

HELSEFREMMENTE MILJØTERAPI:

Miljøpersonalets beskrivelser av praksis og ansvarliggjøring i møter med pasienter i ustrukturert tid

Hege Eileen Næss



**Masteroppgave
Institutt for helsevitenskap**

HØGSKOLEN I BUSKERUD

11.05.2012



HØGSKOLEN I BUSKERUD
Institutt for helsevitenskap
Konggt. 51
3019 Drammen

Navn: Hege Eileen Næss	Dato: 11.05.2012
Tittel og undertittel: HELSEFREMMEDE MILJØTERAPI: Miljøpersonalets beskrivelser av praksis og ansvarliggjøring i møter med pasienter i ustrukturert tid.	
<u>Sammendrag:</u> <p>Bakgrunnen for denne studien var behovet for å få mer forskningsmessig kunnskap om helsefremmende miljøterapi. Hensikten var å undersøke miljøpersonalets praksis i møte med pasienter i ustrukturert tid og deres forståelse av ansvarliggjøring hos inneliggende pasienter.</p> <p>Studien bygger teoretisk på Ottawa- Charterets ideologi i forhold til helsefremmende arbeid, empowerment og salutogenese.</p> <p>Kvalitative data er samlet gjennom flerstegs fokusgruppeintervjuer av åtte representanter fra miljøpersonalet, hvor analysen av deres beskrivelser har vært utgangspunktet for studiens funn. Analysemetoden som er brukt er systematisk tekstkondensering.</p> <p>Funnene viser at miljøpersonalet la vekt på en praksis hvor den enkelte møtte ”den andre” som subjekt, med alle de egenskaper en selv innehar, for å oppnå forståelse for det ”den andre” forsøkte å presentere. Denne forståelsen ble konkretisert i et bevisst samspill med ”den andre”, og var et viktig holdepunkt og utgangspunkt for støtte og ansvarliggjøring hos pasienten, ut i fra vedkommendes behov og ståsted. Funnene viste at miljøpersonalets praksis hadde som mål å fremme nye erfaringer og muligheter hos pasientene.</p> <p>Denne studien belyser at det er sentralt at miljøpersonalet er bevisst sin rolle og strategi i møte med pasienter. Å ha et bevisst forhold til helsefremmende arbeid, vil ha betydning for det miljøarbeidet som blir gjort, fordi det bygger på en grunnholdning om at helsen er i en kontinuerlig endring, uansett livssituasjon.</p> <p>Antall ord: 20 848 Antall tegn: 112 508</p>	
Nøkkelord: Helsefremmende miljøterapi, miljøpersonalets praksis, ustrukturert tid, ansvarliggjøring, salutogenese, flerstegs fokusgruppeintervju, systematisk tekstkondensering.	



HØGSKOLEN I BUSKERUD
Institutt for helsevitenskap
Konggt. 51
3019 Drammen

Name: Hege Eileen Næss	Date: 11.05.2012
Title and subtitle: HEALTH- PROMOTING MILIEU THERAPY: Environmental staff descriptions of practice and negotiation of responsibilities in meetings with patients in unstructured time.	
Summary: The background for this study was the need for more evidence- based information about the health environment. The purpose was to investigate practices of staff interaction with hospitalized patients and their understanding of negotiation of responsibilities in meetings with patients in unstructured time. The study is based on theoretical Ottawa- Charter ideology in relation to health promotion, empowerment and the salutogenesis model. Qualitative data was gathered by interviewing eight environmental staff, by multistage focus interviews. Analysis of the results from these interviews has been the basis for the study's findings. Systematic text condensation has been used in this studie. These findings show that environmental staff put most emphasis on where the individual meets the "other" as the subject (with all the individual characteristics that contains) to achieve understanding of what the "other" is trying to present. This understanding was manifested in a conscious interaction with the "other", and was an important clue and starting point for support and negotiation of responsibilities towards the patient, based on patient needs and standing point. These findings show that environmental staff practices aim to promote new experiences and opportunities for the patients. This study puts emphasize on that it is essential that environmental staff should be aware of their role and strategy in the presence of their patients. Having health promotion awareness, will have an impact on the environmental work being done as well, because it builds on the basic acceptance that health is continually changing, no matter what type of life style the patient has. Words: 20 848 Characters: 112 508	
Key words: Health-promoting therapy, environmental staff practice, unstructured time, responsibilities, salutogenesis, multi- stage focus group interviews, systematic text condensation.	

FORORD

Takk for at jeg har så entusiastiske kollegaer og motiverende avdelingsleder!

Takk til de som har brukt av tiden sin på dette studiet!

Takk til medstudentene Gro og Ingunn, for gjensidig drøfting og utlufting!

Takk til min dyktige og trygge veileder Stian Biong!

Stor klem til Rune, Fredrik og Marlene som har gått i dette sammen med meg!

En klok og erfaren sykepleier og medmenneske fant dette diktet:

ANSVAR

Ansvar handler om å finne svaret på det viktige spørsmålet:
Hva er mitt og hva er ditt?

Ansvar handler om
-å vite forskjellen på å dele en annens sorger og gleder og
å "ete" en annens sorger og gleder

Ansvar handler om
-å elske uten å kvele med din kjærighet
-å lytte uten å slukes
-å bære andres byrder uten å brenne deg ut

Ragnhild N. Grødal

INNHALDSFORTEGNELSE

KAPITTEL 1 INNLEDNING	s.1
1.1 Bakgrunn	s. 1
1.2 Begrensninger	s. 2
1.3 Tidligere forskning og teorigjennomgang	s. 3
1.3.1 Helsefremmende perspektiv/ Ottawa Charteret	s. 4
1.3.2 Empowerment	s. 5
1.3.3 Salutogenese	s. 8
1.3.4 Psykisk helse	s. 9
1.3.5 Psykisk helseproblem og klinisk helsearbeid	s. 10
1.3.6 Bedringsprosesser	s. 10
1.3.7 Miljøterapi	s. 10
1.4 Hensikt og forskningsspørsmål	s. 11
KAPITTEL 2 METODE	s. 12
2.1 Design	s. 12
2.2 Metodologi og valg av metode	s. 12
2.3 Forfatterens forforståelse	s. 13
2.4 Utvalg	s. 14
2.5 Datasamling	s. 15
2.6 Transkribering	s. 17
2.7 Analyse	s. 18
2.8 Forskningsetikk	s. 19
2.8.1 Informert samtykke	s. 19
2.8.2 Konfidensialitet	s. 20
2.8.3 Anonymitet	s. 20
2.8.4 Mulige fysiske/psykiske belastninger	s. 20
KAPITTEL 3 RESULTAT	s. 21
KAPITTEL 4 DISKUSJON	s. 32
4.1 Diskusjon av hovedfunn	s. 32
4.2 Troverdighet, gyldighet og overførbarhet	s. 42

4.3	Refleksivitet	s. 43
4.4	Metodediskusjon	s. 44
KAPITTEL 5 AVSLUTNING		s. 46
LITTERATURLISTE		s. 48
Vedlegg:		
	Vedlegg 1: Generell informasjon til avdelingen	i
	Vedlegg 2: Skjematisering av databasesøk	ii
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	iv
	Vedlegg 4: Intervjuguide 1	vi
	Vedlegg 5: Intervjuguide 2	vii
	Vedlegg 6: NSD- tilbakemelding	viii

KAPITTEL 1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Denne studiens tema er helsefremmende miljøterapi. Helsedepartementet har tidligere uttrykt at helsefremmende arbeid basert på empowerment- ideologien bør styrkes (Sørensen, 2002). I 2005 gjennomførte Borge en kvalitativ pasientundersøkelse på et åpent døgnkontinuerlig psykiatrisk sykehus i Norge (Borge, 2005). Undersøkelsen hadde blant annet som bakgrunn St melding nr 25 (1996/97) og Opptappingsplanen for psykisk helse (1998- 2008), hvor det ble vektlagt at tilbudet til mennesker med psykiske lidelser skulle ta utgangspunkt i brukerens behov. NOU (2005:3) ”Fra stykkvis til helt- en sammenhengende tjeneste” fulgte også opp vektleggingen av brukernes vurderinger og behov. Borges undersøkelse ble avsluttet med dette sitatet (Borge, 2005, s 19):

”Vi har begrenset kunnskap om hvordan personalet kan bidra til at pasientene blir mer aktive i egen behandling. Det er derfor behov for mer forskning for å forstå hvordan behandlingsmiljøet bør tilrettelegges for best mulig å fremme pasientenes tilfriskningsprosess, og hvordan de ulike profesjonene kan samvirke i dette”.

Til dels på bakgrunn av ny kunnskap som kom frem i denne undersøkelsen, samt Helsedepartementets ytring om økt fokus på empowerment- ideologien i helsefremmende arbeid, ble det i 2008 gjennomført en omstrukturering av miljøpersonalet på institusjonen hvor denne studien er gjennomført. Institusjonen er en del av spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen hadde både en økonomisk side, men også en faglig, ved at avdelingen gjennom dette fikk et økt fokus på empowerment- ideologien.

Kveld/natt og helge- tjenesten består av et team fagpersoner, som senere i oppgaven refereres til som miljøpersonalet. Miljøpersonalet jobber i det som omtales som pasientenes ustrukturerte tid, det vil si den tiden på døgnet som faller utenfor den fastsatt timeplanen. Dette miljøpersonalet har kunnskap om de ulike behandlingsmodellene på de forskjellige avdelingene og kunnskap om akutt somatikk og psykiatri. Miljøpersonalet beveger seg i behandlingsmiljøet og er i utgangspunktet ikke knyttet til en avdeling, som før omorganiseringen. Miljøpersonalet skal være tilgjengelig for de pasientene som har behov, og følge opp de tiltak som er iverksatt, i tett samarbeid med behandlerne ved de forskjellige behandlingsavdelingene.

Samhandling kveld, natt og helg avhenger av god informasjonsformidling via rapportnotat og aksjonsplan. Aksjonsplanen utarbeides individuelt og blir skrevet av pasientens nærmeste behandler, i samarbeid med pasienten. Denne aksjonsplanen "eies" av pasienten, og er et viktig samarbeidsverktøy for pasient, behandler og miljøpersonalet i ustrukturert tid.

Punktene i denne planen er som følgende:

- a) Hvordan kan jeg hjelpe meg selv?
- b) Liste opp for eksempel 10 punkter som jeg kan følge før jeg må ta kontakt med personalet.
- c) Når jeg tar kontakt, hvordan kan miljøpersonalet hjelpe?

Et sentralt begrep i bruken av aksjonsplanen er empowerment. I utarbeidelsen av aksjonsplanen vil pasienten definere mestringsstrategier i samarbeid med behandler. På treningsarenaen, det vil si i behandlingsmiljøet på kveld/ natt og i helgene, kan det oppstå situasjoner hvor pasienten velger å ta kontakt, eller opplever å ha behov for kontakt med miljøpersonalet. Det er under dette punkt c) i aksjonsplanen denne studien søker mer kunnskap.

Institusjonen var i utgangspunktet en motivator for å få i gang en studie som kunne belyse miljøpersonalets praksis i ustrukturert tid. På sikt er ønsket å få en tydeligere felles faglig plattform innen miljøterapi, hvor miljøpersonalets praksis er undersøkt og dokumentert. Derfor var kveld/natt- og helgtjenesten et naturlig valg som prosjektarena, siden miljøpersonalet her jobber i pasientenes ustrukturerte tid. Jeg hadde et ønske om å velge et tema som omhandlet kveld/natt- og helgtjenestens praksis, og ønsket ikke å begrense dette til en diagnose- eller pasientgruppe. Det fordi denne tjenesten forholder seg til alle avdelinger og alle pasienter som er innlagt på institusjonen. Avdelingsleder godkjente en felles mail med generell informasjon, som ble sendt ut til det miljøpersonalet som kunne være aktuelle å rekruttere til studien (Vedlegg 1).

Til generell informasjon er pasientene benevnt som han og deltakerne er benevnt med hun.

1.2 Begrensninger

Studien er gjort ved en åpen psykiatrisk institusjon, med kun frivillige innleggelses og uten noen form for tvang. De inneliggende pasientene er myndige. Denne studien har ikke fokus på patogenese, men legger vekt på hvordan miljøpersonalet forholder seg til og møter pasientenes beskrivelser av grad av helse og fungering.

Jeg går ikke inn i ulike behandlingsmodeller utover det som er naturlig å trekke inn i forhold til miljøterapi. Jeg velger å ikke gå i dybden på de ulike relasjonsteoriene og faser i helsepersonell- pasientforholdet. Heller ikke ulike kommunikasjonsteorier eller mer profesjonsspesifikke intervensjoner. Fokuset her er miljøpersonalets egne beskrivelser av møter med pasienter i det helhetlige behandlingsmiljøet, og som kan fremme egenstyrke hos pasienten.

1.3 Tidligere forskning og teorigjennomgang

I litteraturgjennomgangen ble det i hovedsak søkt i fire forskjellige databaser. Medline Ovid fra 1950 til i dag ble valgt, siden den regnes som en av de fremste av referansedatabasene innen det medisinske området. Hoveddelen av dokumentene i Medline er artikler fra vitenskaplige tidsskrifter, og det gir derfor ofte god kvalitet på artiklene (Kilvik, 2007). De samme ble gjort i PubMed. Det gjorde jeg fordi PubMed i noen tilfeller dekker et bredere emneområde enn Medline (Kilvik, 2007). Det ble søkt i Psykinfo. 1806 til 2010. Denne databasen dekker fagområdet psykologi, men omfatter også psykologiske aspekter fra andre fagområder, blant annet psykiatri og sykepleie (Kilvik, 2007). Chinal og Google Scholar, ble også benyttet. I tillegg ble det funnet litteratur via ulike fagbibliotek. Søkene omhandlet i stor grad empowerment, miljøterapi og sykepleie i ustrukturert tid. Eksempler er empowerment, patient empowerment, milieu therapy, salutogenesis, here- and now- focus, unstructured time, nurse-patient relation's", nursing, nurse's" knowledge, caring conversation, emotional stress og inner turmoil. Disse begrepene ble brukt i de overnevnte databasene, med ulike søkerkombinasjoner, noe som skapte en begrensning i antall treff (Vedlegg 2). Alle søkene ble gjort bredt før det ble lagt inn begrensninger. Det var blant annet at artiklene skulle omfatte "voksne" og være skrevet på engelsk. På Psykinfo ble det valgt å søke kombinasjoner kun på keyword for å redusere antall treff, og samtidig finne de artiklene med de disse sentrale ordene. Det kan ha ført til at relevante artikler ikke har blitt søkt frem. 12 artikler, en mastergradsoppgave og en doktorgradsavhandling ble funnet og vurdert som relevante i forhold til tema i studien.

Den forskningen som ble funnet omhandlet i hovedsak hvordan relasjonen og måten pasienten blir møtt av personalet, påvirker pasientens oppfatning av egen mestringsevne. Jeg har funnet lite forskning som omhandler fokus på økt empowerment hos innlagt pasient i den ustrukturerte tiden. Det jeg har funnet som mest relevant er i hovedsak basert på Borge (2005)

(2008). En årsak til dette kan være at det ikke finnes noe engelsk begrep om dette eller at søkerord ikke har blitt riktig oversatt.

1.3.1 Helsefremmende perspektiv/ Ottawa charteret

Helsefremmende arbeid handler om å styrke helsen. Det kan sees som en motsats til sykdomsforebyggende arbeid, som har fokus på å fjerne eller redusere risikofaktorer i livet som kan føre skade, sykdom eller død (Andvik, Syse, Iversen, Vik, 2011). Helsefremmende arbeid ble første gang presentert i en internasjonal strategi i Ottawa charteret (1986). Her defineres helsearbeid som prosessen som kan fremme økt kontroll over og forbedring av egen helse hos mennesket. Helse ses i denne tradisjonen som en prosess som skapes og utvikles i hverdagen, hvor et viktig element er menneskets vilje og motivasjon til endring og kunne gjøre noe selv (Andvik et al 2011). Miljøarbeidere er en del av hverdagen til inneliggende pasienter, og kan derfor være med på å påvirke og løfte frem muligheter, med et slikt perspektiv. Ottawa charteret ble utarbeidet og godkjent på den Internasjonale Konferansen om Helsefremming i Ottawa, Canada i 1986 (World Health Organisation, 1986). Her ble det understreket at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer og med lokalmiljøet rundt oss. I charteret ble det presentert fem hovedprinsipper: Den første er å bygge opp en sunn helsepolitikk, det vil si at helse skulle fremmes som sentralt område i alle bestemmende organer på alle områder og nivåer. Prinsipp to er å skape et støttende miljø. I følge Helsedirektoratet omhandler det at helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredstillende og trivelige (Helsedirektoratet, 1987). Dette kan settes i sammenheng med hvordan miljøarbeiderne i institusjon er bevisst sin rolle i møte med inneliggende pasient. Miljøpersonalet blir en del av leve og arbeidsmiljøet til den inneliggende pasient, og vil derfor bli en del av hans kontekst. Det tredje prinsippet er å styrke lokalmiljøets muligheter for handling, det vil si at helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å oppnå en bedre helse. Det fjerde omhandler å kunne utvikle bedre individuelle ferdigheter, i denne sammenheng i forhold til inneliggende pasient. Det er her definert at helsefremmende arbeid skal støtte både en personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsstrategier. Miljøpersonalet vil i tråd med dette prinsippet bidra med sin faglige kunnskap, erfaring og personlige egenskaper. Det femte og siste omhandler at helsetjenesten skulle tilpasses slik at helsesektorens rolle i økende grad beveget seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å utøve klinisk og kurative tjenester.

1.3.2 Empowerment

I etterkant av Ottawa charteret har det vokst frem ulike teorier av betydning for helsefremme. Empowerment og salutogenese er to relevante eksempler på dette med hensyn til denne studien. Empowerment handler om makt, avmakt, myndiggjøring, bemyndigelse og mestring. Denne teoriutviklingen har oppstått som en kritikk til den dominerende naturvitenskaplige tenkningen (Almvik, A. Borge, L. 2000). Empowerment bygger på en holdning om at alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, ha innflytelse, medbestemmelse og oppleve autonomi (Almvik, 2000). Empowerment har både en individuell og en strukturell dimensjon. Individuelle faktorer kan handle om selvtillitt, selvbilde, kunnskap og ferdigheter. Strukturelle faktorer kan være politikk, økonomi, rammebetingelser og maktforhold. Disse dimensjonene er gjensidig avhengig av hverandre (Almvik, A., Borge, L. 2000). I det følgende belyses likevel mest individuell empowerment.

Empowerment-teorien bygger på verdisynet hvor det å mestre sitt liv er sentralt, noe som opptrappingsplanen i psykisk helse også legger stor vekt på (Almvik, 2006). Brudal (2000) hevder at faktorer som forståelse, mestring og mening virker sammen og gir grunnlag for vår psykiske helse. I norsk kultur, og andre tilsvarende kulturer, er det trolig mestring som har fått størst betydning, mens dette kan variere i andre kulturer (Brudal, 2000).

Binnema (2004) trekker frem at Nelson, Lord & Ochocha (2001) i sin undersøkelse fant en sammenheng mellom empowerment og mental helse. Her definerte de empowerment som en mulighet til og forhold som fremmer valgfrihet og kontroll, samt integrasjon i samfunnet og en fokus på ressurser. De definerte mental helse som utvikling og evne til å gjøre valg og ha kontroll, integrasjon i samfunnet og verdsette ressurser. Denne sammenhengen er også støttet i andre undersøkelser (Yurkovich et al. (1999), Fitzsimons and Fuller (2002). Nelson, Lord & Ochocha (2001) fant at prosessene som fremmer empowerment er sentrale for bedret psykisk helse. De identifiserte flere faktorer som skapte endringer i forhold til mental helse. Dette omfattet blant annet et miljø av støttende relasjoner, som fremmer muligheter til mer kontroll og selvbestemmelse over hvert enkelt individs liv. Relasjoner kan skape økt empowerment og kan skape erfaringer som gir mening (Jerome & Tonmoy, 1994; Nikelly, 2001; Quirk & Lelliott, 2001, Thomas et al., 2002, Yurkovich et al. 1999).

