

Helsefremming

Hva betyr helsefremming for psykisk helsearbeidere og hvordan opplever og erfarer de at de arbeider helsefremmende?



Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Psykisk helsearbeid

Masteroppgave 30 studiepoeng

Student Ellinor Lindland

Veileder Inge Joa

Dato 15.11.2016

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Høst 2016

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Ellinor Lindland

VEILEDER: Inge Joa

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Helsefremming

Hva betyr helsefremming for psykisk helsearbeidere og hvordan opplever og erfarer de at arbeider helsefremmende ?

Engelsk tittel: Health promotion

What does health- promotion means for mental health professionals and how do they work health promotion related ?

EMNEORD/STIKKORD: Helsefremming, recovery, motiverende intervju, myndiggjøring

ANTALL SIDER: 59

STAVANGER 15.11.2016

Forord

Mitt mastergradsløp har vart i 3,5 år og har vært utrolig spennende og svært lærerikt. Jeg har kombinert studiet med mitt arbeid innenfor psykisk helsearbeid i kommunal sektor. Det kan anbefales å kombinere arbeid med studier, det har gitt all ny teoretisk kunnskap endel praktiske ”knagger” å henge det på.

Takken min går til de 7 informantene som stilte så velvillig opp med all sin tid, erfaringer og kunnskaper, uten de hadde ikke denne masteroppgaven sett dagens lys.

Ellinor Lindland

INNHold

SAMMENDRAG	6
1. INNLEDNING	9
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV PROBLEMSTILLING	10
1.2. HENSIKT OG MÅL	12
1.3. PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	12
1.4. BEGREPSAVKLARING	12
1.4.1. Medarbeider med brukererfaring	13
1.4.2. Empowerment/ Myndiggjøring	13
1.5. OPPGAVENS OPPBYGGING OG STRUKTUR	13
2. RELEVANT FORSKNING OG TEORETISK RAMMEVERK	14
2.1. TIDLIGERE FORSKNING	14
2.1.1. Forståelse av helsefremming i sykepleie	15
2.1.2. Helsefremmende arbeid som det «lille ekstra»	15
2.1.3. Ta oss på alvor	16
2.1.4. Helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten. Helsesøsters muligheter og begrensninger	16
2.1.5. Sykepleiers oppfatninger, forståelse og opplevelse av helsefremming.	17
2.2. TEORETISK RAMMEVERK	17
2.2.1. Helsefremming	17
2.2.2. Empowerment	17
2.2.3. Recovery orientert arbeid/ fokus	19
2.2.4. Motiverende intervjuer	22
3. METODE	22
3.1. KVALITATIV METODE	23
3.2. DATAINNSAMLING	23
3.2.1. Utvalg av informanter og rekruttering	24
3.2.2. Intervjuer	25
3.2.3. Transkribering av intervju	28
3.3. FORSKERROLLEN	28
3.4. ANALYSE	31
3.4.1. Analyseprosessen	32
3.5. REFLEKSJONER RUNDT STUDIENS TROVERDIGHET	35
3.5.1. Pålitelighet (Reliabilitet)	35
3.5.2. Validitet	35
3.5.3. Overførbarhet	36
4. FORSKNINGSETIKK	37
4.1. ETISKE VURDERINGER	38
5. STUDIENS FUNN	39
5.1. HVA BETYR HELSEFREMMING?	39
5.2. DE «SMÅ TINGENE» I HVERDAGEN- HELSEFREMMEDE ARBEID	40
5.3. MOTIVERENDE INTERVJU SOM METODE	41
5.4. RECOVERY SOM GRUNNLAGSFORSTÅELSE	41
5.5. BRUKEREN ER EKSPERTEN PÅ SITT LIV - MYNDIGGJØRING	42
5.6. HELSEFREMMEDE RETNING I FORHOLD TIL BRUKERNE	43
5.6.1. Betydning av ansatte med brukererfaring og tverrfaglighet	43
5.6.2. Fokus på kollegaveiledning og solskinnshistoriene	43
6. TOLKNING AV RESULTAT	43

6.1. ET GODT LIV- FORSTÅELSE AV BEGREPET HELSEFREMMING	44
6.2. DE SMÅ TINGENE I HVERDAGEN - HELSEFREMMEDE ARBEID	45
6.3. MOTIVERENDE INTERVJU SOM METODE	47
6.4. RECOVERY- ORIENTERT ARBEID	48
6.5. BRUKEREN ER EKSPERTEN PÅ SITT LIV- MYNDIGGJØRING	50
6.6. HELSEFREMMEDE RETNING I FORHOLD TIL BRUKERNE	52
6.6.1. Betydning av ansatte med brukererfaring og tverrfaglighet	52
6.6.2. Fokus på kollegaveiledning	53
7. OPPSUMMERING, KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	54
LITTERATURLISTE.....	56
VEDLEGG 1: FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET	60
VEDLEGG 2: AVTALE I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE KNYTTET TIL OFFENTLIG OG/ELLER PRIVAT VIRKSOMHET	62
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE	64
VEDLEGG 4: KVITTERING FRA NSD	65

Sammendrag

Bakgrunn: Kommunehelsetjenesten står foran et stort reformarbeid. Det skal legges mer vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på økt brukerinnflytelse og økt støtte til egenmestring. Fokuset skal flyttes fra det syke til det friske. Et slikt helhetlig ressursorientert perspektiv innebærer en mer aktiv brukerrolle ved at de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen, mobiliseres og utnyttes (Haugan 2014).

Problemstilling: Med bakgrunn fra arbeidet mitt innenfor psykisk helse, interessefelt og kunnskaper som er opparbeidet, før og under, mastergradsstudiet har jeg utformet følgende problemstilling:

Hva betyr helsefremming for psykisk helsearbeidere og hvordan opplever og erfarer de at de arbeider helsefremmende?

Jeg valgte følgende forskningsspørsmål: *Hvordan forstår psykisk helsearbeidere helsefremming? Hvordan arbeider de helsefremmende? Hvordan innlemmes myndiggjøring i det daglige arbeidet? Hvordan kan man få en mer helsefremmende retning i forhold til brukerne?*

Hensikten med studien er å få frem erfaringer og kunnskaper om hva psykisk helsearbeidere legger i begrepet helsefremming, og hvordan de selv erfarer og forstår at de arbeider på en helsefremmende måte.

Metode: Studien er gjennomført ved bruk av kvalitativ metode med en fenomenologisk tilnærming. Det er benyttet semistrukturerte dybdeintervjuer i datainnsamlingen. Utvalget i studien utgjorde 7 informanter. det var 3 menn og 4 kvinner. Det var 1 vernepleier, 1 sosiolog, 2 sykepleiere, 2 ansatte med brukererfaring og 1 barnevernspedagog. Fenomenologisk analyse, modifisert av Malterud, som systematisk tekstkondensering, ble valgt som analyse.

Resultater: Jeg fant 6 funn som viste seg som fremtredende i analysen. Disse 6 funnene representerer hva psykisk helsearbeidere forstår med begrepet helsefremming og hvordan de opplever og forstår det å jobbe helsefremmende.

Hovedfunnene var som følgende: «*Et godt liv - forståelse av begrepet helsefremming*», «*De små tingene i hverdagen - helsefremmende arbeid*», «*Motiverende intervju som metode*», «*Recovery som grunnlagsforståelse*», «*Brukeren er eksperten på sitt liv*», «*En mer helsefremmende retning i forhold til brukerne*» med følgende undertema: «*Betydning av ansatte med brukererfaring og tverrfaglighet*» og «*Fokus på kollegaveiledning*».

Nøkkelord: Helsefremming, psykisk helse, myndiggjøring, recovery, motiverende intervjuer, ressurser, helsefremmende arbeid.

Konklusjon: Denne kvalitative studien baserer seg på forholdsvis få informanter og det er behov for mer forskning på psykisk helsearbeiders forståelse av begrepet helsefremming og på hvordan de forstår og erfarer at de jobber helsefremmende.

Funn i studien viser at selve begrepet og ordlyden for helsefremming er utfordrende for informantene å definere. Det viser seg allikevel at de jobber helsefremmende og har et helsefremmende perspektiv i møte med brukerne.

Aim: Community health- services are facing major changes. There should be more emphasis on health promotion and prevention, increased user influence and support for self- mastery. Focus should be moved from the sick to the healthy. Such a comprehensive resource oriented perspective involves a more active user role by the resources, capabilities and opportunities themselves have to cope with everyday life.

Issue: With my background from my work within mental health, field of interest and knowledge, which I have received before and under my university master level study, I have following research questions:

What does health- promotion means for mental health professionals and how do they work health promotion related?

The purpose of this study is to gain experience and knowledge about how mental health professionals understand the concept of health promotion and how they experience and understand how they work health promotion related.

Method: This study is conducted using qualitative method with a phenomenological approach. It is used semistructured in- depth interviews in the data collection. It was 7 informants. There were 3 men and 4 women. Phenomenological analysis, modified by Malterud, as a systematic text condensation, was chosen as analysis.

Results: I found 6 main themes in the analysis. These 6 discoveries represent what health-promotion means for mental health professionals and how do they work health promotion related.

Main themes following was : *«A good life - understanding of the concept of health promotion», «Those small things in everyday life - health promotion work», «Motivational interviewing as a method», «Recovery as a basis understanding», «The service user is the expert», «More health promotion direction in the future for the service users» with the following sub- topics: «the importance of employees with user experience and interdisciplinarity» and «Focus on colleague guidance».*

Keywords: Health promotion, mental health, empowerment, recovery, motivational interviews, resource.

Conclusion: This qualitative study is based on relatively few informants. There is a need for more research on mental health workers understanding of the concept of health promotion and how they understand and experience that they work in a health promotional way.

Findings in this study shows that the concept of health promotion is challenging for informants to define. It turns out that they are working in a health promotional way and that they have this perspective in their work.

1. Innledning

Ottawa- charteret ble utformet på den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid i Ottawa, Canada i 1986. I charteret defineres helsefremmende arbeid som « prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse ». Det heter videre at « For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, må et individ eller gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø». Helse skapes og utvikles i hverdagslivet (Ottawa charteret referert i Mæland 2005).

Samhandlingsreformen som kom i 2013 fokuserte på det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og mer ansvar ble lagt til den enkelte kommune (Helsedirektoratet 2014). Også i veilederen «Sammen om mestring» beskrives krav og forventninger til lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid i lys av gjeldende lovverk og nasjonale føringer. Brukerinnflytelse er en grunnleggende verdi og en rettesnor for veilederen (Helsedirektoratet 2014).

Kommunehelsetjenesten står foran et stort reformarbeid. Det skal legges mer vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på økt brukerinnflytelse og økt støtte til egenmestring. Fokuset skal flyttes fra det syke til det friske. Et slikt helhetlig ressursorientert perspektiv innebærer en mer aktiv pasient- og bruker-rolle ved at de ressurser, evner og muligheter brukerne selv har for å mestre hverdagen, mobiliseres og utnyttes. Planleggingen gjøres i samarbeid med dem det gjelder, og hjelperen må anerkjenne pasienten som likeverdig partner og som ekspert på eget liv (Haugan et al 2014).

Helsedirektoratet (2014) gir føringer til hvordan man kan utvikle et slikt perspektiv med fokus på at brukeren er ekspert på eget liv. Det sies det krever at tjeneste-utøverne ikke er forutinntatte, har fordommer eller fastlåst syn på personer eller grupper som får betydning for valg av tilbud. Det sies også at å involvere og anvende brukerens kompetanse er avgjørende for at brukerens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes. Erfaringskunnskap og fagkunnskap må ses i en helhet. Brukermedvirkning forutsetter også at tjenestene arbeider aktivt med å utvikle samarbeidet med brukerne, slik at brukerens mestringsevne og engasjement i behandlingen blir forsterket.

Innenfor helsefremming blir empowerment brukt med henvisning både til et mål som skal oppnås, det vil si å komme seg ut av en undertrykt posisjon, og som et virkemiddel for å oppnå sosial endring (Stevenson og Burke 1991 ifølge Andrews). Den norske oversettelsen av begrepet empowerment, blir ofte oversatt med myndiggjøring (Willumsen 2005).

Begrepet brukes også på flere nivåer. På makronivå brukes det i betydningen å øke en sosial gruppes kollektive makt, mens det på mikronivå skildrer prosessen med å utvikle enkeltindividets egenkontroll og tro på seg selv (Nutbeam 1998, Tones 1992, Wallerstein 1999, Restepo 2000 referert i Andrews 2003).

Slik jeg ser det, ble det etter Ottawa- charteret et skifte i helsesyn og Mæland understreker det på en klar måte. Det helsefremmende arbeidet tar ikke sitt utgangspunkt i sykdom, men i ressurser helse. God helse betraktes likevel ikke som et mål i seg selv, men som et middel til å oppnå andre ønskelige mål. Ved å styrke enkeltpersoners og befolkningens helse skapes et overskudd som gir muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling, og dermed øke livskvaliteten (Mæland 2005).

1.1. Bakgrunn for valg av problemstilling

Temaet for min masteroppgave er knyttet opp mot helsefremming og psykisk helsearbeidere sin forståelse av begrepet og hvordan de erfarer at de arbeider helsefremmende.

De senere årene har det vært økende fokus på helsefremming i alle deler av den offentlige sektor. Helsefremming blir av Verdens helseorganisasjon, WHO, definert som den prosessen som setter den enkelte, så vel som fellesskapet, i stand til å ta kontroll over forhold som virker inn på helsen (World Health Organization). Fokuset er på ressurser hos den enkelte og en dreining mot det friske fremfor det syke.

Det nye helsefremmingsperspektivet med myndiggjørings fokus utfordrer oss som psykisk helsearbeidere til å gi ifra oss ekspertrollen. Dette gjenspeiles også i lovverket. § 3-3 i Helse og Omsorgstjenesteloven som tydeliggjør at man skal drive helsefremmende og forebyggende arbeid. I pasient- og bruker rettighetsloven (endret ved lov 24 juni 2011 nr 30) § 1-1 sies det, blant annet, at lovens formål er å sikre brukere og pasienter rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten.

På bakgrunn av dette har temaet om helsefremming aktualisert seg mer og mer, dess lengre ut i masterstudiet jeg har kommet.

Min arbeidserfaring er fra den offentlige helsetjenesten gjennom 23 år, både i inn og utland. De siste 16 årene har jeg hatt mitt daglige virke i den kommunale sektor og da innenfor psykisk helsearbeid. Jeg har tidligere også jobbet på psykiatriske klinikker i statlig sektor.

