

Bedringsprosesser

Hva kan fremme bedringsprosesser hos innlagte pasienter med psykiske lidelser?

Cecilie Walter Siegwarth



Masteroppgave ved Avdeling for helsefag

HØGSKOLEN I BUSKERUD

17 september 2012



HØGSKOLEN I BUSKERUD

Avdeling for helsefag

Konggt. 51

3019 Drammen

Navn: Cecilie Walter Siegwarth	Dato: 17.09.2012.
Tittel og undertittel: Bedringsprosesser. Hva kan fremme bedringsprosesser hos innlagte pasienter med psykiske lidelser?	
Sammendrag: <p>Bakgrunn: Mastergradsoppgaven skal bidra til å undersøke hvilke erfaringer innlagte pasienter har i forhold til bedringsprosessen, samt å forbedre den kliniske behandlingen, knyttet til denne gruppe pasienter.</p> <p>Hensikt: Hensikten er å gi ny kunnskap om dette temaet for å kunne tilby en bedre behandling og praksis, der de subjektive erfaringene og opplevelsene med hensyn til opphold på en lukket psykiatrisk avdeling tillegges mer vekt.</p> <p>Teoretisk forankring: Studien bygger på teori og tidligere forskning om bedringsprosesser, salutogenese, brukermedvirkning og humanistisk perspektiv på psykiske lidelser.</p> <p>Metode: Studien har en fenomenologisk tilnærming med vekt på deskriptivt design. Den bygger på kvalitativ forskningsintervju med fire innlagte pasienter fra en psykiatrisk sykehusavdeling. Analysen bygger på Giorgis tekstkondensering.</p> <p>Resultat: Studien viste at bedringsprosessen ikke bare handlet om pasientene selv eller andres bidrag, men at prosessen involverer flere områder for samspill. Deltakerne ga mange eksempler på profesjonelle som hadde gitt god støtte på ulike vis. Det handlet blant annet om respekt, medmenneskelighet, forståelse, empati og håp, men også om personkjemi. Likeledes ble samspill med pårørende, venner og dyr også fremhevet som viktig i forhold til bedring. Samspill mellom individet og strukturen på sykehuset ble også fremhevet. Dette handlet om å bli inkludert i behandlingen hvor en legger vekt på brukererfaringene i bedringsprosessen, noe som innebærer å innta en ressursorientert fremfor en sykdomsbasert holdning.</p> <p>Konklusjon: Bedringsprosesser i denne konteksten handler om ulike samspill. Godt samspill fordrer blant annet at hjelperen er villig til å la sin forståelse beveges ved å innta en åpen holdning for det som kommer frem i forhold til pasientens opplevelser og erfaringer. Målbevisst satsing, med individuell tilpasset hjelp på brukerens premisser, kan bane vei for et mer likeverdig samspill, og dette vil ha positiv betydning for bedringsprosessen</p>	
Nøkkelord: Bedringsprosesser, samspill, pasienterfaringer	



HØGSKOLEN I BUSKERUD

Avdeling for helsefag

Konggt. 51

3019 Drammen

Name: Cecilie Walter Siegwarth	Date: 17.09.2012
Title and subtitle: Recovery. What can strengthen the recovery process of patients with mental illness in a mental hospital?	
<u>Abstract:</u> Background: This master thesis will contribute to explore experiences from pasientens who are in a mental hospital with mental illness in the recovery process, in addition to improve the treatment to this group. Intention: The intention is to create new knowledge about this subject and offer better treatment and practice that are developed from the patients own experiences in a psychiatric hospital. Theoretical basis: This study is based on a theoretical description and earlier research on recovery process, salutogenesis, user participation and a humanist perspectiv on mental illness Method: This study has a phenomological approach with focus on a descriptive design. It is based on a qualitative research interviews with four pasientens from a psychiatric hospital ward. Systematic text condensation by Giorgi was the method of analysis. Findings: This study showed that the recovery process does not only involve the pasientens themselves or contributions from others, but that the process involves many other areas in interaction. The participants gave many examples of professionals who had given good support in different ways. It dealt with respect, humanity, understanding, empathy and hope, but also about personal chemistry. Interaction with family, friends and animals was also found important in the recovery process. Interaction between the individual and the structure at the hospital was also found important. To be included in the treatment where user centred participation is important in the recovery process, will change focus to ones positive resources rather than problems and illness Conclusion: The recovery process in this context is about different interactions. A good interaction demands that the supporter is willing to understand by beeing open minded to the patients experiences. Determined work with individuall help on the users terms will maybe give a more equal interaction and a positive meaning in the recovery process-.	
Key words: Recovery process, Interaction, patient experiences	

FORORD

Først og fremst vil jeg takke mine fire informanter som har tatt seg tid og var villige til å dele sine erfaringer med meg. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre dette prosjektet.

Takk til min veileder Stian Biong som har delt sine faglige kunnskaper og erfaringer, og som har veiledet meg gjennom denne perioden med min masteroppgave på lærerrike møter og ved hjelp av spørsmål som gjorde at resultatet ble bedre.

Seminargruppen fortjener også en takk for konstruktiv kritikk og tilbakemeldinger, støtte og felleskap. Takk til Siri og Ottar som ledet gruppen og selv ga gode tilbakemeldinger.

Takk til ledelsen ved mitt arbeidssted som har latt meg ta denne utdanningen og lagt til rette forholdene slik at jeg har fått tid til å gjøre dette. Ikke minst den støtte og engasjement jeg har fått tilbakemelding på underveis i arbeidet. Elbjørg på biblioteket fortjener også en takk som har lånt meg bøker og ytet god service.

Tante Vibeke fortjener en takk for å ha hjulpet meg med korrektur. Til slutt fortjener mamma også en takk som har støttet meg underveis i prosessen.

Oslo 17 september 2012

Cecilie Walter Siegwarth

INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn temaet.....	1
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Oppgavens oppbygning.....	3
KAPITTEL 2.0 FORSKNINGSPROSJEKTETS TEORETISKE GRUNNLAG.....	4
2.1 Bedringsprosesser.....	4
2.2 Salutogenese versus patogenese.....	6
2.3 Brukermedvirkning.....	8
2.4 Perspektiver på psykiske lidelser.....	9
KAPITTEL 3.0 METODOLOGI.....	11
3.1 Forskningsdesign.....	11
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring.....	11
3.2.1 Fenomenologi.....	11
3.3 Forforståelse.....	13
3.3.1 Å forske i eget felt.....	13
3.4 Utvalg.....	14
3.5 Det kvalitative intervjuet.....	14
3.6 Transkribering.....	17
3.7 Analyse av data.....	18
3.8 Forskningsetiske refleksjoner.....	19
3.8.1 Forskerens rolle ved egen arbeidsplass.....	19
3.8.2 Informert samtykke og konfidensialitet.....	20
3.8.3 Konsekvenser av å delta i prosjektet.....	20
3.8.4 Godkjenning.....	21
KAPITTEL 4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	22
A. Den gode hjelpen.....	22
A.1 Egenskaper hos personalet.....	22
A.2 Samtalens muligheter.....	23
A.3 Personkjemi.....	26
A.4 Innholdet i behandlingen.....	27
B Hindrende faktorer.....	28

B.1 Skjevhet i roller.....	28
B.2 Teknikk uten kjærlighet.....	29
B.3 Symptomatisering.....	29
B.4 Begrenset privatrom.....	30
C. Hverdagen på sykehuset.....	31
C.1 Struktur og forutsigbarhet.....	31
C.2 Lystbetonte aktiviteter.....	32
D. Krever vilje og egeninnsats for å bli bedre.....	33
D.1 Indre tro på at det skal gå bra.....	33
D.2 Kan gjøre deg selv bra.....	34
E. Delaktighet i behandlingen.....	35
E.1 Bli inkludert i behandlingen.....	36
E.2 At andre tar avgjørelser på vegne av pasienten.....	36
F. Pårørende, venners og dyrs betydning.....	38
F.1 Å bety noe for andre.....	38
F.2 Kontakt med noen andre enn profesjonelle.....	38
F.3 Bli inkludert.....	39
G. Medisiner.....	39
G.1 Medisiners betydning i bedringsprosessen.....	39
H. Trinn fire: Rekontekstualisering-helhetlig beskrivelse.....	40
KAPITTEL 5.0 DRØFTING.....	43
5.1 Samspill mellom individet og seg selv.....	43
5.2 Samspill mellom individet og andre.....	48
5.3 Samspill mellom individet og den ytre struktur.....	56
5.4 Metodediskusjon.....	62
5.4.1 Studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	62
5.4.2 Validitet.....	62
5.4.3 Reliabilitet.....	62
5.4.4 Overførbarhet.....	62
KAPITTEL 6.0 OPPSUMMERING.....	66
6.1 Konklusjon.....	67
6.2 Klinisk implikasjon.....	67
LITTERATURLISTE.....	68

VEDLEGG

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjon og samtykke erklæring

Vedlegg 3: Godkjenning fra REK

Vedlegg 4: Godkjenning fra REK med endringer

Vedlegg 5: Intern godkjenning fra Oslo universitetssykehus

KAPITTEL 1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for temaet

Jeg har ønsket å undersøke hvordan vi kan hjelpe innlagte pasienter med psykiske lidelser til å bli bedre. Samtidig ønsker jeg med dette å få svar på hva vi som profesjonelle kan gjøre og som hjelper. Dette er relevant for min kliniske hverdag fordi den erfaringskunnskapen den enkelte pasient har kan bidra til å utvide min forståelse og gi retningslinjer for hva den kliniske praksisen bør legge vekt på.

Jeg ønsker med dette å forbedre kunnskapen om hva pasientene selv mener er til hjelp og som bidrar til å fremme bedringsprosesser og hva vi som psykisk helsearbeidere kan bidra med i behandlingsarbeidet ut fra et slikt perspektiv.

Dette ønsket underbygges av at det står i samsvar med aktuelle politiske føringer, om hva vi må gå ut fra når vi som helsepersonell skal bidra med vår kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. Gjennom helselovene fra 1999, Stortingsmelding 25 (1996-97) "Åpenhet og helhet" og Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har politisk nivå satt brukermedvirkning på den faglige og samfunnsmessige dagsorden ved at vi som helsepersonell er juridisk forpliktet til å involvere pasienten i hans/hennes eget liv og behandling. Studieplanen for mastergradsstudiet i klinisk helsearbeid (2008-2012) ved Høgskolen i Buskerud peker på at kompleksiteten i dagens helsetjenester forutsetter høyt kvalifiserte utøvere i klinisk helsearbeid. Helsearbeidere må videre bidra til fornyelse av kunnskapsgrunnlaget i klinisk helsearbeid. Siden klinisk praksis og den vitenskapelige kunnskapsbasen stadig er i utvikling fordrer dette en holdning til kontinuerlig læring og kompetanseutvikling. Med bakgrunn i dette mener jeg at denne fordypningen både ut fra pasient- og teoretisk perspektiv bidrar til at oppgaven er relevant for klinisk helsearbeid.

Etter åtte år som sykepleier innen psykisk helsevern har jeg sett både hos meg selv og andre at arbeidet med pasienten i stor grad kan være preget av hva vi selv mener vil være virksomt for dem som lider av alvorlige psykiske lidelser, uten at vi i særlig grad tar inn over oss hvordan pasienten selv forstår eller ser på sin egen bedringsprosess. Behandlingen kan ofte være preget av en eksperttankegang hvor vi som hjelpere er paternalistisk ved at vi vet best på vegne av den andre. Det finnes nyanser, men min erfaring er at vi ofte behandler pasienter som om han eller hun ikke selv har evne til å vite noe om hva som vil være viktig for

hans/hennes bedringsprosess. Det er også en utbredt pessimistisk holdning til mennesker som har alvorlige psykiske lidelser, istedenfor et miljø preget av håp og forventning om bedring. Dette utfordrer våre roller som hjelpere og det desentraliserte psykiske helsevesenet hvor brukermedvirkning er et sentralt virkemiddel.

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt lyder som følger:

”Hva kan fremme bedringsprosesser hos innlagte pasienter med psykiske lidelser?”

Forskningsspørsmål som er knyttet til problemstillingen vil være:

- 1) Hva opplever pasienter fremmer og hemmer deres bedringsprosess når de er innlagt?
- 2) Hvilke egenskaper hos personalet opplever pasienter fremmer bedringsprosessen?

1.3 Begrepsavklaring

Her viser jeg til hvilke begrep som er viktig i mitt forskningsprosjekt: Pasient, Bedringsprosess og Psykiske lidelser.

I lov om pasientrettigheter til § 1-3 defineres pasient slik: ”pasient: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.”

William Anthony, som har en doktorgrad i psykologi, var en av de første til å skrive om bedringens betydning innenfor psykiatriens kunnskap og metodeutvikling. Jeg velger å bruke hans definisjon av bedringsprosessen:

Bedring beskrives som en dyp, personlig, unik endringsprosess som gjelder egne holdninger, verdier, følelser, mål og/eller roller. Det er en måte å leve et tilfredsstillende, forhåpningsfullt og konstruktivt liv på, selv innenfor den begrensede rammen sykdommen skaper. Bedringen krever at man utvikler en ny mening med livet og nye livsmål, samtidig som man legger den mentale sykdommens katastrofale effekter bak seg (sitert i Topor, 2006, s.19).

Psykologi omhandler menneskesinnet eller sjelslivet. Psykiske lidelser kjennetegnes ved avvikende atferd, følelsesuttrykk, ved tankegang eller måter å snakke på som er vanskelig å

forstå, eller på en annen måte medfører at personen faller utenom fellesskapet med sine omgivelser (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke 2006).

1.4 Oppgavens oppbygning

Masteroppgaven består av fem deler, som etterfølges av en oppsummering. Kapittel 1 tar for seg bakgrunn for valg av problemstilling og problemstillingen, deretter presenteres ”Forskningsprosjektets teoretiske grunnlag” i kapittel 2. Kapittel 3 tar opp ”Metodologi”. Kapittel 4 tar for seg ”presentasjon av funn, som blir brukt til ”Drøfting” i kapittel 5, hvor mine funn blir presentert sammen med teorien fra kapittel 2.

KAPITTEL 2.0 FORSKNINGSPROSJEKTETS TEORETISKE GRUNNLAG

I dette kapitlet vil jeg utdype de teoretiske perspektivene som legges til grunn for forskningsprosjektet.

2.1 Bedringsprosesser

Det er viktig å fastslå at mennesker kommer seg etter alvorlige psykiske lidelser. For eksempel viser flere oppfølgingsstudier at mellom halvparten og to tredjedeler av pasientene som har fått diagnosen schizofreni kommer seg (Topor, 2006; Jensen, Jensen, Olsen og Sørensen, 2004).

Innenfor helse- og sosialtjenesten og psykisk helsevern snakkes det om ”bedring”, ”recovery”, å komme seg”, ”bli bra”, ”bli frisk”, ”tilfriskhet”, ”helbredelse”, ”rehabilitering” og ”ferdigbehandlet”. Bedring ved alvorlig psykisk lidelse handler om krevende menneskelige utviklingsprosesser. Mye kan skje i våre liv og både planlagte og tilfeldige hendelser har en innvirkning. Dette er også tilfelle hos mennesker som har erfart alvorlige psykiske lidelser. Likevel består livet og hverdagen av mye mer enn symptomer og problemer. Det er grunnlag for optimisme fordi mange mennesker kommer seg og får det betydelig bedre (Borg og Topor, 2007; Jensen et al, 2004).

Både helbredelse og rehabilitering er noe som skjer med pasienten som følge av ulike metoder de profesjonelle anvender (Topor, 2006; Jensen et al, 2004). Bedring skiller seg ut i forhold til dette. Bedring handler om individets egeninnsats. Det er en følge av arbeid som individet selv gjør som for eksempel å ta tak i problemene sine og finne ulike mestringsstrategier, oftest med hjelp fra andre. Det å snakke om bedring for mennesker med psykiske lidelser innebærer at en erkjenner pasientens aktive og avgjørende medvirkning. Videre handler bedringsprosessen om at de profesjonelle ser hele mennesket. For mange mennesker handler det om ”å finne seg selv.” Selv om bedring i stor grad handler om symptomene og grader av disse, trenger en ikke å være symptomfri for å være i en bedringsprosess (Topor, 2006; Jensen et al, 2004). Mennesker som har kommet seg fra schizofreni lidelser kan for eksempel fremdeles høre stemmer, men disse stemmene plager dem ikke i like stor grad som tidligere. Bedring handler også om at mennesket tar makt over sitt eget liv både med hensyn til hvordan han vil leve det og hvordan han kan utforme livet sitt slik han ønsker å leve det (Topor, 2006; Jensen et al, 2004).

Forskningslitteraturen, spesielt gjennom oppfølgingsstudier (Bleuler 1972; Harding et al, 1987) viser at mennesker har ”kommet seg” fra psykiske lidelser og klarer å mestre livet sitt på tross av symptomer (Borg og Topor, 2007; Wilken, 2007). Derimot er studier om bedringsprosesser ved psykiske lidelser som tar utgangspunkt i de subjektive erfaringene et forholdsvis nytt forskningsfelt. Brukerkunnskap fra hele verden har vært avgjørende for å få innsikt i personers subjektive erfaringer med det å leve med og mestre det å ha psykiske lidelser (Borg, 2009; Deegan, 2007). Patricia E. Deegan, en irsk doktor i psykologi med pasienterfaring, og tidligere schizofrenilidelse, har skrevet om sin egen bedringsprosess. Hun er opptatt av å få frem at bedring ikke er et endelig sluttresultat men en prosess hvor en legger vekt på mestring (Wilken, 2007). Arnhild Lauveng (2005) er en norsk psykolog som hadde en schizofrenilidelse. I hennes selvbiografi, ”I morgen var jeg alltid en løve”, beskriver hun hvordan det var å ha en psykisk lidelse, og hvordan hennes bedringsprosess var. Hun beskriver at noe av det som var virkningsfullt var at hun fra andre mennesker (også profesjonelle) ble møtt med håp om bedring og tro på at hun en dag skulle klare embetseksamen i psykologi.

Topor (2003) beskriver viktige egenskaper hos andre personer som har hjulpet pasienter, som at hjelperen viser seg som et ”virkelig menneske” med sine egne mangler og nederlag. Dette gjør det mulig for pasienten å identifisere seg med vedkommende og bruke noen av de forskjellige måtene hjelperen har brukt for å håndtere problemer. En egenskap hos personalet som pasienter ofte nevner er en aksepterende holdning. En slik måte å forholde seg på åpner opp en mulighet for pasienten under beskyttende omstendigheter å utprøve ideer og roller og på den måten øve seg i å være stadig mindre pasient. En annen virkningsfull egenskap er å tilby forskjellige fortolkninger i forhold til ulike hendelser pasienten har vært utsatt for med en mening i forhold til deres egen livshistorie. På denne måten kan de som er i ferd med å komme seg hjelpe til å gjenopprette selvtilliten og i mindre grad bli dominert av symptomer og følelsen av å være utenfor. Annen virkningsfull hjelp kan være å tilby pasienten praktisk hjelp i hverdagssituasjoner. Den konkrete hjelpen og samværet kan oppfattes av pasienten som en aksept av den person han er. Deegan’s (1988) i Topor (2003) analyse av sin egen bedringsprosess peker på at andres håp kan bidra til at pasienten får håpet tilbake og dermed at bedringsprosessen kommer i gang. Studier hos Cullberg og Levander (1991) i Topor (2003) viser at det er de empatiske og menneskelige kvaliteter hos terapeutene som utgjør en forskjell, ikke de tekniske aspektene hos pasienter som har kommet seg ved hjelp av psykoterapi. Topor(2003)tar også opp Hardings m.fl.(1987 a,b) betydning av kvalitetene i

relasjonene som var utviklet mellom pasienter og de utskrevne pasienter som de fulgte opp. Med tiden skiftet relasjonene karakter fra ensidig avhengighet til gjensidighet og vennskap. Topor (2003) sier at mange forskere og deres intervjupersoner vender tilbake til betydningen av interaksjoner i hverdagssituasjoner, hvor den andre (personale/pårørende) også kan gi uttrykk for vennskap og omsorg.

2.2 Salutogenese versus patogenese

Aron Antonovsky (2005), medisinsk sosiolog, skapte på empirisk grunnlag begrepet salutogenese, det vil si "helsens grunnlag." Dette var en motreaksjon mot ensidig fokus på patogenese innenfor medisinen. Dette er et paradigmeskifte fra patogenese, som fokuserer i større grad på sykdomsperspektivet til salutogenese, som fokuserer på et mestringsperspektiv. Dette mestringsperspektivet kan lede hjelperen til å se på nye muligheter samt ubrukte sider hos de som søker hjelp og deres omgivelser. Mestring er knyttet opp mot at alle har muligheter til å mestre situasjonen sin og denne tanken utgjør selve nøkkelen som kan låse opp for disse mulighetene (Almvik og Borge, 2007).

Patogenese definerer mennesker som syke eller friske (diktomi) og vektlegger diagnosen. Det motsatte er salutogenese som definerer helse som et kontinuum (grader av helse) og ser etter faktorer som kan gi bedre helse. Salutogenese vektlegger de generelle motstandsressursene, det vil si levekår og individets historie og hvordan en har mestret situasjonen til nå. Individet forstås i aktivt samspill med sine omgivelser (Antonovsky, 2005).

Salutogenesen hevder det er "opplevelse av sammenheng" som sammen med de generelle motstandsressursene gjør at mennesker påvirkes ulikt av ulike stressorer. Antonovsky forsket på mennesker som har opplevd store påkjenninger, men som på tross av dette hadde god helse. Kjennetegnet var at de hadde en høy grad av opplevelse av sammenheng. "For å oppnå denne opplevelsen av sammenheng må personen forstå situasjonen (forståelighet), ha tro på at hun/han har de nødvendige ressurser tilgjengelig til å finne løsninger (håndterbarhet), og opplever utfordringer som motiverende (mening)." (Almvik og Borge, 2007, s.90).

Antonovsky sier at mening er den viktigste faktoren fordi dette er følelses- og motivasjonskomponenten. Det er vesentlig å ha tro på at en kan påvirke ens eget liv (Almvik og Borge, 2007).

Forståelighet viser til i hvilken grad man kognitivt forstår indre og ytre stimuli. De stressfaktorene man oppfatter må fremstå som ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig. I motsetning til kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig. Den som har en sterk opplevelse av forståelighet, forventer at de stimuli som en møter i fremtiden er forutsigbare, eller at uventede hendelser som skjer, kan settes inn i en sammenheng og gjøre dem forståelig (Antonovsky,2005).

