearbeidere/psykiatriske sykepleiere skal møte hos brukergruppen og hos samarbeidspartnere?*
- *Hvilke arbeidsmodeller i psykisk helsearbeid er utviklet for å møte disse behovene?*

- *Hva slags arbeidsmodell tenker psykiske helsearbeidere best ville ivareta deres spesialkompetanse slik at både brukeres og faglige samarbeidspartneres forventninger kan møtes på en realistisk måte?*

Under samtalen søkte man å kartlegge den eksisterende opplevelsen av og forståelsen av utøvernes egen kjernekompetanse, hvilke skjellsettende erfaringer som har virket dannende på erfaringskunnskapen og hvilke verdier og teoretiske modeller som preger praksis.

Den ene forskeren fungerte som moderator (samtaleleder) og den andre som observatør. Moderator la vekt på en åpen og vennlig, men samtidig utforskende holdning for å skape en trygg gruppesituasjon og en interessant samtale. Moderator innledet og lot ellers samtalen forløpe fritt, summerte opp underveis og trakk alle deltagerne med i samtalen. Observatøren hadde et særlig ansvar for å registrere gruppedynamikken og følge opp med enkelte utdypende spørsmål.

Analyse og tolkning

Intervjuene ble tatt opp på bånd, og nedskrevet verbatim. Det ble gjennomført en preliminær analyse frem til 'common sense-nivå' (allmennteoretisk nivå), og et sammendrag ble så presentert på neste fokusgruppe og benyttet som utgangspunkt for fordypning og videre presisering (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996). Både konsensus og mindretallsoppfatninger ble søkt belyst. På denne måten fikk alle gruppedeltagerne gjennomgått sammendraget med eksempler og bekreftet validiteten.

Etiske overveielser og studiens nytteverdi

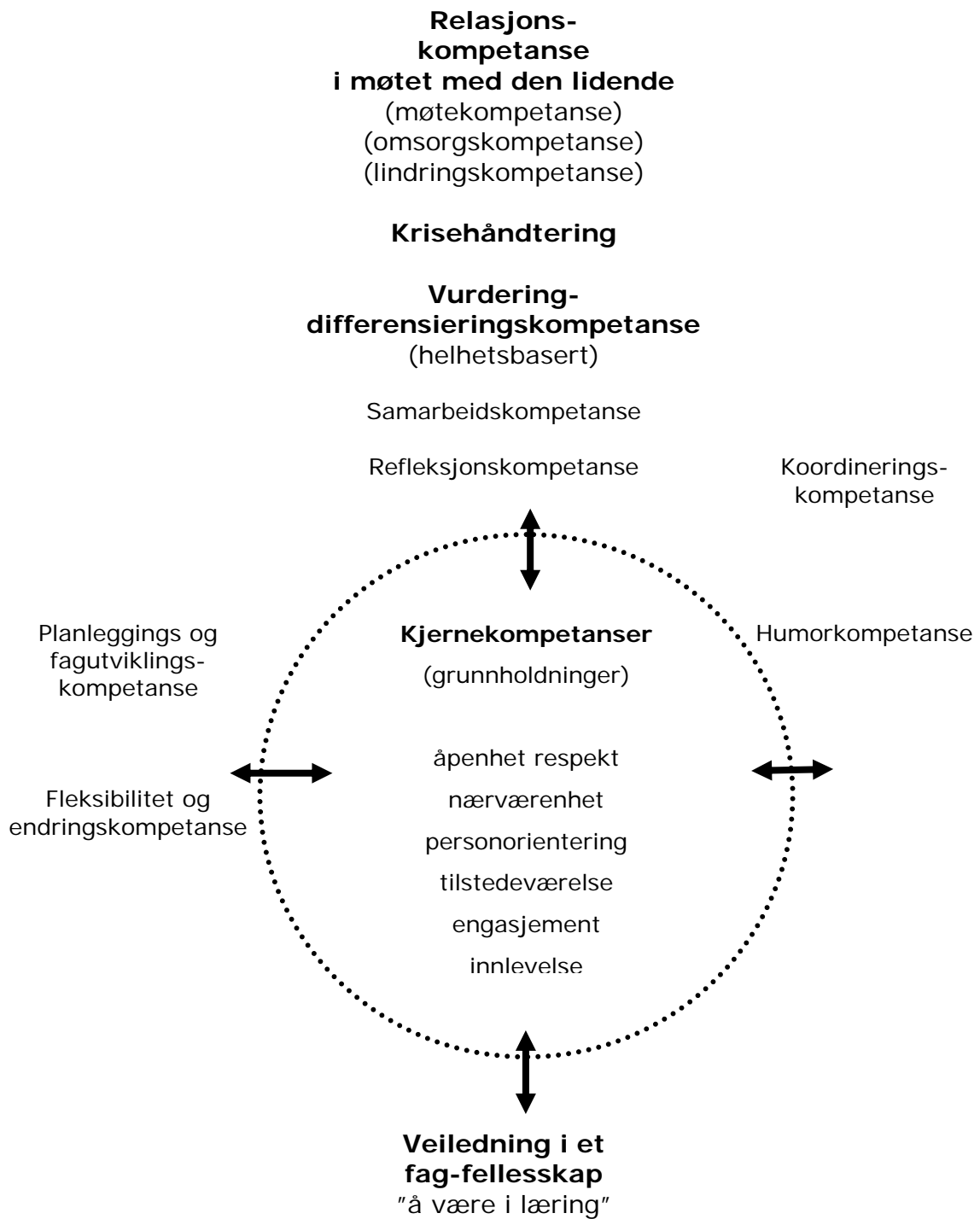
Som tidligere nevnt er dette delprosjektet ønsket av kommunens ledelse. En vesentlig og integrert del av det overordnede prosjektet er å øke

bevisstheten om mål og verdigrunnlag for tjenesten og se disse i lys av eksisterende praksis og ønske om en videreutvikling av denne. De psykiske helsearbeiderne ønsket derfor å delta i dette prosjektet på et skriftlig informert grunnlag. Når det gjelder vurdering av skade (for pasienter/brukere) blir denne muligheten vurdert som minimal. Indirekte kan fortellinger fra praksis komme fram i fokusgruppeintervjuene. Disse er anonymisert i framstillingen. For de ansatte vil deltagelsen i samarbeidsprosjektet kunne bidra til å videreutvikle kompetanse og dermed oppnå en større personlig trygghet i arbeidet med pasientgrupper som oppleves som faglig utfordrende.

Målet for delprosjektet er å forbedre kvaliteten av det psykiske helsearbeidet i kommunen og begrunnes derfor i prinsippet om velgjørenhet. Delprosjektet søker å undersøke deltageres erfaringer og bevissthet om den særlige funksjonen de utgjør i det psykiske helsearbeidet som basis for å videreutvikle og oppdatere tjenestetilbudet i kommunen.