Selve temaet helsefremming med myndiggjørings perspektivet i fokus har jeg vært interessert i omtrent siden jeg begynte å jobbe innenfor det psykiske helsefeltet. Den gang var ikke helsefremmingsperspektivet veldig fremtredende, men jeg var nysgjerrig på brukermedvirkning og myndiggjøring og helsepersonell sin vegring mot å gå fra ekspertrollen til en «medhjelper»-rolle. Jeg fattet spesielt interesse for myndiggjøring etter at jeg begynte i kommunal sektor. Dette fordi jeg opplevde at man jobbet ganske forskjellig fra et sykehus til et kommunalt nivå. Min opplevelse var at psykisk helsearbeidere jobbet under helt andre rammer i kommunen, vi dro hjem til brukeren eller traff brukeren på andre arenaer for å arbeide målrettet med utfordringer den enkelte måtte ha. Det å arbeide på brukerens arena gjorde noe med makt-avmaktsforholdet vi fikk til hverandre. Maktforholdet opplevdes, for min del, som om det ble snudd opp-ned. Det ga meg mange refleksjoner og gjorde meg mer nysgjerrig på temaet som omhandler helsefremming med myndiggjøring og ressursperspektivet i fokus. Jeg har relativt liten erfaring med å jobbe med mennesker som har Rop-lidelser, men jeg har en antagelse om at psykisk helsearbeidere som jobber i forhold til denne målgruppen må ha et spesielt engasjement, tålmodighet, fagkunnskap og personlig egnethet for å utføre den jobben de skal. Dette mener jeg fordi mennesker med Rop-lidelser har ekstra utfordringer, ettersom samtidig psykisk lidelse og rusutfordringer kan skape høy grad av funksjonsnedsettelse og ressurstap. Mennesker med Rop-lidelser og hva som kan kjennetegne dem er, blant annet, at både en alvorlig psykisk lidelse og avhengighet av eller skadelig bruk av rusmidler medfører personlige problemer av langsiktig karakter. For mange vil det si kroniske vansker preget av tilbakefall. Perioder med god funksjon avløses av dårlige perioder. Et viktig og realistisk mål for oppfølgingen av mennesker med Rop-lidelser er å bedre livskvaliteten deres (Aakerholt, Veia og Tønnesen 2016).

1.2. Hensikt og mål

Hensikten med studien er å få frem erfaringer og kunnskaper om hva psykisk helsearbeidere legger i begrepet helsefremming og hvordan de selv erfarer og forstår at de arbeider på en helsefremmende måte.

Studiet vil igjen kunne bidra til økt innsikt og refleksjoner i forhold til begrepsinnhold og for helsefremmende arbeid.

1.3. Problemstilling og forskningsspørsmål

Studien jeg har gjennomført tar utgangspunkt i følgende tema: « Helsefremming ». Ved å intervju psykisk helsearbeidere i kommunal sektor om deres erfaringer og opplevelser i forhold til dette temaet, vil erfaringskunnskapen kunne komme frem.

Problemstillingen som ble valgt er som følger : «Hva betyr helsefremming for psykisk helsearbeidere og hvordan opplever og erfarer de at de arbeider helsefremmende ?»

Forskningsspørsmål er definert som følger:

- Hvordan forstår psykisk helsearbeidere helsefremming ?
- Hvordan arbeider de helsefremmende ?
- Hvordan innlemmes myndiggjøring i det daglige arbeidet ?
- Hvordan kan man få en mer helsefremmende retning i forhold til brukerne ?

Fokus rettes mot:

- Helsefremming og forebygging
- Myndiggjøring
- Metoder og faglige perspektiver

Spørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 3) er formulert med tanke på å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Spørsmålene er formulert opp mot problemstillingen.

1.4. Begrepsavklaring

I oppgaven der jeg viser til funn bruker jeg begrepet informanter. I drøftingsdelen bruker jeg også begrepene informanter og psykiske helsearbeidere, alt etter hvor det faller seg naturlig å bruke det.

1.4.1. Medarbeider med brukererfaring

En medarbeider med brukererfaring er en ansatt som har erfaring med psykisk sykdom/ rusmiddelproblemer og erfaring med hjelpeapparatet. Ved ansettelse er det stilt krav om denne type erfaring og den er nødvendig for å utføre arbeidsoppgavene som er relevant for denne stillingen (Helsedirektoratet 2011).

1.4.2. Empowerment/ Myndiggjøring

Jeg vil bruke den norske oversettelsen for begrepet i drøftingsdelen, mens når jeg refererer til litteratur, bruker jeg begrepet som det står.

Begrepet handler om å tilkjempe seg sin rettmessige plass i samfunnet, for å kunne ta del i felles rettigheter og plikter på likeverdige vilkår. Det kan være et mål for å øke individuell/ kollektiv makt. Slik at individer eller grupper/ lokalsamfunn/ organisasjoner kan handle i retning av å forbedre sin situasjon; sin velferd, sine levekår og sin livskvalitet (Slettebø ifølge Willumsen 2005).

Rop- lidelser: I retningslinjen brukes begrepet «ruslidelse og psykisk lidelse» eller ROP-lidelse som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet 2012).

Bruker: Begrepet er knyttet til enkeltmennesker eller grupper som benytter seg av tjenester innenfor offentlig forvaltning (Willumsen 2005).

1.5. Oppgavens oppbygging og struktur

I oppgavens første kapittel, innledningen, er bakgrunnen for valg av tema gjort rede for. Den inneholder også bakgrunn, hensikt og mål samt problemstilling og forskningsspørsmål.

I neste kapittel redegjøres det for tidligere forskning som er relevant for tema og problemstilling. I det teoretiske rammeverket er helsefremming, recovery, myndiggjøring og motiverende intervjuer hovedtyngden av litteraturen som er knyttet opp mot problemstillingen og tema.

Neste kapittel inneholder beskrivelse av metoden som er benyttet i gjennomføringen av studien. Dette inkluderer også redegjørelser i forbindelse med valg av metoden, datainn-

samling, utvalg og rekruttering av informanter, intervju, transkribering,refleksjoner rundt forskerrollen og analyseprosessen.

Deretter kommer refleksjoner rundt studiens troverdighet. I kapittel 4 følger forskningsetikk og etiske vurderinger. Deretter presenteres funnene i kapittel 5. Disse presenteres i seks hovedkategorier, illustrert med sitater fra det analyserte datamaterialet. Neste kapittel (6) er drøfting av funnene opp mot relevant litteratur. Det blir foretatt drøfting utifra de seks hovedkategoriene, som ble presentert under funn. Dette for å strukturere diskusjonen. Avslutningsvis er det en konklusjon og med tanker om videre forskning samt implikasjoner for praksis.

2. Relevant forskning og teoretisk rammeverk

2.1. Tidligere forskning

Et litteratursøk ble foretatt for å undersøke hva som har blitt utført av forskning på dette området tidligere. Databasene jeg valgte var: Idunn, Psykinfo, google scholar, Bisys, PubMed, Cochrane. Søket ble avgrenset på følgende søkeord med ulike kombinasjoner: Helsefremming, recovery, empowerment, brukermedvirkning, profesjoner, psykisk helsearbeidere, helsefremmende fokus, community health services, health promotion, concept, understanding, helsefremmende arbeid, kommunal helsetjeneste, motiverende intervju. Jeg kombinerte engelske ord med and/ or /if i databasene Bisys, PubMed og Cochrane. I databasene Idunn og google scholar kombinerte jeg norske søkeord med og/ eller.

Resultater av aktuelle søk, resulterte i flere artikler som omhandlet helsefremming og helsefremmende arbeid. Det var, for eksempel, ca 83 artikler i Cochrane søkemotor som omhandlet helsefremming og helsefremmende arbeid. Idunn ga 18 treff på artikler som omhandlet helsefremming og helsefremmende arbeid. Jeg valgte disse bort, da jeg ønsket forskning som var mer rettet mot min problemstilling. Jeg fant derimot ikke mye tidligere forskning som omhandlet både forståelse av begrepet helsefremming og forståelse og erfaring med helsefremmende arbeid. Jeg fant ca 2 artikler med bakgrunn internasjonal forskning og 5-6 av norske forskningsartikler. En mulig årsak til få treff på forståelse av begrepet helsefremming og utførelse av helsefremmende arbeid, kan være at jeg ikke har

funnet optimale søkeord. Det jeg fant av norsk forskning omhandler sykepleiere og helsesøstre. Jeg endte opp med 5 artikler som alle omhandlet forståelse av helsefremming som begrep og helsearbeideres erfaringer med helsefremmende arbeid. Disse studiene er på forskjellige arenaer, som skole og helsestasjoner, men jeg mener at de kan bidra til å belyse psykisk helsearbeid, psykisk helsearbeideres forståelse av helsefremming og deres erfaringer med helsefremmende arbeid.

2.1.1. Forståelse av helsefremming i sykepleie

Artikkelen (Gammersvik og Alsvåg 2009) drøfter hvilken forståelse av helsefremming som gjør seg gjeldende på sykepleierstudentenes læringsarenaer.

Studien som artikkelen tar utgangspunkt i er basert på en kvalitativ tilnærming. Tre fokusgrupper bestående av veiledere som sykepleierstudentene forholder seg til i høgskole og praksisstudier ble intervjuet om helsefremming.

De uttrykte at helsefremming først og fremst var å gi helseopplysning, at sykdom og komplikasjoner var i fokus og at målet var å bli frisk. Det som kom til uttrykk falt inn under betegnelsen «den tradisjonelle måten» å forstå helsefremming på. Helsefremming etter «den nye måten» med empowerment strategi var mer ukjent i sykepleie.

Hensikten med studien var å bidra til større innsikt i og refleksjon omkring forståelse og utførelse av helsefremming. Konklusjonen på studien var at helsefremming bør dreies mot «den nye måten» å forstå helsefremming på. Det vil si helsefremming med empowerment strategi i tråd med tenkningen i Ottowacharteret.

2.1.2. Helsefremmende arbeid som det «lille ekstra».

I en kvalitativ studie av hva helsefremmende arbeid betyr for helsesøstre, fant forfatteren (Alstveit 2002) følgende:

Helsesøstre beskriver helsefremmende arbeid relatert til enkeltindividet. Flere av helsesøstrene ser helsefremmende arbeid som en fortsettelse av det sykdomsforebyggende arbeidet. De beskriver det helsefremmende arbeidet som bare å omfatte deler av den helsefremmende ideologien. Dersom den helsefremmende ideologien skal ha konsekvenser for praksis og bli oppfattet som noe annet enn det sykdomsforebyggende arbeidet, trengs det en annen kunnskapsoverføring enn den som vektlegges av yrkesutøverne i dag.

2.1.3. Ta oss på alvor

I en kvalitativ studie av hva som gir retning til skolehelsetjenesten og det helsefremmende arbeid knyttet til ungdom og psykisk helse og hvilke rammebetingelser skolehelsetjenesten jobber under, fant forfatteren Nyplan (2015) følgende:

Det fremkommer at helsefremmende arbeid mangler et solid og entydig teoretisk fundament. Resultatet blir et budskap med uklart meningsinnhold og uklar retning for skolehelsetjenesten. Myndighetene presenterer ønskemål for tjenesten via lovhjemler og policydokumenter, samtidig kan det synes som at skolehelsetjenesten ikke har klare mål å jobbe etter og at de mangler verktøykassen med tiltak til å ta i bruk når de skal jobbe helsefremmende.

Konklusjon på studien viste at det er klare visjoner og ønskemål fra myndighetenes side om et helsefremmende fokus for skolehelsetjenesten arbeid knyttet til psykisk helse. Men forutsetningene i praksisfeltet i form av kompetanse, teoretisk forankring, målsettinger og verktøy for å jobbe helsefremmende synes mangelfull.

2.1.4. Helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten. Helsesøsters muligheter og begrensninger.

Forfatteren Nyplan (2015) presenterte i denne artikkelen at målet med studien var å få forståelse for hvordan et utvalg helsesøstre oppfatter sitt helsefremmende bidrag i skolehelsetjenesten, og da særlig knyttet til ungdom og psykisk helse.

Resultater viste at helsesøstrene for en stor del jobbet helsefremmende. De hadde et sterkt frisk fokus og mer enn å problematisere ungdoms helseplager ønsket de å bidra til å styrke den unge og til å finne den unges egne ressurser. De opplevde utfordringer knyttet til det helsefremmende arbeidet. Verktøy og metoder til bruk i møte med ungdommer med psykiske helseplager ble etterlyst.

Konklusjonen var at helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten er en naturlig og viktig innfallsvinkel for helsesøstre, men som kan være vanskelig å få gjennomført godt nok. Årsaker til dette kan være fordi de ikke har tid og ressurser, men også fordi de kan mangle programmer eller verktøy. Forankring i tjenesten og manglende fagfellesskap på skolen ble problematisert.

2.1.5. Sykepleiers oppfatninger, forståelse og opplevelse av helsefremming.

I en kvalitativ studie av hva sykepleiers oppfatninger, forståelse og opplevelse av helsefremming fant forfatteren (Casey 2007) følgende:

«Sykepleierne hadde utfordringer med å beskrive deres forståelse av helsefremming. Forståelsen var begrenset og strategiene de brukte var smale og med fokus på det individuelle. Deres beskrivelse av helsefremming handlet mest om tradisjonell helsefremming i form av helseopplysnings tilnærming. Helsefremming ble utført tilfeldig og når sykepleieren hadde tid» (min oversettelse).

2.2. Teoretisk rammeverk

2.2.1. Helsefremming

I Ottawa charteret defineres helsefremmende arbeid som «prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse». Det heter videre at «for å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, må et individ eller gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre, eller mestre sitt miljø» (World Health Organization).

Andrews (2003) skriver i sin artikkel at begrepet health promotion ble lansert som en motsats til det som tradisjonelt har blitt kalt sykdomsforebyggende arbeid. Hensikten var å signalisere en dreining av fokus i retning av ressurser, eller noe positivt, som kan bidra til å fremme helse, istedenfor å ha oppmerksomheten rettet mot negative forhold som kan føre til helsesvikt. Mæland (2003) viser også til at det helsefremmende arbeidet tar ikke sitt utgangspunkt i sykdom, men i ressurser helse.

Det har vært trukket frem at det helsefremmende arbeidet bygger på et vidt og uklart helsebegrep. Dette kan føre til at nesten all menneskelig virksomhet blir inkludert i det helsefremmende arbeidet og gjør begrepet meningsløst (Mæland 2005).

Også Andrews (2003) skriver at health promotion favner alt og alle. Ifølge henne vil health promotion absolutt tjene på å ha et klarere fokus.

2.2.2. Empowerment

I morgendagens omsorg vektlegges det at et levende velferdssamfunn skal hjelpe innbyggerne til å utnytte sine egne ressurser best mulig, og ikke gjøre dem til passive

mottagere. Det er derfor viktig å fremme og forsterke brukernes medborger- og medvirkningsansvar og den enkeltes muligheter og ressurser til selv å påvirke sitt eget liv og helse. Skal velferdssamfunnet virkeliggjøre verdier som deltagelse, uavhengighet, selvstendighet, verdighet og normalisering, forutsetter det sterk brukerinnflytelse og kontroll over egen livssituasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013).