Håndterbarhet handler om hvilken grad man opplever å ha de nødvendige ressurser tilgjengelig for å finne løsninger. Det kan både være ressurser som en selv har kontroll over eller som kontrolleres av en annen, som man stoler på og har tillit til. F. eks mann/hustru, venner, kollegaer ,lege eller psykolog. En person med en sterk følelse av håndterbarhet ser på livet som rettferdig og ser ikke på sykdom som et offer for omstendighetene i livet (Anonovsky,2005).

Meningsfullhet handler om å være deltakende og engasjert i sitt eget liv og de prosesser som former skjebnen og dagliglivet. Motivasjonskomponenten for følelsen av sammenheng viser til hvilken betydning personene føler at områder i livet har. Det som skjer i livet vil være en utfordring, og man vil gjøre sitt beste for å klare seg gjennom det. Det søkes også en mening i forhold til død og lidelse. Høy meningsfullhet og forståelighet gjør at man motiveres til å søke etter potensielle motstandsressurser som er viktig for å klare seg (Antonovsky, 2005).

Begrepet generelle motstandsressurser og stressfaktorer er sentrale begrep i Antonovskys teori (2005). Gode motstandsressurser er for eksempel god økonomi, høy egostyrke, sosialt nettverk med sterk grad av tilhørighet, religion. Den enkeltes ressurser vil gi kraft til å bekjempe ulike stressende hendelser i livet (Anonovsky,2005).

Det finnes mange avgrensede hendelser i våres liv som er positive eller negative. Antonovsky(2005)har identifisert tre typer stressfaktorer: kronisk stressfaktorer, vesentlige livshendelser og akutte daglige irritasjonsmoment. Disse går i hverandre og det kan ikke skilles skarpt mellom dem, men likevel er det kvalitative forskjeller. Kroniske stressfaktorer er i likhet med generell mestringsressurser en tilstand eller egenskap som vesentlig karakteriserer en persons liv. Det kan for eksempel handle om personens indre psykiske tilstand, temperament, personlighet, sosiale rolle, historiske sammenheng og gruppetilhørighet. Andre vesentlige livshendelser, men mer avgrensede livshendelser, som for

eksempel dødsfall i familien, skilsmisse, oppsigelse fra jobben, en spesiell personlig prestasjon, gå av med pensjon betegnes som en annen type stressfaktor(Antonovsky,2005). Daglige irritasjonsmoment kan for eksempel være at vedkommende ikke klarer oppkjøringen av førerkortet, et uvanlig kompliment eller forulemping fra sjefen, suksess i et skuespill på skolen eller bli utsatt for en mindre alvorlig ulykke. Likevel sier Antonovsky(2005) at dette ikke er så viktig, da dette ikke ha noen innvirkning på opplevelsen av sammenheng eller på helsetilstanden. Det som er viktig ifølge Antonovsky(2005) er å se at mestringsressurser og stressfaktorer virker sammen, noe som fører til at det som blir betegnet om stressfaktorer også kan være mestringsressurser.

2.3 Brukermedvirkning

Paternalistiske holdninger som kan defineres som vi vet hva som er best for deg har lange tradisjoner i helsevesenet. Det trengs derfor en ny forståelse av helsepersonellens rolle i forhold til pasientenes brukermedvirkning. Pasientrettighetsloven i forbindelse med brukermedvirkning § 3-1 gir pasientene rett til medvirkning. Dette er en viktig føring for helsepersonell i forhold til bedringsprosessen fordi det sier noe om at pasienten har rett til å delta i sin egen behandling og hvordan behandlingen utføres. Den sier samtidig at vi som helsepersonell er juridisk pliktige til å involvere pasienten i alle avgjørelser vedrørende hennes/hans liv.

I forståelsen av brukerperspektivet ligger det at forholdet mellom partene i hjelperelasjonen må endres. Dette innebærer en maktforskyving fra fagutøvere til brukere. Maktforholdet mellom brukeren som den hjelpetrengende og terapeuten som eksperten er i utgangspunktet skjevt. I tillegg har det psykiske helsevesenet en spesiell mulighet til å utøve makt og kontroll fordi psykiatrien har en mer flertydig og usikker praksis enn for eksempel somatiske sykdommer. Når pasientens virkelighetsforståelse forstås inn i en diagnose og et sykdomsbilde, blir ikke pasientens synspunkt tatt på alvor som en meningsytring, men blir betraktet som et symptom på en psykisk lidelse. Denne sykkeliggjøringen eller symptomforklaringen oppleves av brukere som en hindring for medvirkning (Almvik og Borge,2006).s191.

Empowerment er et begrep som brukes om overføring av makt. Dette begrepet kan også oversettes til myndiggjøring, maktmobilisering, selvoppreising, styrking (Ekkeland og Heggen,2007). I maktdimensjonen ligger det et syn på at mennesket selv er eksperten på sitt

eget liv og har kompetanse og evne til å vite hva som er sitt eget beste. Hensikten med empowerment er å øke pasientens kontroll over sitt eget liv og utstyre han/hun med større selvtillit, bedre selvbilde og øke ferdigheter og kunnskap. Dette fører til at de kan identifisere barrierer mot selvrealisering som vil begrense mulighetene til selvkontroll (Askheim,2003). Myndiggjøring kan også forstås som en prosess (Ekkeland og Heggen,2007).

2.4 Perspektiver på psykisk lidelse

Psykologi og psykiatri handler om menneskesinnet eller sjelslivet (tanker, følelser, relasjoner og identitet). De ulike psykiske lidelsene kjennetegnes ved avvikende atferd, tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelig å forstå eller på en annen måte gjør at vedkommende havner utenfor fellesskapet i sine omgivelser. Noen ganger kan slike tilstander komme brått og gå over en viss tid, i andre tilfeller kan de utvikle seg gradvis og vedvare en lengre tid. Noen ganger kan forandringer gjelde for et lite, men for vedkommende viktig område, som ved lettere tvangsritualer, fobier eller avgrensede paranoide tilstander, mens andre ganger er det personens måte å tenke på, snakke og oppføre seg på som blir forandret (Haugsgjerd et al, 2010).

Disse tilstandene kalles psykiske lidelser, men det betyr ikke at kroppslige forhold kan hatt en viktig betydning i forhold til hvordan det har oppstått eller arter seg. Kropp og sjel henger sammen og kan ikke ses på som atskilt fra hverandre. Ordet lidelse viser betydning av individets opplevde erfaringer i forbindelse med tilstanden. Ved kroppslige symptomer kommer sykdomsårsakene utenfra eller som en bestemt kjemiskfysisk feilfunksjon. Behandlingen vil da ofte være fysisk korreksjon som kirurgi eller medikamentell som motvirker sykdomsprosessen eller retter opp feilfunksjonen. Ved psykiske lidelser er det personens forståelse av seg selv og sine relasjoner til andre mennesker, sine tanker og følelser, som vanligvis skaper symptomer og funksjonssvikt. Medikamenter har derfor en begrenset betydning. Behandlingens mål blir derfor å hjelpe personen til å bli herre over sine egne tanker og følelser igjen og derved oppnå mestring i samspill med andre mennesker (Haugsgjerd et al, 2010).

Hummelvold(2012) peker på at vi ikke går forutsetningsløse inn i en sykepleie eller i en behandlingssituasjon. Vi er ledet av et menneskesyn. I det daglige arbeid i klinisk virksomhet er jeg preget av en eklektisk tilnærming, det vil si at jeg bruker synspunkter og strategier fra flere retninger. Likevel sammenfaller mitt grunnsyn med Hummelvold (2012)som har en

holistisk eksistensiell posisjon, hvor mennesket blir forstått som en helhet, hvor det psykiske, fysiske, sosiale og åndelige er likeverdige områder for vår eksistens. Dette utelukker ikke en humanistisk tradisjon hvor troen på enkeltmenneskets verdighet, verdi, autonomi, frihet, ansvar og rasjonalitet er sentral.

KAPITTEL 3.0 METODOLOGI

Med metodologi menes læren om metodene. Ifølge (Thornquist,2003) handler det om å knytte forbindelse til grunnleggende spørsmål om forholdet mellom teori og empiri, hva vitenskapelig viten er og hvordan en oppnår gyldig viten.

I dette kapitlet vil jeg først presenterer studiens design. Deretter vil jeg beskrive hvilken vitenskapsteoretisk forankring jeg har valgt. Videre vil jeg beskrive studiens forskningsmetode, analysemetode og etiske vurderinger.

3.1 Forskningsdesign

En skisse eller plan for hvordan undersøkelsen kan legges opp kalles design (Thaagard, 2010). Undersøkelsen ble gjennomført som kvalitative intervjuer basert på semistrukturerte spørsmål. Studien er eksplorativ og deskriptiv ved at den søker å undersøke og få informantene til å beskrive sine erfaringer. Som metode bruker jeg derfor en fenomenologisk tilnærming.

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Jeg har valgt fenomenologi da utgangspunkt for studien er den enkeltes erfaring.

3.2.1 Fenomenologi

Navnet kommer fra det greske ”phai´nomenon” og ”logos” som betyr det som viser seg og lære. Med fenomenologi menes det som kommer til syne og viser seg (Thornquist, 2003). Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen til den enkeltes erfaring (Thagaard, 2010). Denne filosofiske retningen ble grunnlagt av Edmund Husserl (1859-1938). Oppmerksomheten i fenomenologi rettes mot verden slik den erfares for subjektet og ikke på verden uavhengig av subjektet(Thornquist,2003). Bengtsson (2006) skriver ”for fenomenologiens vedkommende er det av særskilt interesse at det ikke kan finnes noe som viser seg, uten at det finnes noen som det viser seg for” (Bengtsson, 2006, s.16). Dette innebærer derfor et gjensidig forhold mellom subjekt og objekt. De ting som en sikter til i fenomenologien, er tingene som fenomener, det vil si slik som de viser seg for noen.

”En fenomenologisk reduksjon krever at en ser bort fra forestillinger om hvorvidt et bestemt opplevelsesinnhold eksisterer eller ei” (Kvalme og Brinkman, s. 45, 2009). Denne reduksjonen kan beskrives som at en forsøker å sette den vitenskapelige eller commonbaserte forhåndskunnskap om fenomenene i parentes. Dette for å få frem en fordomsfri beskrivelse av fenomenene (Kvale og Brinkman,2009)

Nøkkelbegreper i fenomenologi er intensjonalitet og livsverden. Menneskelig bevissthet er intensjonal ved at bevisstheten aldri er tom, men alltid rettet mot noe og alltid en bevissthet om noe. Livsverden er den verden vi tar for gitt uten noen form for reservasjon og med tillit til. Det handler om den opplevde verden vi lever i og gjør våre erfaringer i. Den enkeltes livsverden kan undersøkes eller analyseres, men ikke utviskes. Gjennom for eksempel analyse av samtaler, handling og samhandling kan vi få tilgang til denne verden og inkludert den verden aktørene selv tar for gitt (Thornquist, 2003). Målet med denne oppgaven er å finne ut hva pasienter innlagt med psykiske lidelser mener fremmer og hemmer bedringsprosesser, og deres erfaringer og opplevelser blir da sentrale.

Bengtsson (2006) skriver at for å kunne holde på med empirisk livsverdensforskning forutsettes det at minimum to grunnleggende vilkår er oppfylt. Den ene er at livsverden kan gjøres til et undersøkelsesobjekt, og den andre er at livsverdensfenomenologien ikke forblir filosofi.

Intersubjektivitet betegner det forhold at noe er tilgjengelig for flere enn ett subjekt ved at vi erfarer andres livsverdier. Kjernen i intersubjektivitet er at vi ikke kan erfare andres tanker, erfaringer eller vurderinger direkte, da vi ikke har direkte tilgang til andres bevissthet. For å løse intersubjektivitetsproblematikken så kan vi mennesker være tilgjengelige for hverandre gjennom interaksjon både språklig og kroppslig (Thornquist, 2003).

Gjennom intervjuene kan den antatte delte viten avkrefte, bekrefte, videreutvikles og utfordres. På denne måten kan intersubjektivitet hele tiden utvikles i et dialektisk samspill. Kvalitative metoder egner seg godt å utforske dette opplevelsesfelleskapet. Gjennom denne måten kan det dannes et opplevelsesfelleskap (Thornquist, 2003).

3.3 Forforståelse

Forforståelse er den bagasje vi bringer inn i forskningsprosjekter. Dette kan bestå av faglig perspektiv, hypoteser, erfaringer og den teoretiske referanseramme som vi har ved prosjektets start (Malterud, 2003).

Malterud (2003) sier noe om viktigheten av å identifisere sin utgangsposisjon som forsker før en begynner med feltarbeidet. Jeg skal bruke tid på å tenke igjennom forhold som styrer min inngang til kunnskapen. Tidligere forskning og teoretisk kunnskap som jeg har tilegnet meg tidligere og til denne oppgaven er en del av min forforståelse. Den mest vanlige fallgropen kan være å la forforståelsen overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha vist.

Min forforståelse m.h.t. dette forskningsprosjektet har jeg primært tilegnet meg ved at jeg har jobbet som sykepleier i åtte år på Oslo Universitetssykehus, og fullførte videreutdanning i psykisk helsearbeid våren 2008. Under disse årene har jeg opparbeidet meg mye klinisk erfaring og kan se at min forforståelse har endret seg. Må beskrive hvordan? Dette vil påvirke min måte å møte forskningen på. Likevel har jeg forsøkt å gå inn i forskningsfeltet så nøytralt som mulig og være åpen for det jeg finner ut. Forskerens forforståelse vil være gjenstand for refleksivitet gjennom både analyseprosessen av dataene, samt gjennom skrivingen av mastergradsoppgaven. Dette for å gjøre forskerens forforståelse synlig og gjennomiktig.

3.3.1 Å forske i eget felt

Det å forske i egen kultur innebærer at en studerer en del av sin egen virkelighet. En skulle tro at å utføre et slikt feltarbeid er lettere, både med hensyn til det faglige og rent praktisk, enn feltarbeid i fremmede kulturer. Det kan være lettere rent praktisk og vi kan ofte språket. Vi kan også gå ut fra at de vi studerer har andre ting til felles med oss. Betegnelsen ”egen kulturkrets” tilsier at noe vil være kjent eller felles. Men det er ikke like lett å si hva dette ”noe” er. Wadel (1990), sier at det er flere samfunnsforskere som har påpekt at mange av våre grunnleggende verdier og store deler av vår kulturell kunnskap er uuttalt og ubevisst. Det kan dermed være problemfullt å studere egen kultur fordi det kan være vanskeligere å få tak i mange forhold i vår egen kultur enn i en fremmed kultur, da de kan tas for gitt. Spørsmål som er helt naturlig å stille i en fremmed kultur kan ofte ikke bli stilt ved feltarbeid i egen kultur fordi de er så selvsagte (Wadel, 1991). Jeg har tatt utgangspunkt i informantenes perspektiv,

men jeg har likevel hatt med meg min forforståelse. Derfor har jeg reflektert over egne antakelser og forforståelse, og forsøkt å sette disse til side under forskningsprosessen.

3.4 Utvalg

I kvalitative studier velger vi informanter som har de egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen samt undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2010). Jeg har rekruttert informanter fra min egen arbeidsplass og en annen tilsvarende enhet i samme bygning. Studiens deltakere er alle mennesker som har mottatt tjenester fra psykisk sykehus. I utvelgelsen er det ikke lagt vekt på særskilte diagnostiske inklusjonskriterier da diagnostisk kategorisering av psykiske lidelser ikke har vært et tema for denne studien. Rekrutteringen ble gjort gjennom at enhetsleder først delte ut et informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Deretter informerte jeg mulige deltakere på fellesmøter og gjennom individuelle samtaler. Jeg har avgrenset prosjektet til de som er innlagt under § 2.1 frivillig psykisk helsevern og har samtykkekompetanse, da dette var et krav fra REK. Behandlingsansvarlig lege, overlege eller psykolog avgjorde hvem som hadde samtykkekompetanse og var på forhånd med på utvelgelsen av informanter som fikk tilbud om deltakelse i forskningsprosjektet.

Det tok lengre tid enn antatt å rekruttere informanter, da de fleste pasientene var innlagt under § 3.3 tvungen psykisk helsevern. Til slutt ble fire informanter rekruttert, en mann og tre kvinner. Malterud (2011) sier at hvis forskeren har gjort et godt forarbeid i forhold til teori og metode, har grundig kunnskap fra feltet, samt er fleksibel i forhold feltarbeidet og analysen, kan et lavt antall informanter som angis som fire til syv være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale.

3.5 Det kvalitative intervjuet

For å utforske fenomenet som handler om ”hva kan fremme og hemme bedringsprosesser hos pasienter innlagt med psykiske lidelser?” har jeg valgt kvalitativ metode, fordi den er egnet til å undersøke innholdet i subjektive erfaringer (Malterud, 2006). Metode kan sies å være den systematiske måte en undersøker virkeligheten på. Kvalitativ metode egner seg når vi vil vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (Malterud, 2006). Til forskjell fra kvantitativ metode som legger vekt på utbredelse og antall, vektlegger kvalitativ metode betydning og søker å gå i dybden. Begrepet kvalitativ innebærer å fremheve mening og prosesser som ikke kan måles i frekvenser eller

kvantitet (Thagaard, 2010). Thagaard fremhever videre at det i kvalitative studier er spesielt viktig å være åpen og fleksibel for endringer i løpet av forskningsprosessen. Målet er å få tak i meningsinnholdet slik det oppleves for informanten.

Selve intervjusituasjonen stiller allsidige kvalifikasjoner til intervjueren. ”Forskeren bruker seg selv som et instrument, og benytter seg av en implisitt kroppslig og emosjonell forståelsesmåte som gir en unik tilgang til intervjupersonens livsverden” (Thagaard, 2010, s. 90). Kvalitative forskningsintervjuer kjennetegnes ved at en går i dybden, så det er viktig at jeg som en fenomenologisk inspirert forsker stiller spørsmålene på en måte som gjør at informantene reflekter over temaene de blir spurt om, som kan gi fylldige svar. Intervjueren må også gi oppmuntrende tilbakemeldinger som viser interesse, at en følger med på det som blir sagt og ønsker mer informasjon (Thagaard, 2010). Det er også viktig å være klar over hvilke forhold som kan prege forholdet mellom forsker og informant. Likevel kan vi kan aldri helt vite hvordan det informanten forteller under intervjuet kan være preget av relasjonen til forskeren (Thagaard, 2010). Kvale og Brinkman (2009) peker på det asymmetriske maktforholdet mellom forsker og den som blir intervjuet. Dette fordrer at intervjueren bør reflektere over den rolle som maktrelasjoner har i kvalitative forskningsintervjuer.

Intervjuene ble avholdt i et møterom hvor pasientene var innlagt. Lengden på intervjuene varte i ca. en time og ble tatt opp på lydbånd. Til de som ikke kjente meg så presenterte jeg meg slik som jeg også hadde gjort da jeg hadde informasjonsmøte om deltakelse til studien. Jeg gjennomgikk på nytt hensikten med intervjuene og gikk gjennom samtykkeskjema, for så å gi en kort informasjon om hva som skulle skje. Jeg åpnet også opp for spørsmål som informantene kunne ha, og spurte hver enkelt om de ønsket pauser underveis hvis de trengte det. Jeg informerte også igjen om at de når som helst kan trekke samtykke tilbake og dette ikke ville få noen konsekvens for dem i forhold til behandlingen de får. I etterkant av intervjuet spurte jeg hver enkelt om hvordan de synes det hadde vært og alle ga uttrykk for at det hadde vært en positiv opplevelse. Likevel informerte jeg også om at de kunne få prate med behandler enten rett etterpå eller senere om de skulle få behov for dette. Jeg informerte også ansvarsvakt på enhetene om at jeg hadde hatt intervju og om å ta kontakt med behandler eller vakthavende lege på de påfølgende skift hvis informantene hadde behov for dette.

Kvale og Brinkman (2009) beskriver også viktigheten av å være sensitiv og observant i forhold til den mellommenneskelige dynamikk som utvikles gjennom intervjuet. Intervjueren

bør spesielt være oppmerksom på mulige etiske krenkelser av informantens personlige grenser. Jeg hadde god hjelp i forhold til min kliniske ferdigheter og erfaringer, og var spesielt opptatt av å ikke gå inn i en rådgivende og terapeutisk rolle. Fokuset mitt var å være åpen for det som kom frem i intervjuet ved å være lyttende og undrende. Det var veldig nytt ikke å gå inn i en terapeutisk rolle under en samtale, men også veldig utfordrende.

Til intervjuene benyttet jeg en delvis strukturert tilnærming, også kalt semistrukturert intervju da dette er et fleksibelt opplegg hvor informantene kan gjengi sin fortelling. Intervjuguiden har i hovedsak fastlagte temaer, men rekkefølgen kan bestemmes underveis i intervjuet (Vedlegg nr.1). Forskeren kan likevel styre samtalen slik at temaene hun ønsker å få informasjon om blir besvart (Thagaard,2010). Jeg begynte alltid med det første spørsmålet, men med hensyn til spørsmålenes rekkefølge valgte jeg å være relativt fleksibel. Strukturingsgraden varierte noe i forhold til hvor tilbakeholden eller pratsomme informantene var. Ved høy verbal aktivitet hos den andre var jeg mer tilbaketrucken med å stille spørsmål, mens jeg ved tilbakeholdenhet var mer aktiv. Likevel sjekket jeg ut underveis eller avslutningsvis om spørsmålene i intervjuguiden var dekket.

Jeg forsøkte å la informantene mest mulig fortelle selv for å sikre at de temaene informantene selv anså som mest sentrale og viktige kom frem. For deretter å spørre om andre temaer som jeg anser som viktig og spørre hvorfor de ikke hadde nevnt noe om dette. En slik fremgangsmåte ser jeg som nødvendig hvis en skal unngå at intervjuet bare belyser de temaer forskeren har bestemt er viktig. (Wideberg,2001) Hvis ikke intervjuet gir noen overraskelser eller kunnskap som konfronterer intervjuerens forforståelse kan det være at vi ikke har hørt godt nok etter. Forskeren skal være forberedt og åpen for at relevant fokus kan være et annet sted enn det man i utgangspunktet forventet å finne (Malterud,2003).

Ifølge Kvale og Brinkman (2009) begynner analysen av data allerede under intervjuet, hvor intervjupersonen underveis ser nye sammenhenger og betydninger i sin livsverden. Intervjueren vil på samme måte fortolke meningen av det som kommer frem i intervjuet og sjekke ut med den andre om fortolkningen stemmer. På denne måten kan man få korrigert de umiddelbare fortolkningene.