Hvordan personer opplever sin rolle som pasient, påvirker pasientens syn på seg selv (Borge, 2008). Borge (2005) argumenterer i sin forskning for at det helhetlige behandlingsmiljø, danner en atmosfære som fremmer egenverdi hos pasientene. Denne helheten omhandlet ytre faktorer som kunst, pene bygninger og flotte omgivelser, samt personalet med sine holdninger og tilstedeværelse. Tiden og arbeidsoppgavene (for eksempel i gruppeterapien) i terapiprogrammet, (i den strukturerte tiden)- var meningsfull for pasienten, fordi krav ble stilt ut i fra pasientens ståsted. Ved at pasientene ble utfordret, mentalt eller ved konkrete gjøremål, opplevde pasientene at de ”produserte” noe betydningsfullt i sin tilfriskningsprosess. Det gjorde at de opplevde seg som ansvarlige voksne med handlekraft i sin situasjon og likeverdige med personalet, fordi personalet var med på samme arena. Undersøkelsen viste at pasientene under slike forhold deltok aktivt og tok ansvar for sin egen behandling (Borge, 2005).

I Borges undersøkelse (2005) kom det videre frem at pasientenes grad av opplevelse av egenverdi reduseres når de opplever seg selv som passive og avhengige. Denne endringen oppsto i overgangen fra planlagt behandlingsopplegg til mer frigitt tid. Det kom frem at pasientene beskrev seg selv som mer grublende og problemfokuserende, i stedet for å aktivt ta ansvar for sine egne situasjoner. En pasient beskrev overgangen slik: ”- ...overgangen fra at du produserte noe godt, og plutselig så kommer kvelden, og da skal du sitte på rommet og være pasient” (Borge, 2005, s. 11). Binnema (2004) hevder at dersom pasientene opplever tiden som meningsløs og kjedelig, forsterkes en passiv pasientrolle, og pasientene kan få en opplevelse av å stagnere. Dette virker negativt inn på prosessene som fremmer empowerment.

Borge (2005) viser at når miljøpersonalet får en ”vakt-rolle”, fordi de deltok mindre i pasientenes arenaer, opplevde noen pasienter seg ”passet på”. Dette ble en bekreftelse på at de var så ”syke” at de ikke kunne ta ansvar for seg selv. Borge (2005) skriver: ”Noen erfarte at de fraskrev seg ansvaret ved å bli mer passive, opplevde seg passet på og ble mer uttrygge” (s. 11). Øye (2009) hevder at pasienter som av personalet blir sett på som ”skadede barn”, blir ”oppdratt” av personalet til å ikke evne å ta vare på seg selv. Pasientene kan da reagere med å regrediere og oppføre seg som barn (Øye, 2009).

Verdisynet i forhold til empowerment-ideologien kan knyttes til et menneskesyn hvor det å mestre sitt liv er sentralt (Almvik, 2000). Selv om målet er at en vil oppnå å klare seg selv, menes det ikke at den enkelte skal overlates til seg selv. Den profesjonelle har et medansvar

(NOU 1998: 18). Synet på pasient i et empowermentperspektiv, er preget av en myndig og selvbestemmende brukerrolle. Hjelperne skal i stor grad være opptatt av å få tak i den enkeltes ønsker og behov og være villig til å dele makt og avgjørelser med pasient og pårørende (Almvik 2000). Personalet må stimulere pasientenes evner til å finne løsninger på sine problemer, ikke løse dem (Sørensen, 2002). Topor (2006) viser i sin forskning at når personalet diskuterer og samhandler med pasienten, legges noe av ansvaret tilbake på pasienten. Personalet viser her tro på at pasientens vurderingsevne i forhold til egen situasjon. Pasientens evne til fornuftige vurderinger blir anerkjent av personalet.

Sørensen (2002) hevder i sin forskning at å ha helseproblemer over lengre tid, kan svekke pasientenes følelse av empowerment. Pasientene kan utvikle en passiv, ansvarsfraskrivende pasientrolle. Mange pasienter får liten tro på kunnskap om egen funksjon og situasjon, og lytter til ulike behandleres vurderinger og forslag til tiltak. Tilværelsen blir fremmedgjort, preget av redusert kontroll og ansvar (Sørensen, 2002). Cohen (1998) hevder at innlært passivitet påvirker samarbeidet med terapeuter og miljøpersonell. I følge Cohen (1998) kan pasienten fort ønske en "mentor" i møtet med terapeut eller miljøpersonell, som vet hva som er best for seg, fordi de tviler på egen vurderingsevne og er blitt avhengig av ekspertisen behandlerne innehar.

Linhorst (2002) viser i sin forskning at for å øke pasientenes empowerment, bør de trene på å ta valg basert på kunnskap og informasjon. Dette er avgjørende for hvordan deres eget potensiale for empowerment kan øke. Prosessen skal dokumenteres i en individuell plan som inneholder tiltak og målsetning for sykehusoppholdet (Psykisk helsevernlov, 1999). Øye (2009) viser at pasienten bør være involvert, for at pasienten skal få eierforhold til planen. Dersom pasienten ikke blir involvert, blir miljøpersonalet fort bærer av ansvaret for bedring. En pasient i Borges (2005) undersøkelse uttaler: "Det er ikke alltid motivasjonen er der, den svinger, men fordi jeg opplever at jeg bestemmer selv, så klarer jeg å ta tak i meg selv" (s. 12).

Når helsedepartementet går inn for å styrke empowermentideologien i helsefremmende arbeid, har det ført til at empowermentideologien også er aktuell i forhold til miljøarbeid (Almvik, 2000). Hvordan miljøarbeiderne forholder seg til dette, vil påvirke hvordan de møter de inneliggende pasientene i deres ustrukturerte tid, og en bevissthet rundt begrepet blir viktig, ut i fra helsedepartementets anbefalinger (Almvik, 2000).

1.3.3 Salutogenese

Sosiologen Antonovsky (1987, 1996) lanserte begrepet salutogenese (betyr "helsens (salus) opphav (genesis)", og som fokuserer på hva som bidrar til helse. Begrepet var en motreaksjon på et ensidig fokus på patogenese innenfor helsetenkningen. En er her opptatt av hvilken grad en opplever helse og en søker å styrke indre og ytre faktorer som kan skape en høyere grad av helse. Med denne tankegangen er en i større grad fokuset på mestringsperspektivet kontra sykdomsperspektivet. Antonovsky skapte begrepet opplevelse av sammenheng (på engelsk "sense of coherence", eller forkortet SOC) når han forsket på mennesker som på tross av store påkjenninger og stress, opplevde god helse. Det som kjennetegnet disse menneskene, var at de opplevde en høy grad av sammenheng i livet. I Almvik (2006, s. 90) blir det presentert at Antonovsky definerte begrepet "opplevelse av sammenheng" slik:

"...en global holdning som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående stabil, men dynamisk følelse av tillitt til at 1) stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser i livet, er strukturerte, forutsigbare, 2) ressurser er tilgjengelig slik at en kan møte kravene disse stimuli setter, og 3) kravene er utfordrende, verdt investering og engasjement".

Antonovsky mente at opplevelse av sammenheng kunne deles i tre hovedelementer: å forstå situasjonen (forståelighet), å ha tro på at en har de ressursene en trenger for å møte situasjonen og finne løsninger (håndterbarhet) og å oppleve utfordringen som motiverende (gir mening). Antonovsky definerer mening som det viktigste elementet av disse tre, hvor han sier noe om hvor viktig det er at mennesker ikke skal tape mening og ressurser over tid (Antonovsky 1987). I tillegg til den indre opplevelsen av sammenheng hevder Antonovsky at også ytre og mer generelle motstandsressurser (GMR) vil ha betydning for håndtering av påkjenninger og stress. Slike ytre motstandsressurser kan være kunnskap, intelligens, mestringsstrategier, kontinuitet, oversikt, kontroll, materielle verdier, religion, verdier, kultur, sosial støtte, og fysisk fungering. Her fokuserer en på hvordan dette samlet virker inn på belastningene en blir utsatt for. I hvilken grad personen opplever å ha motstandsressurser tilgjengelig, vil påvirke opplevelse av sammenheng i situasjonen. Dette vil påvirke personens opplevelse av grad av helse. Ressursene er kun potensielt tilgjengelige, og det er opp til personen og omgivelsene å ta de i bruk. Graden av dette avgjør hvordan en mestrer stress. Den enkeltes indre og ytre ressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet. SOC og GMR er ikke statisk, men endres gjennom livet (Almvik, 2006).

I salutogen terapi er målet å ta i bruk skjulte ressurser og se og bruke det potensialet hver enkelt person innehar (Almvik, 2006). Et delmål er at hjelperen bedre kan evne å se muligheter hos den som er hjelpesøkende. Utfordringer blir sett på som potensielt helsefremmende, i den grad deltakeren opplever de som overkommelige og tilpasset (Almvik, 2006). Salutogenese definerer helse som et kontinuum (grad av helse) og søker etter faktorer som skaper en høyere grad av helse. Dette er det motsatte av å definere et menneske som sykt eller friskt. Ut i fra det salutogene perspektiv kan mennesket bedre sin helse også under objektiv sykdom, dersom man ser en mening i sin situasjon, forstår den og kan håndtere den. Begrepet fokuserer mer på personenes historie, og hvordan en har mestret det en har opplevd, fremfor diagnosen en har. En legger vekt på å ta i bruk potensielle og /eller eksisterende motstandsressurser, og legger derfor ikke bare vekt på å redusere risikofaktorene. Aktiv adaptasjon, det vil si aktiv deltagelse og at deltakeren selv har kontroll over egen utvikling, er sentralt i behandlingen. Behandlingen er tilpasset personens evne til å jobbe med seg selv og hennes/ hans relasjoner (Almvik, 2006).

1.3.4 Psykisk helse

I WHO's første definisjon av helse sies det at "Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svaklighet". Helsebegrepet dekker både fysiske, psykiske og sosiale faktorer som virker inn på hverandre. I dag forstås helse mer som en prosess, hvor man hele tiden er i bevegelse mot å oppleve eller fortsatt oppleve at en har en god helse. WHO's første definisjon manglet det åndelig komponent. Denne dimensjonen er sentral i helseforståelsen, fordi helsen også antas å påvirkes av om livet gir mening. (Hummelvold, 1992).

Helse og psykisk helse er en subjektiv opplevelse som kan endre seg ut i fra situasjoner og livsforhold (Hummelvold, 1992). Jahoda (1958) fremstiller noen sentrale kjennetegn på psykisk helse som kan konkretisere noe den subjektive opplevelsen av helse/psykisk helse som skifter ut i fra situasjon og livsforhold. Hun sier det handler om å ha en positiv selvoppfatning. Hun trekker frem å ha evne til å være aktiv og utnytte egne ressurser og oppleve seg som en integrert person. Selvstendige beslutninger og kunne handle uten å isolere seg fra andre, blir trukket frem som elementer i dette. Realitetssans og evne til empati, samt evne til å skape ekte relasjoner til andre, er elementer som påvirker i hvilken grad et menneske opplever psykisk helse. Disse kjennetegnene er ikke absolutte, men noe å strekke seg etter.

1.3.5 Psykisk helseproblem og klinisk helsearbeid

Velvære, som er et uttrykk for god helse, er en balanse og en integrert opplevelse av sin psykofysiske, sosiale og åndelig- kulturelle funksjonsevnen (Hummelvoll, 1992). I perioder i livet kan man oppleve at en blir utsatt for store utfordringer og en opplever at påkjenningene blir så store at en kommer i psykisk ubalanse. Denne ubalansen, forstått som psykisk helseproblemer, kan påvirke ens personlige integriteten. Miljøpersonalets oppgave som kliniske helsearbeidere er å støtte og hjelpe pasienten til å oppleve seg hel og dermed fremme at han kan ta i bruk sine problemløsnings- og mestringsstrategier (Hummelvoll, 1992).

1.3.6 Bedringsprosesser

Bedringsprosesser blir her sett på som det å ta tilbake større kontrollen over eget liv for "å kunne komme seg" til tross for sykdom eller lidelse. I forskning knyttes dette til salutogenese og empowerment (Borg 2009, Barker & Barker 2009). Borg (2009) forstår bedringsprosesser som noe den enkelte gjør for å hjelpe seg selv. Hun mener det kan handle om å håndtere ulike problemer og skape seg et meningsfylt liv, med eller uten støtte fra profesjonell hjelp og støtte. I følge Andvik et al (ref) (2011), er det gjort en rekke studier som peker på faktorer som stimulerer til gode bedringsprosesser hos mennesker med psykiske lidelser (Borg 2009, Borg & Davidson 2008, Davidson 2003, Davidsson et al 2005, Deegan 2000, Topor, 2004). Andvik et al (ref) (2011) sier at en sammenfatning av forskningen viser at det sentrale er mobilisering av personens egen styrke og deltagelse i og støtte fra sosiale nettverk (Topor 2004). Dette er sentralt, med tanke på at fagpersonene er en del av det sosiale miljøet. Miljøpersonalet er en faktor som spiller inn, fordi de er en del av de inneliggende pasientenes ustrukturerte tid. Hva de gjør og beskriver blir en del av påvirkningen i de inneliggende pasientenes bedringsprosess.

1.3.7 Miljøterapi

I Skorpen og Øye sin doktorgradsavhandling (2008) beskriver de miljøterapi som et vidt og uoversiktlig begrep som omfatter et mangfold av teoretiske modeller, forståelsesformer og praksiser. Til tross for dette, blir miljøterapi ofte omtalt som en planlagt tilrettelegging av dagliglivet i en psykiatrisk institusjon som handler om avdelingens kontekst, det vil si det fysiske, sosiale og kulturelle miljø. Gunderson (1978) har fått stor betydning for forståelsen av miljøterapi i Norge. Gunderson (1978, s.332) definerer miljøterapi slik:

“A Milieu is simply any environment in which a patient or anyone else lives. Milieu treatment differs in being a specialized environment which is designed to fulfil the general purposes of preventing “bad” things happening and following “good” things to occur. Treatment refers to the fact that it involves doing things to patients unilaterally. (...) Milieu therapy refers to those forms of milieu treatment in which the milieu itself is recognized as an active therapeutic agency to promote and facilitate “positive” changes in specific directions”

I følge Skorpen og Øye (2008) etterlyste Gunderson en klarere rolle og ansvarsfordeling mellom personalet og pasientene, samtidig som han understreket at relasjonsarbeid mellom personalet og pasient har stor betydning. Gunderson (1978) presenterer fem begreper som omhandler dette relasjonsarbeidet: Beskyttelse (containing) som forstås som å trygge, skjerme eller ta hånd om. Støtte (support) er en søken etter å gi pasienten velvære og sikkerhet som kan være med på å gi pasienten økt selvfølelse og mindre angst og forvillelse. Struktur (structure) er bevisste planlagte handlinger over tid, som vil sikre forutsigbarhet. Engasjement (involvement) kan forstås som deltagelse i fellesskap og aktiviteter, som kan være med på at pasienten kan oppleve seg selv som kompetent, respektert og i stand til å påvirke sine menneskelige relasjoner. Gyldighet (validation) kan bli sett på som bevisste handlinger som kan bekrefte pasientens individualitet. Det kan innebefatte et rom for å tolerere og akseptere avvik, tap og ensomhet. I følge Skorpen og Øye (2008) gjenspeiler de ulike miljøterapibegrepene fysiske, sosiale og kulturelle forhold som helhetlig skal påvirke pasienten i ønsket retning mot læring og helse (Scwartz, 1957, Cumming & Cumming, 1962, Gunderson, 1978).

En miljøterapeut med en salutogen terapeutisk tilnærming bør ha en balanse mellom å lytte empatisk til det pasienten har å si om problemene, til styrke og ressurser (Hubbel, Duncan, Miller, 1999) Miljøterapeuten er innsiktsorientert og har en holdning og tro på personens iboende vekstpotensiale, som kan gi personen tro og innsikt på egen mestringssevne (Almvik, 2006).

1.4 Hensikt, mål og forskningsspørsmål

Det synes som om det fortsatt er behov for forskningsmessig kunnskap om helsefremmende miljøterapi. På bakgrunn av det som er presentert i innledningen, er hensikten med denne studien å undersøke miljøpersonalets praksis i møte med pasienter i ustrukturert tid og deres forståelse av ansvarliggjøring av pasientene i slike møter. Studiens mål er å utvikle kunnskap om disse fenomenene, slik at tidligere uartikulert kunnskap blir artikulert og dokumentert.

Følgende forskningsspørsmål er formulert og vil bli besvart:

- 1) Hvordan beskriver miljøpersonalet sin praksis i møter med pasienter i ustrukturert tid?
- 2) Hvordan forstår miljøpersonalet ansvarliggjøring i møter med pasienter i ustrukturert tid?

KAPITTEL 2 METODE

Dette kapitlet redegjør for forskningsdesign, metodologi og hvilke metodiske valg som er gjort, hvilke utvalg som er gjort, hvordan dataen er samlet inn og analysert og hvilke forskningsetiske retningslinjer prosjektet har fulgt.

2.1 Design

Forskningsdesign benyttet i denne studien er et eksplorerende og deskriptivt design. Eksplorerende design blir brukt når problemstillingen er relativt lite undersøkt (Malterud, 2003). I denne studien rettes det fokus mot fenomenene miljøpersonalets praksis og ansvarliggjøring av pasienter i ustrukturert tid. Deskriptivt design, også kalt beskrivende design, er brukt fordi i dette studiet ønskes det å få frem flere beskrivelser og sammenhenger rundt fenomenet (Malterud, 2003).

2.2 Metodologi og valg av metode

Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for denne studien er en fenomenologisk tilnærming, inspirert av Husserl (1989). Denne tilnærmingen er beskrivende (Heidegger, 1962, Husserl, 1965). Hovedmålet er å undersøke og beskrive et fenomen slik det er erfart. Fenomenologi står i motsetning til en ensidig vektlegging av vitenskaplig og intellektuell refleksjon på bekostning av livserfaring, common sense og praktisk erfaring (Thornquist, 2008). Fenomenologisk inspirert forskning handler om å fange opp og studere deltakernes livsverden, slik de fremtrer gjennom deres bevissthet og refleksjon. ”Med livsverden menes vår indre og ytre virkelighet og den vi forstår våre opplevelser på grunnlag av” (Skoglund, 2011, s 30). Husserl tar utgangspunkt i bevisstheten, og at den er rettet mot noe utenfor oss selv. Han kalte dette intensjonalitet. Han mener at ting og mennesker eksisterer som en del av vår felles livsverden. Livsverden er den konkrete, dagligdagse verden en tar for gitt og som vi i hovedsak forholder oss ureflekterte til (Thornquist, 2008).

Å ha et fenomenologisk grunnlag innebærer i denne studien å beskrive miljøpersonalets praksis i ustrukturert tid og ansvarliggjøring av pasientene, ut i fra disse deltakernes livsverden. Jeg må forsøke å holde min egen forforståelse i bakgrunnen gjennom både datainnsamlingen og i dataanalysen. Det for å ivareta det fenomenologiske prinsippet om reduksjon, for å beskrive fenomenet (Skoglund, 2011). Konsekvensen er da at jeg ikke skal komme til forskningsprosjektet med fordommer og en forventning av hva funnene vil bli, men la de selv komme til uttrykk (Thornquist, 2008). Den fenomenologiske holdningen er at man ikke skal møte et fenomen med en dømmende og konkluderende holdning på forhånd, men knytte det til erfaringer og utvikling av mening (Skoglund, 2011). Med bakgrunn i studiens hensikt, mål og forskningsspørsmål vurderes bruk av kvalitativ metode som relevant, fordi kvalitative metoder egnet til å undersøke innholdet i menneskelig bevissthet og i levde erfaringer (Kvale og Brinkmann, 2010).