Et positivt syn på mennesket som et i utgangspunktet aktivt og handlende individ som vil sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det. Basert på dette blir de grunnleggende metodiske prinsippene preget av at en som fagperson skal medvirke til at klienten blir bevisst sin egen situasjon og hva som kan gjøres for å endre deg i en positiv retning. Hjelperen skal stille sin kompetanse til rådighet og hjelpe brukeren til å tenke over mulige resultater og konsekvenser av ulike beslutninger og handlingsvalg (Askheim 2012). Siktemålet innen det helsefremmende arbeidet er, ifølge Mæland (2005) å skape uavhengige og sterke individer, grupper, lokalsamfunn og befolkninger. Skal man lykkes med helsefremmende arbeid, må ekspertene være villige til å avstå fra den makt og trygghet som ligger i den tradisjonelle rollen. For ekspertene kan dette virke truende, og for den andre part kan dette i tillegg skape forvirring.

Mæland referert i Stamsø (2005) belyser også helsefremming som et viktig skille mellom forebygging, som oftest er ekspertstyrt, mens helsefremmende arbeid forutsetter aktiv medvirkning fra folk selv.

Ifølge Andersen referert i Borg og Karlsson (2013) blir vår oppgave som hjelper å legge forholdene til rette i samarbeidet for at personens iboende ressurser kan komme i bruk. Det skjer ved å anerkjenne at det er personen selv som sitter med løsningen. Hjelpere kan også tillate at personen tar sine egne beslutninger, og med det også gjøre egne «feil».

Askheim (2012) sier også at den profesjonelle hjelperen nå er pålagt et ansvar for at den hjelpetrengende skal kunne fungere best mulig som en selvstendig person, må fagpersonen i neste omgang også akseptere at denne kan gjøre valg som strider mot det han/hun ellers gjerne ville ha hindret av profesjonsetiske grunner.

Ifølge Storm (et al 2009) kan det å gi slipp på makt og autoritet utfordre helsepersonell og deres verdier.

Andrews (2003) skriver at det innenfor helsefremmings litteraturen ikke er problematisert at autonomi og selvbestemmelse ikke nødvendigvis er verdier som rager høyest på rangeringslisten i alle samfunn, eller at frihet til å ta valg også innebærer frihet til å ta usunne valg.

Askheim og Starrin (2007) sier at strukturmakten kan virke krenkende og ydmykende på brukere som skal samhandle med velferdstjenestene. Både i rutiner og fysisk strukturering ligger det en makt som er vanskelig å angripe. Aakerholt (2016) sier også at kunnskapen og holdningene som kreves for å yte tjenester i beboers eget hjem, skiller seg vesentlig fra hvordan man møter pasienter i institusjoner og brukere på offentlige kontorer. Der møter brukeren eller pasienten opp hos tjenesteyteren for å få hjelp.

2.2.3. Recovery orientert arbeid/ fokus

I en artikkel om nordisk forskning (Jensen, Borg og Topor referert i Biong s 21, 2016) beskrives de sentrale elementene innen recovery som en sosial og personlig prosess:

«Å komme seg» eller recovery foregår på hverdagslivets ulike arenaer og er uavhengig av varierende behandlingssideologier. Recovery handler om å utvikle måter å håndtere psykiske problemer på og ikke minst de sosiale konsekvenser av problemene. Dette arbeidet gjør den enkelte gjerne sammen med sitt sosiale nettverk, det vil si fagpersoner, venner eller pårørende, som støtter på ulike vis. Recovery prosesser kan føre til utvikling og bedring og en situasjon der personer fortsatt har behov for litt støtte. Gjennom recovery prosesser kan personer oppleve et liv uten «symptomer» eller behov for profesjonell innsats.

Ved å anerkjenne hverdagslivets og de sosiale forholdets betydning, blir vår oppgave som recoveryorienterte helsearbeidere å forstå og fange opp det enkle så vel som det komplekse i hverdagslivet til personene det dreier seg om. Det er en rekke forhold som gjør hverdagsperspektivet viktig i slike samarbeidsprosesser, både for å unngå en avgrenset medisinsk eller psykologisk forståelsesramme og for å understreke at menneskelig atferd og uttrykk må ses og forstås i den enkeltes naturlige miljø. Borg sier også at det er i det vanlige livet man kan øve seg på å være menneske og ta kontroll over eget liv ved hjelp av- og i samspill med medmennesker (Borg og Karlsson 2013).

Borg og Karlsson (2013) sier at man trenger medarbeidere med bruker- eller egenerfaring. Bare den kunnskap som man har prøvd ut og erfart personlig, er bærekraftig på sikt. En viktig faktor for utvikling av de psykiske helsetjenestene at man stadig trenger nye medarbeidere som representerer et bredt erfaringsgrunnlag. Man trenger medarbeidere som ikke er redde for teorier og ideer, og som skjønner at teorier bare er et utgangspunkt for å gjøre seg egne erfaringer.

Ifølge (Leamy, Clarke, Le Boutiller, Bird, Choudhury, MacPherson, Pesola, Sabas, Williams og Slade 2016) sies det at en identifisert utfordring for organisasjoner er å ansette flere med egenerfaring. For å få en balanse i ansatte med brukererfaring og den øvrige personalgruppen, må man rekruttere ansatte med likemannserfaringer og pasient representanter, men også gjennom å ansette klinikere med egenerfaring (min oversettelse).

Borg og Karlsson (2013) trekker også frem betydningen av hverdagslivet. Det er lett å ta de daglige ferdigheter som gitt, vel vitende om at de er nødvendige for å bevege oss ut og inn av ulike roller og aktiviteter. Som psykiske helsearbeidere er det viktig å erkjenne at dette også gjelder for de som skal komme seg gjennom psykiske problemer eller rusproblemer. Kunnskapen om recovery er unik i den forstand at den har sine røtter i menneskers egne erfaringer med hva som hjelper og hva som er viktig i slike livsprosesser. Erfaringskunnskapen har synliggjort at det ikke er nok med behandling og profesjonell hjelp. Det er like viktig med sosiale forhold, som penger, et trygt hjem, en meningsfull hverdag, åndelighet og tro, og vennskap.

Også Mæland (2009) trekker frem lokalsamfunnet som den viktigste arenaen for det helsefremmende arbeidet.

Borg og Karlsson (2013) sier også at makten viser seg ved hvilke spørsmål vi stiller. Det er en form for makt som fagpersoner ikke kommer unna, fordi samarbeidsrelasjonen også er asymmetrisk gjennom at noen søker hjelp, og andre er i en posisjon der de kan bestemme om hjelp skal tilbys og hvordan. Borg sier også at vi som fagfolk må reflektere om vi står i veien for personen og selv representerer en barriere, ut fra våre handlinger og holdninger og utifra den virksomheten vi representerer.

Wilstad referert i Borg (2013) sier også at ønsket om og evnen til å lete i deltagerens livsverden kan også danne en ny kunnskapskilde i psykisk helsearbeid. Ønsket om og evnen til å lete i deltagerens livsverden er en forutsetning for å skape muligheter for ny

forståelse og endring hos fagpersoner gjennom refleksjon og artikulering av levde erfaringer.

Recovery dreier seg om personens egen innsats. Endel av den innsatsen handler om makt om å ta kontrollen over livet sitt tilbake. Recovery er både sosialt og individuelt. Det er i det vanlige livet man skal øve seg på å være menneske og ta kontroll over eget liv ved hjelp av og i samspill med medmennesker.

Å arbeide recoveryorientert og være personens veiviser betyr ikke at man ikke skal benytte ulike kunnskapsformer. Ifølge Borg og Karlsson (2013) er en av grunnsteinene i en hjelperelasjon samarbeid. Det er to eller flere som arbeider sammen for å nå et mål.

Ifølge Aakerholt (2016) kan tilrettelegging av boligen og oppfølging i boforholdet føre til bedre mestring og utvikling av ferdigheter som trengs for å klare dagliglivet. Ikke sjelden resulterer bo- oppfølgingen også i symptomlindring når det gjelder bruk av rusmidler og øvrig psykisk lidelse.

Han sier også at oppfølgingsarbeid i bolig krever relevant teorikunnskap, og det forventes kunnskap om ulike arbeidsmetoder for å løse brukerens utfordringer, utover vanlig hjelpsomhet og medmenneskelighet.

Den som hjelper beboeren med det praktiske i hjemmet, har langt flere samtaler med beboeren enn behandleren på poliklinikken. Boligen kan fungere som en god behandlingsarena, samtidig som den er en god arena for læring av nye mestringsstrategier. Å fylle livet med innhold, etablere nettverk og delta i sosiale aktiviteter er viktig for å kunne trives i egen bolig. Psykisk helsearbeiders oppgave kan være å motivere til deltagelse i sosiale aktiviteter og å hjelpe med transport og organisering.

Psykisk helsearbeidere trenger hele tiden å være bevisst på hvordan man blir påvirket av å arbeide med andre mennesker, og om hvilken effekt dette kan ha på en. Faglig veiledning og kollegaveiledning kan gjøre en bedre rustet til å takle negativ påvirkning og bli bevisst egne reaksjoner. Det dreier seg om å støtte og hjelpe hverandre til å stå oppreist i en hverdag der hjelpere er vitne til manges livsproblemer, og samtidig komme videre faglig. For å klare å holde brukers beste beste i fokus, har alle behov for å føle seg sett, hørt og verdsatt av våre ledere og kollegaer (Aakerholt et al 2016).

2.2.4. Motiverende intervjuer

Motiverende intervju er en metode som bygger på empatisk klientsentrert kommunikasjon. Dette betyr at behandleren er i stand til å vie sin oppmerksomhet til pasientens perspektiv og virkelig høre etter. Samtaleredskaper som åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer er til hjelp når vi vil øve opp vår kapasitet til nøyaktig lytting (Barth, Børtveit og Prescott 2014).

Ordet intervju betyr sammenkomst, møte ansikt til ansikt. Motivasjonen er menneskelig drivkraft, det som gir retning til valg og atferd. Så et motiverende intervju er en samtale som skal lede til at et menneske bestemmer seg for, og beveger seg i retning av et bestemt resultat.

Som metode baserer den seg på en forståelse av at endringsprosesser kan ha to faser, der motivasjonsarbeid er den sentrale oppgaven i den første fasen og gjennomføring er viktig i den andre (Barth et al 2014).

Motiverende intervju er preget av at behandler har en innstilling om å invitere til samarbeid der man legger mer vekt på å hente frem materiale (ideer, tanker, erfaringer) fra pasienten enn å prøve «å dytte materialet inn». Motiverende intervju legger videre vekt på behandlerens respekt for pasientens rett til selvbestemmelse (Barth et al 2014).

Ifølge Barth (2014) er et grunnleggende premiss i Mi at motivasjon, beslutsomhet, forpliktelse og tiltro til egne mestringsevner er påvirkelige av samhandling. Bare det å uttrykke sine egne tanker og følelser knyttet til endring (endringssnakk) i samtale med en annen har innflytelse på atferd. Helsedirektoratets anbefalinger er også at motiverende intervju kan brukes for å for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte. Det finnes også noe forskningsmessig støtte for at motiverende intervjuer reduserer rusmisbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse (Helsedirektoratet 2012).

3. Metode

I metodekapitlet vil jeg begrunne mitt valg av metode i gjennomføringen av studien. Jeg vil også beskrive hvordan utvalg av informanter er gjennomført, samt redegjøre for frem-

gangsmåte ved datainnsamling, intervju og analyse. Jeg vil også redegjøre og reflektere rundt forskerrollen min.

3.1. Kvalitativ metode

Ved valg av metode hadde jeg tenkt igjennom hvordan jeg best kunne finne svar på problemstilling og forskningsspørsmål og hvordan best få belyst temaet. Jeg valgte kvalitativ tilnærming fordi det er en metode som sier noe om spesielle kjennetegn/ egenskaper ved det fenomenet som skal studeres. Kvalitativ metode er også særlig hensiktsmessig hvis vi skal undersøke fenomener som vi ikke kjenner særlig godt og når vi undersøker fenomener vi ønsker å forstå mer grundig (Johannesen, Tuft og Christoffersen 2010).

Min teoretiske forankring for valg av metode er fenomenologien. Fenomenologien er en erfaringsorientert tradisjon. Oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares for subjektet; ikke mot verden i seg selv uavhengig av personen som erfarer den.

Fenomenologiens domene er vår væren - i -verden, der bindestrekene er ment å antyde vår grunnleggende tilhørighet til verden - vi er i verden, vi er en del av den. Hva fenomenologien står i motsetning til, er en ensidig dyrking og vektlegging av vitenskapelig og intellektuell refleksjon på bekostning av livserfaring, common sence og praktisk erfaring (Thorngquist 2012). Mitt fokus var å forsøke og finne fellestrekk i det informantene fortalte.

Intervjuer er den mest brukte måten å samle inn kvalitative data på. Det er en fleksibel metode som kan brukes nesten overalt og gjør det mulig å få fyldige og detaljerte beskrivelser (Johannesen et al 2010). Det sammenfaller med mitt ønske om å få frem psykiske helsearbeideres forståelse av helsefremming og utførelsen av helsefremmende arbeid.

3.2. Datainnsamling

Kvale og Brinkmann referert i Johannesen et al (2011) karakteriserer det kvalitative forskningsintervjuet som en samtale med struktur og formål.

I denne studien valgte jeg et semistrukturert intervju som har en overordnet intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet, mens spørsmål, temaer og rekkefølge kan varieres. Forskeren kan bevege seg frem og tilbake i intervjuguiden (Johannesen et al 2011). En av de

viktigste årsakene for mitt valg av denne formen for datainnsamling er at jeg bedre kan få frem informantenes opplevelser og erfaringer, når ikke intervjuet er strukturert.

3.2.1. Utvalg av informanter og rekruttering

Det er lite aktuelt å rekruttere informantene tilfeldig ved kvalitative undersøkelser. Hensikten med kvalitative undersøkelser er snarere å få mest mulig kunnskap om fenomenet. Rekrutteringen av informanter i kvalitative undersøkelser har et klart mål (Johannessen et al 2011).

Jeg hadde i forkant bestemt meg for 6-8 informanter fordi jeg tenkte at dette var innenfor rekkevidden av masteroppgaven på 30 studiepoeng

Strategisk utvelgelse vil si at forskeren først tenker gjennom hvilken målgruppe som må delta for å få samlet nødvendig data. Det neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen (Johannessen et al 2011).

Kriteriene for utvalget i min studie var at de hadde erfaring med arbeid fra psykisk helsearbeid og da spesielt med erfaring fra arbeid med mennesker med alvorlig psykisk lidelse og rusutfordringer.

Ifølge Thagaard (2013) kan et problem med utvalg som er basert på at deltagerne er tilgjengelige for forskeren, er at det er en tendens til at slike utvalg representerer personer som er fortrolige med forskning, eller iallfall ikke har noe imot av at deres livssituasjon blir studert. Det viser seg for eksempel at personer med høyere utdanning stort sett er mer villige til å delta i kvalitative studier enn personer med lite utdanning. Dette kan ses i sammenheng med at personer med høyere utdanning kan være mer vant til å reflektere over egen livssituasjon.

I denne studien har 5 av informantene høyere utdanning, mens 2 av informantene har lavere utdanning. Thagaard (2013) stiller spørsmålet om hvilken type informasjon går vi glipp av dersom personer med spesielle kjennetegn sjelden representeres i studier. Jeg ønsket en tverrfaglig gruppe av informanter, dette for å forsøke og få flest mulig perspektiver, som ikke nødvendigvis bare var farget av den universitetsfaglige kompetansen de hadde, men

også av andre kompetanser på andre nivå. Jeg mener at det kan gi et større og mer variert mangfold i erfaringer og opplevelser.