3.6 Transkribering

Transkriberer betyr ifølge Kvalme og Brinkmann (2009) skifte fra en form til en annen, her fra en muntlig intervjusamtale til en skriftlig tekst. Teksten er imidlertid ikke virkeligheten selv, men bare en tekst (Malterud, 2011). Den faktiske hendelsen er de virkelige rådata, slik den fant sted i tid og rom mellom intervjuer og informant, og deres opplevelse av den. All kontakt forskeren har med materialet medvirker til at forskeren kan påvirke meningen i teksten. Selv om en er nøyaktig ved transkripsjon så kan det aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det vi studerer. Oversettelsesleddene innebærer alltid ulike former for filtrering der mening kan gå tapt eller forvrenges underveis. På bakgrunn av dette anbefaler Malterud (2011) at forskeren gjør dette arbeidet selv. Når forskeren selv gjør dette arbeidet får forskeren gjenoppleve erfaringene fra intervjuet og kan gjøre seg kjent med materialet fra en ny side.

Når intervjuene blir transkribert fra muntlig til skriftlig stil, blir intervjusamtalen strukturert slik at de egner seg bedre for analyse. Det blir lettere å få oversikt, og denne struktureringen er i seg selv en begynnelse på analyse (Kvale og Brinkman, 2009 og Malterud, 2011). Det er ikke en standardregel for hvordan man transkriberer med tanke på språkstil, men man må gjøre rede for hvilke valg som er tatt (Kvale og Brinkman, 2009).

Intervjuene ble tatt opp på en elektronisk diktafon og deretter skrevet ut av meg selv. Som uerfaren forsker opplevde jeg det som viktig å selv skrive ut intervjuene på båndene. Dette blant annet fordi at jeg fikk en nærhet til materialet og gjenopplevde intervjuet. Det ga meg også en avstand til materialet som er nødvendig for å kunne erfare det fra et perspektiv utenfra. I tillegg har jeg lært mye om hvordan min egen intervjustil er.

Jeg valgte å skrive ned intervjuene så nær opp til den muntlige formen som mulig for å opprettholde den personlige formen på intervjuet, men jeg valgte bort pauser, latter og lignende. For å sikre anonymitet valgte jeg å skrive ut i bokmål. Det ble i alt 69 sider. Jeg nummererte hver linje med tall og hadde halvannen linjes avstand, samt god avstand på høyre side for å gjøre plass til kommentarer for analysen.

3.7 Analyse av data

Det som skiller den vitenskapelige tilnærming fra overfladisk synsing er en gjennomarbeidet og veldokumentert analyse. I denne fasen er forskerens oppdrag å stoppe opp og tenkes seg om samt holde alternative versjoner og tolkninger opp mot hverandre. Analysen skal være brobygger mellom rådata og resultater. Dette gjøres ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Analysen skal foregå slik at andre senere kan følge den veien du har gått, anerkjenne din systematikk underveis og forstå dine konklusjoner (Malterud, 2011).

Etter gjennomgang av ulike analysemetoder falt valget på systematiske tekstkondensering som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Malterud (2011). Denne metoden egner seg for deskriptive og eksplorative tversgående analyser av fenomener, med tanke på utvikling av nye beskrivelser. Metoden passer godt til min studie hvor målet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor feltet bedringsprosesser.

Malterud (2011) beskriver Giorgis prosedyre systematisk tektskondensering (STK) i fire følgende trinn:

- 1) Helhetsinntrykk - fra villniss til temaer
- 2) Meningsbærende enheter - fra temaer til koder
- 3) Kondensering – fra kode til mening
- 4) Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper (Malterud, 2011, s. 98-110).

Første trinn er å bli kjent med materialet ved å lese igjennom alle sidene for å få et helhetsbilde og vurderer mulige temaer som på en eller annen måte representerer informantenes erfaringer med bedringsprosesser. Malterud (2011) vektlegger at helheten er viktigere enn iøynefallende detaljer. I samsvar med vårt fenomenologisk perspektiv skal en jobbe aktivt for å sette vår forforståelse og teoretisk referanseramme midlertidig i parentes. Etter dette kan vi lage en foreløpig liste om foreløpige temaer som intuitivt vekker vår oppmerksomhet til videre analyse.

I trinn to av analysen skal vi organisere den delen av materialet som vi skal studere nærmere. Vi skiller da relevant tekst fra irrelevant, og vi skal begynne å sortere den delen av teksten

som kan tenkes å belyse problemstillingen. Da starter vi med en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje for å identifiserer meningsbærende enheter. Jeg har valgt ut tekst som innebærer kunnskap om flere av temaene fra trinn 1. Samtidig som jeg merket de meningsbærende enhetene i teksten, begynte jeg å systematisere dem. Dette kalles koding (Malterud, 2011)

Trinn tre innebærer å abstrahere kunnskapen vi har etablert i andre analysetrinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Dette gjøres ved å systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Resten av materialet ble sortert i syv kodegrupper med meningsbærende enheter. Dette materialet ble på tilsvarende måte sortert i subgrupper som heretter utgjorde analyseenheten. Dette ble gjort ved at jeg leste hver tekstbit under hver kodegruppe og lagde sitater. Ved å benytte informantens egne ord slik de har uttrykt seg gjennom intervjuene har det vært en påminnelse om at jeg representerer hver enkelt deltaker.

Analysens *fjerde trinn* består av å rekontekstualisere, hvor kodegruppene settes sammen igjen i lys av hele teksten. Det skal lages en sammenfatning av hva jeg har funnet i form av gjenfortellinger som kan legge grunnlag for nye beskrivelser og som kan deles med andre. Denne sammenfatningen skal dessuten formidles på en måte som er lojal i forhold til informantens stemmer, samt gi leseren både innsikt og tillit. I de foregående trinnene har jeg forholdt meg til løsrevne tekstsbitar (Malterud, 2011).

Jeg skal nå vurderer hvorvidt resultatet fremdeles gir en gyldig beskrivelse av den sammenheng den opprinnelig var hentet fra. I denne fasen sammenfattet jeg kunnskap fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe.

3.8 Forskningsetiske refleksjoner

Forskning innebærer etiske refleksjoner og vurderinger gjennom hele forskningsprosessen. Jeg vil her presentere mine etiske vurderinger med henhold til dette forskningsprosjektet, som innebærer: forskerens rolle ved egen arbeidsplass, informert samtykke, anonymitet og konfidensialitet, samt konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter (Thagaard, 2010).

3.8.1 Forskerens rolle ved egen arbeidsplass

Viktige elementer ved å forske på egen arbeidsplass, men også ellers i forskning er å opptre

etisk forsvarlig overfor informantene, ved å følge spillereglene som gjelder for forskningen, være sannferdig og sikre anonymitet og konfidensialitet. Etiske utfordringer knyttet at jeg har forsket på egen arbeidsplass, handler om at jeg både jobber som psykiatrisk sykepleier og har vært forsker. Det er viktig å være varsom og sensitiv i møte med informantene, da dette er en sårbar gruppe. Likevel er det viktig innlemme dem i forskningsprosjektet. Jeg har i forkant klargjort rollen min og gjort det klart at jeg skal intervju og ikke behandle. Jeg sa tydelig ifra at dersom det kom frem opplysninger som jeg vurderte måtte bringes videre til behandler, så ville jeg gjøre dette sammen med informanten. Informasjon ble gitt om frivilligheten til å delta, og at de kunne trekke seg underveis eller etterpå, og at det vil ikke ville føre til noen form for represalier. De som ville trekke seg kunne si fra til enhetsleder eller behandler.

I tolkningen av dataene hadde jeg fokus på forskerrollen. Dette for å bidra til å øke distansen som ellers kan være utfordrende ved å forske på egen arbeidsplass.

3.8.2 Informert samtykke og konfidensialitet

Det stilles strenge krav til det informerte samtykke. Det innebærer å informere om formålet med undersøkelsen, at deltakelse er frivillig og at hver enkelt informant når som helst kan trekke seg uten å oppgi årsak. Siden jeg har rekruttert informanter fra min egen arbeidsplass har jeg informert om at de ikke skal føle seg forpliktet til å delta av den grunn. Deltakelse skal være den enkeltes frie vilje og fritt fra ytre press.

Konfidensialitetsprinsippet innebærer at all informasjon som blir gitt blir behandlet konfidensielt (Thagaard, 2010). Jeg har anonymisert informantene ved å bruke fiktive navn slik at det ikke er gjenkjennbart. Jeg oppbevarer dataene i et låsbart skap på jobben, som bare jeg har tilgang til. Jeg vil slette de skrevne dataene ved makulering, slette innholdet på pc og makulerer kassetten med lydopptak etter at sensur på masteroppgaven er gjort.

3.8.3 Konsekvenser av å delta i prosjektet

Forskeren har et ansvar for å unngå at de som deltar utettes for alvorlige belastninger eller skade (Thagaard, 2010). Hensynet til informantenes velferd skal alltid gå foran forskningens og vitenskapens interesser (Ruyter, 2003). Undersøkelsen har berørt temaer som både er personlig og privat som igjen kan aktivere ubevisste følelser og tanker. Informantene er en sårbar gruppe da de er innlagt, men ved denne undersøkelsen har jeg fokusert på hva som gir helse. Likevel hadde jeg en beredskapsplan som gikk ut på at om jeg åpner for noen prosesser

hos informantene som bidrar til at de trenger oppfølging, vil nødvendig oppfølging bli gitt av psykolog/lege ved enheten som en del av dere etablerte kliniske behandling. Ved behov for oppfølging på kveld eller natt skulle vakthavende lege kontaktes av den sykepleieren som har ansvarsvakt.

Nytteverdien vurderer jeg som høy i forhold til klinisk praksis og for hvordan behandle fremtidige pasienter på min arbeidsplass. Dette for å få frem dårlig praksis og fremme god praksis, kunnskap og behandling.

3.8.4 Godkjenning

Før jeg begynte med forskningsprosjektet søkte jeg Regional Komité for medisinsk forskningsetikk (REK) om godkjenning. Jeg fikk også utvidet godkjenning til å rekrutterer informanter fra andre tilsvarende enheter i samme foretak, da det tok lengre tid å rekrutterer informanter enn antatt. Jeg måtte også søke internt på Oslo universitetssykehus om godkjenning, men da jeg ventet på godkjenning fra dem bortfalt dette kravet, slik at jeg fikk godkjenning da det allerede var godkjent hos REK. Jeg fikk beskjed fra REK om å endre informasjonsskrivet ved å tydeliggjøre hvordan deltakerne kunne trekke seg fra studien før prosjektet ble godkjent, noe jeg gjorde.

KAPITTEL 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet presenterer jeg de funn som er forankret i intervjupersonenes egne utsagn. Jeg vil først presentere trinn tre hvor jeg har dannet syv kodegrupper fra A til G, hvor kodegruppene fra trinn to kunne samles under hver sin ”merkelapp.”

A. Den gode hjelpen, B. Hindrende faktorer, C. Hverdagen på sykehuset, D. Krever vilje og egeninnsats for å bli bedre, E. Delaktighet i behandlingen og F. Pårørende og venners betydning og G. Medisiner.

Trinn 4 blir presentert under H. : Rekontekstualisering- helhetlig beskrivelse.

Oversikt over grupper og sub-grupper

A. Den gode hjelpen

Med den gode hjelpen menes hva som beskrives som virksom hjelp fra helsepersonell. Dette innebærer egenskaper hos personalet, hvilken mulighet samtalen kan ha, betydningen av personkjerne og innholdet i behandlingen.

Av de kodegruppene jeg har utviklet med utgangspunkt i de meningsbærende enhetene var det flest som ble vurdert til å ligge under denne kodegruppen. Da den var så omfangsrik valgte jeg å dele den opp med en ytterligere kodegruppe som heter hverdagen på sykehuset.

A.1 Egenskaper hos personalet

Alle informantene beskrev hvilken egenskaper hos personalet som kunne utgjøre bidrag til bedring.

En informant beskrev egenskaper hos personalet slik ; *”Det er respekt, forståelse, empati og bli behandlet som et medmenneske.”* En annen informant beskrev å bli møtt med forståelse slik; *”At man blir møtt med forståelse istedenfor anklage liksom hvis man ikke får til de tingene de målene man står på.”* En informant forteller om at personalet som fikk henne til å føle seg verdig. *”Og verdighet er veldig viktig for bedring.”* Informanten beskriver dette som en unik evne som personalet har. Informanten beskrev verdighet slik; *”Det er alt fra å stille seg til å bli møtt med respekt.”*

Videre fortalte informanten; *"Jeg kan samle alt det i ett ord og det er kjærlighet."*

Informanten beskrev hva hun tenkte om det på denne måten; *"Det med kjærlighet og medmenneskelighet..det er jo vanskelig på hvilken måte man viser det..men det er jo bare ..en måte å bli glad i en person."* Det blir også beskrevet at det har med personkjemi å gjøre som er beskrevet ytterligere i sub-gruppen personkjemi. Kjærlighet er ikke mye brukt begrep i psykiatrien, men det kan også si noe om mellommenneskelige relasjoner.

Andre egenskaper som også ble nevnt var tillit. Informanten forteller hvordan dette kan oppnås. *"Og det går på medmenneskelighet, høflighet ...fordi da tør jeg å åpne meg."*

Trygghet ble også nevnt som en viktig faktor. En informant sa det på denne måten. *"Det som jeg synes er bra her er at du får de (personalet) du er trygg på inn i gruppa di'.. At dere på en måte er åpne med å skifte ut de personene."* Trygghet ble også nevnt i sammenheng med å være forutsigbar. Informanten beskrev at det kan gjøres slik: *"Det er at man alltid sier hei og ha det. Og så synes jeg det alltid har vært greit å vite for eksempel når de kommer på jobb neste gang."*

En informant beskrev humor som en viktig egenskap i forhold til å fremme bedring. Det ble beskrevet slik; *"At man klarer å jeg vet ikke, ha litt galgenhumor på ting og klare og det hjelper en å få litt sånn få opp håpet liksom, at du klarer å le av ting selv om de er vanskelige."* Humor kan ofte være virkningsfullt i praksis for å få opp humøret. Likevel skal en være litt forsiktig, og muligens kjenne pasienten litt fra før da det kan bli oppfattet feil for eksempel hvis pasienten ikke klarer å ta imot budskapet slik det var ment.

Egenskaper som å bli sett og hørt er også egenskaper som ble nevnt som virkningsfull i forhold til bedring. *"At personalet hører på meg og er interessert å finne ut hva som skal til for å hjelpe akkurat meg. Ikke bare ha en ferdig mal fra før som jeg må forholde meg til."*

Denne informanten ga også et eksempel på dette senere i intervjuet slik: *"Jeg har opplevd flere ganger at folk (personalet) har blitt over tida fordi de har sett at jeg har trengt det. Uten at jeg har bedt om det, og da føler man seg veldig sett."*

Andre egenskaper som ble nevnt var å være behjelpelig med praktiske gjøremål som for eksempel å organisere transport hjem til venner og familie. Dette kan si noe om hjelp til praktiske gjøremål som en ofte ser at pasienter kan ha vanskeligheter med.

Det å ha eller sette av tid for å prate ble også rapportert av flere informanter i forhold til bedring. En beskrev dette med tid på denne måten: *”Selv om jeg har utgang alene og har avtaleutgang så har jeg fått med folk på langturer på ettermiddagen også hvis jeg har vært i skikkelig dårlig humør. Det setter jeg veldig pris på.”* En annen informant beskrev det med tid slik: *”Jeg pleier selv å ha litt lang tid når jeg først er inne.”* Denne informanten tok opp viktigheten av at en får den tiden en trenger når en blir innlagt, blir kjent og at en bruker god tid på kartlegging. Videre beskrev informanten kartlegging i denne forbindelse slik; *”Hva er det man sliter med, hvorfor og før man begynner på hva man skal gjøre med det. Og gjerne bruke litt god tid på det.”*

Å bli møtt med et åpent syn, toleranse for de ulike følelsene hos den enkelte, bli møt med aksept på hvem man er ble også beskrevet av en informant som en viktig faktor i forhold til bedring. En informant beskrev dette slik; *”Jeg har knust en del stoler ute. Fra å begynne med å rasere rom til å kaste stol liksom. Det kom mye sinne.”*

Å bli møtt med håp var også en fremtredende faktor som flere av informantene la vekt på. En informant beskrev det slik; *”De som jeg jobber med her (på sykehuset) har rett og slett egentlig gjort at jeg har lyst til å kjempe videre med livet mitt liksom. Når jeg kom hadde jeg ikke det. Jeg trodde ikke at jeg kom til å bli ett år eldre. Alt ting var så mørkt liksom. Jeg merker det nå om dagen.”*

En informant beskrev hva vi kunne mer av slik; *”Det kunne kanskje bli gjort enda mer av det... personalet ser letter psykosen. For eksempel nei nå sier jeg hva som virker.”* Når man er psykotisk og lever i sin egne personlige virkelighet, ser jeg at det å gjøre aktiviteter sammen som kan bidra til en felles virkelighet. Erfaringsmessig kan dette være å gå en tur sammen eller spille kort, fordi da må pasienten fokusere på noe annet utenfor seg selv.

A.2 Samtalens muligheter

Informantene tok også opp hvilken muligheter samtalen kan ha både i samtaleterapi med behandler og med miljøpersonalet.

En informant fortalte at samtaleterapi er viktig og sier noe om hennes egen innsats. *”At terapi også ikke alltid bør være det vonde, men lære seg at jeg må lære meg å leve med det vonde.”*

Det kom også frem at for en av informantene er det lettere å prate når man går tur. Dette gjaldt både med miljøpersonalet og med behandler. Min erfaring er at det kan ofte være lettere å få til en dialog mens man gjør noe konkret sammen med pasientene.

Det å bli snakket til som et normalt menneske er også en faktor som ble tatt opp som viktig for bedring. Informanten sa at en er ikke bare er "gal". Vedkommende fulgte opp dette med å forklare. *"Man har en iboende sunnhet som må lirkes frem. Og bli snakket normalt til. Ikke som en pasient, men at en blir snakket normalt til."* Erfaringsmessig vil mange pasienter som er innlagt bare være som "alle andre" og i det ligger det at de ønsker å bli inkludert og fremstå som en person med mange andre egenskaper også, og ikke kun bli redusert til lidelsen sin.

En annen informant sa; *"Det er lov også å si litt mer av det som dere sier til hverandre til pasienten."* Informanten sier videre at personalet bør *"være mer direkte og si det rett ut."* Det å styrke selvfølelsen og se verdien til pasienten ble også ansett som viktig. Det kan komme til uttrykk i samtale ved å snu selvfølelsen til noe godt/positivt. En informant beskrev dette slik: *"Det er veldig vanskelig å føre en samtale med meg når jeg er dårlig, men han (behandler) klarte å snakke om høyst enkle ting. Altså med respekt. Og han vendte gjerne det negative til det positive. Han fikk meg til å føle meg bra."* Og dette peker på noe almenmenneskelig som alle har behov for, nemlig det å føle seg bra.

Det blir også tatt opp betydningen av at personalet tar seg tid til å prate. Både det at de setter av tid og blir lenger enn arbeidstiden hvis pasienten trenger det. En informant beskrev det slik: *"Stort sett har folk tid og det er veldig bra. Ikke at man trenger å prate hele tiden. Men når det først er noe så.. har jeg aldri opplevd at de har sagt nei det kan jeg ikke."*

En informant beskrev det med samspill i dialogen som viktig i bedringsprosessen hvor både personalet og pasienten veksler mellom å si noe. Dette ble beskrevet slik; *"At man er ærlig på hva man tenker i dialogen. At det er et samspill."* Informanten beskrev at dette kan gjøres ved at; *"Behandleren sier litt og pasienten sier litt og så at man gradvis bygger opp en tillit for det med tillit det er nøkkelen for å bli bedre. Og det er en gradvis prosess. Der man lirker og henter frem på en måte det genuine i pasienten fordi alle mennesker er genuine i mine øyne."* Informanten beskrev videre hvordan dette hjalp henne. *"Gradvis bygge opp tillit og lirke og hente frem betroelser så får det meg ut av psykosen. Hvis jeg tør å åpne meg og snakke om*

psykosen helt åpent og ærlig så kommer jeg ut av den, men tilliten krever tid.” Dette omhandler også et annet viktig tema, det med tillit. Informanten legger vekt på at hvis det er et samspill, og en gradvis bygger opp tillitt kan dette få vedkommende ut av psykosen. I praksis er dette med tillit viktig for å etablere en relasjon for å komme i posisjon til å medvirke til bedringsprosessen

En informant mente at det viktigste for ham var det han pratet med behandleren om. *”Det viktigste og fokuset i behandlingen hele tiden rundt det jeg snakker med behandleren om.”* De andre informantene beskrev at det hjalp dem å prate med både med behandler og med miljøpersonale.

A.3 Personkjemi

En informant beskrev det med personkjemi slik; *”At dere er åpne for det. Rett og slett finne den kjemien som passer med de som jobber her. Det skal klaffe for å få en bedring.”* Erfaringsmessig er dette grunnleggende i menneskelige relasjoner, og det kan være avgjørende hvordan utfallet i behandlingen blir. Før var mange av personalet opptatt av splitting, at pasientene delte personalgruppen opp i de gode og de onde, og ville ikke at man skulle imøtekomme pasientens ønske for eksempel ved å bytte ut kontakter i miljøgruppen. I de siste årene ser det derimot ut som man har fått en annen forståelse for dette, og at man imøtekommer dette ønsket.