2.3 Forfatterens forforståelse

Med grunnutdanning som sykepleier fikk jeg praksiserfaring innen fysisk rehabilitering, før videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Det ble integrert en rehabiliteringstanke, med fokus på opplevelse av helse. Gjennom kunnskap og erfaring har jeg en forforståelse av mennesket, med utgangspunkt i en humanistisk ideologi. Jeg vektlegger respekten for menneskets verdi, retten til å ta egne valg og til et liv i frihet og trygghet. Empowerment-ideologien er sentral for å fremme ansvarliggjøring og økt mestring av hverdagens utfordringer hos mennesker. Vårt kulturelle ideal er at vi som individer skal klare oss selv, men mennesket er et sosialt vesen og har behov for menneskelig kontakt og støtte. Som sykepleier mener jeg ikke at pasientene skal bli overlatt til seg selv, og at miljøpersonalet skal legge ifra seg sitt medansvar. Jeg tenker at makten ikke alene skal ligge hos miljøpersonalet i relasjonen, fordi det er sentralt at pasienten skal ta del i viktige avgjørelser som omhandler en selv og i hverdagen generelt. Virkemidlene for å nå målet blir bevisstgjøring og samarbeid.

Jeg har nå en lengre praksiserfaring som miljøterapeut på den arenaen studien er gjennomført. Denne arenaen har jeg erfart som forutsigbar og trygg, både kollegialt og fra ledelsens side, noe jeg ser på som viktige ytre forhold i en til tider utfordrende praksis. Jeg har vært med i omorganiseringsprosessen som startet i 2008, en spennende og krevende prosess. Den har påvirket og endret miljøpersonalets strukturelle forhold i sin praksis. Endringer skaper i perioder en ubalanse, hvor roller, arbeidsoppgaver og fokus er i bevegelse, og hvor de indre strukturelle forhold blir satt på prøve. Min erfaring i praksis ble at omorganiseringsprosessen

gav mening for mange, og etter hvert som strukturene og tankegangen falt på plass, fant kveld/ natt- helgetjenesten på ny en balanse. Tjenesten er fortsatt i en prosess. Endringen er blant annet en følge av nasjonal helsepolitikk, hvor det ønskes et helsefremmende fokus med større vekt på empowerment og salutogenese. Ottawa charteret (Helsedirektoratet, 1987) og Antonovsky (1987) med sitt salutogenesebegrep, er opptatt av indre og ytre strukturelle forhold. Vår kontekst, om det handler om institusjonsmiljø, lokalmiljøet eller trygge leve og arbeidsforhold, som pasient eller miljøpersonal, har betydning for vår helse og livskvalitet. Min oppfatning er at om miljøpersonalet skal kunne gi helsefremmende miljøterapi, det vil si kunne fremme et trygt og stimulerende arbeidsmiljø, hvor en kan utvikle personlige ferdigheter og kunnskap/ erfaringer hos pasientene, må det være at miljøpersonalet også opplever det samme. Å se mening i det en gjør og at en opplever forutsigbarhet, støtte og trygghet, har stor betydning for opplevelse av helse uansett hvilken rolle en er i.

2.4 Utvalg

For å sikre så fyldige og representative data som mulig, valgte jeg å rekruttere deltakere ved hjelp av et strategisk utvalg. Det vil si at deltakerne hadde erfart fenomenene som ble studert. Siden kveld/natt- og helgetjenesten skal bistå alle avdelinger i institusjonen, ønsket jeg deltakere som hadde flere års erfaring til de ulike avdelingene, i tillegg til kveld/ natt-helgtjenesten. Det var ønskelig for å få frem deltakernes erfaringer ut i fra ideologiene på de ulike avdelingene. Det var et strategisk valg at deltakerne også hadde erfaring fra tiden før og etter omorganiseringen, hvor fokuset på empowerment har vært i endring. I samarbeid med ledelsen utarbeidet jeg et generelt informasjonsskriv som ble sendt til alle ansatte i avdelingene (Vedlegg 1). Jeg tok deretter kontakt med åtte relevante personer, noe som er innenfor det antallet som blir anbefalt i en fokusgruppe (Morgan, 1997). Alle disse ønsket å bli med i studien. I den oppfølgende informasjonsrunden understreket jeg at de når som helst kunne trekke seg i prosjektet. De fikk da utlevere et skriftlig infoskriv, samt samtykkeerklæring. (Vedlegg 3) Gruppen besto derfor av både hjelpeleiere, med og uten spesialisering, sykepleiere og psykiatriske sykepleiere, med og uten videre spesialiseringer. Alle var kvinner og hadde god erfaring i feltet, minimum 5 år, siden det representerer flertallet som er ansatt i kveld/natt- helgetjenesten. Deltakerne hadde en aldersmessig spredning fra ca 45 til 65 år. Over halvparten av deltakerne hadde i tillegg erfaring med nattarbeid ved institusjonen. Over halvparten var tilknyttet, eller hadde tidligere erfaring med dagarbeid, ved institusjonen

2.5 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble utført ved å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer, vår og høst 2011, hvor dataskapningsmetoden var flerstegsfokusgruppeintervju. Den er velegnet til å innhente data som kan brukes til å utvikle praksis. (Hummelvoll, 2008). Han hevder at fokusgruppe er en kilde til dataskapning, fordi en erfaringsmessig har sett at diskusjon, refleksjon og assosiasjonsrekker mellom mennesker kan bringe frem nyttige erfaringer (Hummelvoll, 2003). Fokusgruppeintervjuet innehar en gruppedynamisk interaksjonsprosess, som vil få frem data som og innsikt som vanskelig ville komme frem uten dynamikken i gruppen (Lerdal, 2008). Denne tilnærmingen er spesielt egnet når en vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2003). Deltakergruppen representerte mye erfaring og var trent på å reflektere i et fellesskap. Det var en relativt trygg, åpen og homogen gruppe som ga data som gikk i dybden og gav ulike variasjoner (Malterud, 2003). I dette utvalget av miljøpersonale var det ingen tydelig hierarki, da rollen de representerte hadde stor betydning i praksis, selv om ansvarsområdene er noe forskjellig fordelt. Om det hadde vært et tydelig hierarki mellom deltakerne kunne det ha hemmet den åpne dialogen de i mellom (Lerdal, 2008).

Det var en prosess å gjøre et valg i forhold til hvilken metode som skulle velges for å samle inn data. Tillgren & Wallin (1999) peker på at fokusgruppeintervju som metode er god, når hensikten er å utforske menneskers erfaringer og perspektiver. Som novise innen forskning, var det spenning knyttet til fokusgruppesamlingene. Spenningen lå ikke i om deltakerne var interessert og deltagende, men hvordan mestre å skape en god og konstruktiv setting og i forhold til hvordan intervjuguidene ville fungere. Siden dette er en fenomenologisk datastyrt studie, inneholdt guidene relativt få spørsmål. De fungerte mer som en veiviser i forhold til tema, men hadde ingen intensjon om å styre hvilken retning diskusjonene skulle ta. Målet var at guiden skulle fremme at deltakernes erfaringer, innenfor de beskrevne forskningsspørsmål, skulle komme frem i størst mulig grad.

Det ble benyttet en delvis strukturert intervjuguide i begge fokusgruppene, som var bygget opp etter tre/ gren prinsippet med tema og noen få undertemaer (Thagaard, 2009) (Vedlegg 4 og 5). De inneholdt få åpne spørsmål og under intervjuet forsøkte jeg til best mulig evne være åpen for tankerekken som ble presentert. Dette for å sikre en fenomenologisk åpen tilnærming til deltakernes beskrivelser. Problemstillingen var fremme for hele gruppen, for å sikre best mulig svar i forhold til den.

Som moderator ble det krevet å lede og holde fokus i forhold til tema, samt oppmuntre til diskusjoner. I starten av intervjuene ble det holdt en introduksjon og redegjørelse hva som var hensikten med fokusgruppeintervjuet. "Kjøreregler" ble presentert, hvor det blant annet ble anbefalt at deltakerne snakket med og til hverandre, fremfor med moderator. Alle skulle få komme til ordet, samtidig som diskusjonen skulle "grave" nedover i temaet. For å oppnå det ble det forsøkt å fange opp sentrale begreper som jeg ba de forklare nærmere, slik at jeg ikke trodde jeg har forstått, uten at de hadde gått i dybden (Lerdal, 2008). Et viktig mål var å skape en trygg og god atmosfære slik at deltakerne kunne komme frem med sine erfaringer. De ble møtt med en bordgruppe dekket med litt å spise og drikke, for å gjøre situasjonen mer avslappet. Deltakerne fikk også tid til å snakke litt sammen, før intervjuet startet. I tiden før fokusgruppeintervjuene kunne deltakerne stille spørsmål rundt det de skulle være med på. Det ble både i forkant og i innledningen av intervjuet understreket at alle beskrivelser og erfaringer, innefor problemstillingen var like viktig. Det var sentralt å unngå at deltakerne fikk en opplevelse av at sine beskrivelser var mindre viktig enn andres, og at de derfor valgte å ikke ta det opp i gruppen. Alle synspunkt og erfaringer verdsettes fordi det her søkes en bredde og variasjon i formidling av beskrivelsene, og møtes med interesse og åpenhet (Thagaard, 2008, Hummelvold, 2007 i Beston 2007). Sosial avstand mellom forsker og deltaker kan være et problem, fordi deltakeren kan bli skeptisk til det forskeren representerer (Thagaard, 2008). Det var også viktig å forsøke å unngå så langt det lot seg gjøre, at deltakerne ble påvirket til å svare ut i fra forskers verdier og synspunkter (Thagaard, 2008). Å understreke at det ikke fantes riktige og gale svar, det ble gitt åpne spørsmål, var minst mulig "synlig" som forsker og understreket et ønske om å få frem de ulike nyansene kan være med på å unngå dette til en viss grad. En positiv side ved å forske på egen arbeidsplass, var at deltakerne i denne sammenhengen kjente hverandre og hadde gode kollegiale allianser. Det i seg selv var med på å skape en trygg atmosfære, selv om de skulle være med på noe nytt. I forhold til at rollen som forsker også var preget av å være kollega, var med på å unngå sosial avstand i denne settingen.

Det ble valgt å benytte metoden flerstegs- fokusintervju, hvor samme gruppen var samlet til diskusjon om samme fenomen to ganger i løpet av fire måneder (Hummelvoll, 2003). Å ha to samlinger med samme gruppe, fremmet en mulighet til å gå dypere inn i deltakernes erfaringer. Det gav også studien et tidsspenn, slik at deltakerne fikk muligheter til å reflektere og bevisstgjøre seg temaet, mellom samling en og to. En bevisstgjøring kan være en faktor

som gjøre en endring i praksis. Kunnskapen som kom frem ut i fra konkrete situasjoner som ble beskrevet, kunne dermed få økt bruksverdi (Hummelvoll, i Beston 2007) Fordelen ved å gjennomføre flerstegs- fokusgruppeintervju var at forsker og deltakere fikk mer erfaring og dermed kunne bli tryggere i konteksten. Flerstegs- fokusgrupper er ofte preget av en større ro, fordi en har ikke presset om at alt må trekkes frem på et intervju (Hummelvoll, i Beston 2007). Dette ble erfart, fordi det gav en mulighet for å få en god oversikt over dataen som kom inn i første intervju, og at ut i fra hva som hadde kommet frem kunne søke flere erfaringer og beskrivelser innen disse temaene på neste fokusgruppeintervju. Ut i fra innsamlet data ble det laget en ny intervjuguide, som søkte flere og dypere beskrivelser innen de gitte temaer fra første fokusgruppeintervju. Deltakerne fikk utdelt et referat over beskrivelser og temaer som var trukket ved første intervju. Det ble utdelt en uke før neste intervju, slik at de fikk mulighet til å lese igjennom det og reflektere rundt tema på nytt. Av samme grunn ble deltakerne utfordret til å reflektere rundt et case, hvor de som ønsket det kunne presentere under andre fokusgruppeintervju. Refleksjoner rundt temaet kunne skape en økt bevisstgjøring, noe som kunne føre til at fenomenet ble belyst ut fra nye perspektiver, hvor flere nyanser utdypes for eksempel gjennom erfaringer fra praksis og at det oppstår nye erfaringer gjort i perioden mellom intervjuene (Hummelvoll, i Beston 2007).

Under selve intervjuene var det med en assisterende moderator som observerte og fanget opp det som skjedde som en utenforstående. Oppgaven var å notere ned hovedmomenter og forhold som kanskje ikke kom frem på den digitale lydopptakeren (Lerdal, 2008). Etter avsluttet intervjusetting oppsummerte moderator og assistenten sammen de viktigste innholdsmessige og samhandlingsmessige hovedpunktene mens lydopptakeren sto på, slik at dette også blir fanget opp i datamaterialet (Malterud, 2008).

2.6 Transkribering

Det ble benyttet digital lydopptaker hvor data ble lagret på en datafil. Dette ble overført på forskers arbeids- pc. Dette var en god måte å få en effektiv og motiverende transkribering. Det var enkelt å starte og stoppe lydfilen og enkelt å gå tilbake, dersom det var sitater som ikke ble oppfattet med det samme. Det tekniske utstyret fungerte 100%. Den digitale lydopptakeren gav et godt lydbilde som fanget opp alle stemmene, selv med ni personer rundt et stort bord. Ved starten av transkriberingen, ble dataen skrevet ut etter dialekt. I prosessen ble det stilt tvil rundt konfidensialitet. Av denne grunn ble data transkribert på bokmål.

Dataen ble ordrett skrevet ut, markerte fyllord og pauser ble markert. Det ble også skrevet ned de steder der mange eller hele gruppen bekreftet det som ble sagt.

2.7 Analyse

Med utgangspunkt i studiens design og forskningsspørsmål ble det benyttet systematisk tekstkondensering som metode for dataanalysen (Malterud, 2003). Malterud er her inspirert av Giorgi og hevder at denne analysemetoden er godt egnet for deskriptiv og fenomenologisk tverrgående analyse av data gitt fra ulike informanter som beskriver et felles fenomen. Systematiske tekstkondensering brukes til å utvikle nye beskrivelser og/eller begreper (Malterud, 2003). I følge Malterud anbefaler Giorgi at den fenomenologiske analyseprosessen deles opp i fire trinn (Malterud 2003, s. 100); Første trinn: å få et helhetsinntrykk. Andre trinn: å identifisere og kondensere meningsbærende enheter. Tredje trinn: å abstrahere innholdet i de enkelte i de enkelte meningsbærende enhetene. Fjerde trinn: å sammenfatte betydningen av dette. Siden jeg er en novise som forsker, har jeg forsøkt å følge disse trinnene i analyseprosessen i stor grad.

I første trinn skal man forsøke å beskrive et helhetsbilde av alle erfaringene som er fortalt av deltakerne. Det handler da om å få tak i "blikkfanget" og temaene i teksten. I samsvar med det fenomenologiske perspektivet skal en aktivt forsøke legge forforståelse og teoretisk referanseramme til side. En må her være åpen for de inntrykk som teksten formidler. I andre trinn skal en skille ut det materiale som er relevant for studien. Dette kalles meningsbærende enheter, som så systematiseres og kondenseres ut i fra temaene som ble funnet i trinn en. Dette kalles koding. Kodene klassifiseres igjen ut i fra hvilke fenomener de beskriver innen de ulike temaene:

"Koding innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut av sin opprinnelige sammenheng som senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer" (Malterud, 2003, s. 104).

I tredje trinn av analysen skal kunnskapen som hver kode representerer, abstraheres i kodegrupper. Her skal man gå igjennom hver enkelt kode, sortere dem og skape en mer abstrakt mening for hver enkelt. Denne meningen skal representere innholdet i kodegruppen.

I trinn fire skal en skape nye beskrivelser av fenomenet som studeres. Innholdet må da vurderes opp mot den opprinnelige teksten for å undersøke at det er samsvar mellom de nye beskrivelsene og teksten som helhet. Malterud anbefaler at uerfarne forskere følger trinnene i

større grad enn de med mer erfaring, da hun mener det er vanskelig å holde riktig fokus, dersom man ikke har tidligere erfaring med systematisk tekstkondensering. Uansett er det viktig, i følge Malterud (2003), at man viser leseren hvordan men har gått frem gjennom prosessen.

Det ble gjennomført en delvis analyse av data som ble samlet inn i første intervju, før andre intervju ble gjennomført. Dette ble utgangspunkt for intervjuguide brukt i andre fokusgruppeintervju.

2.8 Forskningsetikk

De nasjonale forskningsetiske komiteer har retningslinjer for forskningsetikk. Slik jeg ser det følger denne oppgaven disse retningslinjene (Forskningsetiske retningslinjer, 2006). Denne studiens mål og metode bryter ikke med allment akseptert verdisyn, det involveres ingen forsøkspersoner, persondata er gjort konfidensielle og studien har ikke ført til noen skade på noe levende. Jeg tok utgangspunkt i helseforskningsloven, da den har som formål å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning. (Lov 2008-06-20 nr44:lov om medisinsk og helsefaglig forskning) Sentralt i studien er også personopplysningsloven som har som formål å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. (Lov 2000-04-14-31 Lov om behandling av personopplysninger) Helsinki- deklarasjonen, revidert av verdens legeforening i 2008, regulerer etiske prinsipper for medisinsk forskning som involverer mennesker (Ruyter, 2007). Ut fra min forståelse av denne, kan jeg ikke se at denne studien ikke følger den gjeldende paragrafer (Forskningsetiske retningslinjer, 2006). Før innsamling av data ble gjort, ble informasjon om studien sendt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). (Vedlegg 6)

2.8.1 Informert samtykke

Det informerte samtykket er i dag et krav og en standard i all medisinsk forskning (Ruyter, 2007). Deltakerne hadde samtykkekompetanse, som myndige personer i følge helseforskningsloven kapittel 4. De ble ikke vurdert som en sårbar gruppe, siden de ble valgt ut i den egenskap av deres profesjon og erfaring som helsearbeider. Forholdene ble lagt best mulig til rette for å sikre et informert samtykke. Det ble gjort ved at det ble gitt både skriftlig og muntlig informasjon om formål og prosedyrer i prosjektet (Kvale & Brinkmann, 2010). Deltakerne gav informerte samtykket på at de ville delta i prosjektet både skriftlig og muntlig. Deltagelse i et prosjekt skal være frivillig uten at det oppleves at det er en forventning om å

stille seg positiv til å bidra. Siden miljøet var så lite, kunne dette oppstå. Det ønskelige, i forhold til å fremme frivillig deltagelse, var at deltakerne meldte seg anonymt, etter å ha fått generell informasjon. Utfordringen da kunne bli at for mange meldte seg. Siden avdelingen består av ca 20 ansatte, ville det blitt problematisk i forhold til anonymitet, med tanke på at det skulle gjennomføres fokusgruppe. For å unngå å måtte "velge bort" noen, og være i fare for å gi de en opplevelse av at de ikke "er ønskelige", ble det gjort et strategisk utvalg. Dette ble gjort ut i fra en grunnleggende tillitt til at de ville klare å takke nei dersom de ikke ønsket eller kunne delta. Deltakerne fikk informasjon om at de hadde rett på å trekke seg når som helst de måtte ønske det, uten at det ville føre til noe konsekvenser for den det gjaldt (Kvale & Brinkmann, 2010).