Jeg tok deretter kontakt med avdelingsleder på aktuelle arbeidsplass. Avdelingsleder presenterte forespørselen min på et personalmøte, hvor ansatte, i ettertid kunne melde sin interesse for å delta i studien. Jeg fikk 7 navn på informanter og tok deretter kontakt med hver enkelt av dem. Jeg sendte informasjon om studien og samtykke erklæringer, slik at de fikk anledning til å sette seg inn i informasjonen og deretter vurdere om de ville samtykke til deltagelse.

Et informert samtykke innebærer at intervjupersonene informeres om undersøkelsens overordnede mål, om hovedtrekkene i studien og om mulige fordeler og ulemper med å delta i studien. Informert samtykke betyr også at forskeren får intervjupersonen til å delta på frivillig basis, og opplyser om at personen kan trekke seg når som helst (Kvale 1997).

Samtlige syv informanter stilte opp til intervjuer. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å ha 8 informanter, men fant ut at 7 var tilstrekkelig datamateriale til å kunne gi en god forståelse av problemstillingen og forskningsspørsmålene.

3.2.2. Intervjuer

Jeg hadde i forkant sagt at det var opp til informantene hvor og når det passet best å bli intervjuet. Samtlige ønsket at jeg kom til deres avdeling, hvor de på forhånd hadde reservert et kontor hvor vi kunne være uforstyrret. Jeg var også bevisst dette i forkant av intervjuene fordi situasjonen eller rammen rundt et intervju kan ha mye å si for hvordan intervjuet blir.

Johannesen et al (2010) sier at dersom intervjuet foregår på forskerens kontor, kan det få informanten til å føle seg underlegen, men det kan også skape forstyrrelser om intervjuet foregår på informantens arbeidsplass.

Jeg startet hvert intervju med å presentere meg selv, informere om studien samt hva samtykkeerklæringen innebar. Introduksjonen ble kort, ettersom samtlige av informantene hadde mottatt informasjon om studien i forkant.

Jeg forklarte at jeg ville bruke to båndopptagere under intervjuene. Dette mest fordi jeg ikke har stor teknisk innsikt og var redd jeg skulle trykke feil, eller få slettet noe. Jeg forklarte hvordan jeg ville oppbevare lydopptakene og hva jeg ville gjøre med det, når studien var avsluttet.

Enkelte av informantene var litt bekymret i starten for at de ikke kunne nok om temaet. Jeg forklarte at jeg var mest opptatt av deres erfaringer fra den praktiske arbeidshverdag og tanker de hadde rundt arbeidet sitt.

Det ble utformet en intervjuguide bestående av få spørsmål (Vedlegg 2) med bakgrunn i problemstillingen.

En intervjuguide er ikke et spørreskjema, men en liste over temaer og generelle spørsmål som skal gjennomgås iløpet av intervjuet. De ulike temaene springer ut av de problemstillingene som undersøkelsen skal belyse (Johannesen et al 2010). Spørsmålene skulle sikre at alle kom inn på tema som ville ha betydning for å besvare problemstillingen.

For hvert hovedtema hadde jeg satt opp endel underpunkter, som var ment å sikre at informanten kom inn på underveis i intervjuet.

Jeg stilte svært få direkte spørsmål som omhandlet tema. Det var kun et par ganger og da spesielt i forhold til hva helsefremming som begrep betyr, at jeg måtte komme med eksempler på hva helsefremming kunne være.

Jeg prøvde å gripe fatt i det informantene svarte der og da og forsøkte å stille oppfølgings-spørsmål der de var inne på tema som var interessante i forhold til studien. Eksempel på det kunne være i forhold til «de små tingene» i livet. «Kan du si litt mer om hva du mener er de små tingene i livet?».

Slik fikk jeg frem de konkrete eksemplene på eksempelvis «de små tingene» i livet kunne være.

Ifølge Thagaard (2013) er målsettingen med denne type spørsmål er å få mer nyansert informasjon om de reaksjonene og opplevelsene intervjupersonen har i forbindelse med spesielle hendelser.

Det var litt utfordrende å holde fokus på helsefremming ettersom flere av informantene hadde lite forhold til helsefremming som begrep. Ved tema som helsefremmende arbeid, begynte informantene allikevel, helt naturlig, å snakke om det daglige arbeidet som ble innlemmet i en recovery- orientert praksis og som de oppfattet som helsefremmende arbeid.

Johannessen et al (2011) sier at når det gjennomføres ustrukturerte eller delvis strukturerte intervjuer, har forskeren ikke ferdig utformede spørsmål å forholde seg til. Under intervjuet må han både bestemme seg for hva han vil vite, og vurdere hvordan han skal få til en meningsfull diskusjon tilpasset situasjonen. Under intervjuet må han ta kjappe beslutninger som underbygger problemstillingen.

Jeg så klart at arbeidet de snakket om og fokuset på recovery- orientert praksis kunne underbygge temaet om helsefremmende arbeid.

Et annet dilemma ved intervjuerens praksis er knyttet til forholdet mellom å representere en lyttende holdning på den ene siden og til å ta initiativ med henblikk på å føre intervju-samtalen videre på den andre siden (Thagaard 2013).

Ettersom jeg hadde en forforståelse om at informantene (se forskerrollen) kunne ordlyden i begrepet helsefremming, eller at de forholdsvis enkelt kunne si hva de la i begrepet, ble jeg som intervjuer litt satt ut, da dette viste seg ikke å stemme. Det er godt mulig at jeg ikke ventet lenge nok, at jeg ikke ga informantene tid til å svare, før jeg begynte med eksempler eller vise til forskjeller på begrepene helsefremming og forebygging. Som intervjuer ble jeg for ivrig etter å komme meg videre i intervjuet og mista fokuset på å lytte.

Kvale (1997) sier at spørsmålformuleringen kan være med å bestemme innholdet i svaret og glemmer ofte at ledende spørsmål kan være en nødvendig del av mange spørreundersøkelser. Dette avhenger midlertidig av undersøkelsens emne og formål. Ledende spørsmål kan bevisst stilles av utspørrenerne for å innhente informasjon som de mistenker blir holdt tilbake.

Ettersom jeg hadde litt kjennskap til informantenes avdeling (se forskerrollen) stilte jeg ledende spørsmål som; «jeg har inntrykk at dere fokuserer på ressursene til brukerne?».

Det er et klart ledende spørsmål, men gjorde at informantene kom med informasjon som kanskje ellers ikke ville kommet frem.

Intervjuene varierte i lengde fra 30-45 minutter. Når jeg nærmet meg slutten av intervjuet informerte jeg om det og jeg avsluttet alle intervjuene med å høre om det var noe de ønsket å tilføye.

Johannessen et al (2010) anbefaler å avrunde intervjuet på en ryddig måte. På slutten av intervjuet må det avsettes tid til avsluttende kommentarer.

3.2.3. Transkribering av intervju

Når intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalene strukturert slik at de er bedre egnet for analyse (Kvale 1997).

Jeg transkriberte datamaterialet i form av lydopptak ord for ord. Jeg skrev ned pauser i form av prikkete linjer og noterte også alle «hm-er», samt latter. Jeg valgte å transkribere på bokmål, da dette, ifølge Kvale og Brinkmann (2009) bidrar til å anonymisere informantene.

Jeg gjorde egne notater i etterkant av intervjuene, hvor jeg prøvde å beskrive stemningene slik som jeg opplevde det i intervjuene.

3.3. Forskerrollen

Forskerens faglige interesser, erfaringer og motiver påvirker alle ledd i forskningsprosessen. Målet i en kvalitativ undersøkelse er at resultatene skal reflektere informantenes meninger og erfaringer, derfor er det viktig at forskeren sørger for å tilstrebe å være minst mulig synlig i materialet. For å unngå eller redusere en slik påvirkning er det viktig med en tydelig redegjørelse for egen innflytelse (Thaagard 2009).

Jeg vil redegjøre for min forforståelse og hva jeg har gjort for å redusere på denne innflytelsen.

Jeg har jobbet innen fagfeltet; psykisk helsearbeid i ca 18 år. I løpet av disse årene har jeg arbeidet på sykehus og i kommunen. De siste 16 årene har jeg arbeidet i kommunal psykisk helsetjeneste.

Ved valg av tema for studien har jeg helt klart vært farget av min forforståelse. Denne forforståelsen innebar en forventning til at informantene i studien hadde en klar forståelse av begrepet helsefremming og for utførelsen av helsefremmende arbeid.

En av årsakene til denne forforståelsen var at informantene arbeider med mennesker med en alvorlig psykisk lidelse samt store rusutfordringer. Ifølge Helsedirektoratet (2012) sies det at godt profesjonelt arbeid for personer med Rop- lidelser krever godt kunnskapsnivå og spesielle ferdigheter. De viktigste er kanskje interesser og holdninger. Når det er etablert en god relasjon, er det vesentlig at man har et helhetlig perspektiv på personens tilfriskning. Målet er å finne personens egne ressurser når det gjelder å fylle livet med, blant annet, meningsfulle aktiviteter og bolig.

Sett i lys av det helsedirektoratet beskriver, er det slik jeg har tenkt at psykiske helsearbeidere innenfor denne avdelingen arbeider. Min forforståelse var preget av dette, spesielt at de hadde et fokus på ressurser. Ettersom tjenesten de tilbyr fra kommunen er en frivillig tjeneste, kan det innebære at psykisk helsearbeidere må være mer pågående, mer fleksible og mer kreative, for å komme i kontakt med brukeren. De må komme tilbake eller ringe igjen, om man ikke får svar eller treffer brukeren, slik som avtalen var. Denne fleksibiliteten kommer på bakgrunn av et godt kunnskapsnivå hos psykisk helsearbeidere og et fokus på brukerens egne ressurser for å gjøre en endring i livet.

Et annet svært viktig aspekt ved min forskerrolle er min nærhet til det praksisfeltet jeg har studert. Jeg arbeider innenfor samme enhet, hvor vi har 8 avdelinger. Jeg sitter i en ledergruppe hvor jeg har innflytelse på beslutninger og prosesser som foregår i enheten.

Thagaard (2013) skriver om studier i egen kultur under observasjoner, men jeg mener også at noe av dette kan sees i samme lys, når man utfører intervjuer. Thagaard sier, blant annet at, når forskeren er observatør i egen kultur, kan det være lettere å oppnå forståelse av deltagerens situasjon fordi forskeren deler mange av de samme erfaringene som dem.

Ettersom jeg jobber innenfor samme enhet, vil det være enklere for meg å forstå faguttrykk, systemet og rammene det arbeides under. Jeg har et overblikk på det organisasjonsmessige ved kommunen og enheten.

I utgangspunktet kjenner jeg litt til kulturen jeg har forsket på, fordi om det ikke er den avdelingen hvor jeg til daglig arbeider. Det kan allikevel ha preget meg i den forstand at en del informasjon blir borte, fordi jeg har tatt det for gitt. Thagaard (2013) sier at det kan være utfordrende å analysere de sidene som såvel deltagerne og forsker tar for gitt. Den felles erfarings- og kunnskapsbakgrunnen som forsker og deltaker har, kan føre til at forskeren får problemer med å stille spørsmål ved forhold som synes selvsagte innenfor kulturen.

Dette kan for min del, som forsker, ha gitt utslag i at jeg ikke undret meg nok, eller stilte flere oppfølgingsspørsmål, fordi det fremsto som selvsagt for meg. Det kan også ha gitt utslag i at jeg har oversett nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer (Thagaard 2013).

Thagaard (2013) sier også at for en forsker som observerer sin egen kultur, er det et hovedpoeng å oppnå et perspektiv hvor han eller hun kan se sin egen kultur med andres øyne. Jeg forsøkte i forkant av studien å finne tilbake til et mer «objektivt» utgangspunkt, hvor jeg stilte meg selv spørsmål om i hvor stor grad jeg egentlig kjente til avdelingen jeg forsket på. Dess mer jeg undret meg, dess mer nysgjerrig ble jeg på studien. Jeg ble også klar over at det var svært lite jeg visste om kulturen på aktuelle avdeling.

Thornquist (2012) sier også at det å velge perspektiv betyr at noe belyses, mens andre ting kommer i skyggen. Å erkjenne at perspektiv bestemmer blikkretning og oppmerksomhetsfelt, betyr å erkjenne at det finnes andre perspektiver enn ens egne. Det kan tenkes at ved min nærhet til praksisfeltet som jeg har studert, har unnlatt å se det hele bildet, fordi jeg har hatt for mye fokus på eget perspektiv.

Perspektivet på intervjusituasjonen som en sosial interaksjon mellom forsker og intervju-person problematiserer betydningen av hvordan forskeren fremstår for intervjupersonen. Den personlige kontakten som utvikles i intervjusituasjonen, er i seg selv et metodisk poeng. Utvikling av tillit og troverdighet i løpet av intervjuet gir grunnlag for at intervjupersonen kan fortelle åpent om sine erfaringer (Thagaard 2013).

Det kan tenkes at informantene i denne studien var preget av at jeg var en av lederne innenfor enheten. Det kan også ha preget dem i forhold til hva de svarte på spørsmålene og at de ikke har ønsket å være helt åpne om sine erfaringer. Til tross for dette, er jeg av den

oppfatning at jeg la til rette for en tillitsfull og god atmosfære under intervjuene, noe jeg mener gjenspeilte seg i latter og smil under intervjuene.

Et annet aspekt ved dette blir da hvorvidt intervjupersonene sier det de tror forskeren vil høre (Thagaard 2013). Det kan tenkes at informantene ønsket å stille avdelingen sin i et godt lys og dermed beskrev sine erfaringer og opplevelser med temaet på en svært positiv måte.

For å kunne vurdere om intervjupersonene opplever seg som en underordnet i forhold til forskeren, og utforsker svarene sine i forhold til hva vedkommende tror forskeren vil høre, kan forskeren merke seg hvordan personen håndterer intervjusituasjonen. Kriterier på at intervjupersonen ikke opplever seg som underordnet, er at de er pågående og aktive under intervjuet. De kan for eksempel argumentere hvis de føler seg misforstått av forskeren, eller be om mer tid for å fullføre resonansten (Thagaard 2013).

Jeg opplevde at informantene var svært aktive og pågående under intervjuene. Et par av de etterspurte om å få mer tid til å svare. De etterspurte også oppklaringer; nå skjønner jeg ikke hva du mener, kan du forklare mer, si litt mer om...og så videre.

En annen indikasjon på at det var en avslappet og komfortabel stemning, kan være at de fleste av informantene ble sittende igjen en stund å prate, etter at intervjuene var avsluttet.

Jeg mottok veiledning i forhold til utformingen av intervjuguiden og reflekterte rundt det å stille så åpne spørsmål som mulig for å unngå at min forforståelse skulle være synlig i intervjusituasjonen.