De fleste informantene vektla også betydningen av personkjemi, og en informant beskrev dette slik; *”Kjemi er veldig viktig. Uhyre viktig. Noen har man ikke kjemi med. Men midt opp i all galskapen så merker du hvem som bryr seg og hvem som ikke bryr seg.”* Informanten sier noe også om medmenneskelighet i denne sammenheng og hvordan dette kan oppnås; *”Tørre å være et medmenneske der man kan fortelle litt fra eget liv. Jeg mener ikke at man skal.. nødvendigvis skal blottlegge seg.... men at de tør å være litt åpne på en måte. At det bare ikke er pasienten som skal åpne seg eller at man er litt.. ærlig.”*

En informant beskrev personkjemi på denne måten. *”Hvis folk kjenner meg litt og vet hva jeg liker og ikke liker så kan en godt være litt bestemt fordi det overprøver mye forbud.”* I denne sammenheng beskrev informanten forbud i tilknytting til psykose. Personalet sa da dette; *”Nå skal vi ut på tur i dag (sier pasientens navn).* Og informanten har da flere unnskyldninger for

ikke å være med. *”Han tar meg bestemt i skulderen og sier nå skal vi ut på tur. Kom nå. Fører meg bestemt inn på rommet sånn at jeg får skiftet sko og da hadde jeg ikke valg om å bli. Og det er det jeg ønsker meg mest av alt - å gå tur i marka eller i naturen fordi da føler jeg at jeg får pause fra psykosen. Da kan jeg føre en litt mer normal samtale. Han gadd ikke høre på meg. ...men han hadde en sånn egen teknikk. Litt tak på meg på en måte.”* Min erfaring er at om en kjenner pasienten godt og har utviklet en felles forståelse, kan en tillate seg å være litt bestemt, og få med pasienten ut på tur eller annen aktivitet. Fordi slik som denne informanten beskrev var dette noe hun innerst inne ønsket, da psykosen kan sette restriksjoner for seg selv.

A.4 Innholdet i behandlingen

En informant tok opp at; *”innholdet i det (behandlingen). Det er det som er viktig for meg.”* Videre beskrev informanten det med innholdet i behandlingen slik: *”Folk er forskjellig men systemet er det samme.”* Informanten beskrev hvordan han mente dette kunne gjøres slik; *”Det går an å finne en personlig vei.”* Informanten beskrev da dette i forhold til at ikke hans livsstil knyttet til døgnrytme, hygiene, og måltider ikke blir bestemt av hvordan det er på en avdeling og som er fast for alle pasienter.

En informant pratet om at det han har jobbet med på sykehuset dekker forskjellig deler av livet hans, og kommer inn på økonomi. *”Nå er det sånn at jeg har trygd for eksempel, og det er ikke alltid man har det, og da er det selvfølgelig viktig. Det er en del av oppfølgingen for hvordan det skal gå med økonomien ”* Her trakk informanten frem betydningen av å ha penger og trygd. Penger er livsnødvendig og kan åpne opp eller begrense for bedring. En informant fortalte noe om sammenhengen mellom kosthold og psykisk helse. En informant mente at sykehuset har for lite fokus på kosthold. Med riktig kosthold kan depresjon gå over og tåle mer påkjenninger. *”At jeg vet at med rette sammensetning med mat kan jeg faktisk påvirke hvordan jeg føler meg selv psykisk også ... hvis jeg ikke sant og det går ut på hva jeg tåler av påkjenninger og sånne ting.”*

B. Hindrende faktorer

Med hindrende faktorer menes faktorer som kan hindre bedring slik som pasient behandler, symptomfokus og begrenset med privatrom.

B.1 Skjevhet i roller

Det ble også tatt opp at det å ha en pasientrolle kan hindre bedring. *”Det kan hindre bedring fordi da er det en som skal behandles og så er den andre den som behandler. Og det er en skjevhet i verdighet på en måte.”* Det var en asymmetrisk relasjon når pasientene blir innlagt på sykehus, da pasienten mottar hjelp og personalet gir hjelp. Likevel så handler likeverdighet om å betrakte pasienter som likeverdige individer og kan ses på som noe grunnleggende i relasjoner.

En informant tok opp det at profesjoner kan hindre bedring. *”Det å holde en profesjonell avstand og ikke involvere seg. Det virker mot sin hensikt for meg. Destruktivt. Med profesjonell avstand så har man ikke dialog men monolog. Og det å tørre å involvere seg, tørre å være åpen og ydmyk.”*

En informant beskrev at det som hemmet bedringsprosessen var det å bli møtt av folk som gjør at du mister håpet. Informanten beskrev hvordan de har gjort det. *”Kan du jobbe du som trenger så stor grad av forutsigbarhet hvordan kan det gå an. Jeg føler jeg må argumentere for at jeg skal kunne gjøre som alle andre. Og bli møtt med ..at man ikke prøver nok til at man ikke vil det.”*

Videre fortalte informanten: *”Jeg føler jeg.. må ..kjempe for å si at selvfølgelig skal jeg klare det. Jeg har klart det før og jeg klarte det før jeg ble syk så hvorfor skal jeg ikke klare det etterpå? Hvor det blir sånn at jeg føler jeg må fremme de planene jeg har. Da mister jeg motet.”*

Informanten åpnet likevel opp for at personalet hadde en annen erfaring. *”Men om de har en erfaring med at det hjelper andre det kan jeg ikke vite, men jeg føler det i min behandling i hvert fall. At det å ikke ha klare mål og ikke bli møtt på hva jeg vil etterpå. Det føles kanskje hemmende.”* Enkelte ganger hender det at pasientene har andre målsetninger enn det

personalet mener er realistisk. Likevel oppleves dette svært krenkende av mange og kan hindre en behandlingsallianse.

En informant beskrev en egenskap som hindrende i forhold til bedring slik: *”Å bli ignorert. Det er en person her på avdelingen som ikke hilser når han kommer på morgningen eller sier ha det når han går. Jeg tror ikke han har henvendt seg til meg en eneste gang. Og hvis alle hadde vært sånn hadde jeg fremdeles vært psykotisk. Og det er en sånn anonymisering på en måte. Ignorering. Likegyldighet.”*

B.2 Teknikk uten kjærlighet

En informant problematiserte det med teknikker: *”Jeg tror det er like viktig å være en som henter frem det iboende i pasienten istedenfor å behandle med å bruke teknikker. Det en teknikk kan være til hjelp for å snu negative ting til det positive, men hvis det gjøres uten kjærlighet har det ingenting å si.”* Erfaringsmessig så er det viktig å fremstå som oppriktig, interessert og være villig til å hjelpe de som blir innlagt. Teknikker og behandlingsmetoder kommer i annen rekke.

Videre beskrev informanten: *”Jeg har litt ambivalent forhold til tester. Motstand av å bli lest som et skjema. Fordi å svare ja og nei på spørsmål står ikke alltid overens med den jeg er. Fordi det er jo et hjelpemiddel. Man skal være litt forsiktig med for stor tolkning og legge vekt på dette.”*

B.3 Symptomatisering

Det var flere som beskrev dette med symptomatisering som noe negativt, hvor personalet enkelte ganger var litt for raskt ute til å definere hva som er sykt og hva som er frisk. En informant sa: *”Man må tillate at folk virker litt rare ... at man ser hva det er for å observere det før man begynner å definere det.”* Informanten beskrev at man bør få avklart hva som er ”personlig” og hva som er ”problemer.” Og informanten etterlyste spørsmål knyttet til: *”Er det noe du pleier å gjøre som ikke har noe med at du er syk å gjøre?”*

Informanten beskrev videre at det er mye symptomatisering. *”Hvis du har det rotete hjemme så er det et symptom på at du flyter ut, hvis du sover lenge om morgnen, hvis du legger deg sent på kvelden så kan det være en manisk ting.”*

Informanten problematiserte hvilken utgangspunkt sykehuset har. *”Folk flest er sånn. Det er vanlig å gjøre sånn og det er det dere behandler uti fra.”* Videre beskrev informanten: *”Opplegget på psykiatrisk sykehus er en mal for hvordan ting skal være. Og det gjelder sånn døgnrytme, kosthold.. alle de tingene der, men vi er forskjellig og egentlig ganske bevisste.”* Videre: *”Dere tenker funksjon og da går det på helse, men for meg så er en del av de tingene jeg kaller personlig da.. som jeg må deale med uansett om jeg er syk eller frisk.”*

En informant pratet også om trygghet i forhold til å kunne fortelle personalet hvordan en lever uten at personalet skal gjøre noe med alt. *”At det føles trygt å si, okay på lørdag pleier jeg å ta meg en øl.. og det får man ikke lov til her.”* Videre sier informanten: *”Man er liksom på jobb, litt sånn blander jobb og privat 24 timer i døgnet i flere måneder.”*

Symptomatisering ble også beskrevet slik: *”Tidligere har man begynt å behandle før det er helt klart for pleiere, behandlere og meg hva vi faktisk skal holde på med.”* Det kan virke som om deltakeren etterlyser mer klarhet om hva som er hva før man begynner å behandle.

B.4 Begrenset privatrom

En informant beskrev det å ikke ha noe sted som er privat som hemmende i forhold til bedring. Det ble beskrevet slik; *”Ja, noen ganger sånn at bare det at folk kan gå inn på rommet ditt og se på papirer som ligger der eller du sitter og tegner - også kommer noen og skal se - og vil kanskje du ikke vil vise det du tegner - og så føler du deg dum som viser. Samtidig så er det ikke alle som skjønner at de ikke skal gå inn på rommet. Jeg synes det er veldig ålreit at dere banker først. Det er dere flinke til. Banke på liksom. Få litt sånn privat.”* Privatliv og privatrom er noe som etterlyses av de fleste deltakerene. Det å bli innlagt på sykehus kan være en stort inngrep i et mennesket liv, og flere problematiserer dette med manglende privatliv.

En informant sa at avdelingene var dårlig fysisk tilrettelagt. *”Det er en bitte liten stue i en gang og det er ingen steder å bevege seg. Det er ingen steder å gå hvis du trenger å sitte i*

fred, så er det liksom datarommet er alltid opptatt - noen som ser på film eller er på nettet - og så har man rommet sitt. Og det er veldig lytt her.”

En informant beskrev hva som hindret bedring når hun var psykotisk; *”Det som hindrer bedring er hvis man blir forlatt for masse. Det virker traumatiserende fordi da surrer jeg rundt i min egen verden og hører på stemmene og de som går forbi på gangen.”* Min erfaring er at personalet må tilby kontakt og da det å være i en psykose kan føles ensomt, trist og skummelt.

En informant tok opp at hun syntes det var viktig med god hygiene og være pent stelt som viktig i forhold til bedring, men hun tok opp også en annen side ved det som hun opplevde som nedverdiggende; *”Det å stå naken foran hele det kvinnelige personale. Det var en påkjenning. Fordi de burde ha tenkt jeg mener at en bør tenke på hva liker jeg. Hvordan liker jeg å bli behandlet. De tenkte sikkert ikke over det. Det var litt tankeløst. Ikke vondt ment. De ville jo mitt beste, men jeg ønsker ikke bli stelt av så mange. Videre forteller informanten hvordan dette kan gjøre slik: ”At de plukker ut noen få som ser meg naken fordi de vasker meg jo nedentil. Det var litt uheldig. Da er det kanskje bedre å være litt ustelt. Beholde klærne på.”*

C. Hverdagen på sykehuset

Hverdagen på sykehuset handler om hvilken betydning struktur og forutsigbarhet samt aktiviteter har som et ledd i forhold til bedring.

C.1 Struktur og forutsigbarhet

At avdelingen er lagt opp slik at den er preget av struktur og forutsigbarhet blir fremhevet av alle som viktig i bedringsprosessen. *”Å ha struktur og oversikt over hverdagen er kanskje det som hjelper meg mest. At ikke ting blir flytende og at det ikke går fra dag til dag hva man skal gjøre, men at jeg har en klar plan hele tiden. En ukeplan og en dagsplan. Ikke en dagsplan time for time, men at jeg vet hva jeg skal gjøre hver dag da.”* En annen informant beskrev forutsigbarhet slik: *”Atte det er klart så lenge man skal bli for eksempel og sånn. Så da er det viktig at utgangspunktet er ganske klart både for meg og behandlingen.”* Videre sa

informanten i denne sammenheng: *”For meg så hjelper det at det er klart det som.. er fokuset på et psykiatrisk sykehus da hva det ligger i det liksom og sånn.”*

Det å ha klare mål og det å kunne planlegge fremtiden ble også fremhevet som viktig i forhold til bedring. En informant beskrev dette slik i sammenheng med at utskrivelsen hennes hadde blitt flyttet. *”Når ting blir for langt frem i tid så er det vanskelig å fokusere på å bli bra for målet er så langt fremme. Hvorfor skal jeg ha noen delmål. Det synes jeg kanskje er litt lite. Det er liksom du er her og så skal du hjem.”* På spørsmål om hvordan dette kunne gjøres svarte informanten: *”Til påske skal du begynne i arbeidstrening,.. før sommeren skal du.. kunne være halve uken hjemme på permisjon.. og til etter sommeren så skal du ha kontakt med ny behandler i bydelen. Altså sånne ting. Ha klare mål, men ikke bare si at vi ordner dette når du skal skrives ut fordi det synes jeg blir så krevende.”*

En annen informant beskrev viktigheten av å gjennomføre planlagte aktiviteter på avdelingen. *”For det har jeg liksom følt den tiden jeg har vært her har bare vært litt sånn tilfeldig. Det har ikke vært noe ordentlig system i det.. av de aktiviteter dere prøver å sette i gang da.”*

Det ble også fremhevet av flere av informantene at det var viktig med klarhet rundt hvor lenge man skal være innlagt. En informant tok også opp at det var viktig med tydelighet og klarhet rundt behandlingen. En informant uttrykte dette slik; *”At man er klar på ting...enten man er klin psykotisk eller ganske bra så er det viktig...at det er litt tydelig i begynnelsen.”*

Tydelighet og forutsigbarhet ble beskrevet av samtlige informanter som viktig i bedringsprosessen. Dette både i forhold til behandlingen, målsetting og aktiviteter.

C.2 Lystbetonte aktiviteter

Det ble fremhevet at det ha noe lystbetont å gjøre var viktig, men at dette ble også sagt at var en balansegang. *”Og så hjelper det meg å gjøre aktiviteter i passe doser. Jeg tåler ikke så mye stress. Så ..litt hver dag. Det hjelper meg. Gå turer og sånn.”*

Tre av fire informanter nevnte at det å gå tur hjalp dem til å bli bedre når de var innlagt. Dette kom også frem ”under samtalens muligheter” hvor en informant sa at det var enklere å prate når man går tur sammen. En informant beskrev dette slik når hun ble spurt om hva som hjelper henne til å bli bedre når hun er innlagt. *”Det første jeg tenker på er å gå tur. Både komme ut og kanskje også ha en god samtale. Går og går. Enklere å prate. Jeg har også*

brukt den der med å gå mye tur i korridoren også. Nå uroen kommer.” Samme informant beskrev det også at det å gå tur har hjulpet henne. *”Det som har hjulpet meg når allting har vært som verst.. Ikke klare å utrykke liksom det å gå liksom bare gå.”* Erfaringsmessig har det å gå tur flere fordeler, ved at det kan være lettere å få til en dialog når man gjør noe sammen, enn å sitte rett ovenfor hverandre, det kan bidra til mindre uro både psykisk og fysisk og fremme søvn.

Flere informanter etterlyste mer aktivitet. En informant uttrykker det slik; *”Det kan være veldig ofte lange dager her. At det er lite å stå opp til. Sånn at hvis en kommer opp så er liksom kaffe den eneste tingen å stå opp til på en måte. Sitte i stua og drikke kaffe.”* En annen informant sa: *”Det er jo like ting hver uke som bowling - ellers har vi jo ikke så mye å gjøre hver dag, ikke sant? Det er jo bare en eller to som blir med på svømming hver uke. Kunne jo kanskje hatt noe mer som favner litt flere. Vi kunne gjøre noe forskjellig hver uke.”*

Denne informanten ble spurt om hun savnet mer gruppeaktiviteter eller individuelt. *”Jeg liker også å gjøre ting sammen med noen. ..og for meg så er det jo på fellesturene - hyggelig at det er masse folk, men ellers så synes jeg.. kan være en blanding av begge deler.”* Denne informanten nevnte videre: *”Jeg har jo veldig mange individuelle ting.”* Det som ble nevnt var kafé, klatring, baking. Erfaringsmessig er det viktig for den enkelte å ha meningsfulle aktiviteter som et ledd i bedringsprosessen. Det å ha noe å se frem, og lystbetone aktiviteter oppleves av mange som en motivasjon til å stå opp.

En informant beskrev også det med å ha forskjellige behov gjennom oppholdet på sykehus. *”Nå føler jeg meg sterk nok til å være med på aktiviteter. Når jeg kom hit klarte jeg ikke det.”*

D. Krever vilje og egeninnsats for å bli bedre

Resultater kommer ofte ikke av seg selv. Det krever vilje og egeninnsats, sier noe om hvilken betydning pasientene selv har i sin egen bedringsprosess.

D.1 Indre tro på at det skal gå bra

En informant beskrev at det var viktig at man føler seg sterk nok og selv tro at det skal gå bra. Hun beskrev det på denne måten: *”Ofte sier dere (personalet) at nå begynner du å bli bedre..*

og så klarer man ikke se det selv. Fordi man har ikke funnet det inni seg selv enda. Det føler jeg må være viktig når jeg skrives ut. At jeg føler at jeg har en tro selv på at det går bra enn at alle andre rundt meg sier det skal gå bra.” Dette sier også noe om viktigheten av individet selv i bedringsprosessen, og at det alene ikke er nok med andres bidrag

En informant beskrev under egenskaper hos personalet som virker fremmede på bedring var trygghet på personalet, men samme informant beskrev også at det var viktig å finne en trygghet hos seg selv også.

Håp hos seg selv ble også nevnt som bidragene til bedring. *”Det som er håpet for meg er å komme tilbake til leiligheten.. ha katten min som betyr veldig mye for meg.”* Samtlige av deltakerne hadde leilighet, og det fremkom i intervjuene at dette var viktig for dem. Det å ha et eget sted, og ha et mål om å komme hjem.

D.2 Kan gjøre deg selv bra

Dette ble uttrykt slik: *”Det krever vilje og innsats fra en selv for å bli bedre og da det er ikke bare medisiner og fikse på ting. Det er ikke bare miljøpersonalet som kan gjøre deg bra, ikke sant? Det kan gjøre deg selv bra og.”* En annen informant beskrev det på denne måten: *En annen ting jeg synes har hjulpet meg og lært meg her. Det er å kunne si ifra til dere. Det har jeg ofte skrevet ned og så har jeg kommet til samtaler med papirlapp. Og det å lære seg å si ifra - da hva som funker - og hva som ikke funker det er ikke alltid like enkelt.”*

En informant tok opp det at det kan se ut som man klarer mer enn det man gjør fordi man presser seg i det daglige. Likevel sa informanten: *”Jeg må jo prøve. Prøve å komme meg videre.”*

En informant tar opp at det hjelper henne til å bli bedre ved å lytte til musikk. *”Når jeg sitter på stua hører jeg alltid på musikk. Jeg er veldig var for sånn bakgrunnsstøy og lyder og folk som går i gangene og sånn, så hvis jeg setter på musikk så kan jeg konsentrere meg om en lyd. Som overdøyer de andre litt så det hjelper meg til å klarer å sitte på stua.. og være sosial og ha noe bakgrunnsmusikk. Så det bruker jeg til mye både til å få ut følelser og til å bare ha sånn - ja som bakgrunnsmusikk.”* Bruk av musikk som en mestringsstrategi kan fremme bedringsprosessen. Slik jeg ser det finnes det mange muligheter, og det handler om å

finne en mestringsstrategi som hjelper for personen selv, og dette kan være svært individuelt. På den annen side kan det å høre på musikk i fellesmiljøet ekskludere en fra felleskapet, da en kan signaliserer at en ikke vil ha kontakt.

E. Delaktighet i behandlingen

Delaktighet i behandlingen handler om hvordan en blir inkludert i behandlingen og hvordan det blir lagt opp i behandlingen.

E.1 Bli inkludert i behandlingen

En informant snakket om erfaringer som var tilknyttet tidligere innleggelses og sa at en må vite om at dette er en rettighet hvis ikke blir man ikke hørt, men angir at han har blitt inkludert på denne avdelingen. Nedenfor beskriver samtlige informanter hvordan de blir inkludert i behandlingen

En informant beskrev det slik i forhold til å ta avgjørelser knyttet til seg selv *”Man blir akseptert når man ikke har det så bra en dag - at man kan stå over og slappe av. At det er rom for det. Rom for å si nei jeg orker ikke dra på permisjon eller jeg orker ikke dra, selv om det er avtalt.”*

En informant beskrev innflytelse slik: *”Behandler... er lydhør i forhold til det jeg sier. Dette i forhold til mine meninger og medisiner og det er jo innflytelse.”*

En annen informant beskrev at det som har hjulpet henne og som hun har lært under oppholdet var: *”Det å kunne si ifra til dere. Det har jeg skrevet ned og så har jeg kommet med papirlapp. Det tror jeg har noe med behandlingsprosesser. Eller sånn å være med i behandlingen. Og det å lære seg å si ifra da hva som funker og ikke funker det er ikke alltid enkelt.”*

En informant tar opp at bedringsprosessen kan være en kompleks vei slik: *”Ja, men det er ikke alltid en vet heller da. Ikke alltid en vet hva som hjelper en. Og så fomler man kanskje i blinde både.. behandlere og pasienter - og arbeidssted - en gruppe liksom at en roter og*

blander og sånt, men det er vel sånn det er liksom å jobbe med mennesker, og vi er forskjellig.” Dette kan vise til hvor kompleks og individuell bedringsprosessen kan være, da mennesker er forskjellig og det finnes ikke noe fasit svar på hva som hjelper, men at man sammen kan finne dette ut. Dette kan også vise til at det er en prosess.

En deltaker åpner opp for at hun i psykosen ble for mye hørt: *”Kanskje jeg blir for mye hørt når jeg er psykotisk. Jeg hører mye på kroppsspråk og lager mine egne tolkninger. Kan svare på det andre vil at jeg skal svare og har forbud mot å si det jeg mener.*” Dette kan si noe om hvor belastende og styrende psykotiske symptomer kan ha, og deltakeren åpner opp for at hun muligens blir for mye hørt.

En informant tok opp at det har blitt tatt hensyn til et brev som hun har skrevet fra da hun var frisk i forhold til hvordan hun vil bli behandlet på sykehuset.

En informant svarte på spørsmål om hvilken erfaring hun hadde med innflytelse i behandling: *”Jeg har egentlig fått vært med hele veien”* Dette ble utdypet slik: *”Da jeg kom hit ..og fikk hjelp fordi jeg ikke hadde kontroll. Og så har dere (personalet) etter hvert for eksempel det med kontinuerlig tilsyn. At.. når jeg kom ble det bestemt på en måte... men etter hvert fikk jeg være med i prosessen med å minske det og få tilbake kontrollen sakte, men sikkert liksom.”* Dette med kontroll ble også tatt opp av en annen informant: *”Det er viktig å ha kontroll over sitt eget liv. I størst mulig grad selv om en er innlagt.”*

Dette viser til hvordan deltakeren ikke ble hørt; *”Det kan være litt slitsomt å prøve å feile også. Det er ikke like enkelt. Sånn som når de tok meg av medisinene jeg går på. For å prøve å se eller prøve å feile. Det har hjulpet å få de tilbake.”*

En informant pratet om viktigheten av å bruke erfaringene til de som er innlagt. Informanten beskrev det ytterligere på denne måten; *”Ikke vits i å gå første klasse om igjen gang etter gang.”*

E.2 At andre tar avgjørelser på vegne av pasienten

En informant beskrev at det hemmet bedringsprosessen ved å være innlagt på en avdeling. Dette selv om pasienten var frivillig innlagt. Informanten beskrev dette slik; *”At ikke jeg kan gå ut en tur kl 21 hvis jeg vil det. Det er sånn portforbud. Det er liksom ja at jeg bare har to*

timer på området. Jeg kan ikke ta meg en tur til (Angir navnet på en by) på impuls.. Det tar fra meg litt autonomi.” Når informanten blir bedt om å beskrive dette ytterligere sa hun ”Ja, når jeg for eksempel får beskjed om at jeg ikke får møte venner eller bruke hverdagen til å møte venner. For det ville jeg har gjort hvis jeg var hjemme. Alt er sånn ja da må du hvis du vil møte noen så må du møte noen i helgen.. Jeg kunne tenke meg å ha mer frihet. Jeg skulle ønske jeg selv kunne bestemme selv hva jeg vil lage til middag. Jeg skulle ønske jeg selv kunne bestemme når jeg ville gå ut og når jeg ville gå på tur og ikke sånn at alle andre bestemmer over sine liv hele tiden. De (personalet) har i hvert fall valgt utdanning, og de har valgt jobb og de har valgt hva de vil.”

En annen informant beskrev dette slik; *”Noen ganger kan det være litt ålreit at de (avgjørelser) også blir tatt over en på en måte selv om en skal prøve å finne ut selv de forskjellige tingene.”*

Tre av fire informanter fortalte om tidligere erfaringer knyttet til å være innlagt på tvungen psykisk helsevern. En informant har beskrevet dette slik: *”Er man på tvang så er man ikke opptatt av hva som er på tv eller hvordan det er å gå en tur - da er man bare opptatt av å bli kvitt den tvangen... Den er jo med i beste fall så er den ment at man skal slippe å tenke hver dag på at alle de allerede fine tingene med det kan en pasient skjønne altså, men når de ikke kan være med å bestemme selv, så klarer du ikke tenke helt rasjonelt og det - så da blir det.. i beste fall for mynderiet da, men i verste fall overgrepet - det har man liten innflytelse på”*

Likevel sa informanten at i en dårlig fase så er det ikke alltid man klarer å bestemme over en del ting og da vil man at personalet skal ta over.

En annen beskriver frivillighet kontra tvang slik; *”Det er noe med det at selv frivilligheten er det en slags tvang over.”* Videre sier informanten: *”Hvis jeg skriver meg ut blir jeg sikkert lagt inn igjen og ikke frivillig denne gangen.”* Informanten beskriver da dette slik: *”Jeg kan ikke bare dra. Jeg kan ikke si at i påsken så drar jeg til mormor som jeg har planer om. Jeg må rett og slett være avhengig av at jeg får permisjon og må tenke over at da må jeg passe på å oppføre meg sånn og kanskje ikke vise og så blir jeg litt opptatt av å kanskje jeg ikke skal. Det blir litt sånn taktisk da. At når det nærmer seg påsken så må jeg vise at jeg ikke har det vanskelig for da får jeg kanskje ikke lov til å dra.*

F. Pårørendes, venners og dyrs betydning

Pårørendes, venners og dyrs betydning sier noe om hvor viktig støttespillere disse er i forhold til informantens bedringsprosess.

F.1 Å bety noe for andre

En informant tar opp betydningen av å møte venner og familien. *"Det hjelper å møte folk som har kjent deg hele livet og vet hva jeg har fått til før."* Informanten beskrev hvordan det hjelper slik; *"Søsteren min hjelper meg ved at hun tar kontakt og vil møte meg da. Det er hyggelig å møte meg liksom og gir meg en positiv tilbakemelding på at jeg er lettere å være sammen med og at hun ser at jeg har blitt friskere da. Det er liksom godt å høre og sitte å snakke om hvordan ting var før da man var syk for å få en sammenligning. At man får litt opp håpet da."*

En informant fortalte om katten hennes som betyr mye for henne og sier at sykehuset skulle hatt "katt på blå resept". Videre sa hun: *"Det å ha et dyr det har gjort at også at jeg har klart meg i leiligheten så lenge."* Informanten forteller også at hun har trøstet seg med hundene til behandleren mens hun har vært innlagt og gått tur med de.

F.2 Kontakt med noen andre enn profesjonelle

En informant tok opp at det har hjulpet henne å få en ny venn på sykehuset. *"En av mine beste venner har jeg møtt på sykehuset og ...da var det en god hjelp."* Informanten beskrev videre hvordan det var til god hjelp. *"Å kunne prate med en som har opplevd noe av det samme som ikke er profesjonell og som faktisk vet hvordan det er og kan være da."*

En informant sa dette i forbindelse med hva som hjalp henne under oppholdet: *"Å møte de jeg virkelig er glad i hjelper meg til å bli bedre"*

I forhold til bedring sa en informant dette: *"Det blir faktisk en utfordring nå. Å sette grenser. Å lære meg å sette grenser i forhold til foreldrene mine."* En annen informant fortalte om at hun ikke synes at foreldrene og henne var til mye hjelp for hverandre på dette tidspunktet. Informanten beskrev dette slik: *"Jeg føler ikke vi hjelper hverandre så veldig mye fordi vi ble forferdelig slitne at jeg var syk ..over et halvt år og de ble forferdelig slitne, og jeg føler ikke*

vi har helt normalisert forholdet vårt enda, så jeg prøver egentlig å holde litt avstand fra dem... men venner har jeg mye kontakt med.” Videre sier informanten: *”Det er litt deilig å ha noen å prate med som er venn og ikke profesjonelle liksom.”*

F.3 Bli inkludert

En informant har fortalt at pårørende ikke har blitt noe særlig inkludert etter eget ønske. Behandler har hatt en pårørendesamtale under oppholdet. Informanten beskrev likevel at foreldrene har hatt et behov for informasjon og bli mer inkludert. På spørsmål om hvordan sier informanten: *” De skulle kanskje vært med mer inn. Selv om jeg også har ting med dem som jeg ikke vil at de skal vite og sånn, men jeg vet de føler seg litt glemt.”* Erfaringsmessig blir pårørende inkludert i behandlingen og ses på som en ressurs. Likevel er nok dette noe som det kan bli ytterligere prioritert.

G. Medisiner

G.1 Medisiners betydning i bedringsprosessen.

Alle informantene snakket om medisiner. En informant sa: *” Jeg er ikke imot medisiner. De hjelper meg over den verste kneiken, men jeg synes det er for mye fokus på medisiner”*. Informanten beskrev videre at *”Det som hindrer meg å komme ut av psykosen er for mye medisiner. Fordi da blir jeg enda mer speisa. Fordi da blir tilbakekomsten enda lenger. Tar lengre tid når jeg for mye medisiner. Medisiner er viktig, men det er en sånn hårfin balansegang.”*

En annen informant fortalte at hun ble tatt av medisiner når hun bodde hjemme og ikke fikk være med på bestemme dette. Hun beskrev det slik: *”Når de begynte å rote med medisinene, så tror jeg det også var noe av det som gjorde at alt ting ble så dårlig som jeg ble liksom”* Informanten ble deretter spurt om på hvilken måte medisinene hjalp. *”Det de mente den gangen da jeg sto på Leponex (antipsykotika) var at jeg hadde døyvet ned alle følelsene mine. Så når de tok vekk så fikk jeg alle følelsene opp igjen. Det kan tenkes at det har litt, men jeg tror jeg trenger litt for å døyve ned ting og at noe, ja, at et eller annet som døyver litt. På uro og på historien fra barndommen.”* Slik jeg har erfart hører det med til sjeldenhetene at legen tar bort medisiner når pasienten er ute og bor hjemme. Det som derimot

er et større problem er at pasienter auto-seponerer medisinene sine på egenhånd. Min erfaring er at for å få til et best resultat er det viktig å la pasienten være med i beslutningen om medisiner.

Det kan også virke som om det er en todelt oppfatning i forhold til bruk av medisiner. *”Jeg er veldig motstander av medisiner. Jeg tar jo antipsykotika, og den tar jeg fordi jeg er ganske redd for å bli psykotisk igjen og det vil jeg overhodet ikke bli. Men samtidig så har jeg problemer med å forstå egentlig sammenhengen mellom medisiner og det at jeg ikke blir syk og det at jeg blir bra.”* En viktig komponent for at pasienter skal fortsette å ta medisiner er at det gis god informasjon, og at pasienten inviteres til en dialog rundt dette med medisiner.

En informant tar opp medisiner i forhold til om man er på tvungen psykisk helsevern. Pasientene kan føle at de får for mye medisiner og at de nesten ikke har noen innflytelse på dette. Jeg har flere ganger opplevd at noen pasienter kan uttrykke sterk motstand av medisiner eller nekter å ta medisiner selv om de faktisk opplever at det hjelper. Årsaken til dette kan være en opplevelse av manglende valgmuligheter og at de kommer inn i en langvarig sykdomsrolle som de ikke ønsker. De kan gjøre forsøk på å bli mer normal og slutter å ta medisinen. I tillegg kan den enkelte være plaget av bivirkninger. Erfaringsmessig er det viktig å la pasienten være med i beslutningen når de starter opp medisineringen, at de kan velge mellom ulike preparat og dose.

H. Trinn fire: Rekontekstualisering - helhetlig beskrivelse

Ved å vurdere likheter mellom de formulerte kodegruppene på et overordnet nivå for hva hele teksten handlet om, kunne den helhetlige beskrivelsen av teksten forstås og uttrykkes i form av et sitat fra en av deltakerne: *”Det er et samspill.”* Denne beskrivelsen viste viktige fellestrekk innenfor samtlige av kodegruppene. Kodegruppene omhandlet på et overordnet nivå ulike viktige fremmende og hemmende samspill av betydning for bedringsprosessen, nemlig mellom a) individet og seg selv, som er en rekontekstualisering av kodegruppene; *”krever vilje og egeninnsats for å bli bedre”* b) mellom individet og andre, som er en rekontekstualisering av *”den gode hjelpen,”* *”hindrende faktorer,”* *”pårørendes, venners og dyrs betydning”* og *”medisiner”* og c) mellom individet og den ytre strukturen, som er en rekontekstualisering av *”hverdagen på sykehuset”* og *”delaktighet i behandlingen.”*

Rekontekstualiseringen viste at bedringsprosessene ikke bare handlet om pasientene alene eller andres bidrag, men at prosessene involverer flere områder for samspill.

a) Samspillet mellom individet og seg selv sier noe om betydningen av individets egeninnsats i forhold til bedringsprosessen. Det kom frem at det var ikke nok hva personalet sier og gjør, men at det var viktig at en hadde tiltro til egen kompetanse og mestring.

b) Individet og andre står i et relasjonelt forhold til hverandre. Analysen viste en rekke egenskaper hos personalet som pasientene opplevde som fremmede eller hemmende i forhold til samspill i bedringsprosessen. Respekt, forståelse, empati og bli behandlet som et medmenneske var noen av de viktigste egenskaper som ble fremhevet. Likeledes ble samspill med pårørende, venner og dyr fremhevet som viktige bidrag til bedring. Viktigheten av personkjerne ble også beskrevet som viktig i samspillet for å få en bedringsprosess.

Samspill gjennom dialog ble særlig fremhevet som viktig i forhold til bedringsprosessen. Her ble hovedansvaret tildelt personalet og beskrevet som at samtalens mulighet var stor.

Samspillet mellom individ og personal kom også frem ved at en ikke alltid viste hva som hjelper en på forhånd, men at man sammen fant dette ut. En informant beskrev det som en prosess som hun ble tatt med i, med mål om å få tilbake kontrollen over sitt eget liv.

c) Samtlige informanter beskrev hvordan de ble inkludert i behandlingen. Dette samspillet mellom individet og strukturen på sykehuset, fordi det fremsto som villet og planlagt. Å bli inkludert i behandlingen omhandlet dessuten samspillet mellom individet og andre og samspillet mellom individet og seg selv. Å skape et støttende miljø i posten ved å legge til rette for at enkeltindividet blir tatt med og inkludert i behandlingen og at enkeltindividet tar et medansvar og sier ifra hva som virker og ikke virker, ble funnet som viktig for å fremme bedringsprosessen.

Hindrende faktorer for samspill på ulike områder var særlig det å være innlagt på lukket avdeling med låste dører og manglende privatrom. Tre av fire beskrev tidligere erfaringer knyttet til å være innlagt på tvungen psykisk helsevern som hindrende for samspill mellom individet og personalet, samspillet med seg selv og den ytre struktur.

Personalet kan som en del av den ytre strukturen være en hindrende faktor i bedringsprosessen. De har en viktig oppgave med å bidra som strukturbærere. Dette fordi de er premissleverandør for behandlingen i avdelingen. En informant fortalte at dette hadde sviktet en periode hvor vedkommende opplevde det mer eller mindre tilfeldig hvilke aktiviteter som hadde blitt gjennomført. Det bør i denne type avdeling altså ligge en tydelig og forutsigbar struktur i avdelingen som personalet følger opp.

KAPITTEL 5.0 DRØFTING

Jeg vil i dette kapittelet drøfte studiens funn opp mot forskning, litteratur og teori som er presentert i oppgaven fra kapittel 2 og annen forskning. Dette for å kunne belyse problemstillingen ”Hva kan fremme bedringsprosesser hos innlagte pasienter med psykisk lidelser?” Ved at jeg sammenstiller denne studiens funn i lys av teori og annen forskning og erfaring vil jeg her drøfte hvordan empirien kan forstås i forhold til eller i sammenheng til hverandre.

Borg(2009) hevder at det ”å komme seg” ved en psykisk lidelse i stor grad handler om samspill mellom individet og de man omgir seg med. Det som fremstår som vesentlige er her både menneskelige, åndelige, materielle og sosiale vilkår. Alle mennesker utvikler seg gjennom samvær og kontakt med andre. Denne studiens funn er i tråd med dette, da det i den helhetlige beskrivelsen kom frem at fellestrekk innenfor samtlige av kodegruppene uttrykte seg som samspill på flere plan, både med seg selv, mellom individet og andre samt mellom individet og strukturen.

Jeg velger å ta utgangspunkt i beskrivelsene fra trinn 4 i kapittel fire da dette vil gi en mer dekkende diskusjon relatert til denne studiens funn.

5.1 Samspill mellom individet og seg selv

Det synes å være viktig at den enkelte finner egne ressurser for å komme seg, da denne studien tyder på at ikke er nok med hva andre gjør og sier.

Spørsmål knyttet til ”hvem” og ”hva er jeg” er knyttet til menneskets selvbylde. Selvet utvikles gjennom kunnskap om seg selv, bevisst refleksjon, selvaktelse, selv vurdering og selvkontroll. Mening og sammenheng i livet er viktige komponenter i et menneskes liv. For å skape mening skiller vi mellom meg selv og omverden. Omverden skapes av vår forståelse av det som omgir oss (Hummelvold, 2012). Peplau (i Hummelvold,2012) påpeker at selvet ikke kan forstås uten relasjon til et annet selv. Selv-systemet er da et produkt av sosialisering, og at selvet bare eksisterer i relasjon til andres selv. Dette viser at selvet skapes i et aktivt sosialt samspill og ikke i et tomrom.

Identitet representerer det organiserende prinsipp i personligheten og er bevisstheten om å vite hvem man er som menneske. Å ha en identitet er å vite hvem man er som menneske.

Selvbilde er en del av identiteten vår. Det dreier seg om hvordan vi ser på oss selv, på godt og vondt (Hummelvold,2012). Å skape seg et bilde av hvem man er på tross av psykisk lidelse, ble fremhevet som viktig i denne studien i forhold til samspill med seg selv i bedringsprosessen. Det kom frem at en kunne gi hjelp til selvhjelp, da det ikke bare var andres bidrag, spesiell type behandling eller medisiner som fremmet bedring, men at vedkommende selv klarte å sifra hva som fungerer og ikke fungerer, ble beskrevet som viktige samspill med seg selv og bedringsprosessen.

Det kom også frem i denne studien, at det fra en deltakers perspektiv så ut til at en gjorde mer enn det man gjør, da deltakeren presset seg til å ha et aktivt program for dagen, noe som kan gjenspeile deltakerens selvbilde. Likevel fremhevet deltakeren at viktigheten av sin egen innsat, da det var viktig å prøve å komme seg videre.

Andersen et al(2006) har i Hummelvold (2012) på grunnlag av omfattende intervjuer med brukere kommet frem til fem stadier i bedringsprosessen som omhandler samspill med individet og seg selv. Den første fasen kalles moratorium (utsettelse - situasjonen ”satt på vent”) hvor individet er tilbaketrukket opplever en dyp følelse av tap og håpløshet. I stadium to som omtales som oppvåkning erkjenner individet i samspill med seg selv at ikke alt er tapt og at et tilfredsstillende liv er mulig. I trinn tre, forberedelse, vurderer individet i samspill med seg selv styrker og svakheter når det gjelder bedringsprosessen og begynner å arbeide med å utvikle bedringsevner. I trinn fire, gjenoppbygging, begynner individet i samspill med seg selv aktivt å jobbe for å utvikle en positiv identitet, sette meningsfulle mål og ta kontroll over sitt eget liv igjen. Det siste trinnet, som blir omtalt som vekst, innebærer å leve et meningsfylt liv som kan kjennetegnes ved å mestre lidelsen og ha en positiv selvfølelse.

Bedringsprosessen skjer helhetlig i veksling og samspill mellom den indre reisen, den mellommenneskelige, den sosiale og den meningssøkende reisen. Det personlige domenet har med identitet å gjøre. Muligens det overordnede aspektet ved bedring er å kunne definere seg på nytt ved å forstå og omdefinere den psykiske lidelsen som en av mange sider ved ens identitet, istedenfor å se på selv som primært en ”psykiatrisk pasient.” Dette betyr at individet i samspill med seg selv må bevege seg ut av vanskelighetene og bli i stand til å utvikle seg. Videre at man aksepterer og erkjenner og aksepterer begrensningene lidelse medfører, og

samtidig oppdager muligheter man har eller som kan utvikles. Dette kan gi en positiv selvforståelse. Det å ha symptommestring betyr å lære å leve med sine plager og oppleve at en kan kontrollere plagsomme symptomer. Symptommestring vil kunne fremme bedringsprosessen. Ved å bestemme selv når man trenger hjelp for deretter å delta aktivt i sin egen behandling vil kunne styrke opplevelsen av å være i en bedringsprosess (Hummelvold,2012). Et funn i denne studien var det som en deltaker hadde lært i sin egen bedringsprosess. Det var å fortelle hva som hjelper og ikke hjelper, og dette ble omtalt som en prosess.

Topor(2006) beskriver at et vendepunkt i bedringsprosessen kan inntreffe på forskjellige måter og av ulike grunner. Noen beskriver det som en bestemt hendelse, andre som en serie av hendelser, møter og beslutninger. Likevel kan det å nå bunnen bety trygghet da en vet at det ikke kan bli verre. Vendepunktet kan bestå av et øyeblikk eller en periode i livet da brukeren får tilbake håpet om et annet liv. Ved å strekke seg etter dette håpet og ta makten tilbake over sitt eget liv, kan brukeren søke nye måter å håndtere sine problemer på etter å ha tatt tilbake makten over sitt eget liv. Dette vendepunktet og den videre reisen opp fra bunnen består av samspill - samspill mellom individet og seg selv og med andre. Underveis i bedringsprosessen får individet stadig større evne til å ta i bruk de muligheter som foreligger. Vendepunktet kan også bety at en blir i stand til å forlate den tryggheten som er skrekkblandet, som livet på bunnen kan innebære, og komme i gang med en smertefull utfordring som et håp om et bedre liv kan medføre. Dette vendepunktet blir i denne studien beskrevet da en deltaker kom til sykehuset, allting føltes mørk, hun hadde nådd bunnen og trodde ikke hun kom til å bli et år eldre, men sammen med personalet fikk hun motivasjon til å kjempe videre med livet sitt.

Håp blir også fremhevet som viktig i forhold til bedringsprosessen. Deegan (1988) forteller om dette i forhold til å tro på sin egen bedringsprosess og peker på dette som et vendepunkt. Likevel peker hun på at det er viktig å ha støtte fra andre (venner, familie, profesjonelle). Herrestad(2009) tar opp spørsmålet om hva det innebærer å ha håp og være håpefull. Han sier at håp kan sies å innebære at en person vil at en fremtidig situasjon skal bli virkelig, og tror at realiseringen av tilstanden er usikker, men sannsynlig. Å ville noe impliserer at det er ønskelig. Å faktisk tro at det vil bli virkelig kan vekke glede, mens det å tro at det kanskje ikke blir virkelig kan vekke smerte. Det å tro på at man kan medvirke til å realisere det man håper på kan gi motivasjon til å planlegge og handle for å virkeliggjøre håpet. Denne studien

peker på at samspillet med seg selv er viktig i forhold til å utvikle håp i bedringsprosessen. Dette ble beskrevet som at det ikke var nok at alle andre sier at det skal gå bra, men at det var av betydning at vedkommende selv hadde funnet styrke og tro inni i seg selv. Å ha noe å se frem til var også noe som ga håp. Flere nevnte at det var en motivasjon å jobbe mot utskrivelse til leiligheten sin, og en nevnte da betydningen av å være sammen med katten sin. Andres bidrag til å skape håp ble også fremhevet, men det tar jeg opp i neste kapittel.

Denne studiens funn peker på at det krever vilje og egeninnsats for å bli bedre. Borg og Topor (2009) refererer i sin bok om virksomme relasjoner til en studie de har gjennomført. Mange av de intervjuede snakket om egen drivkraft, og om alle kreftene de hadde tatt i bruk i sin bedringsprosess. Dette sammenfaller med denne studie, som nettopp antyder at bedringsprosessen kan ses på som et krevende arbeid hvor individet må mobilisere all sin energi for å komme seg fremover. Dette kan ses som en kontrast til psykiatriens reduksjon av den som er plaget av schizofreni hvor en er preget av plager, forstyrrelser og tilbaketrekking.

Studiens funn er også i tråd med det salutogene perspektivet. Her vektlegger pasientens egen innsats i helsefremmende arbeid og at det som skjer må kunne forstås, håndteres og gi mening (Antonovsky,2005). Resultater kommer ofte ikke av seg, og det kom frem at det både krevde vilje og egeninnsats for å bli bedre. Likevel var en viktig komponent at det må forstås og håndteres først. Dette ble eksemplifisert ved at det ikke var nok at alle andre sa at du begynner å bli bedre, når man ikke har den opplevelsen selv. Man må tro på det selv. Det kom frem i studien at i samspill med andre, og i seg selv kan man finne mestringsstrategier, som kan fremme bedringsprosessen.

Wilken((2007) beskriver at bedringsprosessen kan defineres som en personlig, utviklingsmessig og selv styrkeprosess. I denne studien har Wilken kommet frem til fem faktorer i bedringsprosessen. Den første faktoren er at ”recovery” er en prosess som handler om at en først må ta et oppgjør med seg selv i forhold til hvordan lidelsen påvirker livet, i tillegg ta kontroll over livet igjen (empowerment) og integrere seg i samfunnet. Individet bør forandre tankegang fra hva en ikke kan gjøre til hva en kan, og forsøke å mestre livet på tross av lidelsen, begrensningene og funksjonshindringene. Den andre faktoren er motivasjon og drivkraftens betydning i bedringsprosessen. Hvis en har tilgang til meningsfulle valgmuligheter kan dette bidra til bedring. Individet må få muligheten til å trene på å ta valg, støttes i valg de tar på tross av at de risikerer å feile. Mennesker blir nemlig forsterket

(empowered) når de tar valg i forhold til egen livssituasjon. Den tredje faktoren er å utvikle kompetanse for å håndtere sykdommen. Dette kan være å lære og mestre lidelsen og dens konsekvenser, utvikle psykologisk kompetanse for å sette livet og ens identitet inn i nye perspektiver, og selvhjelp og sosiale ferdigheter. Individet kan for eksempel spørre seg selv ”hvilken ferdigheter har jeg”, ”hvilke er tapt eller er nødvendig å utvikle for å leve det livet jeg vil?” En av de viktigste ferdighetene er ofte å håndtere sårbarheten, for eksempel stress mestring, medisinadministrering og ved å kartlegge og gjenkjenne varselsignaler. Den fjerde faktoren er å delta sosialt i samfunnet etter å ha først bestemt seg for å gjøre dette. Den siste faktoren som er viktig i bedringsprosessen, består av å benytte seg av ressursene i omgivelsene, som for eksempel hjelpeapparatet, NAV og materielle tilbud (bolig, skole, arbeid) (Wilken,2007).

I ICN's etiske retningslinjer for sykepleiere er det fire grunnleggende ansvarsområder: å forebygge sykdom, fremme helse, å gjenopprette helse og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund). Folkehelsearbeidet i Norge bygger på Ottawa-charteret som ble utarbeidet og godkjent på den første internasjonale konferansen for helsefremming i Ottawa, Canada i 1986. Ottawa-charteret definerer helsefremmende arbeid som: ”Prosessen som setter mennesker i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. For å nå frem til en tilstand av fullstendig psykisk, fysisk og sosialt velvære, må en individuelt eller som en gruppe være i stand til å identifiserer og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillere sine behov og endre eller mestre sitt miljø.” Ottawa-Charteret peker derfor på samspillet med seg selv som en viktig faktor i bedringsprosessen ved å si noe om at helsefremming skal støtte personlige ferdigheter, slik at en er i stand til å utvikle egne mestringsstrategier i forhold til psykisk lidelse. Erfaringsmessig ser jeg i praksis at det er viktig at pasientene har en forståelse og innsikt i forhold til hva de selv kan gjøre for å fremme bedringsprosessen og forebygge tilbakefall. Pasientens kunnskap kan bidra til selv styrkning. I motsetning til den deterministiske og reduksjonistiske tilnærmingen som preger tenkningen innenfor det sykdomsforebyggende arbeid, vil den helsefremmende ideologien åpne og sirkulære modeller for helse og helsepåvirkning. Flere aspekter ved helsefremmende arbeid og helse – som er viktig for bedringsprosessen – er drøftet i dette kapitlet, blant annet mestring, personlig vekst og velvære samt sosial tilhørighet og identitet (Mæland,2002).

5.2 Samspill mellom individet og andre

Å komme seg er en individuell prosess som avhenger av en sosial sammenheng. Her spiller andre mennesker en avgjørende rolle selv. Det er viktig med dyktig personale. I sentrum for andres bidrag til bedringsprosessen står de sosiale relasjonene og det sosiale samspillet. Når formelle tradisjonelle instanser beskrives som viktige forekommer de innenfor et sosialt samspill som brukerne viser til som avgjørende (Topor,2006).

I analysen kom det frem mange like og nyanserte egenskaper hos personale som informantene mente hjalp dem til å bli bedre mens de var innlagt. Likhetstrekk var at de alltid foregikk i et samspill. Dette er noe som samsvarer med pasienterfaringer (Jensen et al, 2004, Borg og Topor, 2009, Topor,2006) hvor noe av det som går igjen for betydningen i bedringsprosessen er de sosiale relasjonene og det sosiale samspillet. Det kom frem i denne studien at respekt, forståelse, empati og bli behandlet som et medmenneske er viktige egenskaper hos personalet som bidrar til bedringsprosessen i det sosiale samspillet. Det er de menneskelige sider som er blitt fremhevet som viktige i forhold til hvilke egenskaper som fremmer bedringsprosessen. Motsetningen til dette var bruk av teknikker og ferdig behandlingsopplegg.

Lauveng (2007) beskriver bedringsprosessen som en reise hvor hun underveis møter gode hjelpere. De som fremmet bedringsprosessen var de som så ressursene hennes og ikke sykdommen. Mennesker som var mennesker, i tillegg til å være fagfolk, og som aksepterte at hun var et menneske, i tillegg til å være pasient. Hun fortalte at de gjorde dette ved å gå tur med henne, gikk på kino, lånte henne kassetter eller bøker, diskuterte andre ting enn sykdom og forholdt seg til henne som et normalt oppegående menneske på tross av lidelsen. Denne studien viste at deltakerne hadde et ønske om å være som alle andre, de betegnet det som ”normal”. Ved å vektlegge en ressursorientert holdning fremfor en sykdomsbasert, og se det iboende og unike i hvert individ, ble fremhevet som viktig i forhold til bedringsprosessen.

Alain Topor, en svensk psykolog, har forsket mye på hva som hjelper mennesker med alvorlig psykisk lidelse til å bli bedre (Borg og Topor 2009, Topor, 2006) En komponent som oppleves å ha vært til hjelp er å ta initiativ og gjøre noe ekstra for pasienten som vedkommende ikke gjør for alle eller hadde trengt å gjøre. For eksempel å tilbringe mer tid sammen med pasienten når det ikke er forventet, eller utsette lunsjen for å overholde en avtale

med pasienten, kan bety mye for pasienten. Det handler om å behandle pasienten som et unikt individ, og ikke alltid gjøre det samme for alle pasientene.

Dette samsvarer med denne studien der en informant beskrev at hun flere ganger har opplevd at personalet har blitt lenger enn arbeidstiden fordi de har sett at hun har trengt det, uten at hun har bedt om det, og da har hun følt seg veldig sett. Andre ganger har personalet blitt med på tur selv om informanten har utgang alene.

Gjensidighet mellom pasient og personalet er en aspekt ved relasjoner som kan sies å hjelpe i bedringsprosessen. I dette ligger det et samspill. Egentlig handler gjensidighet om at både personalet og pasienten kan se seg selv i den andre. At de begge utover sine roller kan både gi og få noe av den andre. (Topor, 2006). Hummelvold (2012) bruker begrepet sykepleier-pasient-felleskapet for å fremheve det eksistensielle i møtet mellom to mennesker. Begrepet felleskap innebærer at to mennesker møter hverandre som hele mennesker som muliggjør felles opplevelser. Dette betyr at sykepleieren åpner seg for den forestillingsverden og situasjonsopplevelse pasienten har. Sykepleieren viser seg for den andre, både uten og med ord, som en person. Likeverdighet i psykisk helsearbeid er basert på at man i samspillet arbeider frem en gjensidig og ekte respekt for hverandres integritet. For å skape en bedringsprosess, viser denne studien at i fellesskap, må begge parter vise seg for den andre som enkeltindivider, i tillegg til å være pasient og helsepersonell. Denne gjensidigheten der en deler, og både kan gi og ta imot er noe ser jeg i praksis som viktig.

Vatne (2006) tar også opp dette med gjensidighet, og sier at for å kunne oppnå en gjensidig anerkjennelse må verdien likeverd ligge hos hjelperen. Likeverd innebærer at begge partene må ha like stor rett til sin egen opplevelse, samt at en henvender seg til hverandre som subjekter. For eksempel kan det å skade seg selv fordømmes, men opplevelsen av å ha slike behov må være gyldig. Likeverd innebærer altså respekt for den andres rett til å oppleve verden på sin måte. Når pasienten føler at han/hun har rett til å oppleve slik han/hun gjør, er det en forutsetning for at opplevelser og vanskelige følelser kan endres. Hvis derimot hjelperen setter premissene for hva som er riktig for andre å oppleve, kan dette skape sinne og motstand. For eksempel ved realitetsorientering hvor en forsøker å nå inn til pasientens fornuft heller trigger aggresjon enn å dempe den.

I denne studiens funn blir likeverd tatt opp som en egenskap som fremmer bedringsprosessen. Deltakerne sier at i et samspill møtes et menneske til et annet, ikke først og fremst gjennom rollen som hjelper og pasient, men som menneske til menneske. Det kan synes å være en etterspørsel etter å bli mer menneskelig i hjelperrollen. Vatne (2006) sier at når følelser blir tolerert og akseptert kan en i samspillet begynne å se seg selv med den andres øyne, og endre selvoppfatningen. Dette kommer også frem i denne studien, der deltakeren opplevde aksept og at alle følelsene ble tolerert, som for eksempel sinne.

Mange historier fra mennesker med psykiske lidelser som har kommet seg, handler om at de har møtt noen som har trodd på dem, også i de periodene de selv ikke hadde håp (Thorgaard, 2006). Vi som helsearbeidere kan bidra i bedringsprosessen ved å fungerer som en støtte som kan vurdere pasientens tilstand og hjelpe dem til å finne frem til mestringsstrategier i hverdagen. Ved å holde håpet oppe når pasienten er for syk til å ha det selv, kan han/hun lettere ta det tilbake når han/hun er i en bedringsprosess Likevel må ikke andres forventninger få pasienten til å føle at han/hun ikke holder mål. Helsearbeidere må aksepterer pasienten med alle sine mangler og nederlag og samtidig skape tro på at forandring er mulig. Jensen og medarbeidere (2004) sier at tilbakevendelse av håpet er grunnlaget for at pasienten igjen får tiltro til at han/hun kan påvirke sitt eget liv.

Denne studiens funn legger vekt på å bli møtt med håp som en viktig del av samspillet med andre i bedringsprosessen. Det er beskrevet at når en informant kom til avdelingen hadde hun ikke håp og trodde ikke hun kom til å bli et år eldre. Informanten la vekt på betydningen av personalets bidrag som gjorde at hun fikk lyst til å kjempe videre med livet sitt. Dette kan peke på at når pasienter ikke har håp selv, har hjelperen et stedfortredende håp, inntil pasienten får tilbake et håp om et annet liv selv. Lauveng (2007) har beskrevet egenskaper hos dem som reddet livet hennes, var de som så et håp, de som lot bedringsprosessen ta den nødvendige tiden, og som holdt motet oppe, troen på at målet var innen rekkevidde, og de som hadde indre styrke og rom for de store følelsene. Kontrasten til dette ble beskrevet i denne studien ved at personalet hadde tatt fra pasienten håpet om å komme tilbake i arbeid. Deltakeren hadde da selv måtte kjempe og argumentere for at hun ville klare det men mistet motet underveis. Likevel tok deltakeren opp at det kan hende personalet hadde en erfaring med hva som hjelper, men det følte hemmende for henne ved å ikke ha klare mål og bli møt på hva hun vil etter utskrivelse.

Herrestad og Biong (2011) har forsket på håpefull praksis i ambulante akutt-team. Deres funn var at ansatte vekslet mellom å inspirerer og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner. De inndelte handlingene inn i ”å komme i posisjon for å skape bevegelse,” å sette pasienten i bevegelse” og ”å støtte pasientens bevegelse.” Å komme i posisjon er en forutsetning for at nye bevegelser i samspill overhodet kunne komme i gang. Å sette i gang i bevegelse, handlet om å prate med pasienten om forståelsens av hans egen situasjon. Dette ble forsøkt gjort gjennom å sette i gang en indre mental bevegelse i pasienten gjennom samspill og få individet til å se på situasjonen på en ny måte. Neste skritt var da gjennom samspill med helsepersonell å hjelpe pasienten og bevege seg mot de målene pasienten kunne se for seg. Å støtte pasientens bevegelse, handlet om ulike handlinger helsepersonell gjorde i samspill med pasienten, for å støtte pasienten til å opprettholde igangsatte bevegelser. I denne sykehuskonteksten kan det virke som om deltakerene veklegger det mellommenneskelige i møtene, og for å komme i posisjon må man gi litt av seg selv, og vise at en er mer enn sin profesjonelle rolle, samt ønsker å hjelpe. For å sette i gang bevegelsen ble det beskrevet at samtalens mulighet var stor hvor en kan invitere til dialog og formidle tro og håp om at et annet liver mulig.

En egenskap som ble fremhevet av en deltaker var bruk av humor. I kontrasten til alvor, problemer og vanskeligheter, ble bruk av humor fremhevet som en viktig faktor i bedringsprosessen. Erfaringsmessig kan dette bidra til å få opp humøret til pasienten, og hjelpe pasiente å få opp håpet, og tro på at endring er mulig.

Når pasienter er på sitt dårligste, kan det bety mye at noen andre bare er tilstede og holder ut, slik at pasienten kan ta kontakt når han klarer det. Ved å være der, lytte og kommentere uten å forsøke og få til en endring. Dette krever slik deltakerne sa både tid og tilgjengelighet (Borg og Topor,2009).

Samtalen mellom mennesker er et viktig middel i bedringsprosessen og i samspillet mellom pasienten og personalet i avdelingen. I denne studien fremkom det at det var flere egenskaper ved samtalene som bidro til bedring. En fortalte at det var ikke så viktig hva som ble sagt, men at en klarte å prate med pasienten om høyst enkle ting, og i samtalen snu det negative til det positive. Dette funnet kan settes inn i en kontekst hvor tid og tilhørighet er viktig for å fremme bedring. Pedersen og Bongardt (2011) omtaler det med tid og tilhørighet, hvor tiden blir som et øyeblikk og behovet for tilhørighet. Tid og varighet er ikke en tidsavgrenset

handlingssekvens som foregår som et kronologisk handlingsforløp. Det er et øyeblikk der en som subjekt er fristilt fra fortidens føringer og fremtidens krav. I dette øyeblikket opplever man å ha en autonom, sentral og betydningsfull plass i situasjonen man er en del av. Dette representerer kontrasten og unntaket til hva subjektet erfarer i hverdagen. Nettopp av denne grunn, oppleves situasjonen og øyeblikket som godt. Tilhørigheten beskrives som en personlig følelse av å være en akseptert del av en større helhet og å passe inn. Det er en opplevelse av identifikasjon og samhørighet med omgivelsene som man er en del av der og da. Tilhørigheten er raus nok til å romme både den uforpliktende og perifere deltakelse til handlekraftig og sentral deltakelse. Den er inkluderende og åpen samt stiller ingen krav til hvordan man skal høre til. For psykisk helsearbeid handler det om å stå i og tåle det tilsynelatende uvirksomme. Selv om det i vår kultur ligger et implisitt krav om å endre, handle og utvikle seg som autonome og selvrealiserende individer, må en få lov til å hvile, ikke handle, om bare for et øyeblikk. For psykisk helsearbeidere handler det om å øve seg på å ha et oppmerksomt nærvær og fange øyeblikket i samspill med den andre. (Pedersen og Bonardt, 2011).

Den språklige samhandlingen består i at vi bruker ord til å gi respons ved å lytte, reagerer og besvare ut fra hva det andre mennesket sier. I dette ligger det et samspill. Samtalen kan åpne opp for et felles og gjensidig rom mellom deltakerne (Loren,2006) Dette samspillet i dialogen ble fremhevet som viktig i forhold til bedringsprosessen, og ble beskrevet kunne gjøres ved at både personalet og pasienten vekselvis sa noe. Om man våger å være åpen og sette ord på vanskelighetene, kunne dette også åpne opp for tillit, og informanten mente tillit var nøkkelen til å bli bedre. Tillit kan også være uttrykk for gjensidighet.

Schibbye (2002) vektlegger en anerkjennende holdning som innebærer lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekræftelse. Gjensidig anerkjennelse beskrives som en forutsetning for personlig utvikling og forandring og innebærer at begge partene ser hverandre som likeverdige subjekt, til tross for og av respekt for forskjellene. De trenger altså ikke være like, men begge parter har lik rett til sine egne opplevelser. Den grunnleggende antakelsen Schibbye (2002) er at en anerkjennende holdning skal bidra til en stadig økende selvrefleksjon og selvavgrensning i terapi-forholdet mellom den som søker hjelp og den som gir hjelp. Dette sammenfaller med denne studiens funn, der deltakerne beskrev at mange av ingrediensene i en anerkjennende holdning er viktig for å fremme bedringsprosessen.

Hvordan kan vi vite om vi er til hjelp? Vi må spørre pasientene og be de gi jevnlig tilbakemeldinger underveis i behandlingen. Det handler om å gi og ta og være villig til å gå inn i et gjensidig samspill i bedringsprosessen. En må også gi rom for at både likheter og forskjeller blir tålt av hverandre. Motsetningen til dialog, blir som en informant sa, monolog. Dette mener jeg gir begge et ansvar for at det skal bli et samspill i relasjonen.

Personkjemi var noe som informantene tok opp som betydningsfullt i forhold til bedringsprosessen. Borg og Topor (2009) henviser til at dette er et vanskelig uttrykk å fange, men hevder likevel at det er høyst sannsynlig at mennesker søker seg til andre de liker og som liker dem. Når disse personene både liker og søker seg til hverandre, så oppstår denne personkjemien. De fleste i denne studien beskrev denne personkjemien som veldig viktig for dem. En informant beskrev at det i denne sammenheng var viktig at personalet også var åpne for å bytte kontakter i den gruppen rundt pasienten hvis kjemien ikke stemte. Min erfaringer at det er viktig å være åpen og tilrettelegge for personkjemi i forhold til pasient og personalet. Dette kan fremme et samspill som vil være virksomt for bedringsprosessen. Slik som samspillet mellom andre mennesker, bygger vennskap ofte på at en har noe å tilføre hverandre som er treffende. Min erfaring er at personalet kan bruke seg sine egne erfaringer og interesser i samspill med pasienten, som igjen kan bidra til at en kommer i posisjon til å bidra i bedringsprosessen.

Borg og Topor(2001) peker de på at det som er virksom hjelp i bedringsprosesser, er de hjelperne som går utover det å være profesjonell. Det er ikke metoder eller faget som blir fremhevet som viktig. Det er de menneskelige egenskapene hos hjelperne, deres personlige kvaliteter og deres væremåte som blir fremhevet. Det som blir fremhevet er handlinger som går utover den tradisjonelle hjelpe-rollen, og beskrives ved at hjelperen gjør noe uventet og ekstra for pasienten. Dette oppfattes som om hjelperen er interessert i den enkelte og ser hva som er viktig i øyeblikket. Slike samspill fremmer virksomme relasjoner og bedringsprosessen, som noe personlig og særegent. Det kan tyde på som om gode hjelperelasjoner er knyttet til hjelperne som vektlegger en pasientorientert ramme for samspillet, der pasientens ønsker og behov er det som danner grunnlag for tjenester og møtet.

For de fleste informantene hadde pårørende og venner en helt sentral plass i bedringsprosessen. Dette ikke minst fordi de representerte en kontinuitet i livet. Samspillet med familien hadde i perioder vært konfliktfylt og hadde ikke vært til noen hjelp. I Topor,

Borg, Mezzina, Sells, Martin og Davidson (2006) sin studie om rollen til familien, venner og profesjonelle i bedringsprosessen, angir samtlige informanter at disse relasjonene spiller en stor rolle i deres bedringsprosess. Familie og venner var også viktige støttespillere når det var vanskelige tider. Tre sider av bidrag fra familie og venner ble fremhevet som viktig i forhold til bedringsprosessen. ”Stå sammen med personen,” ”være der for personen,” og ”fortsette med bedring.” De fleste deltakerne sa at familie og venner var viktige i forhold til bedringsprosessen. Det som ble fremhevet som betydningsfulle faktorer var å bety noe for andre, samt at pårørende også kjente de før de ble syk, og viste hva de engang hadde fått til og var i stand til å gjøre.

Seikulla og Arnkil (2007) prater om viktigheten av nettverksarbeid som dialogbasert. Når pasientens personlige nettverk inviteres til å delta i behandlingen, inviteres de ikke til å få behandling, men til å bidra med hjelp og støtte. Stemmene deres er viktig for å utvikle en gjensidig forståelse av pasientens situasjon. I et samspill bidrar også det personlige nettverket med sine ressurser. En innleggelse berører ofte ikke bare pasienten, men også menneskene rundt ham. Gjennom gjensidig samspill er det mulig å skape en fellesforståelse som ingen enkeltperson kan håndtere eller nå alene. Pasientens personlige nettverk blir dermed en ressurs i behandlingen og en viktig medskaper i bedringsprosessen. Ved slike nettverksmøter kan felles kompetanse skapes, og slik kompetanse går lenger enn noen enkeltperson kan bidra med. Deltakerens familie og venner ble av omtrent alle fremhevet som viktige støttespillere i bedringsprosessen. Likevel var noen av forholdene beskrevet som turbulent. I samarbeidet med familie og venner i forhold til pasienten på sykehus ligger det mange muligheter. Dette både i forhold til å skape en forståelse av pasientens situasjon og ved støtte, råd og veiledning.