2.8.2 Konfidensialitet

I personopplysningsloven kapittel 13 er det bestemt at for å sikre konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet for behandling av dataene jeg innhenter, må jeg være bevisst gjennom planlagte og systematiske tiltak. Måten jeg sørget for det på var å oppbevare data utilgjengelig for utenforstående, pc var låst med kode og passord og filer og lydbånd blir slettet ved prosjektets avslutning (Personopplysningsloven, 2000).

2.8.3 Anonymitet

Jeg sørget for at dataene jeg samlet inn ble anonymisert ved at opplysninger som kunne identifisere personene som har deltatt i prosjektet ble fjernet eller aidentifisert. Jeg måtte være bevisst på ord og uttrykk eller dialekt som kan tilkjenne personer, siden avdelingen er liten og gjennomsiktig. De fleste kjenner hverandre relativt godt og dermed er det lettere å fange opp dette. Av denne grunn ble intervjuene transkribert ut på bokmål. Datamaterialet var ikke er anonymt før også rådata og de datasett som ble brukt i prosjektet var anonymisert. Det holder ikke at kun masteroppgaven er anonymisert (Personvernombudet, 2010).

2.8.4 Mulige fysiske/psykiske belastninger

Et generelt etisk prinsipp som jeg måtte ta hensyn til var at deltakerne ikke skulle ta skade av å være med på prosjektet (Thagaard, 2009). Siden dette prosjektet er gjennomført på egen arbeidsplass, oppstår det parallelle roller som en må være bevisst på hvordan påvirker hverandre. Målet var at studien gav en gjensidig berikelse, hvor en etter gjennomføring stod igjen med ny og utvidet kunnskap og økt innsikt innen tema. (Hansen og Karlsson, 2009). Det var med en observatør under fokusgruppeintervjuene som hadde som hovedoppgave å

observere gruppeprosessen. Observatørens beskrivelse av hvordan vedkommende oppfattet gruppeprosessen ble lagt frem etter intervjuene var avsluttet. Disse utsagnene ble fanget opp på lydfil, på lik linje som annen data. Dersom observatøren beskrev at det hadde oppstått eventuelle diskusjoner eller følsomme temaer under intervjuet og deltakerne selv skulle oppleve det slik, skulle dette prioriteres høyt. Det ble informert om at de kunne ta kontakt med en navngitt ekstern fagperson, for at deltakerne skulle bli ivarettatt. Om det oppstod dilemmaer som kunne gi negative konsekvenser personlig, kollegialt/arbeidsmiljømessig eller i det faglige miljøet, ble dette prioritert så høyt at studien kunne settes til side. Den eksterne fagpersonen fikk myndighet til eventuelt å gjøre en slik vurdering, dersom noe slikt skulle ha oppstått.

Siden miljøet er lite og undersøkelsen foregår ved egen avdeling, kan det oppstå en forventning om å være positiv til bidrag i studien. Å gi avslag på å delta kan bli ubehagelig. Dette dilemmaet skal trekkes frem under rekrutteringen. Da understrekes det at det ikke stilles krav om deltagelse. De gjør selv en vurdering av deltagelse og hva de ønsker å formidle i prosjektet (Hansen, 2009), og at de kan trekke seg når som helst underveis i prosjektet uten noen form for forklaring.

Det kreves å være sitt ansvar bevisst, i forhold til at det i studien eksisterer parallelle roller, som kollega og prosjektmedarbeider med interesse for å innhente best mulig data for å få gode funn og skape kunnskap. En deltakelse i studien skulle ikke føre til at noen kom i en uheldig posisjon i ettertid. Jeg måtte på best mulig måte sikre at de som deltok ikke opplevde at tillitt ble brutt eller at de opplevde at sin forståelse av tema ble fremmedgjort. For å fremme dette fikk alle deltakerne utlevert sammendrag av dataene og mulighet til å kommentere dette. De som ønsket det kunne også få lese analysen av funnene. De som gjorde det, bekreftet teksten. Det skulle etter beste evne sikre forskningsetisk ansvarlighet, gjennom å redegjøre for hva som var studiens faglige perspektiver, hva som var forskers fortolkninger og hvordan deltagerne forstår sin situasjon, gjennom prosjektet (Thagaard, 2009).

KAPITTEL 3 RESULTAT

Ved gjentatte gjennomlesninger av de transkriberte tekstene fra flerstegs- fokusgruppene var det tre forhold som skilte seg ut. Det ene omhandlet at deltakerne beskrev at de i sin praksis ønsket å møte den enkelte pasient der vedkommende var, i et ”her- og nå”- fokus. De fortalte

at dette var en særlig utfordring fordi de møtte mange mennesker fra ulike avdelinger, med ulik struktur og ideologi. De møtte også pasienter med mange ulike behov. Deltakerne benyttet derfor sin faglige kunnskap og erfaring for å finne gode strategier for å møte den enkelte pasient best mulig i dette "her- og nå"- perspektivet. Deltakerne la stor vekt på det gode møtet, og hvordan de skulle oppnå det. De gav beskrivelser på hvordan de forberedte seg benyttet seg selv både fysisk og mentalt, for å være tilstede og tilgjengelig "her- og nå".

Det andre forholdet som kom frem var at deltakerne beskrev at de i sin praksis ønsket å fremme at pasienten skulle kunne evne å forholde seg til, og ta tak i, det som var sitt, for eksempel at ulike følelser eller tanker som var en utfordring å forholde seg til, "her- og nå". Deltakerne beskrev at for å få til dette, var det en forutsetning at de hadde interesse for og søkte en innsikt i pasientens opplevelser. Deltakerne beskrev erfaringer i forhold til å fange opp beskrivelser i "her og nå" - situasjoner, som i utgangspunktet kunne oppleves som kaotiske, men som gjennom møtet mellom to parter, kunne skape økt innsikt og handling.

Det tredje område som skilte seg ut var ønsket om at deltakerne beskrev at de i sin praksis søkte å bidra til bevisstgjøring og utvikling hos pasienten. Det omhandlet hvordan deltakerne forholdt seg til hvor ansvarsforholdet skulle ligge i forhold til dette. Det kom frem at det var uklare grenser for hvor balansegangen skulle ligge i forhold til ansvarsforholdene, men det kom frem beskrivelser om at pasientenes individuelle situasjon var et viktig utgangspunkt for grad av støtte og utfordringer.

Deltakerne knyttet ansvarliggjøring til å legge forholdene til rette for at pasientene skulle kunne se muligheter. De mente de kunne støtte en bevisstgjøringsprosess hos pasienten, i oppståtte "her og nå"- situasjonene. Deltakerne mente innsikt og forståelse kan påvirke i hvilken grad pasienten erfarte mening i situasjonen og i neste omgang i hvilken grad pasienten kunne ta ansvar i forhold til handling.

Analysen fortsatte med at teksten på nytt ble gjennomlest, med disse tre hovedområdene som "briller". Ut i fra det fant jeg 11 tekstavsnitt som ble kondensert i koder og deretter abstrahert i tre kodegrupper etter deres ulike innhold. Ved en nærmere vurdering og analyse av kodegruppene, kunne de rekontekstualiseres i to ulike temaer (Tabell 1).

Trinn 1: Helhetsinntrykk	Trinn 2: Koder	Trinn 3: Kodegrupper	Trinn 4: Rekontekstualisering
Møter mellom pasienten og miljøpersonalet, i et "her- og nå"- fokus om det som var sitt, og bevisstgjøring og utvikling hos pasienten.	<p>Å gjøre seg fysisk tilgjengelig</p> <p>Å gjøre seg mentalt tilgjengelig</p> <p>Holdninger, som et verktøy</p> <p>Kroppen, som et verktøy</p> <p>Inntuning</p> <p>En indre strategi i møtet</p> <p>Balansegang i ansvarsfordeling</p> <p>Pasientens prosjekt</p> <p>Forhandling i forhold til ansvar</p> <p>Ansvarliggjøring på pasientenes kanal</p> <p>Fremme muligheter og gode erfaringer</p>	<p>Å gjøre seg tilgjengelig</p> <p>Å finne pasientens kanal</p> <p>Å forholde seg til pasientens prosjekt</p>	<p>Personalets praksis: Et tilgjengelig verktøy</p> <p>Personalets forståelse av ansvarliggjøring: En døråpner til flere muligheter.</p>

Tabell 1: Fremstilling av analyseprosessen fra helhetsinntrykk til rekontekstualisering.

De 11 kodene kunne etter deres innhold organiseres i tre kodegrupper som ble beskrevet som: å gjøre seg tilgjengelig, å finne pasientens kanal og å forholde seg til pasientens prosjekt.

Kodegruppe 1 : Å gjøre seg tilgjengelig

Denne kodegruppen inneholder fire koder som omhandler beskrivelser deltagerne gav i forhold til hvordan de gjorde seg selv tilgjengelig for pasientene. Dette handlet blant annet om hvordan de fysisk gjorde seg tilgjengelig i miljøet og hvordan de mentalt var forbredt og bevisst sin tilstedeværelse både kroppslig og i forhold til egne holdninger.

Med at deltakerne gjorde seg tilgjengelig, menes hva de gjorde for å legge forholdene til rette for at pasientene kunne ta kontakt med dem, når pasientene hadde behov for det. Deltakerne beskrev at det kunne være med på å redusere en eventuell terskel for at pasientene selv kunne ta kontakt. De fortalte at de blant annet oppholdt seg i fellesarealene og i avdelingene så mye det var mulig. En deltaker mente det hadde en innvirkning at de viste seg tilgjengelig og interessert i pasientene:

”Jeg tror det er lettere for pasientene å ta kontakt hvis vi viser oss mer tilgjengelig, at vi går inn og hilser på, for vi virker jo mer interessert i pasientene som er her når det er vi som går inn og sier: ”Hei, det er jeg som er på jobb i kveld.”

Deltakerne beskrev at de hadde tro på at møter mellom personalet og pasient på fellesarena, utenfor vaktrom og pasientrom, fremmet at personalet viste at de ønsket å være tilgjengelig og ”by på seg selv på en naturlig måte”. En deltaker påpekte at dette også kunne være en måte å ufarliggjøre situasjonen og gjøre kommunikasjonen mellom pasient og personalet enklere. ”Sette seg litt i stua og prate litt her- og nå, om været, for å gjøre at kommunikasjonen blir en lavterskel”.

En deltaker la vekt på at det hun gjorde, bygde på en grunnleggende holdning om å møte pasientene troverdig og ekte. Det ble bekreftet av flere av deltakerne at dette var sentralt for å være tilgjengelig i møte med pasientene. Det ble uttalt at tilstedeværelse i seg selv, for pasienten, var viktig for et godt møte.

” Jeg tenker at det å være tilstede ”her og nå” i meg selv og tenke: tro, håp og kjærlighet. Komme inn som et ekte menneske, inn i møte med pasientene... oppriktig interessert i det mennesket jeg prater med, være 100% tilstede akkurat da.”

Å være ekte ble beskrevet som å være kongruent. Det vil si at det en sier verbalt stemmer overrens med det kroppen signaliserer nonverbalt. Det ble gitt et eksempel som beskrev dette, hvor deltakeren sa at det var en betingelse at:

”...kroppen og det du sier er ekte. For det hjelpe jo ikke å si at ”neimen så hyggelig at du kommer” hvis du viser noe helt annet. Det hjelper jo ikke det, du er jo nødt til å være der med hele deg, tenker jeg, slik at du blir troverdig i møtet med pasienter.”

Å benytte seg selv som et verktøy og ta seg tid til å undre seg og vise seg mentalt tilgjengelig, var noe flere av deltakerne anga var viktig. En deltaker sa hun var bevisst på å ta seg tid til å forberede seg til å fungere som et verktøy og være tilgjengelig mentalt.

”Da må jeg bruke tid til å undre meg og sette meg godt tilbake i stolen ... ikke fyke inn å ”hei, hei...”, men ta beina godt i gulvet å så må jeg prøve å få roet det hele ned.”

En deltaker beskrev at kroppen kunne benyttes som et verktøy for å skape en tilgjengelighet preget av trygghet og ro i møtet med pasientene:

”Jeg må si at jeg helt bevisst bruker min egen kropp i møtet med andre mennesker. Måten jeg sitter på, måten jeg står på. Måten jeg bruker blikket og smilet mitt på og måten jeg lytter på. ... jeg tror det har en smittefunksjon i møtet med andre. Det er i hvertfall et veldig godt verktøy for meg når jeg møter andre.”

Hun trakk også frem at hun var bevisst på at kroppen hennes sender viktige signaler til pasienten som kan være med på å bygge opp en allianse i møtet. Hun gav noen eksempler på hvordan hun kan bruke kroppen for å avvæpne et møte, hvor hun beskrev at hun forsøkte å vise at:

” Jeg er nå her jeg ... Jeg strekker meg litt ut jeg ... Jeg er litt mer tilbakelent, i stedet for at jeg er helt utpå. Da tror jeg at vi oppnår å komme på samme kanal fortere.”

Denne kodegruppen viste at deltakerne beskrev tilgjengelighet ut i fra ulike dimensjoner. Deltakerne trakk frem fysisk tilgjengelighet i forhold til å være i miljøet, samt hvordan de fysisk brukte egen kropp som et verktøy for å nå inn til pasientene og sende signaler. Mental tilgjengelighet ble også beskrevet, hvor holdninger og tilstedeværelse i seg selv, for den andre ble viktig.

Kodegruppe 2: Å finne pasientens kanal

Denne kodegruppen inneholder to koder som omhandler forutsetninger for møte pasienten ”her- og nå”. For å klare dette forsøker de å tune seg inn gjennom det pasienten forteller og signaliserer. Deltakerne var opptatt av å lytte med riktig fokus, og ser sammenhengen mellom inntuning og en åpen og lyttende holdning til pasientenes utsagn og adferd. Deltakerne ønsket å fremme at pasienten skulle akseptere og bevisstgjøre seg hva følelsene representerte og at de gjennom det kunne fremme at pasienten bedre kunne håndtere det de står i ”her- og nå”.

En sentral kode i denne kodegruppen ble beskrevet som inntuning. Deltakerne beskrev at de forsøkte å tune seg inn for å tak i pasientens opplevelse av sin situasjon ”her- og nå”. For å oppnå dette sa de at de forsøkte å tune seg inn på pasientens kanal. En deltaker hadde en oppfatning av dette. Hun sa: ”Tenker det er en kunst jeg.” Det kom ulike beskrivelser av hvordan dette ble utført i praksis. Å benytte seg selv som et verktøy og ta seg tid til å undre, var noe de trakk frem:

”Da må jeg bruke tid til å undre meg og sette meg godt tilbake i stolen ... ta beina godt i gulvet og så må jeg prøve å få roet det hele ned. ... Jeg må jo bli kjent. Da har du fort en kontakt og du kommer fort inn på den kanalen ... Det tenker jeg er inntuning.”

En deltaker gav en beskrivelse av at hun så på inntuning som en fenomenologisk praksis. Det ble beskrevet hvordan vedkommende gikk frem for å få tak i pasientens erfaring og hvordan samspillet mellom deltakeren og pasienten skapte økt innsikt hos pasienten:

”Vi lener oss tilbake og er interessert i pasientens fenomen ... sin verden trer frem i vårt møte. Da tenker jeg at jeg kan ha bevissthet på... mitt fenomen, hvordan jeg opplever meg i møtet med det pasienten uttrykker. Og det gjelder både det vedkommende sier, men ikke minst dette med kroppsspråket. Og så når jeg får tunet meg inn ... en fenomenologisk tilnærming da, så kan jeg begynne å undre meg...”

En deltaker beskrev hvordan hun benyttet pasientens erfaringer og beskrivelser i samspillet om inntuning ”her og nå”. Hun gav et bilde av en egen indre strategi hvor hun trinnvis beskrev hvordan hun gikk frem for å bekrefte og anerkjenne pasientens følelser og opplevelser her og nå, så fremmet refleksjon og handling ut i fra dette. Beskrivelsen av en indre strategi, ble gjenkjent og bekreftet av de andre deltakerne i fokusgruppen. Dette ble derfor en viktig kode i denne kodegruppen.

Deltakeren beskrev den indre strategien som først å møte pasienten med å lytte for å få tak i, og deretter bekrefte budskapet. Her gav hun lite veiledning, men normaliserte, eventuelt forsterket de følelsene pasienten gav uttrykk for:

”Det der er det som jeg er så opptatt av: ... virkelig bekrefter følelsen og at en da bruker ørene mye mer enn en bruker munnen i første omgang. At en virkelig lytter og at pasienten... at den virkelig opplever at en forsøker å få tak i budskapet og da bekrefte og kanskje... ..forsterke betydningen av at den har den følelsen og at det er viktig. ...dette er et normalt følelsesrapportar du nå gir uttrykk for. Dette er normale følelser...”

Vedkommende beskrev her at hun gav anerkjennelse i forhold til å finne pasientens kanal. En annen deltaker trakk frem at anerkjennelse kan fremme akseptasjon, som hun mente kunne skape en bevegelse i pasientens prosess: *”Begynne å oppdage, altså og anerkjenne det som er for dem akkurat nå, da skjer det noe”* Deltakerne mente at når de gav pasienten anerkjennelse for sin opplevelse, kunne det fremme akseptasjon, som igjen åpnet opp for nye oppdagelser og økt innsikt hos pasienten. Neste steg deltakeren beskrev var at hennes indre strategi var å fremme refleksjon ved å stille spørsmål og veilede, hvor hun til slutt flyttet fokus mot handling ”her- og nå”. Hun hadde da tanker om at handlingen ut i fra den oppståtte ”her- og nå”- situasjonen kunne fremme nye erfaringer på hvordan pasienten kunne håndtere følelsen og opplevelsen.

En deltaker gav en beskrivelse fra praksis hvor hun benytter disse trinnene i sin indre strategi:

” En pasient ... følte at det ble problematisert for mye rundt noe medisin ... da ville hun bare fyke av gårde ... Så jeg ... støttet henne veldig på at hun var frustrert, til at hun kunne erkjenne at hun ble sint ... hva hun da gjør... Blir bevisst på det og tar ansvar for å uttrykke sinne på en litt annen måte ... si for eksempel hvor lei seg hun var i utgangspunktet. ...vi gjorde avtaler videre for kvelden ... jeg ikke tok avstand fra henne ... oppleve at hun kan ta ansvar for de følelsene hun hadde og tillate seg å kjenne på de og gå litt dypere inn i hva de representerte.”

Dette viste at deltakerne la stor vekt på at de møter pasienten ”her- og nå” på pasientens kanal. For å klare dette forsøkte de å tune seg inn gjennom det pasienten forteller og signaliserer. Deltakerne var opptatt av å ha en indre strategi knyttet til lytte med riktig fokus. Det vil si ha et mål i møtet ”her- og nå” om å få tak i pasientens beskrivelser, uten så mye det lar seg gjøre, å bli forstyrret av egen eller andres forforståelse. Inntuning og en åpen og lyttende holdning ble satt i sammenheng. Deltakerne ønsket å fremme at pasienten skulle

akseptere og bevisstgjøre seg hva følelsene representerte og at de gjennom det kunne fremme at pasienten fikk økt innsikt og skaffet seg nye positive erfaringer.

Kodegruppe 3: Å forholde seg til pasientens prosjekt

Denne kodegruppen omhandler fem koder om forhandling av ansvar og ansvarliggjøring i betydning av balansegangen mellom at deltakerne tok over pasientens prosjekt mot at de overlot pasientene til seg selv. Pasientens prosjekt i denne sammenhengen var de tanker, følelser og relasjoner de sto i "her og nå" og hvordan miljøpersonalet kunne skape endringer, med tanke på gode erfaringer for pasienten.