3.4. Analyse

Analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Med utgangspunkt i problemstillingen stiller vi spørsmål til materialet, og svarene er de mønstrene og kjennetegnene som vi gjennom systematisk kritisk refleksjon kan identifisere og gjenfortelle. Vi skal avklare betydningen av forforståelsen og den teoretiske referanserammen i forhold til våre funn, og drøfte resultatene opp mot eksisterende teorier. Analysen skal foregå slik at andre senere kan følge den veien vi

har gått, anerkjenne vår systematikk underveis og forstå våre konklusjoner. Analysen skal ikke bare gjennomføres, men også formidles (Malterud 2002).

Den som har samlet inn dataene, bør analysere og fortolke dem, fordi teorier, hypoteser og forskerens forforståelse er viktige utgangspunkter for analysen.

I fenomenologiske designer er det vanlig å analysere meningsinnhold. Forskeren er opptatt av innholdet i datamaterialet. Forskeren leser datamaterialet fortolkende og ønsker å forstå den dypere mening med folks tanker (Johannessen et al 2011).

Jeg har valgt å analysere meningsinnholdet i fire hovedsteg, som ifølge Malterud (2012) er:

1. Helhetsinntrykk og sammenfatning av meningsinnhold
2. Koder, kategorier og begreper
3. Kondensering
4. Sammenfatning

3.4.1. Analyseprosessen

Under følgende kapittel vil jeg beskrive hvordan jeg har utført analysen av datamaterialet.

Helhetsinntrykk

Forskeren leser gjennom hele materialet og leter etter sentrale og interessante temaer. Man må ikke fortape seg i detaljer, men notere de hovedtemaene som intervju materialet synes å inneholde (Johannessen et al 2010).

Etter at transkriberingen var gjennomført, leste jeg gjennom intervjuene et par ganger. Jeg noterte meg de temaene som jeg umiddelbart fant i datamaterialet. Deretter leste jeg gjennom hvert enkelt intervju igjen, og denne gang noterte jeg meg temaer som gikk igjen hos den enkelte informant.

Meningsbærende enheter

Den andre fasen går ut på å finne meningsbærende elementer i materialet. Her vil forskeren skille ut det som er relevant for problemstillingen (Johannessen et al 2011).

Jeg tok deretter utgangspunkt i de foreløpige temaene jeg hadde satt opp i forhold til hver enkelt informant. Jeg begynte med informant 1 og fant meningsbærende elementer til hvert tema. Deretter utførte jeg det samme med de øvrige 6 informantene.

Jeg kondenserte utsagnene fra informantene for deretter å gi teksten koder. Deretter ble kodene klassifisert i kategorier og subkategorier. Kategoriene angir hvilke temaer som kommer opp i intervjuet/teksten.

Et sett med dekkende kategorier kan følgelig gi en oversikt over de viktigste temaene i intervjuet/ teksten (Berg referert i Johannessen et al 2011).

Deretter ble det sortert etter disse kategoriene for at jeg skulle kunne avdekke lignende utsagn, mønstre, sammenhenger og fellestrekk eller forskjeller (Johannessen et al 2011).

Det sorterte datamaterialet analyseres. Analysearbeidet består i å identifisere mønstre, sammenhenger og prosesser som kan fortettes og beskrives på et høyere abstraksjonsnivå (Johannessen et al 2011).

Fomålet med kvalitativ analyse, sier Thagaard (2013) er å utvikle en forståelse av dataene som går utover de beskrivelser deltagerne gir av sin situasjon og sine synspunkter. En tidlig analyse av dataene innebærer en dekontekstualisering av teksten, fordi teksten blir oppdelt og atskilt fra sin opprinnelige sammenheng. Prosessen med å tolke dataene kan beskrives som en rekontekstualisering. Det vil si at vi knytter teoretisk relevante begreper til kategorier i materialet. Grunnlaget for tolking av dataene er at analysen utføres på en måte som bidrar til å fremheve meningen i teksten.

På neste side presenterer jeg et par eksempler på hvordan jeg har arbeidet med å analysere datamaterialet.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Sub kategori	Kategori	Tema
<p>Jeg mener det er viktig med fagfolk...fifty... fifty med fagfolk og ansatte med brukererfaring. Det tror jeg er en veldig god kombinasjon... forskrifter og sånt...det er viktig å tenke nytt...</p> <p>Jeg legger i det at alle er eksperter på oss selv...vi vet mer eller mindre hva som er godt for oss og hva som ikke er det. Vi vet hvilke steg vi bør gjøre for å få det bedre...så det blir på en måte å gi brukeren rett til det valget...og det betyr også å gi den rett til å velge noe som ikke er fullt i tråd med det jeg tenker er så bra...</p>	<p>Det er viktig med en tverrfaglig personalgruppe fordi man jobber med mennesker. Det er viktig å tenke nytt</p> <p>Alle mennesker er eksperter på oss selv. Vi vet hva som er godt eller ikke godt for oss.</p> <p>Brukeren må få lov til selv å ta sitt valg. Fagpersonen må akseptere valget brukeren tar</p>	<p>Viktig med tverrfaglighet</p> <p>Viktig å tenke nytt</p> <p>Brukeren kjenner seg selv best</p> <p>Brukeren tar valg-gode eller mindre gode</p> <p>Fagpersonen må akseptere dette</p>	<p>Ansatt med brukererfaring</p> <p>Ansatt med fagkompetanse</p> <p>Nytenkning</p> <p>Brukeren er ekspert på seg selv</p> <p>Brukeren velger selv</p> <p>Anerkjennelse brukers valg</p>	<p>Tverrfaglighet</p> <p>Nytenkning i psykisk helsearbeid</p> <p>Brukeren er ekspert</p>	<p>Helsefremmende retning i forhold til brukerne</p> <p>Myndiggjøring/ Empowerment</p>

Tabell 1: Analyseprosessen; eksempel fra arbeidet med å analysere datamaterialet

3.5. Refleksjoner rundt studiens troverdighet

3.5.1. Pålitelighet (Reliabilitet)

Reliabilitet knytter seg til undersøkelsens data: hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de bearbeides (Johannessen et al 2011).

Jeg har forsøkt så langt det lar seg gjøre å redegjøre for valg av metode og analyseprosessen i denne oppgaven. Jeg har presentert funnene i eget kapittel i studien. Ved å presentere min forforståelse styrkes påliteligheten i studien. Forforståelsen og andre utfordringer knyttet til dette er omtalt under tema om forskerrollen i kapittel 3.3.

Selv om jeg mener at jeg har hatt tilstrekkelig med informanter for å belyse problemstillingen for å få frem erfaringskunnskap, kunne troverdigheten vært styrket ved å ha flere informanter og gjerne fra flere avdelinger.

Jeg transkriberte over til bokmål, delvis fordi det anonymiserer informantene. En annen grunn var at det kunne være vanskelig å forstå hva som ble sagt utifra dialekten. Jeg valgte derfor å gjøre sitatene mer leservennlig, men ser at dette kan ha svekket påliteligheten.

Transkripsjonen har en tendens til å bli betraktet som selve det solide, empiriske materialet i et intervjuprosjekt. Utskriften er imidlertid ikke klippefaste data i en intervjuundersøkelse; de er kunstige konstruksjoner av kommunikasjon fra muntlig til skriftlig form. Enhver transkripsjon fra en kontekst til en annen medfører en rekke beslutninger og vurderinger (Kvale 1997).

3.5.2. Validitet

Validitet i kvalitative undersøkelser dreier seg om i hvilken grad forskerens fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al 2010).

Jeg var alene om å transkribere intervjuene, men jeg sendte de transkriberte intervjuene tilbake til de jeg hadde intervjuet. Slik sikret jeg mer pålitelighet og troverdighet til transkriberingen. Jeg mottok ingen tilbakemeldinger fra informantene etter at de hadde mottatt de transkriberte intervjuene.

Fangen referert i Thagaard (2013) diskuterer innvendinger mot at deltageres reaksjoner kan regnes som en validitetssjekk. Deltagerne kan si noe om de kjenner seg igjen, men de kan være uenige i tolkningene. Sett i lys av det har ikke informantene kunne gi noen tilbakemelding i forhold til analysen, kun i forhold til at de kjente seg igjen i transkriberingen som var foretatt. Sånn sett sikrer ikke dette validitet for analysen. Ettersom formålet med analysen var å plassere deltageres forståelse i en videre faglig sammenheng, som Thagaard (2013) skriver, vil uansett ikke deres vurdering kunne bekrefte dette. Mitt formål med studien var å plassere forståelsen i en faglig sammenheng.

Analyseprosessen ble også utført alene, men jeg sendte avgårde oversikt til veileder på hvordan jeg foretok analyseprosessen fra meningsbærende enhet til tema. En venn av meg har gått gjennom analysen. Aktuelle venn har selv en mastergrad og jobber innenfor helsesektoren.

Under kapittel 3.3 om forskerrollen utdyper jeg mer i forhold til min egen forforståelse i forbindelse med denne studien og spesielt i forhold til min rolle som forsker og relasjon til informantene. Det er viktig at forskeren reflekterer over sin posisjon under feltarbeidet for å styrke forskningens validitet (Thagaard 2013). Jeg mener at jeg har bidratt med egne refleksjoner, noe som igjen kan styrke validiteten av denne studien.

3.5.3. Overførbarhet

Begrepet overførbarhet har en direkte tilknytning til hvordan vi argumenterer for at tolkninger som er utviklet innenfor et prosjekt, også kan ha gyldighet i andre sammenhenger (Thagaard 2013)

Det var kun informanter fra en avdeling representert i min studie. Informantene var var både menn og kvinner med forskjellige utdannelser og erfaringer. Det var informanter med

utdannelse på universitetsnivå og informanter med utdannelse på videregående nivå samt egenerfaring med psykisk lidelse og/ eller rusutfordringer.

Samtlige informanter hadde erfaring med arbeid i forhold til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og rusutfordringer.

Jeg mener at informantenes forståelse av helsefremming og deres helsefremmende arbeid kan være gyldige beskrivelser for denne gruppen. Om studien kan overføres til andre områder avhenger også av om det er gjort andre funn i forskning som kan understøtte funn i denne studien.

Funn i denne studien samsvarer med tidligere studier i forhold til informantenes forståelse av begrepet helsefremming og at det var utfordrende å definere begrepet (Gammersvik og Alsvåg 2009; Alstveit 2002; Nyplan 2015; Casey 2007).

I denne studien viste det seg også at psykiske helsearbeidere jobber helsefremmende til tross for at begrepet helsefremming var utfordrende å definere, eller beskrive en forståelse av.

Disse faktorene kan gjøre det utfordrende å overføre funn til å gjelde som samtlige avdelinger hvor det jobbes i forhold til mennesker med Rop- lidelser, men det kan indikere at ved bruk av Recovery som grunnlagsforståelse og motiverende intervjuer som metode, øker sannsynligheten for å innfri endel av de helsefremmende prinsippene.

4. Forskningsetikk

I dette kapitlet beskriver jeg de etiske vurderinger som er gjort før oppstart av studien og de som er kommet opp underveis.

Tilgang til feltet og nødvendige godkjenninger

Jeg besluttet å intervju psykisk helsearbeidere innenfor kommunal sektor og i den forbindelse sendte jeg søknad om godkjenning for studien til NSD. Denne søknaden hadde vedlagt prosjektplan, samtykkeerklæring og informasjonsskrivet til deltagerne. Søknaden ble

godkjent 22.01.16 (vedlegg nr 4). Etersom denne studien ble utsatt, ga jeg NSD informasjon om endring i studieforløpet. Dette ble gjort 29.07.16.

I tillegg sendte jeg skjema «Avtale i forbindelse med masteroppgave knyttet til offentlig og/eller privat virksomhet» (vedlegg nr. 2) til avdelingsleder for godkjenning til å gjennomføre studien i den aktuelle avdelingen.

4.1. Etiske vurderinger

Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale. Mange av de måtene vi mennesker direkte eller indirekte kan påvirke hverandre på, reiser etiske spørsmål (Johannessen et al 2011).

Jeg har anonymisert informantene ved å kalle de informant 1 og så videre. Kvåle (1997) sier at for å beskytte intervjupersonens navn bruker man ofte fiktive navn. Dette krever da at man endrer informasjonens form uten å endre betydningen.

I denne studien er det beskrevet i metodekapittel 3 hvordan jeg har ivaretatt informantenes rett til informert samtykke.

Publisering av forskningsresultatene

Jeg har foretatt et par symbolske utskiftninger. Dette innebærer, ifølge Thagaard (2013) at endringer som foretas med hensyn til deltagerne, ikke berører sentrale poeng i teksten. Presentasjonen av personer eller kontekster er «sanne» i den forstand at trekkene som beskrives, representerer tendenser i materialet.

Jeg har valgt å skrive samtlige sitater på bokmål i presentasjonen. Dette for å unngå at noen blir gjenkjent. Innholdet i sitatene endrer ikke på meningsinnholdet. Thagaard (2013) sier at hvis personer kan gjenkjennes på ved bruk av dialekt eller spesielle uttrykk, vil et ordrett sitat stride mot prinsippet om anonymitet.

Anonymitet er et større problem i undersøkelser hvor deltagerne representerer samme nettverk. Hvordan kan forskeren forholde seg til prinsippet om anonymitet når deltagerne i undersøkelsen kjenner hverandre, spør Thagaard (2013).

I denne studien arbeider informantene på samme avdeling og vil i den forbindelse, naturlig nok kjenne hverandre, mer eller mindre. Det er mulig at enkelte vil kjenne igjen sitater som kan identifisere hvem det er, men i denne studien er det ikke personlige og sensitive erfaringer som er utgangspunktet for studien. Det kom heller ikke frem ting i intervjuene som var av sensitiv eller personlig informasjon.

I følgende kapittel vil jeg presentere funnene fra studien. Jeg velger å presentere de utifra 6 temaer som følger: «*Et godt liv- forståelse av begrepet helsefremming*», «*De små tingene i hverdagen- helsefremmende arbeid*», «*Motiverende intervju som metode*», «*Recovery som grunnlagsforståelse*», «*Brukeren er eksperten på sitt liv*», «*Helsefremmende retning for brukeren*» med undertema: «*Betydning av ansatte med brukererfaring og tverrfaglighet*» og «*Fokus på kollegaveiledning*».

5. Studiens funn

5.1. Hva betyr helsefremming?

Et godt liv

Jeg ønsket å få frem informantenes umiddelbare forståelse for begrepet helsefremming og hva de la i det. Et par av informantene svarte direkte på spørsmålet, men de fleste hadde behov for oppfølgingsspørsmål for å svare. Oppfølgingsspørsmålet var om det var noen forskjell på helsefremming og forebygging. Jeg ga eksempler på hva helsefremming kunne være, at fokuset var på det friske og ressursene hos brukere.

Informantene svarte forskjellig på hva de legger i begrepet helsefremming og deres forståelse av det, men det som kom frem var at helsefremming handlet om et bredere perspektiv på helse. Det kunne være de store hendelsene i livet, som arbeid og det å mestre og bo. For andre kunne det være å redusere uheldig helseatferd. Andre uttalelser påpekte at det betydde å ha det godt med seg selv eller å få et godt liv. I det kan det rommes mye.