Resultater

Følgende figur sammenfatter kjernekompetansene i kommunalt psykisk helsearbeid:



Figur 2. Kjerne- og situasjonsbetingede kompetanser i kommunalt psykisk helsearbeid

Den psykiske helsearbeideres forståelse av sin rolle og funksjon

Gjennom en serie fokusgrupper og en avsluttende rundbordskonferanse med psykiske helsearbeidere i Hamar og Åmot, kom det frem følgende bilde av den ”spesialiserte” psykiske helsearbeiders arbeid og tenkning om sin rolle og funksjon. Det spesialiserte psykiske helsearbeidet er en del av det totaltilbud som mennesker med psykisk uhelse møter i lokalsamfunnet. Det er særlig rettet mot mennesker med uttalte psykiske plager som fører til tydelig nedsatt evne og mulighet til å fungere i lokalsamfunnet på en måte som gir dem en opplevelse av et selvstendig liv.

Allment om forutsetninger for å arbeide som psykisk helsearbeider

Å være en profesjonell utøver av psykisk helsearbeid møter klare krav og forventinger fra arbeidsgivere, medarbeidere og mottakere av tjenestene. I samtalen kom det frem enkelte grunnleggende forutsetninger for å kunne fylle disse forventningene.

- ***Å ha kompetanse (i seg selv)***

Alt du har lært både som menneske og som sykepleier kan du dra nytte av, en bruker vel det faglige skjønnet og intuisjonen slik at vi tør å gå inn og skape trygghet. Slik du skiller ut problemene og kan eventuelt sende vedkommende til riktig instans.

- ***Å ha kunnskaper om mennesket***

Dette betyr å se mennesket. Når hjelperen selv ikke ser godt nok veien eller andre utveier, kan det være klokt å slippe andre til – som kan se personen med friske øyne. Kunnskaper og innlevelse er nødvendige forutsetninger for å forstå lidelsens uttrykk - og samtidig ha blick for det friske og bygge videre på disse sidene hos personen for å bistå ham/henne frem mot – eller tilbake til - et selvstendig liv.

- ***Å ha bredde- og dybdekunnskap***

er nødvendig for å kunne lokalisere behov, problemområder og ressurser – samt å kunne se muligheter (dvs. de friske sidene som kan være tildekket av problemer og lidelse)

- ***Å utøve respekt og tillit***

er grunnleggende verdier i relasjonen. En relasjon preget av disse verdiene vil underbygge kvaliteten i arbeidet – og kan føre til at det sårbare i personens liv kan komme til uttrykk og som personen kanskje ikke tidligere har åpnet for at andre skal se inn i.

- ***Å vise utholdenhet*** (dvs. makte å stå i situasjoner)

Akseptasjon av personens perspektiv ser ut til å være en grunnholdning i arbeidet. Det innebærer å kunne stå i et langvarig kontaktforhold – også når det tilsynelatende ikke skjer endringer.

Skal noen ha lange kontakter så må det være oss. Tiden er ingen fiende. Klientene har opplevd så mange avvísninger. Jeg hadde en bruker fra -88 og jeg satte meg som mål å skulle holde henne i live i 5 år, men hun lever fortsatt, og er fortsatt i utvikling. Vi er ikke der ofte nå, men vi er der!

- ***Tilgjengelighet og tilstedeværelse*** (dvs. å romme den andre)

Denne forutsetningen dreier seg om evnen til å gjøre den andre verdifull i møtet og i det gjensidige samarbeidet. Dette oppfattes som en grunnforutsetning for utøvelsen av psykisk helsearbeid.

Arenaene

Den psykiske helsearbeider utfører sitt arbeid på ulike arenaer som hver har sitt særpreg og særlige utfordringer:

- **Hjemmet**

som arbeidsplass og som privat sfære. Hjemmet som privat sfære innrammer sentrale deler av personens sivile liv. Å arbeide i personens hjem og i hans/hennes livsmiljø (hverdagsliv) betyr at hjelperen kan oppfattes som en ”gjestearbeider”.

Jeg husker en gang at en psykolog uttalte at hjemmebesøk er støy men det er støy som det er viktig å vite om, for pasienten må forholde seg til denne hver dag.

- **Kontoret**

Kan oppfattes som et nøytralt sted hvor man arbeider med det som sliter og er vondt. Kontoret kan velges som arbeidsplass for å bevare hjemmet som en trygg arena eller et fristed – mens man legger igjen det problematiske på kontoret.

Men tradisjonen hos oss er å møte klientene på kontoret, litt ”poliklinikk”, og drar heller hjem til de som ikke ville kommet uten hjelp. Enkelte vil ikke ha med seg problemene med seg hjem, de vil legge dem igjen, for det kan jo være slik at noen har hjemmet som den trygge basen.

- **Møterommene**

som en arena for ulike veiledningsmøter, opprettelse og gjennomføring av ansvarsgrupper og andre viktige tverrfaglige samarbeidsmøter.

- **Lokalsamfunnet**

Her forholder man seg til personens nettverk, videreutvikler nettverket, tar i bruk nabolag og lokalsamfunn med de muligheter som finnes der (kultur, friluftsliv, foreninger og møtesteder). I dette arbeidet kan hjelperen fungere både som ”døråpner” – både ved å bidra til innsikt og stimulere til utsikt – i forhold til seg selv, andre og miljøet rundt.

Arbeidsformene

Når arbeidssituasjonen preges av ulike arenaer, er det også naturlig at det er forskjellige hovedarbeidsformer knyttet til disse:

- ***Hjemmebesøket***

er en tradisjonell måte å arbeide med personer på der en i særlig grad kommer inn som en gjest i den andres verden.

Jeg tror det er svært viktig at vi kommer hjem til dem. Jeg ønsker å se dem der de lever og meg i rollen som gjest. Da ser jeg de grønne apotekerposene under taket over sofaen, det ville jeg aldri kunne høre på kontoret, for det kan være flaut og pinlig. Da ser jeg menneskene og det er noe helt annet.

- ***Individualsamtalen***

kan veksle mellom det mer planlagte og strukturerte og det mer spontane, levende som åpner for felles undring og oppdagelse.

- ***Ansvarsgruppene***

Her arbeider man i en tverrfaglig sammenheng for å samordne ulike tiltak for brukeren.

- ***Undervisningssituasjonen***

Her brukes mange ulike metoder, tradisjonell undervisning, rollespill og videoopptak for å fremme innsikt vekst og større handlingsrepertoar.

- ***Utrednings- og planlegging***

Den psykiske helsearbeider deltar i utviklingen av kommunale planer og strategier i det lokale psykiske helsearbeidet.

Rollene

Enhver profesjonsutøvelse uttrykker sin fagkompetanse gjennom et spekter av ulike roller. For den psykiske helsearbeider sto særlig disse rollene fram.

- ***Talsmann***

Dette dreier seg om å fremme brukerens interesser og ønsker i ulike sammenhenger, møter hos legen, i forbindelse med søknader og ved besøk på offentlige kontorer.