Første kode i denne kodegruppen omhandler balansegang i forhold til ansvarliggjøring. En deltaker trakk frem at ansvarsfordelingen mellom pasient og miljøpersonale kunne være utydelig: *"Hvor mye ansvar skal vi ta og hvor mye skal vi legge tilbake på pasienten, i forhold til ansvarliggjøring?"* Deltakerne beskrev utfordringene med å finne den riktige balansegangen i forhold til dette. En trakk frem at det var sentralt at pasienten fikk en opplevelse av egen mestring og at personalet oppgave var å være støttende:

"Jeg tror det er kjempeviktig at pasientene føler at det er den som eier mestringen, at det ikke er oss. At vi bare er redskaper og verktøy for å hjelpe dem og støtte den i å videreutvikle motivasjonen sin for å mestre."

En deltaker gav et eksempel på hvordan hun bidro med ansvarliggjørende og oppmuntrende støtte til en pasient som var usikker i sitt prosjekt, som i dette tilfelle var å komme til måltidet:

"... da banker jeg på, og hvis hun sier "nei, jeg vil sove" så "Ja det er ditt ansvar men.. du skal forholde deg til måltidene" Det er en del av støtten da, å gi dem muligheten til å følge opp og sitt ansvar i forhold til behandlingen. Men etter det så går jeg ikke flere ganger...da er det de som må ta det fatt i seg selv."

Andre kode i denne kodegruppen ble beskrevet som "pasientens prosjekt". Deltakerne trakk ved flere anledninger frem at miljøarbeid var å observere, lytte og støtte der det var behov, men at valgene i prosessen måtte gjøres av pasienten selv. En deltaker gav et eksempel på dette:

"Det var en pasient som leste et dikt en gang. "Ikke dytt jeg må få gå trappa sjøl" Det er veldig viktig i forhold til som du sier om å lytte, ikke komme med masse tolkninger eller tanker eller forslag, men vente litt og få gå den veien selv."

En deltaker påpekte at å la pasienten gå skrittene selv kan innebefatte at hun må tåle at de tok noen feiltrinn. ” *Det å på en måte tåle at de feiler og ser at de fowler litt, for det er mange prosesser og det tar tid*” Hun sa også at selv om de som personalet observerer at dette er i ferd med å skje, er det ikke alltid slik at de skal ta tak i situasjonen og veilede. Flere deltakere uttalte at det i blant var nødvendig å stoppe opp og reflektere over hvor ansvaret lå i den enkelte situasjon, og hvorfor de handlet slik de gjorde. Når deltakernes fokus på ansvarsfordelingen i forhold til pasientens prosjekt ble glemt, påpekte en deltaker at de kunne falle tilbake i et spor hvor de handlet mer ubevisst: ”*når vi står i andre ting kanskje, så går vi på autopiloten, hvor vi ikke klarer å reflektere*”. Veiledning og bevisstgjøring deltakerne i mellom, ble i slike tilfeller trukket frem som et verktøy: ”... *det kan være fint å stoppe hverandre.*” *Er det noe annet vi burde gjøre først? Hvilke avtaler har den pasienten?*”

Tredje kode i denne kodegruppen omhandler forhandling i forhold til ansvar mellom miljøpersonalet og pasientene. Flere deltakere beskrev individuelle terskler hos pasientene i forhold til å ta kontakt med personalet, men deltakerne understreket at pasientene kunne ansvarliggjøres i forhold til dette:

”Pasienten kan ansvarliggjøres, fordi vi gjør dem jo en bjørnetjeneste hvis vi begynner å kveld etter kveld gå inn på rommet og dra de ut av rommet. ...Så der er vi da ekstra avhengig av det samarbeidet, sånn at pasienten har en..., oppgavestrategi..., og hvordan vi kan støtte opp om den ansvarliggjøringen.”

Flere deltakere trakk frem eksempler hvor de var med pasienten og trente på hvordan de kunne ta kontakt med annet personale. Det kunne være å bruke telefonen fra rommet for å nå personalet eller konkret at de gikk ned og hilste på det personalet som kom på neste vakt.

” Vi tilbyr at folk får møte de som er på nattevakt, ... for å hilse på eller for å gjøre videre avtaler. ... det ligger både en ivaretagelse og en ansvarliggjøring i det da.”

En deltaker oppsummerte med at de forsøkte å legge mulighetene til rette for pasientene. Valget for om de benyttet seg av de, la de til pasientene: ”*Men det er jo ansvarliggjøring, det å vite at mulighetene er der, men valget er om de benytter det eller ikke.*”

Fjerde kode i denne kodegruppen ble beskrevet som ansvarliggjøring på pasientens kanal. Å vise en genuin interesse for det pasienten beskriver og opplever, ble satt i sammenheng med ansvarliggjøring. Deltakerne beskrev at de ønsket å få innsikt i det pasienten opplevde og sto

i, for dermed å ha større mulighet til å støtte pasienten i bevisstgjøring av sin opplevelse. En deltaker påpekte at hun mente at i hvilken grad en har oppnådd en felles forståelse med pasienten, påvirket samarbeidsforutsetningene.

”Jeg tror på en måte det ikke er så lett å ansvarliggjøre før en er på samme kanal. Jeg tror du har en annen påvirkningskraft og en annen mulighet til å drive med bevisstgjøring, når vi er på samme kanal.”

Femte kode i denne kodegruppen handlet om at deltakerne ønsket å fremme muligheter og gode erfaringer hos pasienten. En deltaker løftet frem at denne måten å møte pasienten på, gjorde at de i større grad kunne ansvarliggjøre pasienten. Dette begrunnet hun med at pasienten ble bevisstgjort sin opplevelse og hva det kunne handle om. Deltakeren mente en bevisstgjøring er første steget mot å kunne ta ansvar gjennom handling mot endring.

”Men det har jo noe med å forsøke å være genuint interessert i pasientens sin opplevelse, er jo en måte å ansvarliggjøre. For jeg tenker før en ansvarliggjøring så må en bevisstgjøring til. ... og at vi kan hjelpe pasienten til å bevisstgjøre seg på sin opplevelse, sitt fenomen, og i neste omgang bli klar over hvordan en skal ta ansvar for det, og handle.”

Deltakerne knyttet ansvarliggjøring til å legge forholdene til rette for at pasientene skal kunne se muligheter. *”Men for meg med ansvarliggjøring er det veldig knytta opp til det med å se muligheter”*. Deltakeren pekte på at en kan hindre pasienten å se egne muligheter dersom personalet grep for mye inn og tok over styringen. Hun trakk frem at pasienten sammen med personalet søkte gode strategier i ”her- og nå”- situasjonen som gav mening og som løftet frem nye muligheter og erfaringer for pasienten:

” At en har en viss oversikt og forstår det som skjer og at oppgavene er ... et trinn videre, men det er innenfor ens mestringsnivå. ... det er påvirkelig det en gjør ... og at de har en viss forståelse av de systemene de er kommet inn i... At det gir mening for det enkelte individ. For det er ikke sikkert det gir mening for deg det som gir mening for meg.”

Det ble uttalt at når forholdene ble lagt til rette slik at pasienten kan få oversikt, bli utfordret og gitt ansvar innenfor sitt mestringsnivå, mente deltakerne at pasienten kunne se flere muligheter. Påvirkelighet, mening og forståelse ble også trukket frem av deltakerne, som sentralt i denne sammenheng.

Deltakerne beskrev en bevissthet, rettet mot at det var pasienten som skal "eie" sitt prosjekt og ha ansvar for å gjøre de valgene en stilles ovenfor i sin prosess. Deltakerne beskrev sitt ansvar som å gi pasienten den støtten som var nødvendig, for å fremme muligheten til å gjøre seg nye og gode erfaringer. For å oppnå dette, ønsket deltakerne å kunne møte pasienten på vedkommendes kanal, hvor grad av støtte og utfordringer åpnet for at pasienten kunne se nye muligheter, og gjøre valg ut i fra det.

Fjerde trinn: Rekontekstualisering

Med utgangspunkt i å lese teksten som helhet i etterkant av analyseprosessen fra koder til kodegrupper, kunne dataene beskrives på nytt ved å formuleres i to tema: "Personalets praksis: Et tilgjengelig verktøy for pasienten" og "Personalets forståelse av ansvarliggjøring: En døråpner til flere muligheter."

Personalets praksis: Et tilgjengelig verktøy

Dette temaet er en rekontekstualisering av kodegruppene "Å gjøre seg tilgjengelig" og "Å finne pasientens kanal".

I disse kodegruppene beskrives det hvordan deltakerne i sin praksis gjør seg tilgjengelig for pasientene, både fysisk og mentalt. Dette kunne forstås som at praksisen utgjør et tilgjengelige verktøy i "her- og nå"- situasjoner med pasienter. For å være et tilgjengelig verktøy beskrev de holdninger, faglige og erfaringsmessige kvaliteter som de var seg bevisste og bidro til at de ble tilgjengelige for pasienten.

Deltakerne hadde en grunnholdning om at de, så langt det lot seg gjøre, skulle møte pasientene individuelt. Deltakernes praksis forstås som et viktig verktøy "inn" til pasienten, for å kunne møte den enkelte der den er. Når de nådde dit, og hadde fanget opp pasientens beretninger, jobbet deltakerne med sine tilgjengelige egenskaper og kvaliteter, i retning av å fremme økt innsikt og bevisstgjøring hos pasienten. Forutsetningene for å få til dette, var møtet mellom to individer, som begge var åpne for hverandres forståelse av "her- og nå"- situasjonen.

Personalets forståelse av ansvarliggjøring: En døråpner til flere muligheter for pasienten.

Dette temaet er en rekontekstualisering av kodegruppen "Å forholde seg til pasientens prosjekt". En slik ny beskrivelse av denne kodegruppen var avhengig av at de to ovennevnte

kodegruppene. Dette har en kronologisk sammenheng. Det forstås ut i fra at deltakerne forsto ansvarliggjøring som en mulighet tilbevisstgjøring og utvikling hos pasienten ut i fra vedkommendes ståsted og situasjon. For å få tak i det individuelle i møtet med en pasient i ”her- og nå”- situasjoner, gjorde deltakerne seg først tilgjengelig og søkte pasientens kanal, og deretter individualiserte ansvarliggjøringen.

Ved at miljøpersonalet, i kraft av sin praksis, kunne være et tilgjengelig ”verktøy” for pasienten, kunne de i samarbeid med pasienten søke gode strategier, mening og innsikt i situasjonen. Gjennom en slik bevisstgjøring kunne endringer oppstå. Deltakernes praksis kunne virke slik at pasienten kunne bli bevisst nye muligheter og se veien videre med tanke på gode erfaringer. Døråpneren, det vil si personalets forståelse av ansvarliggjøring, var brukt på en slik måte at det verken virket skremmende eller passiviserende, men hadde gitt utfordringer som gav mening. Når pasienten ble møtt ut i fra egne premisser og mestringsnivå, kunne nøkkelen brukes og døren åpnes. Opplevde pasienten kontroll i situasjonen, kunne pasienten ta mer ansvar og etter hvert få økt innsikt i egne muligheter og ressurser og etter hvert kunne velge å ta disse i bruk.

KAPITTEL 4 DISKUSJON

Denne studiens mål er å utvikle kunnskap om miljøpersonalets praksis i møte med pasienter i ustrukturert tid og om deres forståelse av ansvarliggjøring i slike møter. I dette kapitlet vil hovedfunnene i form av de nye beskrivelsene bli diskutert i forhold til relevant litteratur, og plassert inn i en teoretisk kontekst. Kapitlet avsluttes med en diskusjon av metodekritikk.

4.1 Diskusjon av hovedfunn

Personalets praksis: Et tilgjengelig verktøy for pasienten

Ottawa- charteret fra 1986, har fem grunnprinsipper, hvor det ene omhandler at helsefremmende arbeid har fokus på å skape et støttende miljø (Helsedirektoratet, 1987). Å skape et støttende miljø er sentralt for deltakerne. Ut i fra deres beskrivelser av sin praksis, hvor de ønsket å gjøre seg tilgjengelig i miljøet og at de ville oppnå å finne pasientens kanal, bekrefter dette. Dette studiets empiri viser blant annet at deltakerne aktivt gjorde seg synlige i miljøet og at de for eksempel banket på døren til pasientens rom for å støtte hans prosjekt. Topor og medarbeidere (2004) har, i forhold til hva brukere beskrev har hjulpet dem i

samarbeid med en profesjonell, fått beskrevet at det for dem har vært sentralt at personalet tar seg tid og gjør seg tilgjengelig. Å gjøre konkrete handlinger, som beskrevet ovenfor, kan forstås som omsorg i praksis. Martinsen (1993) definerer blant annet omsorg som et relasjonelt, praktisk og moralskt begrep. Miljøpersonalet la forholdene til rette for at pasientene skulle oppleve seg sett og at de kunne bli trygge på at personalet var tilgjengelig, dersom de hadde behov for kontakt. Deltakerne beskrev at de opplevde at terskelen for å ta kontakt med personalet varierte. I slike tilfeller beskrev deltakerne at det var lett å overta ansvaret, men deres evne til refleksjon og bevisst fokus på hva som er pasientens målsetning, var i følge deltakerne en avgjørende faktor for hvordan de handlet.

Deltakerne i denne studien beskrev at de møtte pasientene i et "her- og nå"- fokus. Haugsgjerd, Jensen & Karlsson (2010) beskriver "her- og nå"- som fokus på det som skjer i det gitte tidspunkt. En må finne balansen ved å være tilstede, engasjere seg og bevisstgjøre, hvor miljøpersonalet må ta del i det som er og pågår av adferd og samhandling i den konteksten vedkommende er i. De mener "her- og nå" er knyttet til vår bevissthet. Hvordan vi forholder oss til vår egen bevissthet påvirker hvordan vi samhandler, kommuniserer og benytter oss av egen kunnskap. Deltakerne i denne studien ville fremme at pasienten de møtte "her- og nå" fikk en opplevelse av at de hadde en genuin interesse for å få tak i pasientens beskrivelser. Dette var en egenskap som brukerne i Topor sin undersøkelse (2004) også trekker frem som sentral. De var opptatt av at de opplevde en gjensidighet i møtet. Brukerne opplevde at den profesjonelle hadde kunnskap, men at han også hadde behov for den kunnskapen brukeren satt inne med (Andersen, 1994). Våre holdninger vil kunne prege våre handlinger (Martinsen, 1993). En persons holdninger og væremåte vil prege hvordan den andre, for eksempel en pasient, vil oppleve å møte personen (Martinsen, 1993). Deltakerne gav beskrivelser som omhandlet egne holdninger i møte med pasient i ustrukturert tid. I følge Topors undersøkelser (2004) med fokus på bedringsprosesser, kom det frem at personlig engasjement, ofte ble beskrevet som avgjørende. Det handlet om at brukerne møtte en profesjonell som var engasjert i nettopp dem "i riktig øyeblikk" og på "riktig måte". Å møte som et ekte menneske, være kongruent og vise respekt, som beskrevet av deltakerne, vil i følge Martinsen (1993) kunne bygge opp om pasientens selvforståelse og selvrespekt. Pasienten kan få en bekreftelse på at han er respekten verdig, og dermed kan selvrespekten øke. Deltakerne gav beskrivelser som understreket at møtet mellom to mennesker bør være basert på likeverd og vennlighet og ønske om å se. I følge Martinsen (1993) ville det motsatte ha ført til redusert selvrespekt og selvaktelse. Deltakerne understreket videre at deres

handlinger, det de gjør i møte med pasienten, representerer deres holdninger. De beskrev at det kunne ha innvirkning på deres relasjon til pasienten og pasientens egenverd og respekt for seg selv. Dette bekrefter funnene i Borges undersøkelse (2008) hvor pasientene trakk frem at det hadde betydning at miljøpersonalet hadde en evne til å vise at pasienten var unik. Det kunne gjøres ved at miljøpersonalet i blant gikk ut av sin ordinære rolle og gjorde noe mer enn det som forventes. Topors undersøkelse (2006) underbygger disse funnene. Her kom det frem at når noen gir noe ekstra av seg selv kan pasienten oppleve seg som verdifull og "utvalgt", siden noen gjør nettopp dette for han. Pasientene opplevde at miljøpersonalet viste at de også verdsatte relasjonen. Ved at miljøpersonalet gjorde noe annerledes, kunne pasienten oppfatte at denne personen var mer "virkelig" ved å trå utenfor sin rolle. Deres relasjon ble da beskrevet som mer ekte og pasienten opplevde seg likestilt. I Borges undersøkelse (2008) kom det frem at en opplevelse av symmetri i relasjonen reduserte den passive pasientrollen, noe som hadde positiv innvirkning på pasientens bedringsprosess.

Martinsen (1992) har et verdisyn og vitenskapssyn som tar sterk avstand til det positivistiske menneskesynet, som understreker at mennesket er underlagt universelle naturlover og at mennesket er klart avgrenset fra andre mennesker. Hennes teori bygger i stor grad på filosofen Martin Heidegger og andre som knytter seg til den fenomenologiske tradisjonen. Martinsen (1992) definerer omsorgsbegrepet i et relasjonelt perspektiv. Hun mener at omsorg kjennetegnes ved å være et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker, basert på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Omsorgen er basert på en grunnholdning, hvor omsorgsgiveren anerkjenner den andre ut i fra hans situasjon. Deltakernes beskrivelser understreket at de har en grunnleggende holdning, hvor de ønsker å få tak i budskapet pasienten beskriver i sin "her- og nå"- situasjon, og at pasienten skal oppleve en anerkjennelse for det han føler og opplever.

I følge Martinsen (1992) er forståelse for den andres situasjon en forutsetning for å handle omsorgsfullt. For å få tak i denne forståelsen, mente deltakerne i denne studien at de måtte tune seg inn på pasientens kanal. En deltaker mente at det å tune seg inn på en annen persons kanal, er kunst. Kunstnerisk erkjennelse er engasjert og etisk innsikt. God kunst må ha distanse til destruktive og privatiserende krefter i tilværelsen (Thomassen, 1992). Kunsten her er å øve seg på å stille seg åpen for sansing, for inntrykk som kommer, og forholde seg til de inntrykkene en får (Martinsen, 1993). Deltakerne beskrev inntuning som en fenomenologisk praksis, hvor de ønsket å få tak i pasientens opplevelse av fenomener, og hvordan hans

livsverden trer frem i møtet mellom to individer. Deltakeren var bevisst på å fange opp hva pasienten beskriver, men hun er også bevisst hvordan hun opplever møtet. I følge Løgstrup (Martinsen, 1993) har sansing en forrang fremfor bevisstheten. Sansingen er avstandsløs og allestedsnærværende. Sansemessig er vi en del av naturen, i vår relasjon til andre. Det vi sanser, fremstår som formet og skapt. Forståelsen gir oss avstand, slik at det sanselige inntrykket kan struktureres og gir oss evnen til å uttrykke det slik at andre forstår. Når vi gjør det, samarbeider forståelsen og sansingen. Den avstandsløse sansingen og den avstandsskapende forståelsen jobber sammen for å tydeliggjøre det vi som mennesker har felles. Deltakerne ytret at de ønsket å gjøre seg mentalt og kroppslig tilgjengelig for pasienten og stille seg åpen for hans beskrivelser av sin virkelighet. Hva vil det si å stille seg åpen? I følge Løgstrup vil det si at en utsetter seg avstandsløs, for den andre og for tingene, gjennom sansing. Vi lar dem virke på oss. Vi er i verden, vi står ikke utenfor og betrakter. Sansingen er en åpenhet for verden som gjør inntrykk på oss (Martinsen, 1993). Deltakerne beskrev stor bevissthet rundt fenomenet inntuning for å finne pasientens kanal. De mente det var en forutsetning for et godt og konstruktivt møte, å kunne se og anerkjenne den enkelte der han var og for å kunne være en god støtte. Skjervheim (1996) ser på forskjellen mellom å delta og la seg engasjere på den ene siden og på den andre siden å konstatere og objektivisere. Skjervheim mener vi er engasjert når vi er i en treleddet relasjon, mellom den andre, meg og det som blir sagt. Her har man noe felles. Med en annen innstilling, hvor man ikke lar seg engasjere, er det som blir sagt ikke så viktig, bare at det blir konstantert at dette blir sagt av den andre. Dette beskriver Skjervheim som en toleddet relasjon. Her deler man ikke det samme fellesskapet.