Informant 1 sa: «*Det betyr å ha det godt med seg selv*».

Informant 3 uttrykte at: *«Helsefremming er kanskje bredere, det kan være utrolig mye forskjellig man legger i det».*

Informant 4 sa følgende: *«...som å ta frem ressursene deres, hjelpe de med, egentlig at vi ikke skal ta fra de det de kan...»*

Informant 6 uttrykte følgende: *«Jeg tenker at helsefremming, på en måte er de store forandringene, ikke sant. Det gjelder å ta tak i det som er friskt».*

Informantene syntes å skille mellom forebyggende arbeid og helsefremmende arbeid, om det ikke var like enkelt å konkretisere skillet mellom dem. Det som gikk igjen i utsagnene til informantene var at brukerne skulle få et godt liv.

5.2. De «små tingene» i hverdagen- helsefremmende arbeid

Informantene beskrev sitt daglige arbeid med mye fokus på de «små tingene» og «de små dryppene». Som informant 3 uttrykte: *«Ja, jeg synes vel mer og mer, jo lengre jeg har vært her, at det er småtingene, som det å se an, hvordan brukeren er akkurat den dagen, og hva som er behovet».*

Informant 7 sa også at *«jeg tenker at det er viktig å ha fokus på de små skrittene, de små endringene, for eksempel å drikke mindre eller ikke å injisere så ofte, eller bare å jobbe med positiv holdning til de tingene...ikke sant...at det er på det nivået der».*

Informant 1 illustrerte «de små tingene» i følgende utsagn: *«...det var en bruker som heiv snus på sofaen, skiver og koteletter fløt rundt han...når jeg ble bedre kjent med han...så når relasjonen var på plass, hadde vi fokus på ei bossbøtte i stua...mat skulle oppi der...snus skulle oppi der...og der begynte vi».*

Informantene ga en beskrivelse av et arbeid som besto av en anerkjennelse av at det dreide seg om at det er brukerens egen innsats som er viktig. Det den enkelte gjorde for å hjelpe seg selv, med støtte fra hjelpeapparatet.

Informantene ga også en beskrivelse av et arbeid som kan ta tid og at det var det aksept for nettopp det. De var opptatt av og legge merke til de «små skrittene», noe som var av stor betydning for den enkelte bruker.

Informant 1 ga også en beskrivelse av betydningen av hverdagslivet, og fokus på at det å tilrettelegge for at bruker fikk hentet frem «gjenglemte» ressurser, var av stor betydning for å komme seg videre i livet. På slutten av utsagnet sa han følgende... *«nå bruker han bossbøtta og han tar mer og mer ansvar for renhold i egen leilighet. Det har vært en tidkrevende prosess, men det har jo gitt resultater».*

5.3. Motiverende intervju som metode

Samtlige av informantene kom inn på bruk av Motiverende intervju som metode i det daglige arbeidet.

Informant 2 sa: *«Jeg prøver hele tiden å gripe fatt i det de selv sier de vil...jeg prøver å bruke MI. Det er en genial måte for meg å få frem hva de egentlig har lyst til, hva de egentlig vil. Jeg prøver å stille åpne spørsmål med...holdt jeg på å si...undre meg videre på det du sa sist...hva vil være det beste og det verste...altså skalere litt. Spesielt med en kvinne jeg fulgte til legen, det var ikke noe galt, men da jeg tok det opp, kom det frem at det var noe hun hadde uroet seg for...og da tenker jeg at det gjør noe med den psykiske helsa og rusinntaket».*

Informant 3 sa: ... *«det handler veldig mye om å lytte, ser jeg... ».* *«Vi har mye fokus på MI»*, sa informant 4, *«jeg bruker det bevisst fordi det er enklere å få til samtaler når man vet hvordan man skal stille spørsmålene».*

Informant 7 sa følgende: *« ...og når jeg går til brukeren, tenker jeg mye på, hva er egentlig målsettingen til brukeren...hvis de skal komme i sin bedringsprosess, så må jeg være nysgjerrig på hva er det da? hva er din bedring? hva er det du vil?...og da er det lettere å bruke MI også».*

5.4. Recovery som grunnlagsforståelse

Nesten samtlige av informantene kom inn på tema som omhandlet recovery og recovery-orientert arbeid underveis i intervjuene, uten at jeg spurte om det. Det var kun ved to an-

ledninger jeg etterspurte spesifikt om de jobbet etter spesielle metoder og/ eller hadde faglige fundament for arbeidet.

Informant 4 uttalte dette: *«Vi reiser jo hjem til brukerne, hjelper de med det de ønsker hjelp til. Det er ganske mye utifra Recovery modellen...å jobbe utifra brukerens mål...ja, at de gjerne skal bestemme hva vi skal jobbe med. Hva de ønsker å ta tak i...når de ønsker å ta tak i det...sånn at det hjelper ikke å jobbe mot rusfrihet, om det ikke er det de er klar for... og da har de kanskje noen andre små mål på veien som vi kan hjelpe med».*

Informant 6 sa følgende: *«Jeg er opptatt av relasjonsarbeid og for meg så er det en naturlig måte å jobbe på...side om side...ikke ovenfra og ned...og jeg har veldig stor tro på Recovery tenkningen, i forhold til dette, at det er den som har utfordringen, som skal lære seg å bruke teknikker og leve med dette...det er ikke du som skal styre de...og jeg tenker det å motivere, er en mye bedre vei å gå».*

Informantene hadde fokus på brukerens autonomi, motiveringsarbeid og tilrettelegging for at brukerne skulle lære seg teknikker for å leve best mulig med helseutfordringene de måtte ha.

5.5. Brukeren er ekspert på sitt liv - myndiggjøring

Informantene hadde stort fokus på valgmuligheter for brukeren. Uttalelsene deres viste en bevissthet i forhold til at det er brukerens vurderinger og deres valg, men at det kunne være utfordrende for informantene å se på at de tok valg, som fikk negative konsekvenser.

Informant 2 uttrykte at : *«Vi er alle eksperter på oss selv...vi vet mer eller mindre, hva som er godt for oss og hva som ikke er det. Du skal tåle at de tar gale valg...og det er vanskelig å se på når de tar valg som får fatale konsekvenser».*

Informant 7 sa følgende: *«...for en ting er at vi er vant med at oss som helsepersonell har vært ekspertene og så skal du gjøre en endring der...og så er brukeren vandt med at vi skal ha råd og sånt...så der må vi jobbe ganske hardt med oss selv for at vi ikke tar over...og prøve å gi ansvaret tilbake». «...det handler mye om å endre vår tankegang...å tenke på hvordan jeg stiller spørsmål...».*

Informant 5 sa at : «...så er det jo det at de bestemmer selv, så får de heller trå feil, så får vi snakke videre om det etterpå...».

5.6. Helsefremmende retning i forhold til brukerne

5.6.1. Betydning av ansatte med brukererfaring og tverrfaglighet

Informant 1 uttalte følgende: «Jeg mener det er viktig med fagfolk...fifty...fifty..med fagfolk og ansatte med brukererfaring...det er viktig å tenke nytt».

Flere av informantene vektla betydningen av et tverrfaglig team og at man må våge å tenke nytt innenfor feltet psykisk helsearbeid.

Informant 7 sa: «...håper at om 10 år...holder vi ikke på å snakke om det, men at ansatte med egenerfaring er en selvfølge...»

5.6.2. Fokus på kollegaveiledning og solskinnshistoriene

Følgende uttalelse kom fra informant 4: «Vi har mest fokus på ressurser, det brukerne faktisk klarer å få til. Vi forteller solskinnshistoriene...dette som vi får til».

Flere av informantene vektla personalgruppen som en viktig faktor for å holde fokuset på helsefremming. De støttet hverandre og fortalte historier om brukere som lyktes. Det var tydelig at dette var viktig for informantene, slik at de ikke mistet fokuset på det daglige arbeidet, men løftet frem «de små tingene».

Informant 7 sa: «Vi må veilede hverandre, vi trenger selvfølgelig andre også, men vi har masse ressurser der vi er...vi må bli flinkere til å bruke hverandre».

«De små tingene», sa informant 3, «de er jeg også opptatt av å ha fokus på...begynner du å se på alt det andre, lurere du på hva er det egentlig jeg holder på med her».

Neste kapittel vil inneholde drøftinger av funn i studien. Funnene ses i lys av teorien samt egne refleksjoner i forhold til dette.

6. Tolkning av resultat

Hva legger psykisk helsearbeidere i begrepet « helsefremming » og hvordan opplever og erfarer de at de arbeider helsefremmende?

Analysen av datamaterialet ga meg flere funn som kunne belyse problemstillingen. Etter analysen satt jeg igjen med 6 temaer: «*Et godt liv- forståelse av begrepet helsefremming*», «*De små tingene i hverdagen - helsefremmende arbeid*», «*Motiverende intervju som metode*», «*Recovery som grunnlagsforståelse*», «*Brukeren er eksperten på sitt liv*», «*Helsefremmende retning i forhold til brukerne*» med undertema: «*Betydningen av ansatte med brukererfaring og tverrfaglighet*» og «*Fokus på kollegaveiledning*».

6.1. Et godt liv- forståelse av begrepet helsefremming

Hos informantene flyter begrepene helsefremming og forebygging litt over i hverandre.

I Ottawacharteret defineres helsefremmende arbeid som « prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse». Det heter videre at « for å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære, må et individ eller gruppe være i stand til å identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov og endre, eller mestre sitt miljø» (World Health Organization).

Funn i denne studien viser at informantene var ukjente med selve ordlyden av begrepet helsefremming, andre blandet begrepet med forebygging. Dette samsvarer med tidligere forskning som sier at helsefremmende arbeid mangler et solid og entydig teoretisk fundament (Nyplan 2015).

Et annet funn i denne studien viser at informantene har en bred forståelse av hva helsefremming innebærer og at det var to trekk som gikk igjen, og det var at brukerne skulle få et bedre liv eller et godt liv. Funn i denne studien viser en bredere forståelse av begrepet enn funn som kommer frem i tidligere forskning. Gammersvik og Alsvåg (2009) fant følgende i sin studie: Helsefremming var først og fremst å gi helseopplysning, at sykdom og komplikasjoner var i fokus og at målet var å bli frisk. Også i Casey (2007) sin studie viste det seg at sykepleiernes forståelse av helsefremming handlet mest om en helseopplysnings tilnærming overfor pasientene. I Alstveit (2002) ser helsesøstrene helsefremming som en forlengelse av det sykdomsforebyggende arbeidet.

Funn i denne studien beskriver helsefremming som de store hendelsene i livet, som arbeid, det å mestre å bo, redusere uheldig helseatferd og ha det godt med seg selv.

Det har vært trukket frem, ifølge Mæland (2005) at det helsefremmende arbeidet bygger på et vidt og uklart helsebegrep.

Datamaterialet i denne studien viser at informantene mener begrepet favner vidt og at det handler om å ha/ få et godt liv. På den ene siden kan et slikt vidt begrep gjøre det vanskelig å få tak i innholdet i det. På den andre siden kan det være nettopp det at begrepet skal omhandle alle aspekter og sider ved livet. Informantene i denne studien var opptatt av at begrepet helsefremming var nettopp det, at det var bredere og kunne inneholde så mye. Også Andrews (2003) skriver at health promotion favner alt og alle. Ifølge henne vil health promotion absolutt tjene på å ha et klarere fokus.

Selv om selve begrepet «helsefremming» var problematisk for informantene å definere, viser funn at informantene utfører helsefremmende arbeid. De beskriver en arbeidshverdag med fokus på «de små tingene» få frem den enkeltes ressurser, myndiggjøring og bruk av metoder for å oppnå helsefremming. Funn i forhold til dette vil bli presentert og drøftet under følgende kapitler: 6.2, 6.3, 6.4, 6.5.

Dette kan ses i lys av Andrews (2003) som sier at begrepet «Health promotion» ble lansert som en motsats til det som tradisjonelt har blitt kalt sykdomsføbyggende arbeid. Hensikten var å signalisere en dreining av fokus i retning av ressurser, eller noe positivt, som kan bidra til å fremme helsen, istedenfor å ha oppmerksomheten rettet mot negative forhold som kan føre til helsesvikt.

6.2. De små tingene i hverdagen - helsefremmende arbeid

Funnene i studien viste at informantene hadde fokus på «de små tingene i hverdagen» og «de små skrittene». Det kunne være å drikke mindre, begynne å kaste søppel i søppelbøtta eller å tilrettelegge for sosiale aktiviteter.

Aakerholt et al (2016) sier at tilrettelegging av boligen og oppfølging i boforholdet kan føre til bedre mestring og utvikling av ferdigheter som trengs for å klare dagliglivet. Ikke sjeldent resulterer denne oppfølgingen også i symptomlindring når det gjelder bruk av rusmidler og øvrig psykisk lidelse.

Jeg mener at informantene i min studie viser en forståelse av betydningen for hverdagslivet til den enkelte for å oppnå endring i livet. Funnene indikerer at det er kunnskapsbaserte refleksjoner og faglige begrunnelser som ligger til grunn for «de små tingene» i hverdagen.

Funn kan ses i lys av det Aakerholt et al (2016) skriver om at oppfølgingsarbeid i bolig krever relevant teorikunnskap, og det forventes kunnskap om ulike arbeidsmetoder for å løse brukerens utfordringer, utover vanlig hjelpsomhet og medmenneskelighet

Borg et al (2013) trekker også frem betydningen av hverdagslivet. Det er lett å ta de daglige ferdigheter som gitt, vel vitende om at de er nødvendige for å bevege oss ut og inn av ulike roller og aktiviteter. Som psykiske helsearbeidere er det viktig å erkjenne at dette også gjelder for de som skal komme seg gjennom psykiske problemer eller rusproblemer.

Funn viser også at informantene har fokus på betydningen av at det ikke er nok med en bolig, men at man også skal fylle livet med meningsfulle aktiviteter. Det er spesielt fokus på at helsearbeidere kan være med å tilrettelegge for aktiviteter, men på sikt trekke seg ut.

Aakerholt et al (2016) sier at å fylle livet med innhold, etablere nettverk og delta i sosiale aktiviteter er viktig for å kunne trives i egen bolig. Psykisk helsearbeideres oppgave kan være å motivere til deltagelse i sosiale aktiviteter og å hjelpe med transport og organisering.

Funnene viser, mener jeg, at det faglige arbeidet oppfyller mange av de helsefremmende prinsippene, blant annet, det å hente frem brukerens ressurser. Dette samsvarer med funn i Nyplan (2015) hvor resultatet viste at helsesøstre hadde et sterkt «friskfokus» fremfor ungdoms helseplager og ønsket å bidra til å styrke den unges egne ressurser.

Borg et al (2013) vektlegger også at erfaringskunnskapen har synliggjort at det ikke er nok med behandling og profesjonell hjelp. Det er like viktig med sosiale forhold, et trygt hjem, vennskap og en meningsfull hverdag.