- ***Gruppeleder***

Denne rollen varierer fra å lede organiserte ansvarsgrupper over lang tid, til spontane sorggrupper i forbindelse med akutte situasjoner.

- ***Veileder***

i forhold til daglige praktiske utfordringer som ADL, planlegging av ulike innkjøp til husholdningen, strategier knyttet til hverdagsmestring, samarbeid om legemiddelbruk og annen type behandling.

- ***Samtalepartner***

dvs. en uformell og vennskapelig rolle preget av at det åpnes for et "varmere" og mer medmenneskelig samvær med brukeren.

- ***Pedagog***

Opgavene varierer fra tradisjonell undervisning til rollespill, bruk av video, refleksjon og nylæring.

- ***Terapeut***

Dette dreier seg om en mer strukturert og fokusert rolle som vektlegger innsiktsøkende arbeid - som ofte gjennomføres på kontoret.

- ***Medborger (tilrettelegger og nettverksbygger)***

Denne rollen er en mer fristilt rolle som fokuserer på å skape deltagelse i lokalsamfunnets ulike virksomheter, kulturarrangementer, lag og foreninger – og innebærer også å legge til rette for å kunne få innpass på forskjellige sosiale arenaer.

Mange av disse rollene kan veksle i løpet av en dag eller overlape hverandre i løpet av et konkret samarbeidsmøte eller samtale. Det å skifte roller på denne måten kan styrke funksjonen ved å gjøre den fleksibel og dynamisk, men den kan også gjøre rollen flytende og uklar.

Å fylle rollen med autoritet og legitimitet innebærer ofte at den er basert på opparbeidet tillit over tid. Evnen til å utvikle et tillitsfullt forhold preget av en opplevelse av gjensidig trygghet kan oppstå i kraft av å stå i en rolle som bærer i vanskelige perioder og fylle den med en kompetanse som fremmer tillit.

Vi kan lett bli en slik koordinator. Det er svært forpliktende når du har etablert et slikt samarbeidsforhold.

Sammenfatning av rollene: Den spesialiserte generalist

Rollen som vi har kalt *en spesialisert generalist* er overordnet de øvrige rollene som er beskrevet foran. Rollen krever både dybde- og breddekunnskap. Den faglige grunnkompetansen er betydningsfull, dvs. at man har kunnskaper og ferdigheter (for eksempel i sykepleie, sosialt arbeid, ergoterapi) som bidrar til en grunnleggende trygghet i arbeidssituasjonen.

- *Akkurat da (i den situasjonen) var jeg glad for at jeg var sykepleier.*
- *Det handler også mye om utholdenhet, det å holde ut og akseptere, men det er kanskje ikke alle som kunne greie å stå i slike situasjoner uten å ha det grunnleggende i bunnen.*

Den spesialiserte generalisten er *perspektivbevisst* om sitt eget, pasientens, pårørendes, barnas, hjelpeapparatets perspektiver. Å ha et helhetlig perspektiv – samtidig som man kan se, tolke og forstå enkeltfenomener – er nødvendig for å kunne møte den enkelte som søker hjelp. Denne perspektivbevisstheten forutsetter at hjelperen forstår at ens eget perspektiv

bare er ett av flere, og at pasientens (eller familiens) perspektiv må være utslagsgivende for den hjelpen som skal etableres.

Det er viktig å benytte den spesialiserte generalisten riktig når presset på tjenesten øker i form av nye, pålagte oppgaver.

Forutsetningen for å fungere som spesialisert generalist er at man har erfaring, kan bruke faglig skjønn (som baseres på fagkunnskap), innlevelsesevne og intuisjon (som styrkes av erfaring og empatisk evne). En spesialisert generalist varierer sin tilstedeværelse i forhold til å være ”vanlig” (dvs. medmenneske) og ”uvanlig” (dvs. fagperson) avhengig av behov og situasjon og med en reflektert forståelse av brukerens opplevelse av å være annerledes.

Relasjonsbygging og samarbeidsprosess

Gode relasjoner forutsetter gjensidig tillit. Tillitsbygging er avhengig av utholdenhet og mot til å stå i vanskelige situasjoner: Man er oppmerksom og ”leser signaler” i forhold til når pasienten trenger pause, når han/hun skal utfordres og når støtte er nødvendig. Denne vurderingskompetansen er avgjørende for å utvikle en bærekraftig relasjon.

I et allianseforhold skal vi av og til bryte, utfordre, vi må løfte opp det vi føler ligger der, og da kan en jo bli en ikke-alliert i en periode, så der vil noe av kjernekompetansen vår ligge; når vi skal gå inn og ut av alliansen.

Det gode møtet innebærer en kvalitet av å være tilstede som person og fagperson og tilstrebe virkelig å kunne ”romme” den andre på en reflekterende måte trekkes fram som særlig sentralt. En slik allianse eller tillitsforhold forutsetter evnen til å ’føle inn pasienten’ (både forstå og tolke) – for bl.a. å kunne utnytte ’de gyldne øyeblikk’ (dvs. når pasienten åpner seg, opplever lyst til, kjenner seg i stand til, er mottagelig for...)

Vi må få tak i den andres forventinger, både til seg selv og livet sitt, hvor er verdiene en vil utvikle og hvor er begrensningene? Jeg ønsker noe i livet mitt som jeg ikke får til, det er så viktig å få tak i det! Det er altså den åpne invitasjonen vi snakker om, at jeg har sett deg, at det er noe. Vi må være opptatt av de gylne øyeblikk, de er ofte avhengig av dagsformen, tårene spruter, men det blir et plutselig møte.

Å klargjøre oppdragene ("bestillingene") fra pasienten/brukeren og faglige samarbeidspartnere, er sentrale oppgaver samt sikre at opplysningene (dvs. om hva personen trenger assistanse til) er gyldige og relevante (validering) – og etablere en samarbeidsavtale.

Jeg tar utgangspunkt i henvendelsen, men først kjenner jeg etter hvor skoen trykker. Jeg går gjennom hendelser og opplevelser som er dominerende for personen, og gir rom for at det kan bli fortalt om. Det er et landskap som krever at jeg er svært vår og presser i liten grad, kanskje for lite enkelte ganger?

Det første møtet er betydningsfullt fordi det danner grunnlaget for alliansen/kontaktforholdet. Det som fremmer et godt førstemøte synes å være en genuin interesse for mennesker – og at man er åpen for ulike sider ved mennesket og menneskelivet.

For hvis du klarer å få til det gode møtet og den gode dialogen første gangen, så slipper du å bruke ti møter til å rette opp igjen.

Å ta det første møtet/samtalen sammen med en kollega er en fordel fordi perspektivet utvides ved at de to er forskjellige og kan se ulike nyanser i den hjelpsøkendes situasjon.