Fordi familie og venner har stått sammen med pasienten før vedkommende ble innlagt, har disse personene en kunnskap om han som individ. Ved å stå sammen med personen i gode og dårlige perioder, kan de bekrefte personenes kompleksitet. Å stå sammen med personen betyr at han kan stole på familie og venner og at han ikke er alene i verden. Det blir beskrevet at dette samspillet med familie og venner kan være nok for at personen ikke tar livet sitt når han når bunnen. Dette fordi han vet at de vil bli berørt, og kan være grunn nok til å ikke ta livet sitt (Topor et al,2006). Nettopp det at man har kjent pasienten før han ble syk og vet hva de har fått til før ble beskrevet i denne studien som en viktig faktor, noe som hjalp en deltaker til å bli bedre. Denne studiens funn pekte også på et vennskap som hadde blitt utviklet på sykehuset, hvor dette ble sett på som god hjelp. Da en hadde noen å prate med som hadde

opplevd det samme og visste hvordan det var å ha en psykisk lidelse. Kontakt med andre pasienter kan føre til et felleskap hvor det ikke er nødvendig å forklare seg eller unnskyldte seg for ens problemer eller symptomer og feil, men tilbyr en umiddelbar aksept og å bli forstått.

Disse erfaringene kan danne nye relasjoner som går utover det man kan forvente i det tradisjonelle fagområde psykiatri. Det er gjennom samspill med andre at vi kan få en reflektert bilde av oss selv, et selvbilde som er basert på å ha noe å gi til andre (Toper et al, 2006)

Dyr ble også omtalt som en viktig støttespiller i bedringsprosessen. Katten til en informant ble spesielt fremhevet. Informanten sa at det å ha katt har gjort at hun ha klart seg så lenge i leiligheten. Mens hun var innlagt omtalte hun at hun trøstet seg med hundene til behandleren og gått tur med dem. Det var et gjensidig samspill mellom katten og informanten. Katten var avhengig av å få mat og stell, og katten var tilstede og ga omsorg og støtte. Borg og Topor (2009) viser også at dyr er viktige støttespillere, som den betydningsfulle gjensidigheten som fantes i forhold til noen av medmenneskene. Relasjoner med forpliktelse og likeverd som ga en mulighet til å gi og til å få. Hunder kan også føre med seg sosial kontakt med andre. En kommer seg både en tur ut, og får fysisk aktivitet i tillegg til at man kan komme i dialog med andre. Som igjen kan føre til at man får noe utenfor seg selv å prate om. Pedersen og Olsen(2011) angir at det i de siste årene har vært økende interesse innenfor feltet ”Miljøpsykologi” for betydningen av samspill med dyr for menneskets psykiske helse. De peker på at det har vært forsket mest på kjæledyr, men det vises til at det er en økende interesse for landbruksdyr også. De omtaler en målrettet intervensjon som heter ”Dyreassistert terapi” (DAT), der dyr som oppfyller spesielle kriterier, er en integrert del av en behandlingsprosess. Mål med DAT er å fremme bedring i menneskers fysiske og psykiske helse. Dyreassisterte aktiviteter kan innebære å ta dyret , som bidrar som en miljøskaper, med som besøksvenn på sykehuset.

Det var delte oppfatninger om medisiners betydning i forhold til bedringsprosessen, noen synes det var for mye fokus på medisiner, men det sentrale var om medisiner ble gjort i samarbeid med behandlende lege eller ikke. Medikamentell behandling er ofte sentral i behandlingen av psykiske lidelser. Mange pasienter blir bare tilbudt medikamenter selv om det sies at det i psykiatrien er et integrert behandlingstilbud. Det at psykofarmaka har en så

dominerende plass i behandlingen gjør at det også er grunn til å se kritisk på hvordan den brukes (Jensen, Jensen, Olsen og Sørensen, 2004)

Flere informanter beskrev medisinene er viktige og virkningsfulle. Kontrasten til dette var når det ble gitt ved innleggelse under tvungen psykisk helsevern. De opplevde da at de ikke hadde innflytelse på om de fikk for mye medisiner. En av informantene opplevde at hun ikke fikk være med på å bestemme da hun ble tatt av den medisinen hun mente hjalp henne. Topor (2003) peker på medisiner som noe relasjonelt. Hans informanter mente at riktig type medisin, gitt i rett dose, var en viktig faktor i deres bedring. Dette plasserer også medisin i en sosial- psykologisk sammenheng hvor interaksjon mellom mennesker har stor betydning.

Deegan (2007) tar opp kompleksiteten av å bruke medisin eller ikke som en viktig faktor i bedringsprosessen. Hun legger vekt på samspill i forhold til bruk av medikamenter mellom behandler og pasient. Premisset for samspill er at både pasient og behandlende lege jobber tett sammen og begge blir sett på som eksperter. Når pasienten blir invitert til å snakke om sine erfaringer knyttet til medikamentell behandling i forhold til bedringsprosessen er dette et mer komplekst og dynamisk samarbeid. Deegan(2007) peker også på at det er viktig at ikke medisin blir fremstilt som et mål i seg selv, men at medisinen er ett av flere midler til å nå personens meningsfulle mål som ledd i bedringsprosessen.

Ottawa-charteret har i tillegg til det individuelle nivået som mål å skape støttende sosiale miljøer hvor sosialt felleskap og samhandling har en viktig helsefremmende funksjon. I motsetning til en eksperttankegang forutsetter dette at helsefremmende arbeid er preget av en mer likeverdig samarbeidsrelasjon mellom helsepersonell og pasient (Mæland,2002). I denne studien er likeverdighet en viktig komponent som anses å fremme bedringsprosessen. Når helsepersonell viser pasienten respekt, er lydhør overfor hans/hennes meninger og forventninger, trekker vedkommende inn i en delt beslutningsprosess og anerkjenner pasientens rett til å velge kurs, kan pasienten få en økt følelse av å kontrollere og mestre situasjonen (Mæland,2002).

5.3 Samspill mellom individet og den ytre strukturen

For å fremme bedringsprosesser legges det vekt på et gjensidig samspill mellom pasienter, personalet og fysiske strukturer. Gundersons miljøterapeutiske prosesser(Hummelvold,2012)

kan anvendes i etableringen av en miljøterapeutisk forståelse. Beskyttelse handler om ivaretagelse av grunnleggende behov. Dette kan være fysisk omsorg, sikre trygge omgivelser og å skjerme pasienten for overveldende sanseinntrykk. Sosial støtte kan være en bidragende faktor til at pasienten opplever trygghet og tilhørighet. Dette skjer i samspill med personalet, ved å tilrettelegge for at pasienten kan oppleve seg som en del av felleskapet og hjelpe pasienten til å se seg selv med snille øyne for å bedre selvfølelse. Struktur omfatter bevisste handlinger som skaper forutsigbarhet i miljøet. Dags og ukeplaner kan være viktige strukturtiltak. Engasjement handler om tiltak som involverer pasienten i miljøet, det skapes aktivitet og et felleskap. Aktivitetene kan foregå i postmiljøet eller ute i samfunnet. Den siste prosessen er Gyldiggjøring som er å bekrefte og anerkjenne personen som et selvstendig individ. For eksempel kan dette gjøres ved at pasienten selv tar del i samspillet med utarbeidelse av ukeplan, for det er pasienten som eier både problem og ressurser. Tilnærmingen som velges avhenger av pasientens funksjonsnivå, og ettersom pasienten blir bedre endres behovet. Til å begynne med vil en som er psykotisk ha behov for mest beskyttelse og støtte, mens han etter hvert i bedringsprosessen vil ha gradvis mer behov for intervensjoner med utgangspunkt i engasjement og gyldiggjøring. Disse komponentene virker sammen og fremmer bedringsprosessen ved å utvikle et trygt miljø som gir grunnlag for intrapsykisk vekst.

De fysiske rammene vil sammen med strukturer i posten utgjøre en ytre struktur. Innenfor denne strukturen skapes en arena hvor pasientene kan prøve seg i kjente omgivelser. Informantene er opptatt av at det ligger en struktur og forutsigbarhet som både ligger i posten og i behandlingsarbeidet. Det å ha en ukeplan og ha meningsfylt innhold i hverdagen på sykehuset ble fremhevet som viktig bedringsprosessen. Dette gjaldt både individuelle aktiviteter og fellesaktiviteter med andre medpasienter. Likevel endret behovet seg for noen i løpet av oppholdet, da en til å begynne ikke klarte å være med på aktiviteter til å bli sterk nok til å delta.

Hvordan få til et samspill med utgangspunkt i postens forutsetninger? Strukturene og rammene på en post kan utfordrer og gjøres individuelle. Vatne (2006) refererer om sine funn i sin studie av *det anerkjennende og korrigerende perspektiv i miljøterapi*, at et terapeutisk miljø utvikles gjennom spennet mellom fokus på et stabilt og forutsigbart system og relasjonelle tilnæringsformer. Dette spennet, som det refereres til, har sammenheng med at det er tilknyttet ulike betingelser til stabilitet og vekst. Et behandlingsmiljø kan derfor på den

ene siden fokusere på regler og på den andre siden kreativ samhandling med pasientene. En viss grad av struktur og trygghet er nødvendig hvis personalet skal kunne jobbe med relasjonen. På den andre siden vil for stramme rammer hindre et relasjonelt vekstarbeid. Hummelvoll (2012) peker på at når en jobber med mennesker med psykiske lidelser, må man gå inn i seg selv som menneske først. Med et fenomenologisk utgangspunkt er det viktig å sette egen for forståelse i parentes. Selvinnsikt er her viktig, der hjelperen må klargjøre egne verdier slik at man ikke tror at det er pasientens verdier man forsøker å realisere når det faktisk er ens egne. Samtidig må en etter hvert parenteser åpnes, slik at forståelsen kan brukes for å forstå hva individets ulike uttrykk handler om. Likevel må en samtidig ha en vilje til å la seg korrigere av individets forståelse.

Aktivitet ble også fremhevet som bidrag til bedring. Å gå på tur ble særlig fremhevet. Det virker som om samspillet mellom personalet og deltakeren ble annerledes når de kom ut. Min erfaring er at det er lettere å få til et samspill med pasientene når vi gjør noe konkret sammen. En grunn kan være at man får noe utenfor seg selv å prate om. Når man gjør noe felles, kan dette bidra til et mer likeverdig og gjensidig samspill. Det å komme ut av sykehuset kan også ha noe å si, slik som en deltaker sa, så opplevde hun at posten var overvåket, og dette opplevde hun ikke ute, og ved å komme ut kunne man da komme i posisjon til å få et samspill, som kan fremme bedringsprosessen.

Alle informantene har erfaringer med at de har medvirket til egen behandling. Dette sier noe om samspillet mellom pasientene og strukturen på posten, da dette da kan tyde på at det er lagt til rette for delaktighet på systemnivå. Likevel er det en plikt og et ansvar at personalet tilrettelegger for å involverer pasienten i behandlingen. I dette ligger brukermedvirkning som er nedfelt i loven. Brukermedvirkning forutsetter et samspill mellom pasient og helsevesenet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Denne studien tyder på at bedringsprosesser skjer i samspill på flere nivåer: I samspill mellom bruker og helsepersonell og på institusjonelt plan i det enkelte tilbudet. Samspillet preges dessuten av rammebetingelser på regionalt politisk og administrativt plan, hvor man sammensetter det tilbudet som skal være til rådighet, og på det overordnet og samfunnsmessige plan, hvor lover, normer og verdier blir satt. Disse forskjellige nivåene er også i gjensidig samspill. Lovene setter rammer for hvordan samspill mellom bruker og

helsepersonell kan utspille seg, mens omvendt påvirkes lovene også endringer på det mellommenneskelige plan og i institusjonaliserende møter (Jensen et al 2004).

Forskning viser at det er nødvendig å ta brukerens stemme på alvor i det terapeutiske arbeidet. Det å gi den ”korrekte behandlingen” er ikke så viktig som å vite om den behandlingen en gir fungerer for enkeltindividet. Det å fokusere på brukerens vurdering av endring fremfor hjelperens vurdering av brukeren blir her en helt grunnleggende del av et likeverdig terapeutisk samspill og relasjon. Ved å åpne opp for og lytte til brukeren og la deres kunnskap komme inn som en styrende faktor i behandlingsarbeidet, kan vi bidra til å utvikle et bedre samspill og effektivt psykisk helsevern i bedringsprosessen (Tuseth,2007).

Med hensyn til muligheter for medvirkning i egen behandling, var det ulike erfaringer, fra å ha stor påvirkningsmulighet til å ha liten eller ingen medbestemmelse. Institusjonslivet ble i den ytterste ende beskrevet som autonomihemmende i forhold til at det er lukket avdeling med låste dører, ikke noe privatliv, tvang osv.Likevel kom det frem at enkelte synes det i en dårlig fase var fint at andre tok avgjørelser på vegne av en, inntil man klarte å ta ansvar for sitt eget liv.

Hva er det i strukturen og systemet som vedlikeholder passiv deltakelse? En faktor kan være det som ligger i rollen som pasient. I en asymmetrisk relasjon, gis hjelperen rett til å handle på grunnlag av hva han mener er bra for pasienten. Intensjonen bak kan være god, men ivaretar ikke et gjensidig samspill.Samtidig kan vi ikke overse at det vil alltid være en subjekt objekt relasjon mellom pasient og hjelper. Med det mener jeg at som profesjonell vil man ha en overordnet posisjon i forhold til pasienten, på grunn av faglig kompetanse, ressurser vi bestemmer over og ikke minst at det ligger et pålagt ansvar. Vi kan ikke definere bort makten, men vi kan ta den frem og dele den med pasienten. I praksis ser jeg at individuell plan kan være et viktig verktøy i bedringsprosessen som er nedfelt i pasientrettighetsloven ved fremtidig behov for lanvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan skal være pasientens egen plan som gjenspeiler vedkommendes behov og ønsker.

Ottawa-charteret har fokus på sosiale faktorer som delt ansvar, likhet, fokus på mennesket, demokrati og ”empowerment” samt å styrke individet. Å skape et støttende miljø og styrke de individuelle erfaringene på sykehuset vil her være viktig i samspill med pasientene hvor helsefremmende arbeid vil være å skape et miljø som er preget av et leveforhold som er trygt,

stimulerende og tilfredsstillende. Ottawa-charteret fremhever et paradigmaskifte i forhold til at helse må forstås som noe mer enn fravær av sykdom. Dette sammenfaller med salutogenese som fokuserer på helse og mestringsperspektivet. Salutogenese og ”empowerment” skjer i samspill på alle plan, gjensidig avhengig av hverandre. Samspill mellom individet og strukturen på sykehuset er hvordan salutogenese i avdelingen er lagt opp. Dette fordrer at avdelinger har rammene og et støttende miljø som kan fremme bedringsprosessen. Slik som det er beskrevet i teori-kapittelet er kjerneområde i det salutogenetiske perspektivet at individet opplever en høy grad av sammenheng. For å oppnå dette er følgende tre følgende viktige: Begriplighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky,2012).

Antonovsky(2012) kommer med et viktig perspektiv for miljøterapien gjennom sitt begrep salutogenese. Salutogenese vil være et viktig element for å forstå hvordan personalet i større grad kan fokuserer på mestringsperspektivet slik at de kan få øye på ubrukte sider og nye muligheter hos den hjelpesøkende. Salutogen behandling har som mål å aktivere ressurser og potensialer ved at personen forstås i aktivt samspill med sine omgivelser (Langeland,2006). Det salutogenetiske perspektivet har en grunnleggende antakelse at sykdom og stressfaktorer hører til livet, men at det er måten vi forholder oss til det på som har noe å si. Vi retter altså oppmerksomheten mot mestringsressursene. Antonovsky(2012) har utviklet en teori som opplevelse av sammenheng (OAS), som innebærer tre komponenter: begriplighet, håndterbarhet og meningsfullhet som er avgjørende i forhold til helse. Opplevelse av mening anses som den viktigste da dette er motivasjonskomponenten. For å oppnå opplevelsen av sammenheng må personen ha en gjennomgående, varig og dynamisk følelse at tillit til at stimuli som både kommer fra ytre og indre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har tilstrekkelige ressurser tilgjengelig til å kunne takle krav som disse stimuli stiller, og at disse kravene er utfordringer som oppleves verdt å engasjere seg i. Ved å tilrettelegg et miljø med passende utfordringer kan personen i samspill med sine omgivelser oppleve god mestring.

Mandelid(2009) peker på mulighetene ved å kombinerer et bedringsperspektiv og brukervedvirkning som en gunstig faktor for utvikling av psykisk helsevern. Her pekes det igjen på at det er behov for et paradigmaskifte fra psykiatriens tradisjonelle paternalisme, og sykdomsmodellen bør erstattes av en mer kontekstuell forståelse av funksjonssvikt ved psykiske lidelser, der omfanget av individets funksjonssvikt betinges av den andres holdning

til den. Bedringsprosessen krever at begge parter i et samspill endrer seg i denne prosessen. For å motvirke avmakt og sykeliggjøring vil en opplevelse av personlig verdi og kompetanse fostre håp og selvrespekt. Økt fokus på personlig eksistens hvor behandler vektlegger dialog, partnerskap og delte beslutningsprosesser i forhold til beslutningsprosesser til bruker, istedet for manipulasjon, monolog eller tvang.

Brukermedvirkning er ikke en ny teknikk, men snarere et perspektiv hvor holdning til praksis gjør bedringsprosessen mulig. I mange sammenhenger er det en måte å praktisere støtte og hjelp på, slik at brukeren opplever hjelpen som nyttig, akseptabel og meningsfull. I motsetning til sykeliggjøring legges det til rette for vekst og myndiggjøring. Bedringsprosessen forutsetter at bruker blir ansett som en viktig leverandør av nødvendig kunnskap i en gjensidig læringsprosess og samspill. Fagfolk lærer av brukerne hele tiden, og det må komme frem(Mandelid,2009).

Autonomi handler om for brukere å delta aktivt i sitt eget liv, for eksempel å kunne gi informert samtykke til egen behandling. Det handler også om brukerens opplevelse av å bli anerkjent som et subjekt. Å bli anerkjent som et subjekt innebærer å bli tilkjent forutsetninger og kompetanse for å kunne ta egne valg, utvise dømmekraft, ta ansvar, ha ønsker og intensjoner. Med andre ord å ha kapasitet for det som er grunnleggende for det å være menneske. Ved at disse kapasitetene blir mistrodd eller fratras kan det oppleves som et angrep på ens verdighet som menneske. Historisk sett er det nettopp dette mange psykiatriske pasienter har opplevd. For noen vil det i enkelte situasjoner for å fremme en bedringsprosess, være nødvendig å komme ut av den daglige situasjonen, og innlegges ved en psykiatrisk avdeling for en periode. Opprinnelig var asyltanken knyttet til asyl som et fristed. Innleggelse på sykehus kan på den annen side kommuniserer ”sykdom,” markere en inntreden i ”pasientrollen,” og utfordrer pasientens subjektstatus og autonomi. Dette kan igjen være hemmende i forhold til bedringsprosessen. Det å møte en person i en kort periode på sykehus uten å bli kjent med personens livssituasjon og bakgrunn, kan medføre at helsepersonell tyr til objektiviserende fagkunnskap. Når dette skjer og fokus på symptomer og diagnose blir dominerende, trer personens subjektivitet i bakgrunnen. Da er det sykdommen og ikke den syke som blir møt (Gullslett og Ekeland,2012). Samspill her ligger både på system nivå, helsepersonell og individet selv.

5.4 Metodediskusjon

Jeg vil nå drøfte de valgene jeg har tatt underveis i forhold til studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet.

Med utgangspunkt i en fenomenologisk tilnærming var tanken at min egen forforståelse og erfaring skulle legges til side under intervjuet og analysen, for på den måten å være mest mulig åpen for de funn studien skulle vise. Allikevel ligger det både en bakgrunn i egen forkunnskap og interesse som gav grunnlag for valg av problemstilling.

5.4.1 Studiens validitet, reliabilitet og overførbarhet

I vitenskapelig sammenheng er det et mål å vise at man leverer et produkt som er til å stole på. I samfunnsvitenskapelig forskning drøftes troverdighet, styrke og overførbarhet av kunnskap som regel i sammenheng med begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Kvale og Brinkman, 2009).

5.4.2 Validitet

”Validitet handler om gyldighet av de tolkningene forskeren har kommet frem til” (Thagaard, s.201.,2010). Å validere betyr at man må stille seg spørsmål om hva er dette gyldig om og under hvilke betingelser? Kunnskapsutvikling handler om å finne frem til en relevant versjon av den virkeligheten vi ønsker å utforske (Malterud, 2011) Validitet kan bestemmes ved å stille seg spørsmålet måler du det du tror du måler? Og i en bredere fortolkning har validitet å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det en hadde som hensikt og undersøke (Kvale og Brinkman,2009, Thagaard,2010).

Begrepet validitet kan presiseres ved å stille seg spørsmål om de tolkningene jeg har kommet frem til, er gyldig i forhold til den virkeligheten jeg har studert. For å styrke studiens validitet må forskeren tydeliggjøre grunnlaget for fortolkninger. Dette gjøres ved å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjoner forskeren har kommet frem til, slik at dette blir gjennomiktig. Ved at forskeren stiller kritiske spørsmål gjennom analyseprosessen

styrkes validiteten. Alternative perspektiver kan utprøves og vise til at alternative tolkninger er mindre relevante (Thaggard,2010)

Kvale og Brinkman(2009) mener at validitetsspørsmålet må være gjennomskiktig og sikres gjennom hele forskningsprosessen. Det er en kontinuerlig prosessvalidering som skal fungere som en kvalitetskontroll gjennom alle stadier i kunnskapsproduksjonen. Funnene må kontinuerlig kontrolleres, utspørres og fortolkes teoretisk. Kvale og Brinkman(2009) viser til syv stadier av validering i et forskningsarbeid: 1. Tematisering, 2. Planlegging, 3. Intervjuing, 4. Transkribering, 5. Analysering, 6. Validering, 7. Rapportering.

Kommunikasjon av viten er også et vesentlig kriterium for validitet. Ved kommunikativ validitet oppstår gyldig kunnskap når motstridende påstander blir diskutert i en dialog.(Kvale og Brinkman, 2009) Hvis vi ikke klarer å formidle forskningen til andre slik at andre forstår og anerkjenner forblir kunnskapen privat (Malterud 2011)

Pragmatisk validering er å bevise tenkningens sannhetsinnhold. Det skilles mellom to typer: den ene handler om hvorvidt et kunnskapsutsagn ledsages av handling, mens den andre hvorvidt det bidrar til en handlingsendring. Den første typen handler om at en gjør noe mer enn bare å prate om en ide, man følger den også opp med handlinger. Den andre formen for pragmatisk validering handler om hvorvidt intervensjoner som er basert på forskerens kunnskaper faktisk kan skape atferdsendringer (Kvale og Brinkman, 2009). I min undersøkelse viser jeg til hva som kan fremme bedringsprosesser hos pasienter med psykiske lidelser og hva psykisk helsearbeidere kan bidra med i behandlingsarbeidet. Det kan være nyttig for den enkelte informant å fortelle sin historie samtidig som det kommer frem opplevelser som kan ha en innvirkning på hvordan fagfolk best mulig kan bidra til å fremme bedringsprosessene.

5.4.3 Reliabilitet

Reliabilitet handler om forskningsfunnenes konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkman,2009) I utgangspunktet handler reliabilitet om en annen forsker som bruker samme metode og som vil komme frem til samme resultat. Imidlertid er det et spørsmål om repliserbarhet er et relevant kriterie i kvalitativ forskning, fordi forskeren i slike tilfeller selv er forskningsobjektet og den transkriberte teksten er forskningsobjekt. I kvalitativ forskning der mennesker forholder seg til hverandre, vil derfor ikke kriteriet om repliserbarhet være

gjeldende. Forskeren må heller argumentere for reliabiliteten ved å gjøre rede for hvordan dataene har blitt utviklet i løpet av forskningsprosessen og for eksempel vise hvordan kodegruppene er knyttet til empirien(Thagaard,2010).

I kvalitativ forskning er heller ikke spørsmålet om konsistens mellom ulike undersøkelsessituasjoner relevant (Thaggard,2010). Selv om forskeren studerer samme situasjon gang på gang kan ikke forskeren opptre på samme måte og få de samme resultatene gang på gang. Intervjueren vil reagere forskjellig på ulike informanter og på samme informant på ulike tidspunkt. Hvis en hadde forsøkt å forholde seg så likt som mulig hver gang, vil informasjon gå tapt (Thagaard,2010). Dette støtter Kvale og Brinkman (2009), da det kan hindre kreativ tenking og variasjon. Betingelsene er bedre om intervjueren følger sin egen intervjustil, improviserer underveis samt følger opp fornemmelser. Reliabiliteten må derfor ses i sammenheng med at forskeren gjør rede for fremgangsmåten i prosjektet-kontekst for innsamling av data, og hvordan relasjonen til informantene kan influere på den informasjonen forskeren får, er viktige punkter som må gjøres gjennomiktig (Thagaard,2010).

Jeg har forsøkt å vise reliabiliteten ved å beskrive min egen forforståelse, legge ved intervjuguiden og beskrive hvordan den er utarbeidet og transkribert. Under intervjuene brukte jeg intervjuguiden for å sikre meg at alle informantene ble spurt om det samme. Ifølge Kvale og Brinkman (2009) i forhold til spørsmål om intervjuerens reliabilitet er det viktig å problematisere bruk av ledende spørsmål som er brukt som en ikke bevisst del av intervjuteknikken som kan påvirke svarene. Jeg har forsøkt å teste ut egen forforståelse under intervjuene med oppfølgingsspørsmål som har blitt stilt i utdypende og oppklarende øyemed. Jeg har lagt vekt på å utforske informantenes erfaringer.

Reliabiliteten kan også styrkes ved at det er flere forskere med i prosjektet både under prosessen og i ettertid for å kritisk evaluere fremgangsmåten som har blitt gjennomført (Thagaard,2010) Jeg har hatt nytte av å diskutere underveis med min veileder og medstudenter i seminargruppene.

5.4.4 Overførbarhet

Ifølge et humanistisk syn fremhever Kvale og Brinkman (2009) at hver enkelt situasjon er unik og hvert fenomen har sin egen indre struktur og logikk. Overførbarhet innenfor denne tradisjonen vurderes som analytisk generalisering. Dette innebærer en begrunnet vurdering av

hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som en rettleiding for liknende situasjoner og personer. For å øke graden av analytisk overførbarhet må forskeren utdype dokumentasjonen og gjøre argumentene eksplisitte slik at leseren selv kan bedømme hvor holdbar generaliseringen er (Kvale og Brinkman, 2009). Siden kvalitativ metode er benyttet, er resultatene gyldige bare for denne studien, men allikevel sammenfaller det med andre resultater. Jeg har gjort en teoretisk/analytisk generalisering ved å belyse denne studiens funn opp mot annen forskning, teori og litteratur.

KAPITTEL 6.0 OPPSUMMERING

Utgangspunktet for studien var å undersøke hva som hjelper innlagte pasienter med psykiske lidelser til å bli bedre. Samtidig ønsket jeg å få svar på hva vi som profesjonelle kan gjøre og som hjelper. Psykiske lidelser og bedringsprosesser er komplekst. For å vite hva som hjelper må vi gå ut og spørre de det gjelder. Med dette har jeg forsøkt å undersøke og beskrive hva deltakerne selv mener kan bidra til i bedringsprosessen.

Det er mange veier til bedring, og de veiene er individuelle og oppstår ofte i et gjensidig samspill med andre, da individet og andre står i et relasjonelt forhold til hverandre. Samspillet kan bidra til å forsterke symptomer og plager eller kan bidra til lindring og bedring.

Likeverdighet er viktig hvor en kan drøfte seg frem til mulige løsninger. Det å bli møtt med respekt, forståelse, empati og bli behandlet som et medmenneske var noen egenskaper som ble fremhevet som betydningsfullt i forhold til bedringsprosessen. I tillegg var det viktig å formidle håp. Det kommer frem at det som fremmer bedring er ikke spesielle teknikker eller behandlingsmetoder, men at en møtes som et menneske til menneske forhold på tross av ulikhetene. Ved å gjøre dette fremhever en det som er felles. Det kommer frem at det handler om at hjelperen gjør noe for den andre som han/hun ikke gjør for alle andre, og ser det individuelle i hver enkelt, for ingen er bare sin sykdom. Ved å likestille seg gjør en det mulig at begge kan vise seg i et samspill som en person. Likevel er det viktig at strukturen og rammene i en avdeling er lagt opp slik at pasienten kan medvirke i egen behandling, da en er helt avhengig av den enkeltes deltakelse. Det er i samspill med pasienten vi får til et godt behandlingsresultat, vi må spille på samme lag, der vi sammen jobber mot et felles mål.

Samspill med pårørende, venner og dyr ble også fremhevet som viktige bidrag til bedringsprosessen. De representerte kontinuitet, tilgjengelighet og støtte. I tillegg at de kjente personen før vedkommende var syk. Det kom også frem at det var delte meninger om medisiner, men det som virket viktigst var hvilken sammenheng medisinen inngår i, og om det var i et samspill.

6.1 Konklusjon

Forskningsspørsmålene i denne oppgaven var følgende:

- 1) Hva opplever pasienter fremmer og hemmer deres bedringsprosess når de er innlagt?
- 2) Hvilke egenskaper hos personalet opplever pasienter fremmer bedringsprosessen?

Pasienter gir mange og nyanserte beskrivelser på hva de mener fremmer og hemmer deres bedringsprosess når de er innlagt. Studiens funn peker på at det alltid foregår i et samspill, både individuelt, med andre og strukturen på sykehuset. Pasientene vektlegger det å bli møtt med respekt, likeverd, medmenneskelighet, håp, aksept og kjærlighet. Likeledes blir betydningen av personkjerne fremhevet. Informantene fremhevet personale som fremsto som et menneske til et annet, og ikke som distansert profesjonell. De ønsket seg personalet som ga litt av seg selv, og som var villig til å gå in i et samarbeid rundt behandlingen. Det ble også fremhevet at det var viktig at en ble ansett som en sentral aktør i sin egen bedringsprosess. Kontrasten til dette var å bli utelatt i forhold til viktige beslutninger rundt egen behandling, slik som for eksempel medisiner, og bli møtt med noen som tar fra en håpet om et annet liv. Viktige andre komponenter i bedringsprosessen var pårørende, venner og dyr som ble ansett som noen som kjente dem som noe annet enn sykdommen deres. Struktur og forutsigbarhet ble også ansett som viktig i bedringsprosessen, dette gjaldt både hvordan utformingen av sykehuset var og selve behandlingen.

6.2 Klinisk implikasjon

Funnene er ikke noe nytt og oppsiktsvekkende da funn understøttes av tidligere funn, gjort av bedringsforskere (Topor 2003, jensen, 2006, Borg 2007) Derimot er det oppsiktsvekkende at selv om denne kunnskapen har foreligget tidligere, tyder denne studien på at praksis i denne konteksten ikke er særlig mye endret. Det er på tide å sette resultatene fra bedringsforskningen ut i livet og praktisere dette ved å anerkjenne kunnskapen som mennesker med psykiske lidelser selv har.

Systematisk kunnskapsutvikling innenfor klinisk helsearbeid innebærer en mulighet for ikke å opprettholde gamle tradisjoner med hensyn til samspillet og relasjon til pasient og personal. Dette utfordrer klinisk helsearbeid mot å rette oppmerksomheten mot økt brukermedvirkning og frivillighet i psykisk helsevern.

LITTERATURLISTE

- Almvik,A. og Borge,L.,(red.) (2007). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky,A.(2005). *Helsans mysterium*. Stockholm: Natur og kultur.
- Askheim, O.P.,(2003). Fra normalisering til empowerment. *Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo:Gyldendal Akademisk.
- Bengtsson,J.,(red.)(2006) *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer: Livsverdensfenomenologiske bidrag*. Kristiansand:Høyskoleforlaget.
- Borg,M.(2009). *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening. Vol 46(5), 452-459.
- Borg,M. Og Topor,A. (red). *Dialog. Om bedringsprosesser. Antologi. Perspektiv på bedringsprosesser ved alvorlig psykisk lidelser*.Oslo: Bulletin for SEPREP , nr.2.
- Borg, M. og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Deegan,P.(1988). *The lived experience of rehabilitation*. Psychosocial Rehabilitation Journal. Vol.11 (4). S.11-19.
- Deegan,P. (2007). *The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it*. Psychiatric Rehabilitation Journal.
- Ekeland,T.J og Heggen,K.(2007).*Meistring og myndiggjering*.Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gulslett,K.M og Ekeland,T. (2012). *Autonomiens betydning og vilkår ved ambulante akuttteam*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 9 (1), 13-21.
- Haugsgjerd, S., Jensen,P., Karlsson,B. og Løkke, J. (2010). *Perspektiver på psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Herrstad,H.(2009) *Om begrepet håp*. Suicidiologi. Årg 14 (1), 16-20.
- Herrestad,H. og Biong,S.(2011). *Inspirere og tilrettelegge for å skape bevegelser i fastlåste situasjoner*.Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 8 (2),109-119.
- Hummelvold,J.K.(2012) *Helt ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Jensen,P., Jensen, K. B., Olsen, E., og Sørensen, D. (2004). *Recovery på dansk*. Danmark: Narayana press.

- Johnsen,H.H og Skjerve,A.G. (2009). *Spesialisthelsetjenester på brukerens arenaer - går det?*.Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 6 (3), 215-223.
- Kvale,S. og Brinkman,S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo:Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lauveng,A. (2005) *I morgen var jeg alltid en løve*. Trondheim: Cappelen.
- Langeland,E.(2006). Mestring av psykiske helseproblemer.Kap.5. I: *Psykisk helsearbeid i nye sko*.Bergen:Vigmostad og Bjørke AS.
- Loem,G.(2006). *Samspill i psykisk helsearbeid*. Oslo: Cappelen Forlag AS.
- LOV 1999-07-02 nr 63 *Lov om pasientrettigheter*. Oslo: Helse- og departementet.
www.Lovdata.no
- Mandelid,L.J.(2009). *Muligheten i et bedringsorientert psykisk helsevern*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid: Vol 6(3), s.234-239.
- Malterud,K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud,k.(2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland,J.G. (2002) *Forebyggende helsearbeid*, Otta: Universitetsforlaget.
- The Ottawa Charter for health Promotion*. (online). World Health Organisation.
Tilgjengelig: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Pedersen, O.T og Bondgaard.(2011). *Tid og tilhørighet: Opplevelsen av god psykisk helse og dens implikasjoner for godt psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Vol 8 (2),100-108.
- Pedersen,I og Olsen,C.(2011) Grønn omsorg og samhandling med dyr for bedring i psykisk helsearbeid.Kap.8.I: *Psykisk helsearbeid mer enn medisiner og smtaleterapi*. Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.
- Ruyter,K. (Red.) (2003). *Forskningsetikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Schibbye,A.S. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse*. Oslo: universitetsforlaget.
- Seikkula,J. Og Arnkil,T. (2007) *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sosial og helsedirektoratet(2004) *Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2008*. Rundskriv IS-24/2004.

Sosial og helsedirektoratet(1996/1997) Stortingsmelding 25. *Åpenhet og helhet*. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Storm,M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Topor,A.(2003). *Recovery. At komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: HANZ Reitzels Forlag.

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Topor,A.,Borg,M.,Mezzina,M.,Sells,R.,Marin,D. Og Davidson,I.(2006) Others: the role of family, friends and professional in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. Vol. 9(1,pp. 17-37.

Thagaard, T. (2010). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Thorgaard, L. (2006). *Empatiens bevarelse i relasjonsbehandlingen i psykiatrien*. Bind 2. Stavanger: Hertervig Forlag.

Thornquist. E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tuset,A.(2007). *Klient og resultatstyry praksis: Når klienten styrer behandlingen*. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening. Vol. 44 (10), 1218-1219.

Vatne,S.(2006). *Korrigerer og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Wadel,C.(1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Hegland Trykkeri AS.

Wideberg,k.(2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wilken,J. P.(2007). *Understanding recovery from psychosis: A growing body of knowledge*. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening. Vol.44 (5),658-666.

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. Kan du fortelle meg om hva du mener hjelper deg til å bli bedre når du er innlagt?
2. Hva mener du er hemmende i forhold til din bedring?
3. Hvilke egenskaper bør personalet ha for å hjelpe deg til å bli bedre?
4. Er det egenskaper hos personalet som hindrer deg til å bli bedre?
5. Hva kan gjøres for at behandlingen skal bli bedre?
6. Hvilken erfaring har du med brukermedvirkning/innflytelse i behandlingen her ?
7. Hva mener du er viktig i forhold til videre oppfølging ved utskrivelse?
8. Er det noe du vil tilføye som vi ikke har snakket om?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hva kan fremme bedringsprosesser hos mennesker med psykiske lidelser?”

Bakgrunn og hensikt

Vi vet for lite om hvordan bedring oppleves og erfares av pasienter som er innlagt i psykiatrisk sykehus, og om hvilke egenskaper hos personalet som fremmer bedring. For å finne mer ut av dette er dine erfaringer viktige.

Formålet med dette forskningsprosjektet (studien) er derfor å undersøke hvilke faktorer pasientene selv mener kan bidra til bedring. Resultatene av studien vil bli presentert i en masteroppgave. Dette er en invitasjon til deg om å delta for å belyse tema.

Hva innebærer studien?

Å delta i studien vil innebære at du deltar i et individuelt intervju om dine erfaringer med undertegnede.

Intervjuet vil foregå på posten og vare ca 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, fordi det senere skal skrives ut på papir og analyseres.

Mulige fordeler og ulemper

Fordelene med at du deltar er at dine erfaringer kan bidra til ny og viktig kunnskap. Et intervju vil likevel kunne berøre forhold som er privat og personlige. Om du etter intervjuet skulle få behov for å snakke med noen om dette vil du få samtale med din lege eller psykolog ved posten (eller vakthavende lege).

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det du forteller om i intervjuet skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun undertegnede som har adgang til denne. Lydbånd og data på papir vil oppbevares i et eget låsbart skap i et avlåst kontor. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i masteroppgaven når denne publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i denne studien. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke til å delta i studien. Ønsker du å trekke ditt samtykke tilbake gir du muntlig beskjed om dette til undertegnede. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du etter å ha fått skriftlig og muntlig informasjon ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Uansett vil alle data bli slettet ved prosjektslutt 30.06. 2012. Undertegnede kan kontaktes på telefon 90501986.

Veileder for dette forskningsprosjektet er førsteamanuensis Stian Biong ved høghskolen i Buskerud, telefon 32 30 64 00.

Høghskolen i Buskerud er databehandlingsansvarlig for studien.

Med vennlig hilsen

Cecilie W. Siegwarth
Spesialsykepleier

Samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om forskningsprosjektet

(Signert, prosjektmedarbeider, dato)

Region: REK sør-øst
Saksbehandler: Katrine Ore
Telefon: 22 84 55 17

Vår dato: 09.06.11
Vår referanse: 2011/931b
Deres dato:
Deres referanse:

Vedlegg 3

Førsteamanuensis Stian Biong
Høgskolen i Buskerud
Grønland 58
3045 Drammen

2011/931b Hva kan fremme bedringsprosesser hos innlagte pasienter med psykiske lidelser

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK sør-øst B, i møte 04.05.11.

Prosjektleder: Stian Biong
Forskningsansvarlig: Høgskolen i Buskerud ved øverste ledelse

Saksfremstilling

Forskning om bedringsprosesser og hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse "kommer seg" har gitt verdifulle bidrag til hva bedringsprosesser kan handle om. Det foreligger mindre kunnskap om hvordan bedringsprosessen oppleves og kan støttes når en person er i krise og trenger innleggelse i sykehus. Dette prosjektet vil undersøke hva frivillig innlagte pasienter selv opplever hjelper/hemmer deres bedringsprosesser, og hvilke egenskaper hos personalet som fremmer slike prosesser.

Studien er kvalitativ og målet er å forstå/fortolke pasientenes egne opplevelser med bedringsprosesser. Studien er et masteroppgaveprosjekt og studenten er en spesial- psykiatrisk sykepleier. Metode er basert på intervjuform (intervjuguiden er vedlagt). Forskningen skal samle ny kunnskap som anlegger et holistisk, hermeneutisk, perspektiv (basert på Antonovskys "salutogenese"). Forskeren vil bruke en kombinasjon av personsentrerte og temasentrerte analysemetoder som fokuserer på meningsinnholdet i tekster. Deltakerne blir 6-8 pasienter som er vurdert av faglig ansvarlig for samtykkekompetanse. Pasientenes behandler blir også informert. Utvalget av pasienter blir ikke begrenset til spesifikke psykiske lidelser.

Forskningsetisk vurdering

Intervjuet kan anses som intervensjon og dette kan få utilsiktede virkninger. Imidlertid har prosjektmedarbeider lang og relevant klinisk praksis.

Postadresse:
Postboks 1130 Blindern 0318 Oslo

E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Telefon: 22 84 55 11
Web: <http://helseforskning.etikkom.no>

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal eller på e-post. Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Komiteen har vurdert informasjonsskrivet og anmoder prosjektleder om å redigere informasjonsskrivet slik at informasjon om hvordan forskningsdeltakere skal kunne trekke seg fra studien slik helseforskningsloven krever blir tydeliggjort (jfr helseforskningsloven § 16 om tilbaketrekking av samtykke).

Vedtak

Søknaden godkjennes, på det vilkår at revidert informasjonsskriv sendes komiteen til orientering.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, med innarbeidelse av endringer i informasjonsskrivet komiteen har satt som vilkår for godkjenning samt de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Forskningsdata i studien skal lagres aidentifisert i betydningen helseopplysninger der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson, og hvor identitet bare kan tilbakeføres ved sammenstilling med de samme opplysninger som tidligere ble fjernet (helseregisterloven § 2nr2). Koblingsnøkkel skal oppbevares og administreres av forskergruppen.

Enhver publikasjon basert på prosjektets materiale skal skje i anonymisert form slik at enkeltpersoner ikke kan kjennes igjen.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren».

Ved prosjektslutt skal prosjektdata slettes og koblingsnøkkel i prosjektet skal destrueres på en slik måte at forskningsdata i prosjektet fremstår som anonyme der navn, fødselsnummer og andre personentydige kjennetegn er fjernet, slik at opplysningene ikke lenger kan knyttes til en enkeltperson (helseregisterloven § 2-3). Anonyme data i studien kan lagres i så lang tid som prosjektledelsen ønsker.

Godkjenningen gjelder til 30.06.2012. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt, jfr helseforskningsloven § 12.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Stein Opjordsmoen Ilnér (sign.)
professor dr. med
Komitéleder

Katrine Ore
komitésekretær/rådgiver

Kopi: Heidi Kapstad, Dekan, Høgskolen i Buskerud

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Emil Lahlum	Telefon: 22845523	Vår dato: 20.12.2011	Vår referanse: 2011/931/REK sør-øst B
Vedlegg 4.			Deres dato: 02.12.2011	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Førsteamanuensis Stian Biong

Grønland 58
3045 Drammen

2011/931 B Hva kan fremme bedringsprosesseser hos innlagte pasienter med psykiske lidelser

Vi viser til innsendt prosjektendringsskjema for ovennevnte studie mottatt 02.12.2011.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Buskerud ved øverste administrative ledelse
Prosjektleder: Førsteamanuensis Stian Biong

Endringene innebærer følgende:

Det søkes om å øke opptaksområdet til tilsvarende enheter i samme sykehus.

Vedtak:

Komiteen har vurdert endringsøknaden og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, endringsøknad, oppdatert protokoll og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres ytterligere endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at hvis endringene er vesentlige må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at dette gjøres.

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK, jf. helseforskningsloven § 12.

For øvrig gjelder de vilkår som er satt i forbindelse med tidligere godkjenning av prosjektet.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen,

Stein Opjordsmoen Iler (sign.)
dr. med.
leder

Emil Lahlum
førstekonsulent

Kopi til:

heidi.kapstad@hibu.no
postmottak@hibu.no

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Stian Biong, Høgskolen i Buskerud

Kopi:

Fra: Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus

Saksbehandler: Kathrine Rogstad, personvernrådgiver

Dato: 12.09.12

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger

Saksnummer/
Personvernnummer:

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet "Hva kan fremme bedringsprosesser hos mennesker med psykiske lidelser?"

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter til studien kan starte.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Høgskolen i Buskerud ved adm. dir.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
3. Studien må vurderes og godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og eventuelle merknader må følges.
4. Vedlagte samtykke benyttes, inklusive markerte tillegg og endringer foretatt av personvernombudet. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
5. Data lagres som oppgitt i meldingen. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor på sykehuset.
6. Data slettes eller anonymiseres senest 31.12.12 ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes.

7. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier.

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet



Kathrine Rogstad, personvernrådgiver
Oslo universitetssykehus HF
Stab fag & pasientsikkerhet
Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no

Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