Denne erfaringskunnskapen, mener jeg, er svært viktig for psykisk helsearbeidere å ta på alvor og funn i studien viser at informantene tar dette på alvor. Borg (2013) sier også at det er i det vanlige livet man kan øve seg på å være menneske å ta kontroll over eget liv ved

hjelp av og i samspill med medmennesker. Jeg mener at dette understreker betydningen av at psykiske helsearbeidere ikke må glemme at de helt grunnleggende ting i livet til brukerne som er tapt, krever en reflektert psykisk helsearbeider, som kan samarbeide med brukeren om å ta tilbake kontrollen over livet. Jeg mener at eksempelet med å kaste søppel i søppelbøtta illustrerer viktigheten av at psykisk helsearbeidere vektlegger at man innimellom må begynne med de helt grunnleggende ferdighetene hos den enkelte. Det handler om å ta kontrollen over livet sitt og bygge det opp igjen «steg for steg».

Dette mener jeg også belyses av Mæland (2005) som sier at helsefremmende arbeid forutsetter aktiv medvirkning fra folk selv. Sett i lys av det, mener jeg at nettopp informantenes fokus på «de små tingene» viser en forståelse for helsefremming.

6.3. Motiverende intervju som metode

Ordet intervju betyr sammenkomst, møte ansikt til ansikt. Motivasjonen er menneskelig drivkraft, det som gir retning til valg og atferd. Så et motiverende intervju er en samtale som skal lede til at et menneske bestemmer seg for, og beveger seg i retning av et bestemt resultat (Barth et al 2013).

Funn i studien viser at informantene så en klar sammenheng med å bruke motiverende intervju som metode for å få til en målrettet samtale. De var opptatt av å «gripe fatt» i det brukeren selv ville samtidig som de var opptatt av brukerens mål, som et ledd i den enkeltes bedringsprosess.

Metoden baserer seg på en forståelse av at endringsprosesser kan ha to faser, der motivasjonsarbeid er den sentrale oppgaven i den første fasen og gjennomføring er viktig i den andre (Barth et al 2013).

Funn viser at informantene har høyt fokus på motivering og på å skape nysgjerrighet hos brukeren. Informantene var opptatt av at blir brukerne nysgjerrige, kommer ofte motivasjonen for endring. Man kan også se funn i lys av helsedirektoratets anbefalinger om at motiverende intervju kan brukes for å for å samtale om bruk av rusmidler på en kvalifisert måte. Det finnes også noe forskningsmessig støtte for at motiverende intervjuer reduserer rusmisbruk hos personer med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse (Helsedirektoratet 2012).

Funn i denne studien samsvarer ikke med Nyplan (2015) sine funn som fant at det i praksisfeltet manglet kompetanse, teoretisk forståelse og verktøy for å jobbe helsefremmende.

Barth (2016) fremhever også at MI legger vekt på helsepersonell sin respekt for brukerens rett til selvbestemmelse.

Funn viser at informantene hadde fokus på sin egen nysgjerrighet i forhold til brukeren. De mente at det handlet mye om helsepersonellens holdninger om man virkelig klarte å vie sin oppmerksomhet til pasientens perspektiv. De var opptatt av at det viktigste var å lytte.

Dette kan ses i lys av det Barth et al (2013) sier at motiverende intervju er en metode som bygger på empatisk klientsentrert kommunikasjon. Dette betyr at behandleren er i stand til å vie sin oppmerksomhet til pasientens perspektiv og virkelig høre etter. Samtaleredskaper som åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer er til hjelp når vi vil øke opp vår kapasitet til nøyaktig lytting (Barth et al 2013).

Funn viser også at informantene har fokus på å bruke samtaleredskaper som åpne spørsmål, refleksjoner og oppsummeringer. Informantene i studien opplevde det å stille åpne spørsmål som en god måte å få til samtaler på. Ifølge Barth et al (2014) er et grunnleggende premiss i Mi at motivasjon, besluttsomhet, forpliktelse og tiltro til egne mestringsevner er påvirkelige av samhandling. Bare det å uttrykke sine egne tanker og følelser knyttet til endring (endringssnakk) i samtale med en annen har innflytelse på atferd.

Motiverende intervju som metode, mener jeg, kan åpne opp for samtale som gir muligheter for vekst og endring. Denne veksten og endringen kan igjen føre til helsefremming for den enkelte bruker.

6.4. Recovery- orientert arbeid

Funn viser at informantene vektlegger at de arbeider recovery orientert. De har fokus på at det er brukerens egeninnsats som hjelper og at personell skal bidra med tilrettelegging og motiveringsarbeid for bedring.

Ifølge Borg (2013) dreier recovery seg om personens egen innsats. Endel av den innsatsen handler om å ta kontrollen over livet tilbake. Min mening er at for å få tilbake kontrollen

over livet sitt, er det grunnleggende at personell tilrettelegger slik at sannsynligheten for mestring blir større.

Funnene viser at informantene jobber sammen med brukerne slik at de kan nå sine mål og ifølge Borg (2013) er samarbeid en av grunnsteinene i hjelpearbeid. Man jobber sammen om noe for å nå et mål.

Et annet funn er vektlegging av at man drar hjem og arbeider i brukers hjem. Aakerholt (2016) sier at den som hjelper brukeren med det praktiske i hjemmet, har langt flere samtaler med beboeren, enn behandleren på poliklinikken. Boligen kan fungere som en god behandlingsarena, samtidig som det er en god arena for læring av nye mestringsstrategier.

Borg og Karlsson (2013) skriver også at ved å anerkjenne hverdagslivets og de sosiale forholds betydning, blir vår oppgave som recovery orienterte helsearbeidere å forstå og fange opp det enkle så vel som det komplekse i hverdagslivet til personene det dreier seg om. Det er en rekke forhold som gjør hverdagsperspektivet viktig i slike samarbeidsprosesser, både for å unngå en avgrenset medisinsk eller psykologisk forståelsesramme og for å understreke at menneskelig atferd og uttrykk må ses og forstås i den enkeltes naturlige miljø.

Jeg mener at de gode samtalene ofte finner sted over oppvasken eller under rydding av boligen. Dette mener jeg fordi bruker er på sin arena, i sitt miljø og på en annen måte kan styre hvordan hjelpen skal gis og utformes. Det gir et annet utgangspunkt for samhandling og samtale, enn om brukeren må komme til behandlerens kontor. Dette kan også ses i lys av hva Askeim og Starrin (2007) sier om strukturmakten som kan virke krenkende og ydmykende på brukere som skal samhandle med velferdstjenestene. Både i rutiner og fysisk strukturering ligger det en makt som er vanskelig å angripe. Samtidig, mener jeg, at man ikke må glemme å vektlegge at på den ene siden kan det oppleves som positivt for brukeren at psykisk helsearbeider kommer hjem til han/ hun. På den andre siden vil det være noen som synes det kan være utfordrende.

Aakerholt (2016) sier også at kunnskapen og holdningene som kreves for å yte tjenester i beboers eget hjem, skiller seg vesentlig fra hvordan man møter pasienter i institusjoner og

brukere på offentlige kontorer. Der møter brukeren eller pasienten opp hos tjenesteyteren for å få hjelp

6.5. Brukeren er eksperten på sitt liv- myndiggjøring

Funn viser at informantene er opptatt av at brukeren er eksperten på eget liv og at psykisk helsearbeidere må tåle at de tar andre valg enn det de mener er til det beste for brukeren. Dette funnet kan ses i lys av det Askheim (2012) sier at den profesjonelle hjelperen nå er pålagt et ansvar for at den hjelpetrengende skal kunne fungere best mulig som en selvstendig person, må fagpersonen i neste omgang også akseptere at denne kan gjøre valg som strider mot det han/ hun ellers gjerne ville ha hindret av profesjonsetiske grunner. Funn viser at det kan være vanskelig når brukerne tar valg som får negative konsekvenser, men at informantene reflekterer mye rundt disse dilemmaene.

Funn viser også at de vektlegger ansvarliggjøring hos brukeren. Ved at brukeren tar valget er det også han/hennes ansvar å stå for valget som ble tatt.

Ifølge Andersen referert i Borg (2013) blir vår oppgave som hjelper å legge forholdene til rette i samarbeidet for at personens iboende ressurser kan komme i bruk. Det skjer ved å anerkjenne at det er personen selv som sitter med løsningen. Hjelperer kan også tillate at personen tar sine egne beslutninger, og med det også gjøre egne «feil».

Sett i lys av dette viser informantene en anerkjennelse av at brukeren har kunnskap og egenerfaring om hva som er det rette valget for han/henne.

Andrews (2003) sier at man innenfor helsefremmingslitteraturen ikke har problematisert at autonomi og selvbestemmelse ikke nødvendigvis er verdier som rager høyest på rangeringslisten i alle samfunn, eller at frihet til å ta valg innebærer frihet til å ta usunne valg. Funn i denne studien viser at informantene har stort fokus på at det er brukers rett til å ta usunne valg og at det må respekteres av helsepersonell. Det kom tydelig frem i analysen av datamaterialet at det å godta at brukerne tok valg som ga negative konsekvenser, var endel av arbeidshverdagen.

Et annet funn er informantenes fokus på økt kontroll for brukeren og at de har gjort seg endel refleksjoner i forhold til det å redusere maktforskjeller mellom psykisk helsearbeidere og brukere.

Ifølge Storm (et al 2009) kan det å gi slipp på makt og autoritet utfordre helsepersonell og deres verdier. Det er derfor viktig med refleksjoner om hvorfor man gjør som man gjør. Samtidig, mener jeg, er det viktig å ha fokus på at på den ene siden er det å gi fra seg makt ensbetydende for brukeren med noe positivt, på den andre siden kan en slik situasjon også fremstå som svært utfordrende fordi det er en helt ny situasjon.

Flere nevnte språkets makt; hvordan man ordla seg og hvordan man stilte spørsmål. Borg et al (2013) sier at makten viser seg ved hvilke spørsmål vi stiller. Det er en form for makt som fagpersoner ikke kommer unna, fordi samarbeidsrelasjonen også er asymmetrisk gjennom at noen søker hjelp, og andre er i en posisjon der de kan bestemme om hjelp skal tilbys og hvordan.

Funn viste også at de hadde fokus på brukerens rolle og deres forventninger til hva psykisk helsearbeidere skulle bidra med. Dette kan ses i lys av hva Mæland (2005) om at siktemålet innen det helsefremmende arbeidet er å skape uavhengige og sterke individer, grupper, lokalsamfunn og befolkninger. Skal man lykkes med helsefremmende arbeid, må ekspertene være villige til å avstå fra den makt og trygghet som ligger i den tradisjonelle rollen. For ekspertene kan dette virke truende og for den andre parten kan dette i tillegg skape forvirring.

Jeg mener at psykisk helsearbeidere må utfordre seg selv, til kontinuerlige refleksjoner, i forhold til makt- avmakt perspektivet. Dette gjelder ikke bare i forhold til hvordan man bruker språket, men generelt til verdier og holdninger.

Slik jeg ser det, kan bruk av motiverende intervju være med på å redusere dette maktforholdet. Det kan fungere, som en av mange metoder, for å oppnå økt myndiggjøring. Ifølge Barth (2014) er et grunnleggende premiss i Mi at motivasjon, besluttsomhet, forpliktelse og tiltro til egne mestringsevner er påvirkelige av samhandling.

Bare det å uttrykke sine egne tanker og følelser knyttet til endring (endringssnakk) i samtale med en annen har innflytelse på atferd.

Sett i lys av det kan man også tenke at motiverende intervjuer gir den enkelte muligheter for helsefremming. Hensikten er, ifølge Andrews (2003) å dreie fokus i retning av ressurser, eller noe positivt som kan fremme helse. Ser man motiverende intervjuer opp mot det er samtalemetoden en mulighet for å fremme helsen til den enkelte. Man tar tak i ressursene den enkelte har til å uttrykke følelser og tanker.

6.6. Helsefremmende retning i forhold til brukerne

6.6.1. Betydning av ansatte med brukererfaring og tverrfaglighet

Funn i denne studien viser at man ser et behov for å ansette medarbeidere med brukererfaring. Det er allerede ansatte med brukererfaring og dette oppleves som en ressurs inn i den øvrige personalgruppen. Funn viser at man håper om få år, at det ikke er et tema med ansatte med brukererfaring, men at det er en selvfølge.

Dette kan man se i lys av det Borg (2013) sier at man trenger medarbeidere med bruker- eller egenerfaring. Bare den kunnskap som man har prøvd ut og erfart personlig, er bærekraftig på sikt. Sett i lys av det er det fokus på dette hos informantene i form av at de uttrykker at denne erfaringen er viktig for det helsefremmende arbeidet. Det kan tenkes at de har en forventning om at egenerfaringen er den som består, uansett faglige endringer som måtte komme. Jeg mener det er svært viktig å innse at psykiske helsearbeidere ikke forstår alt fra et fagståsted.

Ifølge Borg (2013) er en viktig faktor for utvikling av de psykiske helsetjenestene at man stadig trenger nye medarbeidere som representerer et bredt erfaringsgrunnlag. Man trenger medarbeidere som ikke er redde for teorier og ideer, og som skjønner at teorier bare er et utgangspunkt for å gjøre seg egne erfaringer.

Funn i studien viser også at man vektlegger betydningen av tverrfaglig team og at man har fokus på at psykisk helsearbeidere må tørre å tenke nytt. Ifølge Borg (et al 2013) sies det at en av de største farene som truer psykisk helsearbeid, er tendensen til å tro at dagens oppfatninger er evige sannheter. De sier også at å arbeide recoveryorientert og være personens veiviser betyr ikke at man ikke skal benytte ulike kunnskapsformer.

Jeg mener at psykisk helsearbeidere hele tiden må søke ny kunnskap om feltet og da med brukerkunnskapen som likestilt. Det er den som har erfaring med et levd liv med psykiske helseutfordringer og/ eller rusutfordringer, som best kan fortelle hvordan hjelpeapparatet bør utformes, med tanke på mer helsefremming for den enkelte. Dette kan også ses i lys av (Leamy, Clarke, Le Boutiller, Bird, Choudhury, MacPherson, Pesola, Sabas, Williams og Slade 2016) som sier at en identifisert utfordring for organisasjoner er å ansette flere med egenerfaring. For å få en balanse i ansatte med brukererfaring og den øvrige personalgruppen, må man rekruttere ansatte med likemannserfaringer og pasient representanter, men også gjennom å ansette klinikere med egenerfaring.

Wilstad referert i Borg (2013) sier også at ønsket om og evnen til å lete i deltagerens livsverden kan også danne en ny kunnskapskilde i psykisk helsearbeid. Ønsket om og evnen til å lete i deltagerens livsverden er en forutsetning for å skape muligheter for ny forståelse og endring hos fagpersoner gjennom refleksjon og artikulering av levde erfaringer.