Den avstandsskapende forståelsen, og et ønske om å engasjere seg, kan settes i sammenheng med deltakernes beskrivelse av en "indre strategi". Beskrivelser gitt i forhold til deltakernes "indre strategi" viste hvordan dette ble brukt for å for å skape struktur og en økt forståelse både hos deltakeren selv og den andre i møtet. Den indre strategien handlet om at de gjennom bekreftelse og anerkjennelse av pasientens følelser ville fremme refleksjon og handling i situasjonen. I forhold til den salutogene teori, hvor opplevelse av mening i det en opplever står sentralt, beskrev deltakeren at hun hadde fokus på det pasienten opplever "her- og nå", og hvordan en kan møte dette på en slik måte at pasienten kan oppleve økt forståelse og videre, mening i situasjonen. Deltakeren er ikke, i hovedsak, opptatt av pasientens diagnose, men mer hvordan en kan møte symptomene på en slik måte at det oppleves mer håndterlig for pasienten. Utfordringene, som ble lagt tilbake på pasienten, er tilpasset personens evne til å

jobbe med seg selv, og deltakerne blir et verktøy i prosessen (Almvik, 2006). Her beskrev deltakerne at de var innsiktsorienterte og hadde en holdning og tro på personens iboende vekstpotensiale, som kunne gi personen tro og innsikt på egen mestringsevne (Almvik, 2006). I følge Topor (2004) kan en bidra til forandring hos et annet individ ved at de får lov til å fortelle, sette ord på tankene sine og få bekreftelse på erfaringene sine. Deltakerens indre strategi er noe som ble beskrevet som en bevisst verktøy for å fremme dette. Å bli akseptert "som den en er" og få erfaringene sine bekreftet slik som man selv oppfatter de, kan føre til at man kan håndtere de på en bedre måte og gå videre i sin prosess (Topor, 2004). Vatne og Hoems undersøkelse (2008) i forhold til bevisst miljøterapeutisk bruk av bekreftende kommunikasjon, kom det frem at ved bruk av dette, endret holdningene seg i møte med pasientene. De erfarte at de flyttet seg bort fra holdningen hvor en som terapeut visste hva som var best for pasienten, til i større grad vektlegge at pasienten har kunnskap om sitt ståsted. De opplevde en mer gjensidig relasjon. Det kom også frem at personalet i større grad tro ut av sin faste rolle og brukte seg selv som individ i møtet. Personalet ble mer bevisst eget språk og hvordan det stimulerer pasienten til å reflektere om egen situasjon "her- og nå".

Kolbjørnsen (i Andersen, 1997) sier at miljøterapi er å skape muligheter til å se på handlingsmønstre, opplevelsen av andre, tolkning av situasjoner og så videre. Deltakerne i denne studien beskrev en miljøterapeutisk strategi hvor en gjennom en slags analyse og læringsprosess, tenkte at pasienten kunne lære av å se gjennom en annens øyne det han selv var igjennom og hans rolle i det .

Personalets forståelse av ansvarliggjøring: En døråpner til flere muligheter

Ottawa-charteret (1986) beskrev også et hovedprinsipp som omhandlet å utvikle personlige ferdigheter. Som beskrevet tidligere, ønsket deltakerne å fange opp pasientens budskap. Deltakerne ønsket å fremme en innsikt hos pasienten som kunne gi flere handlingsalternativer i "her- og nå"- situasjonen. I følge Hummelvoll (1980) kan innsikt bli en kilde til liv. Innsikt omhandler i denne sammenheng å få en større forståelse for hvordan å håndtere livet. Begrepet innsikt inkluderer i følge Mannsåker (1978, s. 51) også: "(...) innsikt i og forståelse for personlige muligheter og ressurser, kanskje egenskaper en ikke har våget å vedkjenne seg". I følge miljøpersonalet er denne forståelsen av innsikt sentral, fordi deltakerne beskrev at de ønsket å fremme en mer helhetlig forståelse av hvem han var, hvorfor han handlet som han gjorde og hvordan han ønsket å handle. I følge Hummelvoll (1980) er ikke innsikt nødvendigvis helbredende i seg selv, men det kan være med på å frigjøre individets

utviklingsmuligheter. Dette kan settes i sammenheng med salutogenese (Antonovsky, 1987). Man kan tenke at økt innsikt kan fremme økt forståelse. Forståelse kan gjøre det en opplever mer oversiktlig og håndterbart. En kan også tenke at en ved en økt forståelse kan få mer påvirkningskraft, fordi en ser flere handlingsmuligheter og andre løsninger. Nye handlinger og løsninger kan gi nye erfaringer og utviklingsmuligheter. I følge Langelands undersøkelse (2009) om betydningen av salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse, kom det frem at livskvalitet ikke nødvendigvis handler om fravær av symptomer, men at en er i stand til å finne mening i å mestre symptomer og dagliglivets utfordringer. Dette kan stimulere til en gunstig utvikling av livskvalitet. Får pasienten økt innsikt og forståelse i sin situasjon, har han større mulighet til å finne mening og ta større ansvar for det en står i "her- og nå". Linhorst og medarbeidere (2002) hevder i sin undersøkelse at for at pasienter skal oppnå en opplevelse av økt empowerment, er det nødvendig at de opplever seg psykisk stabile og at de har evne til å gjøre valg basert på kunnskap og informasjon. For å oppnå dette ble det hevdet at pasientene bør trene på dette og dermed få mulighet til å skaffe seg nye erfaringer. Dette er avgjørende for hvordan deres individuelle potensiale for opplevelse av empowerment kan øke.

Deltakerne gav uttrykk for at det kunne være en uklar balansegang i forhold til ansvarliggjøring av pasienten. De beskrev at de forsøkte ha et bevisst forhold til ansvarliggjøring av pasienten, hvor de tenkte hvorfor og hvordan og så på dette i forhold til pasientens målsetning. Karlsson (i Andersen, 1997) hevder at behandlingsarbeid er å drive forandringsarbeid. Det krever at behandlingssideologien må være tydelig og forståelig for alle og at den brukes aktivt, slik at det er en sammenheng med hva en tenker og hva en gjør. Deltakerne beskrev at dersom fokuset på ansvarliggjøring ble mindre i perioder, kunne de fort havne i en "autopilot- modus" hvor de handlet uten å reflektere over hvorfor de gjorde det de gjorde. De beskrev de at resultatet fort kunne bli at personalet tok over for mye av ansvaret for pasienten. Martinsen setter omsorg i et moralskt perspektiv. Hun mener omsorgsmoral sier noe om hvordan vi lærer å forholde oss til makt (Martinsen, 1989). Hun hevder at forholdet mellom mennesker er preget av makt og avhengighet og at moral spiller inn i forhold til hvordan en velger å forholde seg til dette (Martinsen, 1993). Sørensen (2002) hevder i sin forskning at å være syk over lengre tid, kan svekke pasientens empowerment. Pasientene kan utvikle en passiv, ansvarsfraskrivende pasientrolle. En kan da miste tro på egen kunnskap om egen funksjon og situasjon, og dermed lett la seg styre av ulike behandleres vurderinger og forslag til tiltak. Sørensen hevder det kan føre til at tilværelsen til pasienten kan bli fremmedgjort og preget av redusert kontroll og ansvar. Ut fra undersøkelsen som omhandler

relasjonen og maktforholdet mellom terapeut og pasient, hevder Cohen (1998) at innlært passivitet påvirker samarbeidet mellom pasienten og miljøpersonalet. Dersom dette mønstret ikke blir bevisstgjort, kan det være med på å forsinke pasientens prosess. Deltakerne sa at de gjorde pasienten en bjørnetjeneste dersom de tok over for mye av ansvaret i forhold til pasienten. Tar miljøpersonalet over for pasienten, vil det kunne føre til at personalets behov for å gi omsorg overskygger hva som er pasientens egentlige målsetning.

En annen side i forhold til balansegang mellom omsorg og ansvarliggjøring blir trukket frem i Borges undersøkelse (2005). Her beskriver at når miljøpersonalet får en "vakt-rolle", hvor pasientene opplevde seg "passet på", ble det en bekreftelse på at de var så "syke" at de ikke kunne ta ansvar for seg selv. Borge (2005) skriver: "Noen erfarte at de fraskrev seg ansvaret ved å bli mer passive, opplevde seg passet på og ble mer uttrygge" (s. 11).

På den andre siden kan det stilles for store krav til pasienten, slik at situasjonen virker uhåndterlig. Pasienten kan føle seg forlatt og uten støtte, noe som ikke kan virke fremmende for nye gode erfaringer. Vektlegges selvstendighet og autonomi i for stor grad, vil det kunne føre til passivisering og isolering, i stede for frigjøring av ressurser og muligheter. Det kommer av at det moralske ansvaret for de svake kan bli svekket (Martinsen, 1993). Å finne den rette balansegangen i forhold til dette, som kan fungere som en døråpner til flere muligheter for pasienten, krever etisk bevisstgjøring hos miljøpersonalet (Almvik, 2000). Deltakerne beskrev at de stilte forventninger til pasienten, men at de ble stilt ut i fra pasientens ståsted. De beskrev at det var viktig for å kunne fremme en positiv utvikling i pasientens prosess. Topor (1994) sier at positive forventninger, hvor andre viser tro på ens evner, er viktig og kan bidra til en bedringsprosess.

Ansvarliggjøring handler om hvordan en forholder seg til makt kontra maktesløshet (Almvik, 2000) I denne studien kom det frem hvordan deltakerne ønsket å bruke seg selv som et verktøy i møtet, med sin forståelse av ansvarliggjøring, for å fremme en åpning for pasientene til å få øye på egne muligheter. Martinsen (1989) trekker frem begreper som gjensidig avhengighet og hjelpeløshet, noe som står sentralt i hennes teori om omsorg og mellommenneskelige forhold. Vi oppfatter oss selv som selvhjulpne vesener, som bør være sterke og klare oss selv (Almvik 2000). Løgstrup (1991) er opptatt av relasjonen til andre og trekker frem at den etiske fordringen er å ta vare på den andres liv. Men han sier også at: "Ansvaret for den andre kan aldri bestå i at overtage hans eget ansvar (s.39). Her skiller han

på det å ta ansvar for og det å ta ansvar fra den andre. Det første handler om å følge en etisk fordring, den andre handler om å utøve makt (Almvik, 2000). I følge Martinsen (1989) kreves en situasjonsforståelse, og en viss innsikt i menneskers livssituasjon, for å kunne ha mulighet til å se hva som er menneskelige muligheter og begrensninger. Dette er nødvendig for å klare balansegangen mellom formynderi, hvor omsorgsyster overtar for mye av ansvaret for pasienten, og respekten for menneskets selvbestemmelse.

Kristiansen (2010) sier i sin masteroppgave at paternalisme er noe man gjør når man tar over det ansvaret et menneske har ovenfor seg selv. Her settes personens autonomi til side, fordi noen mener en vet mer hva som er best for personen, enn personen selv. I forhold til maktbegrepet fremhever Martinsen (1990) behovet for å benytte svak paternalisme. Hun argumenterer for at det etiske prinsippet om å respektere pasientens autonomi, kan føre til at en ikke tar ansvar for den plikten man har, om omsorg for andre. Martinsen hevder at svak paternalisme krever at hjelperen vet bedre enn pasienten, hva som er best for en. Miljøpersonalet problematiserte dette tema. De la stor vekt på at pasientene får søke nye erfaringer i sitt eget tempo, og at hver enkelt forholder seg til sin egen prosess. Deltakerne sa at de av denne grunn i blant unnlot å aggere, selv om de selv hadde en oppfattelse av at måten pasienten handlet i det gitte tidspunkt, på sikt ikke var konstruktivt. Deltakeren mente at pasienten selv måtte få erfare og at vedkommendes oppgave var å støtte pasienten på veien. Topor (2004) mener bedring handler om at individet skaffer seg makt over sitt liv i forhold til hvordan en vil leve det og hvordan en kan utforme livet slik han ønsker å leve det. Hun mener individet må få makt over symptomene selv, og rollen "de andre" utenfor har i forhold til dette, må bli mindre. Å ha makt handler ikke om å gjøre alt hva man vil, men å kunne påvirke måten livet arter seg på, både for seg selv og andre. Det motsatte av makt er i følge Topor avmakt, noe som ikke virker fremmende i pasientens bedringsprosess. Deltakerne gav ulike beskrivelser, hvor det kommer eksempler på hvordan de forsøkte å finne den rette balansegangen mellom dette. De la forholdene til rette slik at pasientene kunne trene på å ta kontakt med personalet dersom de fikk behov for det, i stede for at personalet tok kontakt hver gang de fikk en formening om at det var ulike behov for dette. De banket på døren for å minne om måltider, dersom de ikke møtte opp. Valgte de allikevel å stå over, var det pasientens valg og dette ble dokumentert videre til terapeut og pasientens primærkontakt. I følge Karlsson (i Andersen, 1997) skal god maktutøvelse innenfor miljøterapeutisk arbeid bidra til å styrke opplevelsen av erkjennelse, frisetting og løsrivelse hos pasienten.

Miljøpersonalet var opptatt av at pasienten skulle oppleve at det var de selv som hadde æren når det oppsto endringer. Det var pasientens fortjeneste og ikke deltakernes. Empowerment handler om makt, avmakt, myndiggjøring, bemyndigelse og mestring (Almvik, 2000). Deltakerne hadde en holdning om at pasientene hadde ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier. De beskrev at pasientene skulle ha innflytelse og være med på å påvirke sin egen prosess som innlagt. Deltakerne beskrev at når pasienten opplevde å bli ansvarliggjort, med personalet som støtte, ville det kunne åpne opp for nye muligheter. Empowermentideologien bygger på et humanistisk menneskesyn, hvor en tror at menneskene under rimelige indre og ytre betingelser, vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for individet og samfunnet. Dette er under forutsetning av tilstrekkelig opplevelse av kontroll over de faktorene som spiller inn for en positiv utvikling. Dette er et syn på hva som kan fremme helse, som tar utfoldelse og mestring av utfordringer på alvor. Her ønsker en å stimulere til å finne løsninger fremfor å finne løsninger for dem (Almvik, 2000). Nelson, Lord & Ochocha (2001) fant i sin undersøkelse en sammenheng mellom empowerment og psykisk helse. De så at mulighet og forhold som fremmet valgfrihet og kontroll, fokus på ressurser og en opplevelse av å være en del av noe, hadde innvirkning på opplevelsen av helse.

Deltakernes praksis kunne forstås som tilgjengelig verktøy for pasienten, med vekt på veiledning og støtte for å kunne fremme motivasjon til mestring. Verdisynet i empowermentideologien kan knyttes til et menneskesyn hvor det å mestre sitt liv er sentralt. Pasienten skal allikevel ikke overlates til seg selv, men oppleve støtten som reell (NOU 1998: 18). Ut fra en salutogen tenkning blir da miljøpersonalet en del av pasientens motstandsressurser, som kan være med på å fremme en økt opplevelse av sammenheng og bedre helse ved å takle stressorer på en bedre måte (Antonovsky, 1987). Pasienten står ikke alene i sin prosess, men har aktivert motstandsressurser, i form av sosial støtte, som ikke tar over utfordringene, men som kan være med som støttende faktorer. Forskning underbygger at et miljø av støttende relasjoner som fremmer muligheter til kontroll og selvbestemmelse, har betydning for bedre psykisk helse. Relasjoner kan skape økt empowerment og som igjen kan skape erfaringer som gir mening (Jerome & Tonmoy, 1994; Nikelly, 2001; Quirk & Lelliott, 2001; Thomas et al., 2002, Yurkovich et al. 1999). Miljøpersonalet er innsiktsorientert og har en holdning og tro på personens iboende vekstpotensiale, som kan gi personen tro og innsikt på egen mestringsevne (Almvik, 2006).

Karlsson (i Andersen, 1997) ser sammenhengen mellom vilje og handling i forhold til ansvarlighet. Han hevder at det er gjennom refleksjon et menneske blir sosialt og kan være selvbevisst. Han mener at mennesket aktivt skaper seg selv og sin verden gjennom å bearbeide og å omskape andre menneskers synspunkter, roller, kunnskap og verdier. Ut fra dette mener Karlsson at ansvarsbegrepet kan trekkes inn, ved at ethvert menneske er ansvarlig for sine handlinger i denne verden. Deltakerne beskrev sammenhengen mellom ansvarliggjøring og økt evne hos pasienten til å se egne muligheter. Ansvarliggjøring av et menneskes handlinger, mener Karlsson, vil kunne stimulere refleksjonsprosessen. Han mener ansvarliggjøring vil kunne bidra til å utvide eller endre handlingsalternativene og handlingspotensialet (Andersen, 1997). Dersom deltakerne møter pasienten med et menneskesyn om at han er et offer, vil det kunne føre til overføring av ansvar og skyld til miljøpersonalet. Pasientens nåværende handlinger vil kunne forklares ut i fra tidligere livshistorie, og dermed fritas for ansvar for sine handlinger. Dette kan bidra til at pasienten ikke lærer å handle i verden slik den er i dag, og kunne ta ansvar for egne tanker, følelser og handlinger. I Øye og medarbeidernes undersøkelse (2009), som omhandler hvordan miljøterapi ble utøvd som en oppdragende virksomhet med utgangspunkt i hva som oppsto i samhandlingsaktiviteter, hevder de at pasienter som av personalet blir sett på som ”skadede barn”, blir ”oppdratt” av personalet til å ikke evne å ta vare på seg selv. Pasientene kan da reagere med å regrediere og oppføre seg som barn. Deltakerne beskrev at de i sin praksis møtte denne problemstillingen. De beskrev et fenomen hvor de gikk på ”auto-pilot”, hvor de selv ikke reflekterte over hvordan og hvorfor de handlet slik de gjorde. De beskrev de da lett kunne bli bærer av ansvaret, og at de da kunne bidra til å stå i veien for pasientens utvikling og utsikt på egne muligheter. Karlsson (i Andersen, 1997) sier at forandringsprosessen da ikke bidrar til ansvarliggjøring og frigjøring, men til å holde fast på pasientens rolle som offer og hjelpeløs.

Deltakerne beskrev en målsetning om at de kunne bidra til at pasienten kunne få større innsikt i sin egen opplevelsesverden og gjennom det fremme at pasienten kunne få en bedre utsikt på egne muligheter. Dette blir underbygget av Karlsson når han sier at det miljøterapeutiske arbeidet skal bidra til å hjelpe pasienten til å bli mer bevisst sine handlinger og sine muligheter til å se og velge blant tilgjengelige handlingsalternativer. I en slik prosess mener han at pasientens selvbevissthet, hans opplevelse av og muligheter i verden, omskapes og endres. Det er slike muligheter som åpnes gjennom miljøpersonalets forståelse av ansvarliggjøring.

4.2 Troverdighet, gyldighet og overførbarhet

I følge Malterud (2003) skal forskningen vurderes i forhold til troverdighet gjennom hele prosessen, fra planleggingsfasen til presentasjon. Hun sier også at en kan se på begrepet troverdighet i to ulike perspektiver, intern og ekstern. Intern troverdighet vil si i hvilken grad funnene er fyldige i forhold til det utvalget og det fenomenet som er undersøkt. For å oppnå dette, må data kunne svare på forskningsspørsmålene som er formulert. For å sikre dette, fikk deltakerne god informasjon i forkant, om hva formålet for studiet var. Utfordringen lå i forhold til moderatorens egen forforståelse. Det skulle ikke stilles spørsmål som kunne "styre" intervjuet, noe som kunne hindre at de beskrivelsene som deltakerne så på som viktig skulle komme frem. Av denne grunn ble det stilt minst mulig spørsmål under fokusgruppeintervjuene og diskusjonen fikk gå mellom deltakerne, slik de var oppfordret til. Faren var da at diskusjonen kunne falle utenfor temaet. Dette oppsto i liten grad, fordi det var gjentagende at en av deltakerne tok ansvar og styrte tema inn, dersom diskusjonen skled utenfor rammene. Ekstern troverdighet omhandler om dataene er repliserbare (Malterud, 2003). For å fremme dette, er prosessen i studiet forsøkt beskrevet og gjort mest mulig gjennomsiktig. Tema for studien har fungert som en rød tråd gjennom fremstillingen.

Intern gyldighet vil si at det finnes en sammenheng mellom det fenomenet som skal beskrives og deltakerne som skal komme med sine beskrivelser og erfaringer (Malterud, 2003) I et forsøk på å fremme dette, ble fokusgruppen sammensatt av deltakere som kunne uttale seg om fenomenet og i forhold til avdelingen. Deltakerne spilte på hverandres erfaringer under intervjuene, noe som gjorde at tidligere uartikulert erfaringskunnskap ble artikulert.

Under intervjuene ble det benyttet digital lydopptaker, som fungerte godt. Den gav et godt lydbilde, noe som var viktig i transkriberingsprosessen. Lydfilene ble transkribert ord for ord, og pauser og fyllord ble merket, for å fange opp helheten i teksten. Den endringen som ble gjort var at lydfilen ble skrevet ut i bokmål. Det var av hensyn til konfidensialitet for deltakerne. Ved bruk av flerstegsfokusgruppe fikk deltakerne utlevert et resymé av foreløpige funn. De fikk anledning til å drøfte dette seg i mellom, både i forkant og under siste fokusgruppesamling. Dette var også med på å sikre en form for gyldighet.

Ekstern gyldighet handler om hvorvidt funnene er overførbare til andre sammenhenger (Malterud, 2003). Deskriptiv fenomenologi hevder ikke å finne det endelige svaret på hva fenomenet er, men bidrar til en dypere forståelse av fenomenet slik det erfarer (Hedelin, 2000). Deltakerne i denne studien var kvinnelige miljøpersonale med lang klinisk erfaring og som har gitt beskrivelser av sine erfaringer og sin livsverden i forhold til fenomenene praksis og ansvarliggjøring av pasienter i ustrukturert tid. Jeg har benyttet dette i søken etter å skape kunnskap som kan settes i sammenheng med både annen praksis, teori og annen forskning. Studien sier derfor ingen ting om mannlige eller mer nyansertes erfaringer. Det antas generelt at den direkte overførbarheten i kvalitativ forskning er begrenset (Kvale & Brinkmann, 2010). I kvalitativ forskning anvendes analytisk generalisering for å bidra til overførbarhet. Det vil si at studiens funn settes i relasjon til tidligere forskning på feltet, og relevante teorier, begreper og/eller modeller. Data er gitt av et begrenset strategisk utvalg av deltakere, som har gitt beskrivelser ut i fra sin kontekst. Det blir derfor opp til eventuelle eksterne mottakere, om de vurderer om funnene er relevante i sin eller andre kontekster.

Prosesen det har vært å jobbe med teksten og etter hvert funnene, har hele tiden blitt diskutert med veileder, kollegaer og medstudenter. Slik sett mener jeg at gyldighetskravet er oppfylt og at kunnskap og erfaring som kom frem kan være gjenkjennelig for andre ansatte både internt og eksternt.

4.3 Refleksivitet

Å ha en dobbeltrolle i denne studien, gav ekstra utfordringer, samtidig som det ble også ble erfart som en styrke. Konteksten var kjent, og det fremmet en rask erkjennelse og forståelse av nyansene i forhold til de beskrivelsene som ble gitt. Miljøet og strukturen deltakerne beskrev ut i fra, var også kjent. Utfordringen var å ikke la denne forforståelsen dominere, men legge den mest mulig til side for å fange deltakernes beskrivelser og ikke styre med ledende spørsmål. En annen ulempe var at det var sjans for at deltakerne ikke trakk frem erfaringer og eksempler som de bevisst eller ubevisst hadde en forventning om at var kjent for kollegaen i forskerrolle. Det var utfordrende å være bevisst på å få frem denne erfaringen, noe jeg ikke alltid lyktes med. En annen side ved dette var at dagligdagse fenomener og uttrykk ikke er like lett å fange opp, fordi de er blitt integrert. Thagaard (2009) sier at forsker kan ha problemer med å se det som virker selvsagt innefor egen kultur. En ekstern forsker, uten erfaring i institusjoner ville kunne legge merke til når slike fenomener og begreper dukket opp i diskusjonen og muligens kunne følge dette opp på en annen måte. Min erfaring kan også by

på metodiske problemer, i forhold til Husserls intensjonalitet. Det er en vekselvirkning mellom erfaring og det som erfares. Han mener at man må kunne sette sin forforståelse til side, noe som jeg opplevde som mer krevende når man selv har erfaring og kunnskap innen fagmiljøet (Thornquist, 2008). Jeg forsøkte gjennom hele prosessen å være bevisst på at mine erfaringer skulle brukes som en styrke og at den ikke skulle styre resultatet slik mine forutinntatte meninger sa meg, men la deltakernes beskrivelser tale og styre funnet ut i fra en helhetlig vurdering av data. Malterud skriver: Forskeren må i prosess og produksjon vise vilje og evne til å sette spørsmålstepp ved fremgangsmåte og konklusjoner i eget prosjekt i form av tvil og ettertanke” (Malterud 2003, s. 26).

4.4. Metodediskusjon

Den første fokusgruppe- intervjusamlingen var godt planlagt. Det gav økt trygghet. Lokaltetene var avklart, det var anskaffet noe å servere og det ble pyntet på bordet for å skape en god atmosfære. Siden det å delta i et fokusgruppeintervju var nytt for alle deltakerne, ble forholdene forsøkt lagt til rette for å skape en lett og hyggelig atmosfære. Det ble kommentert av deltakerne når de kom. Det var en lett og pratsom stemning før seansen startet. Det var en spennende og ny situasjon for oss alle. Det ble formidlet en godt forbredt generell informasjon om bakgrunnen for prosjektet. Rollene og ansvarsområdene ble definert og kjøreregler og problemstilling ble lest opp. Disse lå fremme foran deltakerne under hele seansen.

Den assisterende moderator var en person som alle deltakerne kjente fra tidligere. Denne personen var kun en observatør under fokusgruppe- intervjuet, og hadde en tilbaketrukket rolle. Hun kom ikke med kommentarer så lenge deltakerne var til stede. Deltakerne ble informert om bakgrunnen for hennes tilstedeværelse under fokusgruppene. I denne settingen hadde denne personen lite påvirkning på dataskapningen.

En kritikk som jeg retter til meg selv i ettertid, etter det første fokusgruppeintervjuet, er hvordan jeg selv forholdt meg når diskusjonen stilnet. Før det første intervjuet ble startet, ble det lagt frem at stillhet i gruppa var en del av prosessen. Allikevel lot jeg meg påvirke av at det fort ble stille, etter at det første spørsmålet ble stilt. Det resulterte i at for å bryte stillheten, ble andre spørsmål lagt frem ganske tidlig. Jeg glemte min egen beskrivelse av taushet og novisen i denne settingen kom tydelig frem i meg selv. Siden jeg var for opptatt av meg selv, ble bevisstheten mot at gruppen trengte tid svekket. En oppløsende beskrivelse fra en av

deltakerne fjernet denne terskelen, fordi det løftet frem latter hos alle. Deltakerne ble opplevd som friere etter dette. Som en novise i rollen som moderator, opplevde jeg en lettelse over denne endringen i gruppe- stemningen. Assisterende moderator la også merke til den mer avslappende stemningen som oppsto.

I forkant av det andre fokusgruppeintervjuet var settingen mer kjent. Prosessen var gjennomført en gang før og deltakerne hadde gitt tilbakemeldinger om at det første fokusgruppeintervjuet hadde vært interessant og lærerikt. Flere gav uttrykk for at de var glade for at de hadde blitt med på dette. Det var blitt vist interesse for prosessen og studien, da flere spurte om det og var interessert. Det ble en bekreftelse på at det hadde vært meningsfylt å delta. Det var noe nysgjerrighet knyttet til om deltakerne kom til å være like entusiastiske den andre samlingen, eller om det var spenningen ved å delta i noe de ikke hadde vært med på før, som drev dem forrige gang. Det var tanker rundt om økt forutsigbarhet, ved å delta i det andre intervjuet kunne føre til at de følte seg i en mer kjent setting, slik at de slapp den første terskelen med å komme i gang og dermed ”produsere” data med en gang. En uke før det andre fokusgruppeintervjuet skulle gjøres, fikk deltakerne utlevert et sammendrag av dataen og en foreløpig analyse av det som kom inn ved det første intervjuet. Det fikk de av to grunner: deltakerne skulle få en påminnelse om tema og starte tankerekker på området og for at deltakerne skulle få en påminnelse om hva som var tatt opp ved første intervju. Bakgrunnen for dette var å fremme at samme data som ble diskutert ved første intervju, også ble diskutert ved siste samling, men mer utfyllende. Deltakerne ble også ufordret i forhold til å tenke på et case som omhandlet temaet. Eventuelle case ble planlagt at skulle legges frem i starten av gruppeintervjuet, for å ha noe forutsigbart i begynnelsen av intervjuet.

Det andre fokusgruppe- samlingen deltok syv av åtte deltakere. Det ble åpnet med en rask introduksjon med sammendraget og tanken bak det. Ordet ble så gitt til deltakerne, hvor det ble spurt om noen hadde noe å kommentere i denne sammenheng. Det var det ikke. Gruppen ble så oppfordret til å legge frem eventuelle case. To case, som deltakerne la frem, ble drøftet av gruppen. De omhandlet temaer som var blitt drøftet i det første fokusgruppeintervjuet. Både moderator og assisterende moderator opplevde at det tok tid før diskusjonene kom godt i gang.

Generelt inntrykk fra runde to var at diskusjonene ikke gled like godt som i det første fokusgruppeintervjuet. Det kan være flere grunner til dette. Det manglet en deltaker som var

aktiv i første runde, og som tok mye ansvar for dialogen når det ble stille i gruppen. Noen av deltakerne hadde vært på jobb den dagen, og det kunne være slitsomt å ta del i diskusjonene. Et annet element kunne være at den indre spenningen ble mindre fordi de visste mer om hva de gikk til og at det hadde en påvirkning på aktiviteten. Intervjuguiden hadde hovedtemaer som kunne omhandle uartikulert kunnskap, noe som kunne være en faktor som kunne virke inn.

Begge fokusgruppeintervjuene varte i to timer. De deltakerne som møtte opp på egen fritid, fikk økonomisk kompensasjon. Tilbakemeldinger fra deltakerne i ettertid var at de syntes denne måten å jobbe på var veldig lærerikt og bevisstgjørende. De sa det var spennende og at de også hadde tro på denne måten å jobbe på, hvor en reflekterte og assosierte sammen. Deltakerne sa det var vanskelig å sette ord på uartikulert kunnskap, men at det var fint å få spørsmål hvor en faktisk måtte tenke seg litt om, for å kunne svare.

Ut i fra to gjennomførte fokusgruppeintervjuer, kom det frem store mengder med data. Analyseprosessen ble en tidkrevende og nøysommelig prosess, hvor det hele tiden var nødvendig å se tilbake på hva som var gjort tidligere i de ulike trinnene. Det ble viktig for å være tro mot den opprinnelige teksten og sikre at de temaene som ble valgt sto i samsvar med det deltakerne hadde sagt.

Om datainnsamlingen hadde blitt gjort ved individuelle kvalitative intervju, ville dataen mest sannsynlig blitt mer systematisk. Det hadde blitt mulig å sammenligne hvilke temaer som ble trukket frem i ulik grad hos de ulike deltakerne. Jeg støtter meg til Kizinger (1995) som sier at fokusgruppeintervju er velegnet når man vil fange opp forståelse og erfaringer, noe som er et formål i dette studiet. Kizinger sier at fokusgruppeintervjuer er gode for å få tak i hva, hvordan og hvorfor deltakerne tenker og gjør som de gjør.

KAPITTEL 5 AVSLUTNING

Bakgrunnen for denne studien var behovet for å få mer forskningsmessig kunnskap om helsefremmende miljøterapi. Hensikten var å undersøke miljøpersonalets praksis i møte med pasienter i ustrukturert tid og deres forståelse av ansvarliggjøring av pasienter, slik de to forskningsspørsmålene viste. Beskrivelsene som kom frem, gir svar på disse. Funnene viser

at det legges vekt på hvordan den enkelte møter ”den andre” som subjekt, med de egenskaper en selv innehar, for å oppnå forståelse for det ”den andre” forsøker å presentere. Denne forståelsen ble i denne studien konkretisert hvordan den blir brukt, i et bevisst samspill med pasientene, for å fremme nye erfaringer og muligheter. I praksis har jeg erfart diskusjoner rundt begrepene ansvarliggjøring og omsorg. Ofte ble disse begrepene satt opp i mot hverandre. Denne studien mener jeg belyser at det ikke finnes noe enten eller, men heller begge deler. Det sentrale er at den støtten som blir gitt, blir tilpasset mottakerens behov og ståsted.

En opplevelse jeg som forsker og miljøpersonalet sitter igjen med, er at beskrivelsene som har kommet frem er gjenkjennelige, i forhold til mine egne erfaringer. Noe som er spennende, er at mye av kunnskapen som har kommet frem, ikke er beskrevet og gjort så konkret tidligere. Deltakerne beskrev det de gjorde i sin praksis som miljøarbeider i møte med pasienter i ustrukturert tid. De beskrev ikke teorier, men praktisk handling og tanken bak det.

For meg har denne prosessen vært bevisstgjørende og avklarende. Deltakerne har etter begge fokusgruppene sagt at det var lærerikt å sitte sammen i gruppe og skulle diskutere et bestemt tema. Flere bekreftet at assosiasjonsrekkene kom, når flere tenkte og diskuterte i gruppe. De mente dette var en god form å jobbe med andre temaer, uten at det nødvendigvis var i forskningsformål.

Det som kan ha betydning for institusjonen er at en del uartikulert kunnskap er blitt gjort artikulert og dokumentert. Det er bevisstgjørende og kan være som et ledd i å skape en mer felles faglig plattform for avdelingen.

Miljøpersonalet som er bevisst sin rolle og strategi i møte med pasienter, mener jeg denne studien belyser som sentralt. Å ha et bevisst forhold til helsefremmende arbeid, vil ha betydning for det miljøarbeidet som blir gjort, fordi det bygger på en grunnholdning om at helsen er i en kontinuerlig endring, uansett livssituasjon.

Denne studien kan ha betydning for videre forskning, fordi den viser hva dette utvalget av miljøpersonalet legger vekt på i sin praksis i møte med pasienter i ustrukturert tid. Dette er nyttig kunnskap å bygge videre på. Her blir personalperspektivet tydeliggjort, i forhold til møte med pasientene i ustrukturert tid. Det kunne vært nyttig og utviklende å snu

perspektivet. En kunne stilt pasientene spørsmål om hva de mener i forhold til personalets rolle i her og nå situasjoner, hva de tenker i forhold til å bli ansvarliggjort og hva som åpner for nye erfaringer og utvikling. Det kunne vært interessant å få deres beskrivelser av hva de mener vil kunne gjøre at de ser nye muligheter. Et annet spennende spørsmål er hvordan pasientene og eventuelt personalet ser på kontekstens generelle betydning i forhold til helsefremmende miljøarbeid. Hvilken betydning har konteksten i en døgninstitusjon og hvordan oppleves den individuelle oppfølgingen i forhold til døgnkontinuitet? Pasientenes egen kunnskap om dette er en viktig kilde som kan svare på mange av disse spørsmålene.

LITTERATURLISTE

- Almvik, Arve, Borge, Lisbet (2000). *Tusenkunstnerne Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Almvik, Arve, Borge, Lisbet (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget
- Andersen, Anders Johan W. (red) (1997) *Uten fasit. Perspektiver på miljøterapi*. Cappelen Akademiske Forlag as.
- Andvik, Ellen, Syse, Jonn, Iversen, Petter, E, Vik, Lars (2011) *Forskningsprosjektet Miljøterapi- "Når rammene løses opp" Smidige overganger mellom kommune og DPS* Tønsberg: Høgskolen i Vestfold. Rapport 2.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco. Jossey- Bass Inc. Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenetic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International, 11,1; 11-18
- Anonovsky, A . (1996). *The sens of coherence. An historical and future perspective*. Israel Journal of Medical Science, 32; 170- 178.
- Barker A. P. & Barker P. B.(2009). *En søgen efter personen:tidal- modellen og holistisk assessment*. I:Buus N.(red.) *Psykiatrisk sygepleje*. Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Beston, Gro, Borge, Lisbet, Eriksson, Bengt, E, Holte, Jan, Stensland, Hummelvold, Jan Kåre, Ottosen, Arild (red.) (2007). *Refleksjoner fra forskningsprosjektet "Helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet" (PHIL)* Høgskolen i Hedemark, Rapport nr. 1- 2007

- Binnema, Daniel, BA, BN, RN (2004). *Interrelations of psychiatric patient experiences of boredom and mental health*. Issues in Mental Health Nursing, 25:833-842.
- Borg, Marit (2009). *Bedrinsprosesser slik de leves I hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. Tidsskrift for norsk psykologforening. Nr 46: 452- 459
- Borg M. & Davidson L. (2008). *Recovery as lived in everyday experience*. Journal of Mental Health 17 (2): 129- 141.
- Borge, Lisbet (2005). *Faglighet, hjertelag og skjønnhet- pasienters perspektiv på behandling*. En publikasjonsserie fra Modum Bad nr 3. 2007
- Borge, Lisbet and Hummelvoll, J.K. (2008). *Patients; experience of learning and gaining personal knowledge during a stay at a mental hospital*. Journal of Psychiatric and mental Health Nursing, 15, 365-373.
- Brudal, L.F. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid* Bergen: Fagbokforlaget
- Cumming, J. & Cumming, E. (1957). *Social equilibrium and social change in the large mental hospital*. In M. Greeblatt, D.J Levinson & R. H. Williams (Eds.). *The Patient and the mental hospital* (pp. 49-71). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Cohen, Marcia, B (1998). *Perceptions of power in client/Worker relationships*. Families in society; Jul/Aug; 79,4 Proquest psychology journals pg. 433.
- Davidson L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitativ studies of recovery in schizofrenia*. New York: Nev York University Press.
- Davidson L., O`Connel M.J., Tandora J., Lawless M. & Evans A.C. (2005).. *Recovery in Serious Mental Illness: A new Wine or Just a New Bottle?* Professional Psychology: Reasearch and Practice. 36(5):480- 487.
- Deegan P. (2000). *Hvordan vinne tilbake egenverdet etter å ha fått en diagnose*. Dialog 2-3:96- 103.
- Fitzsimons, S., & Fuller, R. (2002). *Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review*. Journal of Metal Health, 11(5), 481-499.
- Gunderson, J. G. (1978). *Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus*. Psychiatry, 41, 327- 335.
- Hansen, Ellen Sæter, Karlsson, Bengt (2009). *Den forskende terapeut- refleksjoner over forskningsetikk og kvalitativ metodologi*. Tidsskrift for norsk psykologforening, vol 46, nummer 11, side 1044- 1048.
- Haugsgjerd, Svein, Jensen, Per, Karlsson, Bengt, Løkke Jon A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse- å forstå, beskrive og behandle*. 3. utgave. Gyldendal akademiske.

- Hedelin, B. (2000). *Med gemenskap som grund: psykisk Hläsa ock ohälsa hos äldre människor ock psykiatrisjöterskans hälsofrämjande arbete*. PhD. Nordisk Hälsovordshögskolan
- Heidegger, M. (1962). *Being and time* (MacQuarrie J. & Robinson E. trans.) Harper & Row, New York.
- Helsedirektoratet (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet: IK- 2233.
- Hubbel, M. A., Duncan, B.L., Miller, S. D. (1999). *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washinhton, DC: American Psychological Association.
- Husserl E. (1989). *Fenomenologiens ide*. Gøteborg: Diadalog;
- Husserl E. (1965). *Phenomenology and the Crisis of Philosophy* (Lauer Q. trans.) Harper & Row, New York.
- Holm, Lennart, Oestrich, Irene Henriette, Austin, Stephen, Beck, Søren, La Cour, Lise Lotte, Lykke, Jørgen, (2006). *Kognitiv miljøterapi. At skabe et behandlingsmiljø i likeværdigt samarbejde*. 2. utgave. Dansk psykologisk forlag.
- Hummelvold J. K (1980). *Innsikt- en kilde til liv. Artikler i psykiatrisk sykepleie*. TANUM-NORLI Oslo
- Hummelvoll, J. K (1992). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Ad Notam Gyldendal AS
- Hummelvoll, J.K. (2003). De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter- fokus på akuttpsykiatrien. In J. K. Hummelvoll (Ed.) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningsarbeid i akuttpsykiatrien (pp.51-87)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvold, J.K. (2008). *The multistagefocusgroup interview: A relevant and fruitfull metod in action research based on a co-operative inquiry perspective*. Norsk tidsskrift for sykepleieforskning 2008; 1:3-15.
- Jerome, C., & Tonmoy, S. (1994). *In- patient psychiatric care- what helps? Staff and patient perspectives*. Journal of Mental Health, 3(1),99-105.
- Joahda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books, New York
- Kilvik, Astrid, Lamøy, Liv Inger (2007) *Litteratursøking i medisn og helsefag. En håndbok*. Tapir Akademiske Forlag, Trondheim.
- Kitzinger, J. (1995). *Qualitative research. Introducing focus groups*. Brititsh journal (Clinical research ed.). Vol. 311: 700, s. 299-302.

- Kristiansen, Per Jørgen Langø (2010). *Moderne miljøterapi* Masteroppgave i helsefag, Universitetet i Tromsø
- Kvale, Steinar, Brinkmann, Svend (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave, Oslo: Gyldendal akademiske
- Lerdal, Anders (2008). *Bruk av fokusgruppeintervju*. *Sykepleien Forskning* 3(3):172-175.
- Langeland, Eva (2009). *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. *Sykepleien Forskning* 4(4):288-296.
- Linhorst, Donald M., Hamilton, Gary, Young, Eric, Eckert, Anne (2002). *Opportunities and barriers to empower people with severe mental illness through partisipant in treatment planning*. *Sosial Work*, vol. 47 number 4.
- Løgstrup K.E. (1991). *Den etiske fordring*. 2. utg. Nordisk forlag a/s.
- Malterud, Kirsti (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 4. opplag, Oslo: Universitetsforlaget
- Mannsåker, Inge (1978). *Å vokse til ansvar*. Tanum- Nordli, Oslo, 1978.
- Martinsen, Kari (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filodfiske essays*. TANUM A.S
- Martinsen, Kari (1990). *Omsorg I Sykepleien- en moralsk utfordring*. I. Jensen & G. Engelsrud (Eds.), *Moderne omsorgsbilder* (pp.234.s.). Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, Kari (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. TANO A.S
- Martinsen, Kari (1993). *Den omtensomme sykepleier* TANO A.S
- Morgan, David L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Library of Congress Cataloging- in- Publication Data
- Nelson, G., Lord, J., & Ochocha, J. (2001). *Empowerment and mental Health in community; Narratives of psychiatric consumer/ survivors*. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11, 125- 142.
- Nikelly, A. (2011). *The role of environment in mental health: Individual empowerment through social restructuring*. *The Journal og Applied Behavioral Science*, 37(3),305-324.
- NOU 1998: 18: *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2005: 3: *Fra stykkevis til helt- en sammenhengende tjeneste*. Sosial- og helsedepartementet.

- Quirk, A., & Lelliott P. (2001). *What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence.* Social Science & Medicine, 53, 1565-1574.
- Ruyter, Knut W (2007). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn.* 1.utgave, 2. opplag, Oslo: Gyldendal akademiske
- Scwartz, M.S.(1957). *What is a therapeutic milieu?* In M. Greenblatt, D. J. Levinson & R. H. Williams (Eds.), *The patient and the mental hospital* (pp. 130- 144). Glencoe, Illinois: The Free Press.
- Skoglund, A. (2011). *Når virkligheten strammer grepet. Overdoser hos beboerne i lavterskel botiltak i Oslo: ansatte forteller.* MPH 2011:2 Nordiska Högskolan för folkhällovetenskap.
- Skjervheim, Hans (1996). *Deltaker og tilskodar og andre essays.* Aschehoug forlag, Oslo
- Skorpen, Aina, Øye, Ckristine (2008). *Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser.* Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet, Norway.
- Sørensen, Marit, Graf- Iversen, Sidsel, Haugstvedt, Karen- Therese, Enger- Karlesen, Toril, Narum, Inger Grete (2002). *Empowerment i helsefremmende arbeid.* Tidsskr Nor Lægeforen nr. 24, 122.
- Thagaard, Tove (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* 3. utgave, Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas , S., Shattell, M., & Martin, T. (2002). *What`s therapeutic about the therapeutic milieu?* Archives of Psychiatric Nursing, 16(3), 99-107.
- Thomassen, Niels (1992). *Filosofisk impressionisme. Temaer i K.E. Løgstrups filosofi.* København.
- Thornquist, Eline (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* 3. utgave, Bergen: Fagbokforlaget
- Tillgren, P. & Wallin, E. (1999). *Fokusgrupper- historikk, structur ock tillampning.* Socialmedicinsk tidsskrift, 76(4), 312-321.
- Topor, Alain, Borg, Marit, Mezzina, Roberto, Sells, David, Marin, Isabel, Davidson, Larry (2006). *Others: The role of family, Friends and Professionals in the Recovery Process* American Journal of psychiatric Rehabilitation, 9:17-37.
- Topor A. (2004). *Hva hjelper? Veier til bedring for alvorlige psykiske problemer.*Oslo: Kommuneforlaget.

- Vatne, Solfrid, Hoem, Elisabeth (2008). *Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care*. Journal of Advanced Nursing 61(6), 690-698
- World Health Organisation (1986). Ottawa charter for Health Promotion. Geneva: WHO
- Yorkovich, E., Smyer, T., & Dean, L. (1999). *Maintaining health: Proactive client-oriented community day treatment centers for the chronic mentally ill*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 6, 61-69.
- Øye, Christine, Bjelland, Anne Karin, Skorpen, Aina, Andersen, Norman (2009). *Raising Adult as children? A report on milieu therapy in a psychiatric ward in Norway*. Issues in mental health nursing, 30: 151- 158.
- Helseforskningsloven(2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* 06- 20 nr 44. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
<http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html> (nedlastet 22.04.12)
- Helse- og omsorgsdepartementet(1997). *Opptrappingsplan for psykisk helse 1999- 2006*. Nr. 63(1997/98) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915> (nedlastet 22.04.12)
- Helse- og omsorgsdepartementet(2006). *Mestring, muligheter og mening- fremtidens utfordringer*. St. meld. nr. 25 (2005/2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/Stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> nedlastet (22.04.12)
- Personopplysningsloven (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. 04- 14- 31 Oslo: Justis- og politidepartementet.
<http://www.lovdata.no/all/nl-20000414-031.html> (nedlastet 22.04.12)
- Psykisk helsevernlov (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. 07.02 nr 62. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-062.html&emne=psykisk*%20helsevern*& (nedlastet 22.04.12)
- <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinkideklarasjonen/> (nedlastet 30.04.12)
- [http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20ju ss%20og%20teologi%20\(2006\).pdf](http://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20ju ss%20og%20teologi%20(2006).pdf) (nedlastet 30.04.12)
- https://pvo.nsd.no/meldeskjema/nytt_meldeskjema (nedlastet 23.11.10)

Vedlegg 1

Hei!

Jeg sender informasjon til alle som er ansatt i kveld,- natt,- og helgtjenesten, siden jeg skal gjennomføre et studie i avdelingen. Dette er en del av en masteroppgave i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud. I forbindelse med å styrke den miljøterapeutiske plattform på avdelingen, ønsker jeg å se på hvilke erfaringer de ansatte har i denne forbindelse. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan den ustrukturerte tiden (det vil si når kveld,- natt,- og helgtjenesten er på vakt) beskrives av de ansatte og om hvordan deltagerne tenker at det terapeutiske miljøet kan være med på å fremme ansvarliggjøring og empowerment hos pasientene.

Jeg ønsker å samle 6- 8 ansatte i en fokusgruppe. Målet er å ha en samling med denne gruppen før og en etter sommeren hvor sentrale temaer blir diskutert.

Siden det er få ansatte ved avdelingen og miljøet er gjennomiktig, vil jeg av hensyn til anonymitet ta direkte kontakt med 8 stykker. Jeg vil understreke at de som får forespørsel kan takke nei, og at det ikke følger noen forventninger til å måtte delta. Jeg er bevisst at det kan være ubehagelig å takke nei, siden studiet skal foregå på egen avdeling og av en kollega. Jeg understreker derfor at deltagelsen skal oppleves som frivillig.

MVH

Hege Eileen Næss

Vedlegg 2

SKJEMATISK FREMSTILLING AV SYSTEMATISK LITTERATURSØK VIA DATABASER

	DATABASE Medline (ovid) 1950-present	PubMed	Cinahl	Psyk Info
NØKKELORD				
1) Empowerment	10599	18747	8450	7596
2) Patient empowerment	14325	6109	448	160546
3) Salutogenesis	254346	69606	52	108695 keyword: 120
4) Milieu therapy	973	4947	66	736
5) Here and now focus	12	6949	12	18
6) Nurse patient relation"s"	73755	29197	40	11
7) Nursing	399753	497975	480700	31644
8) Nurse"s" knowledge	74152	20275	969	221
9) Caring conversation	191823	93	12	4
10) Emotional stress	68059	88647	917	1414
11) Inner turmoil	132363	25	8	46
KOMBINASJONER				
12) 1. Empowerment OR 2. Patient empowerment	23992	18747	8450	164092
13) 12. AND Nurse patient relation"s"	2847	29206	8450	8
14) 12. AND Nurse patient relation"s" AND Inner turmoil	152	2		0
15) 12. AND Nurse patient relation"s" AND Emotional Stress	57	1043	6	0
16) 12. AND Nurse patient relation"s" AND Inner turmoil AND Milieu therapy Søk 2: 16 med begrensninger: adolts 19+,	2	0	396 Søk2: 64	0
17) 12. AND Nurse patient relation"s" AND Emotional stress AND Milieu therapy	0	1		0
18) 12. AND Here AND now focus	0	38	1	3
19) Milieu therapy AND Nurse"s" knowledge Søk 2: begrensning Adolts 19+	3	15259	586 søk 2: 94	1
20) Milieu therapy AND Nursing	141	391	28	40
21) Milieu therapy AND Nursing AND 12.	5	7		20
				0
22) 15 AND Caring conversation	118	0		0
23) 15 AND Nursing	94	1		0
24) 14. AND Nurse"s" knowledge	12	0 uten flertall		0
25) 15. and Nursing	20	878		0
26) 15. AND Nurse"s" knowledge	7	87 (uten flertall)		0
27) Milieu Therapy AND Patient nurse relation"s"	60	29197	661	0
28) Milieu therapy AND Patient nurse relation"s" AND 10. Søk 2: Begrensning all adolts 19+	2	809	728 søk 2: 123	0
29) 28 AND emotional stress		31		0
30) 25. med begrensninger: English, adult, Published in the last 10 years, nurse journals		153		0

31) 3 AND Empowerment	1931	1066	5	980
32) 3 And milieu therapy	10	53		11
33) 31) AND Milieu Therapy	0	0		0
34) 31 AND Here and now focus	0	8		1
35) 31 AND Nursing	597	296		48
36) 35 med begrensninger: Søk 1: English, All adolts 19+, Published in the last 10 years Søk 2: English, All Adolts 19+	Søk 1: 0 Søk 2: 253	66		

Vedlegg 3

FORESPØRSEL OM Å DELTA FOKUSGRUPPEINTERVJUER.

Dette er en forespørsel til deg som ansatt om å delta i en studie om miljøterapi i ustrukturert tid, når kveld,- natt, og helg- tjenesten er tilgjengelig for pasientene.

I forbindelse med å styrke den miljøterapeutiske plattformen på avdelingen er det ønskelig å utvikle kunnskap om hvordan den ustrukturerte tiden i det terapeutiske miljøet beskrives og forstås av ansatte. Dessuten er det nødvendig å undersøke hvordan den ustrukturerte tiden kan fremme empowerment hos pasientene. Dette er en invitasjon til deg om å delta i en studie som tar utgangspunkt i dine erfaringer om dette tema, og hvilke opplevelser og tanker du har i denne forbindelse. Studiet er en del av en masteroppgave i klinisk helsearbeid ved Høgskolen i Buskerud.

For å undersøke det som er nevnt over, inviteres du med dette til to fokusgruppeintervjuer sammen med en gruppe på 6- 8 andre ansatte, hvor disse temaene vil bli drøftet. Deltakerne er ansatte i kveld,- natt og helg- tjenesten.

Spørsmålene vil dreie seg om hvordan den ustrukturerte tiden beskrives og forstås av ansatte og om hvordan deltakerne tenker at det terapeutiske miljøet kan være med på å fremme ansvarliggjøring og empowerment hos pasientene.

For å samle data blir det brukt lydopptaker, og det vil være med en assisterende gruppeleder som noterer under intervjuet. Intervjuet vil ta ca 2 timer og vil foregå på Modum Bad. Sted og tidspunkt vil bli avtalt på et senere tidspunkt.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Data som gjelder deg vil da bli slette. Randi Ann Hoffart vil være tilgjengelig for deltakerne, dersom det skulle bli behov for det etterpå. Hun er verken knyttet til avdelingen eller studien. Hun vil ha myndighet til å stoppe studien dersom hun vurderer det får negative konsekvenser for enkeltpersoner eller arbeidsmiljøet.

Alle data blir anonymisert. Innsamlede opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det innebærer at indirekte

personidentifiserende opplysninger (som sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f. Eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller endres. Ved studiens avslutning 30.06.2012 vil alt konfidensielt materiale og lydopptak bli slettet.

Dersom du velger å være med i fokusgruppeintervjuene, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og returnerer den til undertegnede. Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 97176889.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste.

MVH

Hege Eileen Næss

Jungerveien 193

3320 Vestfossen

SAMTYKKE ERKLÆRING:

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studiet og er villig til å delta.

Dato og signatur.....

Telefonnummer.....

Jeg erklærer å ha gitt muntlig og skriftlig informasjon om studiet.

Dato og signatur.....

Vedlegg 4

INTERVJUGUIDE

Inntroduksjon

- Hensikt/ bakgrunn
- Avklaring av forkerens rolle og hvordan et fokusgruppeintervju skal skje
- ustrukturert tid i det terapeutiske miljø
- empowerment/ansvarliggjøring

Forskningsspørsmål 1

- a. Hva er ustrukturert tid slik som dere ansatte ser det?
- b. Hvordan tenker dere at den ustrukturerte tiden kan brukes miljøterapeutisk?
 - Verktøy
 - Hva er godt når pas har det vanskelig
 - trene på å oppnå økt mestringsevne av symptomer
- c. Hva betyr den ustrukturerte tiden for relasjonen mellom ansatte og pasient?
- d. Hvordan møter dere pasienter i den ustrukturerte tiden?
 - Kan dere gi eksempler på ulike strategier?
- e. Hva tenker dere kveld, - natt og helgtjenesten er gode på?
- f. Hva tenker dere kveld, - natt og helgtjenesten kan bli bedre på?
 - Kontinuitet/døgnkontinuelig samarbeid

Forskningsspørsmål 2

- a. Hva betyr ansvarliggjort pasient for dere som personalet?
Eksempler?
- b. Hva gjør personalet for å fremme ansvar hos pasienten i ustrukturert tid?
Eksempler?
(For lite/ for mye/ finne rett ballanse...)
- c. Hvordan tenker dere at graden av opplevelse av å være ansvarliggjort som pasient har innvikning på psykisk helse?
Eksempler?

Vedlegg 5

GUIDE FOR FOKUSGRUPPEINTERVJU 2 06.09.11

Case:

- 1) Er det noen her som har tenkt på en situasjon i den ustrukturerte tiden, hvor en i møtet med pasient har jobbet med å fremme ansvarliggjøring?

Fint om den som "eier historien" forteller den først, og så kan gruppa komme med innspill etter hvert. Flott å få frem flere erfaringer. Gjør ikke noe om situasjonene virker like.

Grunnlagstenkning/ ulike behandlingsmodeller:

- 2) I det forrige samlingen, kom det frem at personalet møter pasienter fra forskjellige avdelinger som har ulike behandlingsopplegg.
 - a. Hvilke automatiske tanker får dere i møte med pasientene, ut i fra hvilken avdeling de kommer fra?
 - b. Hvordan påvirker dette hva dere gjør i møtet, med tanke på ansvarliggjøring av pasienten?
 - i. Har dere ulike strategier i møtet med for eksempel en traumepasient kontra en pasient fra spis eller depresjonsavdelingen?

Inntuning:

- 3) Inntuning var et begrep som ble nevnt forrige samling. Klarer dere beskrive hva dere gjør når dere tuner inn på den kanalen pasienten er?

(Er det det samme som: Bekrefte, anerkjenne, reflektere, fremme nye handlingsmønstre, bevisstgjøre "her og nå" fokus?)

 - a. Har dette noe å si i forhold til ansvarliggjøring av pasientene?
 - i. Ballanse ut i fra evne...
- 4) Det ble i forrige møte beskrevet av personalet skal "se- og bli sett" i miljøet. Hvordan gjør dere det?
 - a. Har dette noe å si i forhold til ansvarliggjøring av pasientene?

Hvordan ansvarliggjøre en "passiv" pasient?

- 5) Dere beskrev den ansvarliggjorte pasient som en som har en aktiv deltagelse i sin behandlingsprosess og som har en indre motivasjon til endring. Hva gjør dere for å fremme dette hos pasienter, hvor dette ikke er tilstede?

Vedlegg 6

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Stian Nissen Biong
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Buskerud, Drammen
Postboks 7053
3007 DRAMMEN

Vår dato: 09.05.2011

Vår ref: 26850 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26850	<i>Miljøpersonalets beskrivelser av miljøterapi som fremmer empowerment hos pasientene i ustrukturert tid</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Stian Nissen Biong</i>
Student	<i>Hege Eileen Næss</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingene av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
✓ Kopi: Hege Eileen Næss, Jungerveien 193, 3320 VESTFOSSEN

Avdelingskontorer / District Offices:

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

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

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@ut.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 26850

Utvalget består av 6-8 ansatte ved kveld-, natt- og helgetjenesten. Data samles inn via fokusgruppeintervju.

Førstegangskontakt foretas via e-post til hele avdelingen med generell informasjon om studien. Videre vil prosjektmedarbeider med kjennskap til avdelingen, ta direkte kontakt med informanter som oppfyller utvalgsriteriene. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjemaet tilfredsstillende, forutsatt at det skrives mer eksplisitt at lydopptak slettes og opplysningene anonymiseres ved prosjektslutt.

Prosjektet skal avsluttes 30.6.2011 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at indirekte personidentifiserende opplysninger (som sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f. eks. yrke, alder, kjønn, arbeidssted) fjernes eller endres.