Vi arbeider da på den måten at vi har felles diskusjoner og samtaler med pasienten. To stykker tar ofte et hjemmebesøk sammen og snakker med

personen og gir hverandre råd i etterkant i forhold til person og situasjon. Det er viktig å avdekke problemene, som å plukke bladene av en blomst, og du kommer inn til kjernen. Hva tror brukeren han trenger, hva tror han vi kan hjelpe med? Vi prøver å være to slik at den andre kan da lese (høre) litt mellom linjene.

Videre samhandling og samvær utvikles på grunnlag av de gode møtene og gis derfor en sentral plass som en humanistisk orientert arbeidsform der brukeren møtes som person.

I relasjonen vil fokus legges på bedringsprosesser, mestring og vekst. Den psykiske helsearbeider vil benytte sin samlede kunnskap og forståelse for den enkelte person i hans/hennes livsverden.

Det er noe med det å skape en åpning for mange muligheter. Er arbeid alfa og omega eller er det noe annet i livet som også er verdifullt? Hvilken mulighet gir en uføretrygd? At det nødvendigvis ikke er en endestasjon men en pause fra alt med en sikker økonomi. Brukeren kunne søke uføretrygd med hevet hode og ha et liv i forandring...

Den terapeutiske relasjon – befinner seg i spenningsfeltet mellom avhengighet og selvstendighet. Den tar utgangspunkt i personens ønsker og håp, avklarer hva som smerter og gleder, er fokusert på lidelsens virkning på selvoppfatningen, og arbeider videre med å stimulere pasientens livsdugelighet/kompetanse slik at hverdagen kan oppleves meningsfull og håndterbar. Den terapeutiske relasjon hjelper personen til 'å se bedre'.

De trenger ofte hjelp til å se, vi må stå litt utenfor og hjelpe dem med å se seg selv utenfra for å skape selvrefleksjon. Vi må være døråpnere, både til innsikt og utsikt, de ser ofte ikke det store i det lille, vi må sammen finne nye fokuseringspunkter. Det er ikke alltid de store sakene med alle byllene som skal frem, men vi kan åpne et vindu, fange interesse, skape

opplevelser. Som et malekurs, å få til noe, å treffe noen, gjøre hverdagsting gjerne ved å bruke kulturkontoret.

Realitetsorientering – i spenningsfeltet mellom personens virkelighet og hjelperens forståelse

Et av fenomenene ved å ha en psykisk lidelse kan være å bli låst fast i en forestilling og enkelte ganger i en noe fordreid fortolkning av felles virkelighet. Det er vesentlig å møte personen med en reflektert holdning til ”realitetsorientering”. De psykiske helsearbeiderne skisserer ulike måter å realitetsorientere den andre på:

- *Realitetsorientering kan være uttrykk for å trekke den andres opplevelse i tvil*³
- *God realitetsorientering finner sted når tiden er moden og situasjonen åpner for det*
- *Kjærlighetsfull/omsorgsfull realitetsorientering: Den kjennetegnes av at den andres håp ivaretas – og gir godt mot*
- *Realitetsorientering utøves gjennom pasientens egen-erfaring. En slik tilbakeholdt orientering understreker betydningen av å verdsette pasientens egne mål og at han prøver ut sin vei.*

b, c og d kan sammenfattes som: Å styrke livsvilje og evne til å mestre hverdagen.

³ Et utsagn som utdyper hva som menes med dette er følgende: ”Det var en pasient som hardnakket hevdet at han hadde en avtale med en i et portrom nede i byen hvor han skulle overrekke papirer fra den gamle Bush og Gorbatsjov, og jeg satt på stua trakk dette i tvil dette. Dette var ikke særlig lurt for da fløy han opp og på meg. Jeg lærte å respektere hans opplevelse og hans virkelighet og ikke trekke den i tvil mens det er et auditorium tilstede.”

Man skal være forsiktig med å realitetsorientere; ærlighet uten kjærlighet er tortur har jeg lest et sted, så det er så viktig å ha respekt for den andres opplevelse av sin virkelighet, og hvordan nærme seg den: Det gjelder jo i mange henseender ikke bare slike ekstreme situasjoner, men i hvert møte.. Når jeg ivaretar håpet så blir han værende her blant oss fortsatt, både reelt her i dag, men jeg ser kanskje også hvilke reelle muligheter han har for dagene som kommer sammen med et håp om framdrift, trivsel - uten å leve i en idealisert fremtid eller annet sted.

Det er også sentralt å understreke *bekreftelsens betydning*:

Umiddelbart så tenker jeg på den genuine interessen for mennesket, å ha viten om at de er så komplekse og at hvert menneske har behov for å bli sett for å vokse. Her ligger på en måte hele fundamentet i vår virksomhet. Brukeren skal ha et liv som er i framdrift, og det er en spennende, lærerik og utfordrende rolle som psykisk helsearbeider å få delta i den prosessen.

Bekreftelse står dermed som et alternativ til den tradisjonelle realitetsorientering.

Åpenhet som grunnholdning i en helhetlig tilnærming

Å bli kjent med den andres forestillingsverden forutsetter sensitivitet for ulike behov, ikke minst for de åndelige som har å gjøre med det i personen som søker mening – det som skaper mening - også i forhold til psykotiske opplevelser.

En åpen og helhetlig tilnærming til den hjelpsøkendes situasjon forutsetter at man er nærværende og våken for hva personen har behov for å snakke om.

Når de psykiske helsearbeiderne poengterer betydningen av å kunne skille (differensieringsevne) og samtidig understreker viktigheten av et

helhetssyn, indikerer det en hermeneutisk holdning – hvor man lever i spenningen mellom helhet og del-tilnærming:

Da jeg var ganske ny i jobben så møtte jeg en ung gutt som hadde hatt en psykotisk opplevelse og han mente bestemt at han var Jesus. Han hadde vokst opp i et kristent hjem og hadde kristne verdier og slet litt med den realitetsorienteringen han hadde fått på avdelingen der han ble fratatt muligheten for å snakke om sin religiøse forankring og religiøse tro fordi det ble sett på som sykkelig. Han var på ingen måte psykotisk da vi hadde kontakt, men han hadde et veldig behov for å snakke om sin religiøse forankring, og nå så han at det hadde dreid seg om en psykos, men at det var noe i den som var vesentlig fortsatt. Denne episoden lærte meg å tenke helhetlig på alle måter, møte personen på andre områder enn akkurat lidelsen. Vi hadde mange fine samtaler rundt temaet og jeg sitter igjen med en opplevelse av at han ga meg noe vesentlig i samspillet med andre. Det er åndelige behov som er udekket hos mange, og jeg tenker at det er litt vår oppgave å sortere og være tilstede når pasienten er moden for å snakke om det.

Ansvarlig praksis

Å være bevisst pasientens lederskap i eget liv og hjelperens funksjon som veileder (pasientens assistent) står fram som den sentrale posisjon i en ansvarlig praksis. Pasienten får gå sin egen vei, og støttes i å organisere sine erfaringer. Den enkelte hjelper har ansvar for hva han/hun legger igjen av inntrykk, følelser og minnespor. Dette er en vesentlig side ved den terapeutiske relasjon.

Utviklingen av det faglige skjønnnet finner sted i denne ”utsattheten”, i den handlingstvungen som helsearbeideren ofte står i og påvirker hva som blir resultatene av dialogen og samhandlingen.

Det er noe av det viktigste i faget, at vi bruker intuisjonen slik at vi tør å gå inn, og skape trygghet. Jeg bruker den til å oppfatte følelser i kroppen,

kjenner på min motstand. At jeg kjenner hvordan andre mennesker opplever verden, denne samtalen, hva er det denne samtalen egentlig dreier seg om?

Når kan jeg ta opp noe tøffere eller mer smertefullt? Når må jeg roe ned? Vi må øke vår nennsomhet for når vi skal stå i situasjonen, når vi trekker oss ut, mulighetene kommer ikke tilbake.

I samtalene står det frem noen holdepunkter som helsearbeideren forankrer sin ansvarlige praksis i.

- ***Å støtte personen i prosessen med å bli seg selv***

Dette dreier seg om en prosess som er sentral i et humanistisk perspektiv. Andre begreper som benyttes i forhold til dette temaet er integrering som innebærer gjensidig refleksiv utforskning av tanker og forestillinger hos den enkelte for å lete etter sammenhenger og akseptasjon:

Jeg har vært til stede, lyttet og akseptert det han har kommet med, og satt fokus på ting som han har pratet om slik at han kan få akseptere seg selv og utforske; hvorfor er du her, hvorfor har du det som du har det? Det handler vel også om å være nysgjerrig på hva er det som egentlig skjer her, få fram en interesse for sitt eget liv.

- ***Å kjenne egne faglige og personlige begrensninger***

er like nødvendig som og kanskje en forutsetning for å kjenne sine kompetanser og ressurser:

Jeg har opplevd at vi etter et felles vurderingsbesøk å kunne si, her kan ikke jeg gi noe i det hele tatt, så har du gått inn og gjort en kjempejobb. Vi kan jo bli omnipotente, mener jeg - vi har gode sjanser for det.

- ***Å kjenne til – og arbeide ut fra – eksisterende rammebetingelser for tjenestetilbudet (realisme)***

Den daglige virksomheten vil hele tiden bli testet ut i forhold til om den har hold i hverdagens ganske nådeløse krav. Å kjenne etater og virksomhetsplaner er helt sentralt men det trekkes særlig fram betydningen av å ha utviklet kjennskap og relasjoner til enkeltpersoner i systemet.

- ***Å bygge opp et kollegialt fellesskap som støtte for faglig vekst og kvalitet i tjenestetilbudet***

Det står tydelig fram i samtalene at kompetansen som uttrykkes som en del av hva fagfellesskapet samlet sett uttrykker av profesjonell dyktighet, og den enkelte tilfører og mottar kompetanse gjennom sin deltagelse i dette fellesskapet:

Ja, det er så viktig å jobbe i et team der vi kan møtes og snakke sammen om det du skal ut på hvis du en dag ikke har den helt store tenninga. Jeg vet ikke helt om jeg er på sporet, hva tror du? Det er så viktig å møte hverandre og skulle hjelpe hverandre dit, for alle er vi jo mennesker, og det er jo ikke bare solskinnsdager innimellom...

Sårbarheten ved å arbeide som psykisk helsearbeider

Selv om en arbeider i et team representerer det å fylle rollen som psykisk helsearbeider i lokalsamfunnet en særlig utsatthet og sårbarhet i møtet med En av utfordringene er å arbeide over tid med mennesker som velger å ta sitt eget liv.

Jeg var veldig på vakt i uker etterpå fordi jeg fulgte opp en bruker med en alvorlig psykisk lidelse som bodde i fjerde etasje, jeg ble veldig redd for at han skulle hoppe fra sin veranda fordi han truet med det en gang. Så jeg vet jeg kjørte forbi og ringte ham selv om jeg hadde to faste avtaler to ganger i uka.

Den psykiske helsearbeider trenger flere ulike kompetanser

Å opptre kompetent i en praktisk virkelighet knyttet til en omsorgstradisjon vil måtte bestå av komplekse og sammensatte kunnskaper, ferdigheter og holdninger og disse kan ofte framstå som ulike fasetter av det å være kompetent.

Omsorgskompetanse: Denne kompetansen dreier seg om flere forhold:

- ***ivaretagelse*** – som forutsetter at man ser personen og personens behov (f.eks etter selvmord) – samtidig som personens nettverk møtes med omsorg (pårørendes og barns behov)
- ***håndtere og leve i spenningen mellom å ta over ansvar – og å la gå***
”Vi må også kunne gjøre oss overflødige, både som døråpner eller utkaster, men de må jo føle at vi vil dem godt, at vi står der sammen med dem.”
- ***være pasientens talsperson i forhold til hjelpesystemene*** (som kan være både ukjærlige, respektløse og lite sammenhengende). I denne sammenheng kan allianse- og partnerskapstenkningen være fruktbar:
”Jeg har opplevd at brukeren har vært hos lege, hos fysioterapeut eller besøk på trygdekontoret, og det vi har bygd opp blir på en måte revet ned igjen fordi vedkommende ikke møter forståelse. Noen har en rett og slett respektløs og uverdlig oppførsel i forhold til mennesker med psykiske lidelser.”

Fleksibilitet og endringskompetanse: Den psykiske helsearbeider behøver en *beredskap for å møte det uforutsette*. Planer kan legges, men ting endrer seg:

Man kan legge planer om hvordan ting skal være men de endrer seg fra dag til dag, den ene dagen kan det være å komme seg ut på jobb og neste å komme seg ut av døra.

Å gi åpninger for nye muligheter:

Kanskje er ikke arbeid alfa og omega. Kanskje er det noe annet i livet som også er verdifullt? Hvilken mulighet gir uføretrygd, omskolering, ta en pause fra arbeidet – og så muligens 'koble seg til' igjen?

Dette har å gjøre med at livet er forandring – og den psykiske helsearbeiderens oppgave er ”å møte mennesker i sine liv i endring.”

Fleksibilitet og endringsevne styrkes gjennom å være i en kontinuerlig læringsprosess, hvor særlig å lære av pasienten er en viktig innstilling:

”Han har gitt meg noe som jeg kan ta videre i samspill med andre.”

Kompetanse i lindring av lidelsens ulike uttrykk (sykdomslidelse, livslidelse, pleie- og behandlingsslidelse - samt sosial lidelse).

I dette arbeidet er det viktig å være klar over håpets betydning, for å unngå at personen blir åndelig nedbrutt i møte med hjelperne og hjelpesystemene.

Differensieringskompetanse (livsproblemer versus sykdomsuttrykk, sammenhengen mellom det kroppslige, sjelelige, åndelige og sosiale). Denne kompetansen dreier seg om å kunne skille - blant annet å lete etter behov og realiteter bak ordene. Den forutsetter en kvalifisert vurderingsevne som krever både faglig innsikt og menneskelig innlevelsessevne.

Det er så viktig med kunnskapen, og det å ha den bredden og den innfallvinkelen for å kunne se hva som skjer i et møte for å se mennesket bak slik at en kan sørge for å få det i framdrift, det er så viktig at den blir tydeliggjort.

Helhetsvurdering (som grunnlag for å avklare hjelpebehov og vurdering av relevante tiltak – samt en særlig våkenhet for kroppslige behov i samspill med sjelelige og sosiale).

Kommunikasjonskompetanse (evne til tillitskapende relasjonsbygging gjennom en grunnleggende respektfull holding, vilje til å forstå og handlinger som bekrefter og styrker personens egen handlingsevne)

Refleksjonskompetanse (som innebærer evnen til å se på hendelser fra ulike ståsteder for å forsøke å se og forstå nye nyanser og perspektiver i ulike samspillsituasjoner). Her ligger også en egen evne til å føre indre dialog og ta imot signaler gjennom empati (noe som omtales som ”magefølelse”) om hvordan ulike situasjoner påvirker ens personlige selv på en positiv eller tappende måte. Nettopp slik kan en fange opp motoverføringer og ha tilgang på en faglig intuisjon i utfordrende samspillsituasjoner. Det forutsetter derfor oppmerksomhet og nærvær i situasjonen.

Og det jeg har lært og tatt med meg over til andre pasientsituasjoner er å kjenne etter hvilke følelser jeg opplever, for så å kunne trekke meg litt ut av situasjonene og se på om det er mine eller brukerens angst jeg opplever.

Samarbeidskompetanse (hva skal psykiatriske sykepleiere/psykiske helsearbeidere særlig ta seg av – og hva bør overlates til andre – og hva skal man samarbeide om). Deltagerne omtaler samarbeid som en nødvendig forutsetning for god kvalitet i tilbudet:

- *det er nødvendig med samarbeid med andre etater i kommunen for å møte brukeres sammensatte behov (tjenestene må tilpasses behovene – ikke omvendt)*

- *samarbeidet bidrar til at man opplever seg som en del av et tverrfaglig fellesskap*
- *teamarbeid fører til at ansvarsbyrden avklares og deles; man kan hvile i et team – kjenne seg avlastet for eneansvar – og det gir avreageringsmuligheter som styrker evnen til å møte pasienten på nytt (= å kunne erkjenne ansvar og å kunne dele ansvar i et team)*
- *Teamarbeid og ”duoarbeid” (dvs. samarbeid mellom to personale)*

Koordineringskompetanse dvs. delegering av oppgaver og deling av ansvar.

Krisehåndtering - kan forstås slik at den benyttes ved kriser av varierende alvorlighetsgrad og omfang. Enkelte får en særlig opptrening og kompetanse og går inn i det kommunale kriseteamet.

Planleggings- og fagutviklingskompetanse - innebærer å delta i ulike råd og utvalg som planlegger og utvikler strategier for feltet eller distriktet.

Humorkompetanse - Spontan latter kan frigjøre og perspektivere - gir nytt perspektiv på det som kan synes låst og umulig ved at ting blir ufarliggjort. Den humoristiske sans hos hjelperen blir relasjonelt betydningsfull når den porsjoneres ut fra en forståelse av når det humoristiske passer – uten dermed at det humoristiske mister sitt spontane grunnlag i situasjonen.

Det er også viktig å sette opplevelser i et lys som gjør at det blir en spontan latter, så det ikke blir så dødsens alvorlig. Det er særlig viktig når vi jobber med folk med paranoide tanker (latter). Ja det kan vi le av, og på en måte ufarliggjøre disse her, det er som å stikke hull på en ballong ved å si det. Ja, jeg tenkte jo at det muligens det var meg det gjaldt.. Så det å så litt tvil er viktig...

Veiledning for å finne trygghet i arbeidet

To former for veiledning trekkes frem som nødvendige komplementer i den faglige utviklingen, nemlig:

1) *Selv-veiledning*: Å være nær (både seg selv og pasienten) og distansert: ”Å kjenne etter om det jeg føler er pasientens eller mine følelser.”

Denne nyanseringsevnen som er preget av sensitivitet i kombinasjon med selv-refleksjon er avgjørende for å være en god hjelper (nærhet og distanse).

Kompleksiteten ved å arbeide som psykisk helsearbeider i lokalsamfunnet er krevende fordi arenaer, roller og arbeidsformer skifter stadig. Det oppstår et klart behov for å ’rense seg’ fra projeksjoner og overføringer og egne frustrasjoner bl.a. knyttet til rammene rundt gjennomføringen av de ulike arbeidsoppgavene. Enkelte gjennomfører systematisk refleksjon ved å skrive notater fra samhandling og reflektere over dem i ettertid. Andre trekker frem betydningen av kollegial støtte i en travel hverdag, og de fleste fremholder systematisk veiledning som avgjørende for å holde seg ’stemt’ og inspirert.

2) *Faglig veiledning*: Dette dreier seg både om den daglige kollegiale veiledning – og den som finner sted fristilt fra handlingstvungen (individuelle eller gruppeveiledning). Den faglige veiledningen kan bidra til at den psykiske helsearbeideren lettere kan *finne sin stil* – og dermed lettere oppnå trygghet i arbeidet ved at man blir bevisst hva man kan – og kan se sin egen kompetanse og faglige perspektiv som komplementært til andres særlige kompetanse.

Jeg tror det er viktig å finne sin stil, og finne sin trygghet i seg selv framfor det å kopiere andre og ikke framstå som et ekte menneske. Og så er det jo så flott at vi er så forskjellige alle mann, og når en jobber i team

så er det alltid noen som passer brukbart med andre mennesker så det er jo en styrke det å være så forskjellige.

Imidlertid kan en ulike former for kopiering, forstått som modellering, være gunstig for å lære seg rollen og tilhørende funksjoner være et nødvendig første trinn på veien frem mot en personlig utformet praksis.

Sammendrag og anbefalinger

Dersom en skal forsøke å sammenfatte de ulike fasettene fra innholdet i samtaleene står særlig *verdibevissthet* tydelig frem og må forstås som et integrert aspekt i kjernekompetansen. Det er naturlig å tenke at å skulle motta og yte tjenester i andres hjem og nærmiljø, må finne sin berettigelse i tydelige behov og hvile på en gjensidig tillit mellom partene. Å stå i slike arbeidsrelasjoner over lang tid vil kreve en praksis som hviler på respekt og realiserte verdier. Det kommer klart frem at denne verdibevisstheten oppfatter de psykiske helsearbeiderne som sin kjernekompetanse. Denne bevisstheten må knyttes til fagspesifikke kunnskaper og ferdigheter, men den ser ut til å være den kjernen faget hviler på.

I funnene fra denne studien gjenkjennes grunnleggende humanistisk tankegods som viser seg som tydelige spor - og kan sammenfattes i begreper som: *omsorg versus autonomi, tillit og respekt, ansvar og medansvar, håp og utholdenhet, åpenhet i holdning som anerkjenner verdien og berettigelsen av tvil, fortrolighet og respekt for persons integritet, humor og verdien av aktivitet.*

En annen humanistisk posisjon er ønsket om og viljen til å innta ulike perspektiver i samhandlingen. Dette kommer til uttrykk ved at brukerperspektivet holdes frem som fundamentalt. Det innebærer ikke at brukerinteressene automatisk blir ivaretatt, men at grunnlaget for en gjensidig dialog aktivt søkes. I en slik grunnholdning står ønsket om å solidarisere seg med brukeren - bl.a. gjennom å opptre som talsperson - frem som et motiv som motiverer praksis.

En naturlig konsekvens av en slik grunninnstilling fører til at relasjonsarbeidet blir en sentral arbeidsform. Relasjonen tar utgangspunkt i *det gode møtet* som utvikles gjennom tillitskapende prosesser ofte over

lang tid, og kan utøves på mange ulike arenaer alt fra den enkeltes hjem til lokalsamfunnet og ansvarsgruppemøtene.

Fagmiljøet tilstreber å utvikle en kultur der evnen til at alle parter lærer av hverandre holdes fram som særlig viktig. Det kommer fram gjennom de spontane veiledningssituasjonene, ”duoarbeidet” og evnen til å lære sammen med brukeren i møtet med utfordringene. Utvikling av kompetanse skjer nettopp mellom vekslingen mellom å erkjenne egen styrke og begrensninger slik at en kan slippe andre til som har ”friske øyne”. Yrkesidentiteten styrkes nettopp gjennom et slikt passe trygt og samtidig utfordrende faglig fellesskap.

Et annet særtrekk som tilstrebes innen en humanistisk praksis er den nødvendige vekslingen mellom helhetsperspektiv og del-kunnskap. Denne bevegelsen ser ut til å skape forutsetningen for å kunne differensiere og skille mellom sosial-, behandlings- og pleielidelse, livs-og sykdomslidelse - samt mellom ressurser og symptomer, mellom brukerperspektivet, lokalsamfunnsperspektivet og behandlerperspektivet.

For å kunne fylle rollen som psykisk helsearbeider må utøveren inneha grunnkompetanse, altså være kompetent. Det kan forstås slik at den enkeltes faglige og personlige grunnkompetanse holder et nivå som gjør det mulig å gå inn i de fleste situasjoner og opptre med en naturlig autoritet - og i kraft av seg selv sikre at brukeren opplever trygghet og medbestemmelse.

Den psykiske helsearbeider i lokalsamfunnet har en form for spesialistfunksjon, men ikke i den tradisjonelle betydningen av ordet spesialist – forstått som en som bare behersker en type dybdekunnskap

innen et felt. Psykisk helsearbeid arbeider minst langs to dimensjoner, både bredde- og dybde dimensjonen. Dette kan forstås på flere måter, både som evnen til å se og arbeide med dybder i menneskesinnet og i lidelsesuttrykk, men også som mangfold og bredde i de menneskelige uttrykk og livsverdener – inkludert personens ressurser og utfordringer i et levende lokalmiljø. En slik sensitivitet og utvikling av en faglig kreativitet ser ut til å være basert på evnen til nærværenhet som er en vesentlig forutsetning for å kunne oppfatte og tolke pasientens signaler.

Sentralt i det gode møtet er respekten for den andres livsverden. En slik holdning utfordres i situasjoner der brukeren opplever seg fanget av fastlåste forestillinger og antagelser om ”virkeligheten”. Dette kan hemme et hensiktsmessig grep om hverdagens utfordringer. I slike situasjoner tilstrebes en undrende holdning som i større grad enn den mer tradisjonelle og oppdragende realitetsorienteringen, kan virke bekreftende overfor personen og styrke håpet for fremtiden.

Et vesentlig grunnlag for den faglige virksomheten synes å være møte med *mønstersituasjoner og skjellsettende erfaringer*. De fleste deltagerne kan peke på situasjoner og hendelser som på grunnleggende måte har preget deres forståelse av det psykiske helsearbeidets kjerne. Alle deltagerne rapporterer om slike hendelser/situasjoner.

Noen situasjoner gir skjellsettende erfaringer og med langvarige ettervirkninger. Å oppleve for eksempel selvmord vil prege både holdning og oppmerksomhet i lang tid; man blir mer vår og årvåken for pasienters signaler. Så nedfeller opplevelsen seg som en dyrkjøpt erfaring som man lever med. Man ser nødvendigheten av å ivareta pasienten, pårørende, seg selv og medarbeidere.

For nyansatte psykiske helsearbeidere, kan det være vanskelig å skille ut enkelthendelser som på avgjørende måte har påvirket den faglige selvforståelsen og kunnskaps- og erfaringsgrunnlaget. Det som står frem som karakteristisk for arbeidssituasjonen, er hvor vidtfavnende og komplekst arbeidet er.

Vi har foreslått å kalle denne yrkesfunksjonen for en *spesialisert generalist* innen det psykiske helsearbeidet. Det er imidlertid viktig å understreke at funksjonen ikke nyter noen eksklusivitet eller suverenitet innen feltet, men at den hviler på en fagtradisjon som preges av denne type kompetanse.

Dette notatet er tenkt som et sentralt dokument i utviklingen av kunnskap ved å bidra til å utvikle et språk for praksis; i denne sammenheng den psykiske helsearbeiders forståelse av sin praksis og sin kjernekompetanse. Vi anbefaler at notatet benyttes som grunnlag for:

1. Kritisk granskning

For at denne typen kompetanse skal bli brukskunnskap, må den testes ut på virkeligheten gjennom kritisk granskning av medforskerne i prosjektet. I denne sammenheng vil det være utøvere, samarbeidspartnere og særlig brukere av tjenestene. *Det er nødvendig å få brakt på det rene om denne beskrivelsen gjenkjennes som et realistisk bilde av den psykiske helsearbeiders praksisteori - både sett innenfra og utenfra. På hvilke områder er beskrivelsen dekkende, hvor er den ikke og hvordan bør den eventuelt suppleres? Er det spesielle kunnskaper eller arbeidsformer som det er særlig viktig å beholde - eller nye som ønskes videreutviklet?*

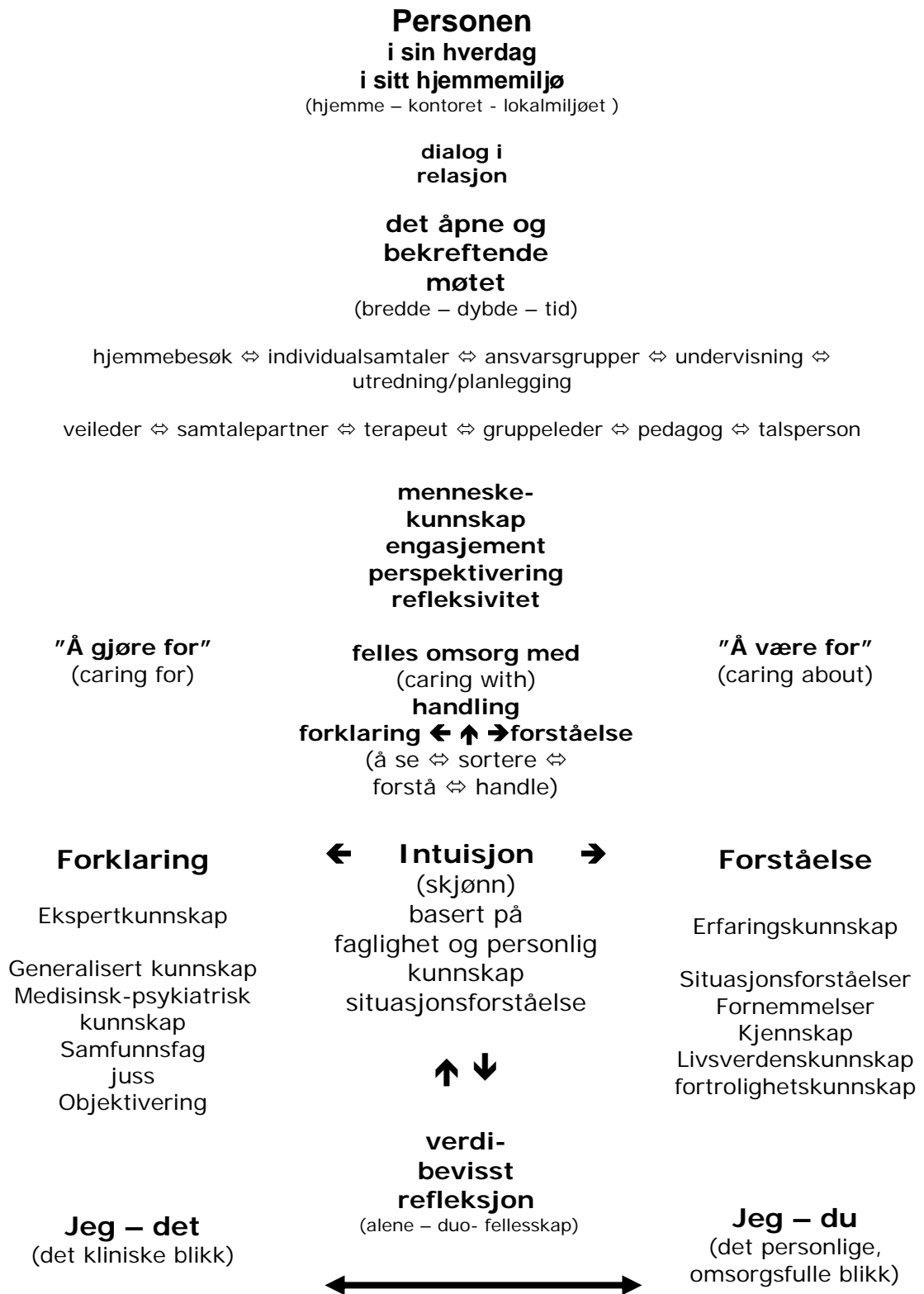
2. Videreutvikling av tjenestetilbudet

Enhver gjennomtenkt og systematisk kvalitetsutvikling tar utgangspunkt i den eksisterende kompetansen innen et felt. Gjennom kritisk refleksjon forsøker man å styrke og videreutvikle denne i ønsket retning. Det klare ønsket om en fleksibel tjeneste må i denne sammenhengen forstås som en enda klarere dreining mot individualiserte og dermed tilpassede tjenester.

Den faglige selvforståelsen som kom til uttrykk i disse samtalene, preges av en personorientert tilnærming til brukerne, og derfor bør dette være et godt spor å utvikle ytterligere slik at tjenesten kan i enda større grad fremstå som brukermedvirket og brukerstyrt.

Gjennom sammenfatningen av denne dialogen med de psykiske helsearbeiderne avsluttes første fase av delprosjektet. Deltagere og alle medforskere oppfordres å gå aktivt inn i notatet og bruke materialet bevisst som en mulighet til å videreutvikle en tjeneste som både tilretteleggere, utøvere og brukere kan være stolte av.

Foreløpig teoretisk skisse av den psykiske helsearbeiders faglige selvforståelse - kjernekompetanse(r)



Figur 3. Skisse av den psykiske helsearbeideres faglige selvforståelse

Referanser

Bray J, (1999). An ethnographic study of psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, pp 297-305.

Bysveen, R. (2003). *Hvordan kan en psykiatrisk sykepleier gjennom relasjonsarbeid fremme brukerens egne ressurser i en bedringsprosess?* Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Graham I.W. (2001). Seeking a clarification of meaning: a phenomenological interpretation of the craft of mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, pp 335-345.

Haque M.S., Nolan P., Dyke R. & Khan I., (2002). The work and values of mental health nurses observed. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, no 9, 673-680.

Hedelin B., Severinsson E. & Hummelvoll J.K. (2003). Psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället. En resumé av internationell forskning och yrkesmässig reflektion. *Elverum: Høgskolen i Hedmark: Rapport nr. 10.*

Hummelvoll J.K. (1996). *Å arbeide i felten. Den psykiatriske sykepleier som 'libero' i kommunehelsetjenesten.* Elverum: Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 1.

Hummelvoll J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien.* Oslo: Universitetsforlaget.

Linde K.R. & Ringås, T.B. (2001). *Libero – eller en hardt presset forsvarsfirer? Opplevelser, vanskeligheter og utfordringer ved å jobbe som psykisk helsearbeider i kommunehelsetjenesten*. Elverum: Høgskolen i Hedmark, Videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Maunsbach, M. & Delholm-Lambertsen, B. (1997). Det fokuserede gruppeinterview og deltagerobservasjon. *I: Nordisk medisin, 4: 126-128*.

Morgan D.L. (1988). *Focus Groups as Qualitative Research*. California: Sage Publications.

Morrison R.S. & Peoples L. (1999). Using Focus Group Methodology in Nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing, Volum 30, Number 2 March/April*.

Nolan, P., Bourke, P. & Doran, M. (2002). UK and USA Clinical Mental Health Nurse Specialists' perceptions of their work. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, nr. 9: 293-300*.

Reason P. & Heron J. (1986). Research with people: The paradigm of co-operative experiential inquiry. *Person Centered Review, 1: 456-475*.

Tillgren P. & Wallin E. (1999). Fokusgrupper - historik, struktur och tillämpning. *Socialmedicinsk tidsskrift nr 4/1999: 312 - 321*.