6.6.2. Fokus på kollegaveiledning

Aakerholt (2016) sier at psykiske helsearbeidere trenger hele tiden å være bevisste på hvordan man blir påvirket av å arbeide med andre mennesker, og om hvilken effekt dette kan ha på en. Faglig veiledning og kollegaveiledning kan gjøre en bedre rustet til å takle negativ påvirkning og bli bevisst egne reaksjoner. Det dreier seg om å støtte og hjelpe hverandre til å stå oppreist i en hverdag der hjelpere er vitne til manges livsproblemer, og samtidig komme videre faglig.

Funn i denne studien viser at informantene vektlegger kollegaveiledning og faglige oppdateringer, internt på avdelingen, men også på å hente kunnskap fra andre institusjoner. De er opptatt av at de har mye kompetanse på egen avdeling, men at de må bli flinkere til å bruke hverandre. Dette er i tråd med det Aakerholt sier, og viser at informantene er klar over betydningen, faglig veiledning og kollegaveiledning har for arbeidet man skal utføre, i forhold til den enkelte bruker.

En annen viktig faktor i det helsefremmende arbeidet, mener jeg er å kontinuerlige reflektere over egne holdninger og handlinger. Borg (2013) sier at vi som fagfolk må reflektere om vi står i veien for personen og selv representerer en barriere, ut fra våre handlinger og holdninger og utifra den virksomheten vi representerer.

Et annet funn viser at informantene har fokus på «solskinshistoriene», det som går bra med brukerne. De vektlegger å fokusere på «de små tingene» for å klare arbeidshverdagen.

Dette kan også sees i lys av Aakerholt (2016) som sier at for å klare å holde brukers beste i fokus, har alle behov for å føle seg sett, hørt og verdsatt av våre ledere og kollegaer.

Jeg mener at leder på den enkelte avdeling, må sørge for at det strukturelle er på plass, slik at det blir satt av faste dager og tidspunkter for kollegaveiledning. Dette vil igjen kunne føre til øket helsefremming i forhold til den enkelte bruker.

7. Oppsummering, konklusjon og implikasjoner for praksis

Studien har forsøkt å belyse hva psykisk helsearbeidere legger i begrepet helsefremming, deres forståelse av det og hvordan de erfarer at de jobber helsefremmende.

Grunnlaget for mitt ønske om å belyse dette temaet er fordi det nye helsefremmingsperspektivet med myndiggjørings fokus utfordrer oss som psykiske helsearbeidere til å gi fra oss ekspertrollen. Perspektivet utfordrer oss også til å fokusere på brukerens egne ressurser og til å snu fokuset fra det syke til det friske.

Slik jeg ser det, ble det etter Ottawa charteret et skifte i helsesyn og Mæland (2005) understreker det på en klar måte. Det helsefremmende arbeidet tar ikke utgangspunkt i sykdom, men i ressurser helse. God helse betraktes likevel ikke som et mål i seg selv, men som et middel til å oppnå andre ønskelige mål. Ved å styrke enkeltpersoners og befolkningens helse skapes et overskudd som gir muligheter for personlig, økonomisk og sosial utvikling, og dermed øke livskvaliteten.

Disse faktorene; fokus på ressurser, fremfor sykdom og myndiggjøringsperspektivet var avgjørende for mitt valg av tema og problemstilling for studien.

Funnene i studien viser at informantene har fokus på brukerens ressurser, mestring, myndiggjøring og hverdagslivets betydning for den enkeltes helse.

Motiverende intervju ble brukt som metode for det helsefremmende arbeidet og recovery ble vektlagt som et faglig perspektiv å arbeide utifra.

Funn viser at tverrfaglig samarbeid og fokus på flere ansatte med brukererfaringer var av betydning. Et annet viktig funn var betydningen av å ivareta hverandre i personalgruppen, slik at det kunne skapes en mer helsefremmende retning for brukerne.

Funn viste at selve ordlyden og definisjonen av begrepet «Helsefremming» var uklart, men at videre funn i studien indikerer at de arbeider etter helsefremmende prinsipper.

Det kan det se ut til at selve forståelsen for begrepet ikke er av den store betydningen for selve utførelsen av det helsefremmende arbeidet.

Denne studien har basert seg på erfaringer og opplevelser formidlet av 7 psykiske helsearbeidere og har derfor begrenset overføringsverdi. Den kan allikevel indikere at ved å ha fokus på å jobbe recovery orientert og med MI som en aktuell metode kan man innfri endel av de helsefremmende prinsippene.

Videre kan det jobbes med å få mer fokus på begrepet helsefremming og hva det betyr. Helsefremming og forebyggende arbeid er nedfelt i lovverket og i statlige føringer. Skal målsettingen for det helsefremmende arbeidet bli en realitet, må man begynne med å få en felles forståelse av hva helsefremming er. En felles forståelse for begrepet innenfor hele helsevesenet, vil øke mulighetene for bedre samarbeid til det beste for brukeren som har behov for helsefremmende tiltak.

Litteraturliste

Alstveit, M., (2002). *Helsefremming som «det lille ekstra»*. En kvalitativ studie om hva helsefremming betyr for helsesøstre. Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag. Universitetet i Bergen.

Andrews, T., (2003): *Nytt ideologisk grunnlag for forebyggende helsearbeid. En diskusjon på syn av makt og endring*. Tidsskrift for velferdsforskning, 6, 30- 42.

Askheim, O. P (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Askheim, O., P., B., Starrin (red) (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barth, T., T., Børtveit, P., Prescott (2013). *Motiverende intervju. Samtaler om endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Casey, D., (2007). *Nurse`s perceptions, understanding and experience of health promotion*. J. Clin Nurs, 2007, Jun 16 (6): 1039- 49. US National Library of Medicine National Institutes and Health.

Gammersvik, Å., Alsvåg, H., (2009). *Forståelse av helsefremming i sykepleie*. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning- nr. 2, 5 årgang.

Haugan, G., Rannestad, T., (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse- Rop. Sammensatte tjenester*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014). *Status for samhandlingsreformen*. Forvaltningsmessig følge med- rapport. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (Folkehelseloven).

Helse- og omsorgsdepartementet (2012- 2013b). *Morgendagens omsorg*. Oslo

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Rett behandling- på rett sted- til rett tid*.

Stortingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen. Oslo

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Trådt i kraft 24 juni.Nr.30.2011*.

Johannessen, A., Tufte, P., A., Christoffersen, L., (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag

Karlsson, B (red) (2016). *Det går for sakte...i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Karlsson, B., M., Borg (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvale, S (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

Leamy, M., E., Clarke, C., Le Boutillier, V., Bird, R., Choudhury, R., MacPherson, F., Pesola, K., Sabas, J., Williams, P., Williams, M., Slade (2016). *Recovery practice in community mental health teams: national survey*. 209: 340- 346. The British Journal of Psychiatry

Malterud, K (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning- forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskriftet Den Norske Legeforening.

Malterud, K (2012). *Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis*. The Nordic Societies of Public Health

Mæland, J.G., (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J.G., (2009). *Forebygging- en vakker tanke eller fornuftig handling?* I: Stamsø, M. A (red). *Velferdsstaten i endring*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Nyplan, M (2015). *Ta oss på alvor*. Teoretisk og empirisk studie av helsesøsters helsefremmende arbeid i skole. Masteroppgave. NTNU Trondheim.

Nyplan, M (2015). *Helsefremmende arbeid i skolehelsetjenesten. Helsesøsters muligheter og begrensninger*. Teoretisk og empirisk studie av helsesøsters helsefremmende arbeid i skole. NTNU Trondheim.

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og bruker rettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Endret ved lov 24 juni 2011 Nr.30

Storm, M., Å, B., Rennesund, M., J., Frahm Jensen (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thagaard, T (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Vigmostad og Bjørke AS

Thornquist, E (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Willumsen, E (red) (2005). *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Oslo: Universitetsforlaget AS

World Health Organization (1986) lastet ned fra who.int/healthpromotion/en/

Aakerholt, A., A., Veia, B., L. Tønnesen (2016). *Hjelp til å bo*. Oppfølging i bolig til personer med rus- og psykisk lidelse. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Helsefremming”

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å få frem psykiske helsearbeideres perspektiv på helsefremming. Jeg ønsker spesielt å undersøke hvilket fokus de har på myndiggjøring/ empowerment. Dette vil igjen kunne bidra til økt innsikt og refleksjoner i forhold til egen praksis.

Problemstillingen er : « Hva betyr helsefremming for psykiske helsearbeidere og hvordan opplever og erfarer de at de arbeider helsefremmende?«

Prosjektet er et masterstudie i helsevitenskap ved Universitet i Stavanger. Prosjektet gjennomføres ikke for ekstern oppdragsgiver eller i samarbeid med flere institusjoner.

Du er valgt ut fordi du jobber med mennesker med en alvorlig psykisk lidelse og rusutfordringer. Det er den ansattes perspektiv, som jobber med denne brukergruppen, jeg ønsker å belyse. Det er trukket 7 informanter, som er den totale arbeidsgruppen, på avdelingen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse vil innebære at du vil bli intervjuet alene. Jeg vil bruke lydopptaker og foreta notater underveis i intervjuet. Anslått varighet ca 1 time.

Spørsmålene vil omhandle ditt perspektiv på hva helsefremming betyr og hvordan du jobber i det daglige.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Før jeg starter med innhenting av data har jeg innhentet tillatelse fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste(NSD) til å gjøre denne studien. Jeg kommer til å forholde meg til deres regler om oppbevaring og makulering av datamaterialet. Informasjonen jeg innhenter skal kun brukes som beskrevet i hensikten med oppgaven. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller fødselsnummer eller andre gjenkjennende opplysninger. Jeg vil benytte meg av nummer (eks informant 1) når jeg knytter deg opp mot opplysninger fra deg, slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Jeg planlegger å levere masteroppgaven juni 2016. Lydbånd og utskrevne intervjuer vil bli makulert når studien er ferdig. Informasjonen jeg får av deg vil bli benyttet sammen med annen data og relevant litteratur. Dette vil være grunnlagsmateriale for min masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Ellinor Lindland, tlfnr: 41258154 mail: ellinorlindland@icloud.com

Veileder Inge Joa, tlfnr: 91392373, mail: ijo@sus.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien helsefremming «Hva betyr helsefremming for psykiske helsearbeidere?»

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Avtale i forbindelse med masteroppgave knyttet til offentlig og/eller privat virksomhet

Masterstudium i helsevitenskap

Avtale i forbindelse med masteroppgave knyttet til offentlig og/eller privat virksomhet.

Rammer for masteroppgaven:

Målsetting med masteroppgaven er at studenten skal tilegne seg vitenskapelig tenkesett og arbeidsmåte, kunne formidle vitenskapelige funn og beherske det vitenskapelige språket knyttet til helsefaget som vitenskapelig område.

Masteroppgaven utgjør 30 studiepoeng og er et selvstendig, individuelt vitenskapelig arbeid, enten i form av en monografi eller artikkelformat. En monografisk oppgave skal være på ca. 17..500 ord. Velges artikkelformat må der i tillegg skrives en kappe som utdyper de teoretiske og metodologiske overveielser som ligger til grunn for artikkelen. Artikkelen har en ramme på ca 5000 ord, og kappen en ramme på 5000 ord.

Student Ellinor Lindland på Masterstudium i helsevitenskap er gitt mulighet til å skrive masteroppgave i samarbeid med følgende virksomhet xxxx kommune

Studentens kontaktperson(er) i virksomheten er (anonym)

Tema for masteroppgaven: Helsefremming

Arbeidet forventes slutført i henhold til normal studieprogresjon: 15.11.2016

Universitetet i Stavanger tilbyr veiledning i tilknytning til arbeidet. Veileder er: Inge Joa

Følgende vilkår aksepteres:

1. Oppgaven må være i tråd med de rammer og retningslinjer som gjelder ved Universitetet i Stavanger og det aktuelle masterprogrammet, inkludert regler for konsesjon fra Datatilsynet og eventuell godkjenning fra NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) og/eller Regional Etisk Komité.
2. Virksomheten forplikter seg til å bistå studentene med tilgang til aktuelt datamateriale. (for eksempel informanter, dokumenter, etc.).
3. Datamaterialet studenten er gitt tilgang til skal i perioden det arbeides med oppgaven, fritt kunne anvende av studenten i masteroppgave i samsvar med forskningsetiske regler.
4. Arbeidet skal være i tråd med forskningsetiske regler, bl.a. når det gjelder informantenes rett til anonymitet, oppbevaring og sletting av data, publisering, etc.
5. Studentene har selv ansvar for oppgavens innhold, kvalitet og resultat. Universitetet i Stavanger kan ikke garantere for dette. Oppgaven vurderes ved universitetet etter vanlige regler for karaktersetting.
6. Funnene i oppgaven er studentenes eiendom og kan fritt publiseres.
7. Universitetet i Stavanger står ikke til ansvar for eventuelle forsinkelser når det gjelder ferdigstilling av arbeidet.
8. Masteroppgaver avlagt ved Universitetet i Stavanger skal kunne gjøres tilgjengelige i universitetsbiblioteket.
9. Universitetet i Stavanger har ingen økonomiske midler til rådighet for masteroppgaver.

Stavanger, den.....

Kommunal

Ellinor Lindland

Anne Marie Rovik

Virksomhet

Student

Emneansvarlig, masteroppgaven v/UiS

Avtalen underskrives i 3 eksemplarer, ett til hver av partene.

Veileder får kopi av avtalen.

Vedlegg 3: Intervjuguide

- Hva legger du i begrepet helsefremming?

Oppfølgingsspørsmål om det blir vanskelig å svare.

- Hva tenker du er forskjellen på helsefremming og forebygging?
- Myndiggjøring/ Empowerment brukes ofte i sammenheng med helsefremming, hva legger du i det ?

- Hvordan opplever du at du jobber helsefremmende i forhold til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og en rusavhengighet?

- Har du noen konkrete eksempler?

(Individ, grupper, samarbeid med andre instanser, kunst, musikk, friluft, idrett/ fysisk aktivitet, ekspert, likemann, metoder).

- Hvordan kan du påvirke til en mer helsefremmende retning i forhold til brukere?

(veiledere/forskrifter- klare å oppfylle dem, utdanning, kurser, fokus på tema på jobb, diskusjoner og refleksjoner med kollegaer, refleksjoner i forhold til verdier og holdninger)

- Hva tror du kan bidra positivt eller negativt til et helsefremmende fokus på avdelingen?

(støtte fra ledelsen, samarbeid med kollegaer fra andre instanser)

- Er det noe du vil legge til?



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

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Inge Joa
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 22.01.2016 Vår ref: 46337 / 3 / LT Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.12.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

46337

Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

Helsefremming

*Hva betyr helsefremming for psykiske helsearbeidere?
Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder Inge
Joa
Ellinor Lindland*

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

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og 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/meldeplikt/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://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 19.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen
Katrine Utaaker Segadal

Lis Tenold

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arbeidskontorer / District Offices

*OSLO NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. red@ua.no
TROMSØ NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Tromsø. Tel: +47 73 59 19 02. kymre.vaa@hivt.ntnu.no
TROMSØ NSD: SIF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. rednaa@hivt.no*

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77 Vedlegg:
Prosjektvurdering
Kopi: Ellinor Lindland ellinorlindland@icloud.com



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 19.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak