

Oppgavetittel:

Ivaretagelse av fysisk helse hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i langtids botilbud, -helsepersonells perspektiv.



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap

Spesialisering: Psykisk helsearbeid

Masteroppgave 30 studiepoeng

Ord: 17490

Student: Jan Christof Penkala

Veileder: Unn Elisabeth Hammervold

Dato: 20.06.2017

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: 4 fulltid

(høst 2015- vår 2017)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Jan Christof Penkala

VEILEDER: Unn Elisabeth Hammervold

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Ivaretagelse av fysisk helse hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i langtids botilbud, -helsepersonells perspektiv.

Engelsk tittel: Safeguarding of physical health for people with severe mental disorders in a long term care homes - from health professionals perspective.

EMNEORD/STIKKORD: mental illness, mental disorder, physical health, health promotion, health prevention, lifestyle, life expectancy, copy, fysisk helse, psykisk lidelse, kortere levetid, utfordringer, mestring, ivaretagelse av egen helse

ANTALL SIDER: 72

STAVANGER 20.06.2017.....

DATO/ÅR

Forord

Denne masteroppgaven er avslutningen på min to års studie i helse- og sosialfag med fordypning i psykisk helsearbeid.

Det har vært et spennende studium der jeg har fått ny kunnskap om mitt fagområde som baserer på terapiarbeid med mennesker med psykiske lidelser.

Jeg vil takke min veileder ved Universitetet i Stavanger, Unn Elisabeth Hammervold, som fulget mitt prosjekt nøye og som gav meg verdifulle anbefalinger for å løfte kvaliteten av masteroppgaven min.

Jeg vil også takke mine leder hos Stavanger Universitet Sykehus, som har tilrettelagt for at jeg både kunne arbeide og studere.

En stor takk vil jeg og rette til studiedeltakerne, mine 6 informanter, som med mye engasjement delte sine erfaringer med meg.

Til slutt vil jeg takke min familie, min kone Isabel og mine to døtre Larisa og Svenja, som har støttet meg i løpet av disse to årene.

Stavanger, 20.06.2017 Jan Christof Penkala

INNHOLDSFORTEGNELSE

FORORD	3
SAMMENDRAG	6
1.0 INTRODUKSJON	8
1.1 Studiens struktur.....	10
1.2 Tidligere forskning på område	11
1.3 Studiens hensikt, problemstilling, forskningsspørsmål.....	12
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV	13
2.1 Stress og mestringsteori fra Richard Lazarus.....	13
2.2 Brukermedvirkning.....	15
3.0 METODOLOGI	17
3.1 Datainnsamlingsmetode.	17
3.2 Studiens deltakere.....	19
3.3 Gjennomføring av datainnsamling.....	22
3.5 Forskningsetiske vurderinger.....	23
3.6 Analyse av datamaterielle.....	24
4.0 FUNN.....	26
4.1 Helsepersonells erfaringer	26
4.2 Hvordan helsepersonell forstår dette?.....	28
4.2.1 Sykdomsrelaterte faktorer.....	28
4.2.2 Det å leve med stress.....	33
4.2.3 Mangel på egenverdi og identitet.....	35
4.3 Hva gjør helsepersonell for å støtte pasienter?.....	37

4.3.1 Helsepersonells rolle i oppfølgings.....	37
4.3.2 Relasjonens betydning.....	41
4.3.3 Systemrelaterte faktorer.....	42
4.3.4 Begrensninger.....	45
5.0 RESULTATDISKUSJON.....	46
6.0 OPPSUMMERENDEDRØFTING.....	56
6.1 Metodediskusjon.....	56
6.1.1 Validitet.....	56
6.1.2 Reliabilitet.....	57
6.1.3 Svakheter i studie.....	58
6.2 Implikasjoner for praksis og forskning.....	58
REFERANSER	60
VEDLEGG.....	65
1. Intervjuguide	
2. Forespørsel til deltagelse	
3. Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)	
4. Personvernombud ved Stavanger Universitet Sykehus (SUS)	

Sammendrag

Jeg valgte temaet for min studie fordi mennesker med psykiske lidelser lever betydelig kortere enn den øvrige befolkningen. Avhengig av type psykisk lidelse er levetid hos disse menneskene henholdsvis 15 til 20 år kortere. Sammenlignet med resten av befolkningen er forskjellen dramatisk. Ingen dør på grunn av psykisk lidelse. Den kortere levetiden skyldes som regel sykdommer som rammer disse mennesker betydelig tidligere i livet enn den brede befolkningen.

Jeg ønsket å innhente kunnskap om det særegne og bestemte meg for kvalitativ studie. Jeg gjennomførte 6 intervjuer med miljøterapeuter som følger opp mennesker med alvorlige psykiske lidelser i deres daglige liv.

Hensikten med studien var å innhente erfaringskunnskap fra helsepersonell om hvordan disse mennesker ivaretar sin egen fysiske helse.

Teoretisk referanse for diskusjon grunnla stress og mestringsteori fra Richard Lazarus og brukermedvirkning som omsorgsperspektiv. Supplerende refererte jeg til flere andre relevante kilder.

Som funn vil jeg fremheve terapeutenes erfaring om at pasientene i studien har utfordringer med ivaretagelse av sin egen helse. Terapeuter i studien er mye opptatt med hjelp og støtte at pasientene kan mestre de utfordringene på en effektiv måte.

Helsepersonellens oppfatning var at pasientene lever mye med stress og opplever mangel på egen verdi og mening i livet. Dette er til hinder for å prioritere egen helsefremmende atferd.

Studien vil bidra til økt kunnskap om hvilke utfordringer mennesker med alvorlige psykiske lidelser har, og på hvilken måte helsepersonell kan støtte de til læring av effektive mestringsstrategier.

Summary

The fact that people with mental disorders have a considerable shorter life span than average, is the main reason for my choice of subject for this thesis. The average life span of these people are respectively 15 to 20 years shorter dependent on the type of mental disorder. Compared with the average population this distinction is considerable. There is no record of people dying of mental disorder. The shortened life expectancy is in general due to illnesses that afflict this group of people significantly earlier in their life than the ample population.

My ambition was to gather knowledge about the distinctive and conducted at qualitative study. I conducted six interviews with social educators that daily takes care of people with several mental disorders.

The purpose of the study was to gather experimental knowledge based on practice of how these therapists preserve their own physical health.

The theoretical reference for discussion is compiled from the works of Richard Lazarus stress copy and emotion theory. Additional relevant sources are referenced.

An important finding, that I want to accentuate, is the personal experience the therapists have about the patient difficulties regarding safeguarding their own health. The therapists in this study use considerable time to help and support these challenges in an efficient way.

A common perception among the therapists is that the patients live with stress and a lack of intrinsic worth and meaning of life. This creates difficulties regarding their priorities in health promotion measures.

This study will contribute to an increased knowledge and understanding of the kind of challenges people with mental disorders have to live with, and how medical personnel can support them with coping efficacy.

1.0 Introduksjon

Jeg jobber som miljøterapeut på en psykiatrisk avdeling med langtids botilbud for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Jeg kan dermed observere levevaner til disse pasientene og deres forhold til ivaretagelse av egen helse. Gjennom mitt arbeid følger jeg pasientene tett opp over flere år med omsorg og daglig miljøterapeutisk arbeid. Jeg observerer at pasientene ofte har lange perioder med lavt aktivitetsnivå, preget av sittende atferd over flere dager eller ofte uker. Flere pasienter preferer et ensidig kosthold som inkluderer mye fett og karbohydrater og med lite eller ingen frukt og grønnsaker. En passiv livsstil og bivirkninger av medikamenter fremmer overvekt, i tillegg kommer ofte helseskadelig atferd med røyk, og hos noen et ukritisk forhold til rusmidler og alkohol. Vi, helsepersonell, arbeider daglig med motivasjon og tilrettelegging for en god og sunn livsstil for disse pasientene. Vi observerer likevel at helsefremmingsprosessen ofte har en langsom eller ingen progresjon og pasientene har utfordringer med etablering av gode helsevaner.

Det kan være flere årsaker til manglende evne til å ivareta egen helse. Hos noen er det påvirkning av sykdom som på lang sikt eller i perioder tar over pasientens kapasiteter. Andre pasienter lider i tillegg av nedsatt kognitive funksjonsevne som enten er medfødt eller som resultat av mange år med dårlige levekår og rus. Dårlig oppvekstkår og tidlig debut av psykisk lidelser er også til hinder for etablering av helsefremmende livsstil. Gode levevaner som blir innlært i barn- og ungdomsalder gjennom sosialiseringprosesser er sterke føringer med tilsvarende utslag i voksent liv, (Bø og Schiefloe, 2007). Mitt inntrykk er at mange av disse pasientene med bakgrunn i sine psykiske lidelser mangler en bevisst refleksivitet om egen helse i deres bagasje. Alle disse pasientene kunne i perioder ha et sterkt behov for empatisk omsorg og tilrettelegging til et verdig liv.

Med min studie vil jeg undersøke hvordan andre miljøterapeuter som befinner seg i liknende forhold til pasienter, opplever deres daglige virksomhet i et helsefremmende perspektiv.

Mine erfaringer bekreftes av forskningen som rapporterer at mennesker med psykiske lidelser strever med ivaretagelse av egen helse og lever betydelig kortere enn den øvrige befolkningen. Den forkortede levetiden utgjør opptil 25 leveår og viser seg særskilt tydelig hos menneskene som ble rammet av alvorlige psykiske lidelser, (Walbeck et al. 2011).

Alvorlige psykiske lidelser, for eksempel schizofreni, psykoser og personlighets forstyrrelser, er en tilstand der pasienten i perioder i liten grad kan være i stand til å ta vare på seg selv. Pasientene blir rammet av nedsatt psykososiale funksjonsnivå som medfører et stort omsorgsbehov. For de hardest rammede kan en langvarig innleggelse i institusjon bli nødvendig. Noen pasienter kan kun få et verdig liv med livsvarig opphold på en institusjon med daglig omsorg.

Med mitt forskningsprosjekt *masteroppgave* vil jeg utforske helsepersonells opplevelse av hvordan disse pasientene ivaretar sin fysiske helse og hvordan helsepersonell opplever det å ha kunnskap, holdning og motivasjon til å tilrettelegge for at pasientene selv i større grad kan ivareta sin egen helse.

Jeg undersøkte på hvilken måte miljøterapeutene opplever deres miljøterapeutiske arbeid i forhold til tilrettelegging for helsefremming og mestring. Med tilrettelegging mener jeg motivasjonsarbeid, støtte og tilrettelegging for etablering og vedlikehold av helsefremmende livsstil, slik at pasienten selv i størst mulig grad kan ivareta sin egen helse. Helsefremmende livsstil fokuserer på tilstrekkelig mosjon, sunn ernæring, moderasjon eller avkall av rusmiddel, og adekvat forhold til helsetjenester.

Med masteroppgaven min ønsker jeg å finne ny kunnskap, samt peke på kunnskapshull og behov for videre forskning om tematikken, slik at den nye kunnskapen kan bidra til forbedring av liv og helse til disse pasientene.

Med min relasjon til studie ønsker jeg også å redegjøre for psykisk helsearbeid som en helhetlig tilnærming der fysisk helse er en likeverdig komponent. I mitt syn er et helt menneske ikke delelig, fordi psyke og soma er udelelig.

For å ivareta et menneske som lider under psykososial funksjonsnedsettelse er et helhetlig psykisk helsearbeid en nødvendig forutsetning.

Verdens helseorganisasjon WHO definerte allerede i 1948 hva helse er. Definisjonen har frem til i dag beholdt sin gyldighet fordi den ser på et menneske som har behov for fysisk, psykisk og sosialt velvære, sitat:

Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte, (WHO, 1948).

Regjeringen følger 1996 i Stortingsmelding nr. 63 (1997-98) denne definisjonen og konkretiserer verdigrunnet på helhetlig psykisk helsearbeid, sitat:

En person med psykiske problemer må ikke bare sees på som pasient, men som et helt menneske med kropp, skjel og ånd. Nødvendige hensyn må tas til menneskets åndelige og kulturelle behov, ikke bare de biologiske og sosiale. Psykiske lidelser berører grunnleggende eksistensielle spørsmål..., (St.prp. nr. 63, 1997-98).

Det tidligere dualistiske og reduksjonistiske perspektivet med sitt typiske skille mellom kropp, sinn og miljø har tradisjonelt dominert fagområdene medisin og psykiatri. Den positivistiske, teknologiske holdningen forsøker å kartlegge medisinske miljøer i årsak-virkning-kjeder og skiller klart mellom psyke og soma.

I det helhetlige synet på helse deles ikke helse opp i sjel og kropp. Helse er en helhetstilstand, hvor vi finner vår mening i samklang med verden vi lever i. Den kjente filosofen Hans-Georg Gadamer sa at det er viktig å være oppmerksom på hele mennesket og stimulere det til egenaktivitet, (Borge, 2014:32). Liknede posisjon representerer sosialmedisineren Per Fugelli som kritiserer det fragmenterte helsevesenet, fordi det ikke setter det hele mennesket i sentrum, (Fugelli og Ingstad, 2001).

1.1 Studiens struktur

Jeg vil først presentere mitt syn på helse som er et helhetlig fenomen, så vil jeg presentere relevante forskning på område og deretter redegjøre for min bakgrunn i studiet. Senere i kapittel 2 redegjør jeg for valgt teori og mitt perspektiv på brukermedvirkning. I kapittel 3 redegjør jeg for metode og gjennomføring av datainnsamling, samt utvalgs-kriterier for studiedeltaker. I kapittel 4 presenter jeg relevante funne og analyse. I kapittel 5 vil jeg fordype analysen med videre tolkning og diskusjon mot relevant litteratur. I avsluttende kapittel 6 vil jeg undersøke funnene og anvendt metode i forhold til relevans for forskning.

1.2 Tidligere forskning på område

For å gjøre meg kjent med kunnskapsstatus på område gjennomførte jeg et litteratursøk. Jeg søkte i databaser med en medisinsk-vitenskapelig profil som var Cinahl, Medline og SweMed+. Jeg brukte følgende søkeord i ulike kombinasjoner: mental illness, mental disorder, physical health, somatic health, health promotion, health prevention, lifestyle, life expectancy, psykiske lidelser, fysisk helse, kroppshelse, helsefremming, levetid. De mest relevante funnene i forhold til forskningsemne presenterer jeg for leseren i de etterfølgende oversikt.

Tidligere forskning på området somatisk helse og livsstil sykdommer kartla som regel somatisk helse blant den brede befolkningen. Et typisk funn var at mennesker med mindre sosioøkonomisk kapital lever kortere, (Helsedirektoratet, 2010). Mennesker med psykisk lidelser, eller med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser, som en separat og særlig utsatt gruppe, ble tidligere som regel ikke kartlagt, (Dalen et al., 2015).

En forholdsmessig ny studie fra de nordiske landene Sverige, Finland og Danmark undersøkte den somatiske/fysiske helsen blant pasienter som i deres livsløpsperspektiv hadde kontakt med psykisk helsevern. Resultatene var dramatiske. Avhengig av type psykisk lidelse var levetid hos disse menneskene henholdsvis 15 til 20 år kortere, sammenlignet med resten av befolkningen, (Walbeck et al., 2011) og (Lien et al., 2015). Denne forkorting i levetiden skyldes som regel sykdommer som hos den brede befolkningen opptrer relativt sent i livet, for eksempel koronar og hjertesykdom, høyt blodtrykk, diabetes, visse typer kreft, overvekt, med flere, (Helsedirektoratet, 2015). Mange pasienter med psykiske lidelser får betydelig overvekt med tilsvarende konsekvenser på grunn av behandling med legemiddel, (Aarre et al. 2009). Mitchell et al. (2012) kommer til liknende funn som gjelder helseskadelig atferd hos personer med psykiske lidelser og henviser i tillegg til somatisk underbehandling grunnet mindre fokus på fysisk helse hos helsepersonell og dårlig eget initiativ hos pasienter.

En australsk studie (Happel et al., 2013), henviser til et koordinert helseprogram for mennesker med psykiske lidelser. Målet med dette programmet er å gi pasientene både somatisk og psykisk relaterte helsetjenester samtidig på et sted. Grunnen til dette initiativ var hyppig underbehandling av somatiske helseplager hos denne gruppen. Artikkelen fra Happel et al. (2013) kan ses som representativ for et nytt paradigme der somatiske og psykiatriske helsetjenester samarbeider for pasientens vel.

Det nyeste funnet jeg fant relatert til problemstilling er en artikkel fra Gray og Brown (2017). Gray og Brown intervjuet både pasienter i psykiske helsetjenester og sykepleiere. Viktige momenter i funnet var at pasientene klaget over fragmentering av helsetjenester, altså over brudd mellom somatiske og psykiske helsetjenester, og at bivirkninger av psykofarmaka som viste seg med fysiske symptomer som regel ble ignorert. Videre vektlegger pasientene i undersøkelse fysisk aktivitet som en forbindelse til det vanlige livet. Sykepleiere derimot ønsket en kunnskapsoppgradering slik at de på en bedre måte kunne møte pasienter med deres fysiske og psykiske problemer på en og samme arena. Et klagemoment blant sykepleier var at endringsarbeid i forhold til helseskadelige vaner ikke var inkludert i deres daglige gjøremål.

Ved mitt litteratursøk fant jeg forholdsmessig lite litteratur som befatter seg med problemstillingen min direkte eller i beslektet form. Funnene fra tidligere forskning på området består som regel av kliniske studier som befatter seg med somatisk kroppsundersøkelser og studie av fysiologiske data av mennesker som i livsløpsperspektiv hadde kontakt med psykisk helsevern. Denne forskningen henviser også til det dramatiske fenomenet av forkortet levetid hos disse menneskene. I de to sist nevnte artiklene kunne jeg likevel observere at undersøkelsene berører noen aspekter av forskningsspørsmålet mitt, men de går ikke spesifikt i dybden. Jeg forstår dette som et kunnskapshull og vil henviser til litteraturoversikt fra Tranter et al. (2012) og Collins et al. (2012). De konkluderer med at det er nødvendig med mer forskning for å utforme virksomme tiltak til forbedring av fysisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

I mitt forskningsprosjekt vil jeg bidra til å fylle ut det kunnskapshullet med ny kunnskap. Jeg vil bidra til å skape et bilde som beskriver hvordan mennesker med alvorlige psykiske lidelser ivaretar sin egen fysiske helse.

1.3 Studiens hensikt, problemstilling, forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å utforske hvordan helsepersonell som arbeider i langtids botilbud opplever at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ivaretar sin fysiske helse. Videre vil jeg undersøke hvordan helsepersonellet arbeider for å fremme helse og mestring hos pasienten, slik at vedkommende selv i størst mulig grad kan ivareta egen helse.

Problemstilling

Hva er helsepersonellets erfaringer med ivaretagelse av fysisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser i langtids botilbud?

Forskningsspørsmål

1. Hvordan erfarer helsepersonell at mennesker med alvorlige psykiske lidelser i langtids botilbud ivaretar sin fysiske helse?
2. Hvordan forstår de dette?
3. På hvilken måte kan helsepersonell motivere og støtte brukeren for at vedkommende i størst mulig grad kan mestre ivaretagelsen av egen helse?

2.0 Teoretisk perspektiv

Mitt teoretiske perspektiv for oppgaven vil bestå av:

- Lazarus stress og mestringssteori og
- Brukermedvirkning.

2.1 Stress og mestringssteori fra Richard Lazarus

Jeg bestemte meg for stress og mestringssteorien fra Richard Lazarus fordi jeg synes at den behandler de stressorer som opptrer hos mennesket ved belastning, skade eller sykdom på en mer differensierte måte enn for eksempel Antonovsky's teori. Antonovsky's syn på stress er at den er en positiv ressurs for salutogenese prosesser, (Antonovsky, 2012). Lazarus derimot setter stress i en sammenhengende prosess som innebærer mestringsstrategier, emosjoner og læring.

Lazarus er en sentral forsker innenfor påvirkning av stress på mennesket og mestringsstrategier til å håndtere stressorene. Hans observasjon er at mennesker reagerer ulik på den samme stressor og at fenomenet stress inntar stadig større plass i daglig livet gav dem inspirasjon for

utdypende forskning. Ifølge Lazarus (1999) finnes det to typer stress, som kalles *Eustress* og *Distress*. Eustress gjelder som positiv ladet og er av konstruktiv type. Distress derimot er av destruktive type og medfører opplevelse av utfordring som er vanskelig å takle, ubehag, tap, trussel, angst med flere. De tre typiske distress representanter, altså stressorer, hører til gruppe: skade/tap, fare og utfordring, (Lazarus, 1999:32). Denne typen stress medfører emosjoner som viser seg i somatiske kroppsreaksjoner. Stress utløser en alarmsituasjon som har til respons at kroppen produserer hormoner, blant annet adrenalin, noradrenalin og kortisol. Disse har en arkaisk årsak og har som mål å mobilisere reserver til å behandle stressoren. Målet var som regel å styrke instinkter for å redde livet ved å kjempe, fly eller fryse. Dette handler om fysiologisk sterke reaksjoner og virker positivt som en korttidsintervensjon mot en fare. Når en påkjenning vedvarer med sin negative påvirkning i en lang tidsperiode, så medfører det fysiologiske reaksjoner med skadelige effekter på helsen. Et av disse problemhormoner er kortisol. Kortisol er ansvarlig for regulering av glukose/sukker og utskilles i stressituasjon for å mobilisere energi for *fight* or *flight*. Dersom stressituasjon vedvarer i en lang periode, uker, måneder, år, så medfører dette uheldige konsekvenser for kroppen på grunn av overregulering av sukker. En langtidskonsekvens er nedsatt immunforsvar, (Lazarus, 1999) og (Taylor, 2012).

Videre hevder Lazarus at der hvor stress finnes, finnes også emosjoner siden disse har sterke tilknytning til hverandre. Emosjon er en følelsesladet reaksjon på ulike påkjenninger. Følgelig opplever vi positive og negative emosjoner avhengighet av konteksten. Noe som opprinnelig var positive emosjon som eksempelvis kjærlighet, kan forandre seg ved annen kontekst til negative emosjon, selv om det fortsatt handler om det samme, altså kjærlighet. På dette steget tilføyer Lazarus sin teori mestringsbegrepet og sier at alle tre: stress, emosjon og mestring hører sammen. Likevel ser han emosjonen som overordnet, fordi det er emosjonen som inkluderer både stress og mestring, (Lazarus, 1999). Lazarus betrakter emosjonen dermed som styringsenhet i prosessen med møte på stress og valg av mestringsstrategi og behandling over tid dersom nødvendig. Med mestring menes i følge Lazarus alt hva en person gjør for å redusere stressoren.

Når en person møter en utfordring, så foregår først en primær vurdering om hendelsen er relevant for å engasjere seg, om hendelsen har konsekvenser for vedkommende. Dersom vurderingsutfallet sier nei, så medfører det ingen auralisasjon hos personen, altså ingen nødvendighet til å reagere. Sier utfallet derimot ja, så går personen over til den sekundære vurderingsprosessen som referer til kognitive evalueringsprosesser og befatter seg med det

spørsmålet *om jeg kan gjøre noe for å oppnå ønsket situasjon?*, (Lazarus, 1999:76). Disse evalueringsprosessene tar også hensyn til eget mestringspotensial og forventning for fremtiden. Ved behandling av denne problemstillingen kan berørt person velge mellom problemfokuserte og emosjonsfokuserte strategier. De problemorienterte strategiene er som regel effektivere fordi de har som formål å finne handlinger rettet mot stresskilden, altså å gjøre noe aktiv og konstruktiv mot stressoren. De emosjonsfokuserte strategier har som mål å regulere følelsesmessige konsekvenser av hendelsen og er ofte mindre effektive fordi de benytter seg gjerne av atferd som unngåelse og nekting. Lazarus henviser også til personlighetstrekk fordi det er av stor betydning hvilken mestringsstrategi blir som brukt. En persons variabler blant annet motivasjon, målhierarki, selvtillit og resurser er her av betydning (Lazarus,1999).

Lazarus sier videre at det ikke finnes en universell effektiv eller ineffektiv mestringsstrategi. Han sier at mestringseffektivitet er avhengig av personlighetstrekk, art av trussel, arena hvor stressor opptrer og utfallmodalitet. Resultatet for anvendt mestringsstrategi måles derimot som subjektiv velopplevelse, fungering på sosial arena og som somatisk helse, (Lazarus, 1999) og (Lazarus og Folkman,1984).

Daglige utfordringer som å være i aktivitet, å ta et valg, et endringsønske, som friske mennesker relaterer som regel til positiv stress, *Eustress*, kan hos menneske med psykiske lidelser bli hyppig opplevd som negativ stress, *Distress*. Derfor vil jeg i resultatdiskusjonen fokusere på Lazarus sin teori om mestring, emosjoner og læring.

2.2 Brukermedvirkning

Helsedirektoratet definerer brukermedvirkning på en konkret og tydelig måte, at bruker har rett til å medvirke og at tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Videre henviser helsedirektoratet til at brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og dermed ikke er noe som tjenesteapparatet kan velge å ta hensyn til eller ikke. Brukermedvirkning innebærer en egenverdi, en terapeutisk verdi og må ses som virkemiddel for å bedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer et likeverdig partnerskap mellom bruker og

helsetjenester som gjelder diskusjoner og beslutninger angående brukernes problem, (Helsedirektoratet, 2016/1).

Brukermedvirkning ble lovfestet i Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, pbrl.) fra 2001. Lovens formål ytrer seg med to generelle hensikter. Den første er å sikre lik tilgang til tjenester og den andre er en verdig ivaretagelse av pasient og bruker. Dette kommer til uttrykk med følgende ord:

Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd., (Norges Lov 2015, pbrl., 2001).

Alice Kjellevold (2005) redegjør for en rettslig styrking av pasienten og brukeren som følge av denne loven. Bak idealet om brukerorientering i helsetjenester står grunnleggende verdier. Statens forhold til enkeltmennesker skal være uavhengig av årsak til og behov for tjenesteyting. Det grunnleggende styringsprinsippet skal orientere seg til menneskets iboende verdier. Dette handler om menneskeverdprinsippet som innebærer de følgende grunnverdier: *ukrenkelighet, alle mennesker har samme verd, alle har krav på respekt, alle har krav til selvrealisering og personlige autonomi.* Av dette overordnede prinsippet om menneskeverd følger videre sentrale verdier som *selvbestemmelse, likeverd og respekt for personlig integritet.* Respekt for personlig integritet medfører blant annet rett til å bli møtt med respekt også med hensyn til ulikhet ved ønske og vurderinger, selv om pasient eller bruker mangler evne til å ta egne valg, (Kjellevold, 2005).

I min redegjørelse ovenfor kunne vi observere at brukermedvirkning bygger på en stabil grunnmur av respekt for menneskeverd og autonomi. Vi må også innse at brukermedvirkning ikke kan eksistere som et adskilt fenomen for seg selv. For at pasienten og bruker kan praktisere brukermedvirkning på en aktiv måte trengs det en samhandling mellom helsepersonell og pasient. Hummerfelt (2005) illustrerer en modell der kontroll og makt er en delingsfunksjon mellom pasient/bruker og helsepersonell. Den gjensidige interaksjonen beveger seg langs et kontinuum der makt og kontroll blir fordelt med ulike andel. I forhold til informasjon er det helsepersonell som *sitter* med makten, mens i forhold til brukerstyring skal brukeren streve etter hele makten. I mellomrommet befinner seg samhandlingsmomenter som konsultasjon, partnerskap og delegasjon, hvor ved partnerskap bør makten bli delt i to like store andeler, (Hummerfelt 2005). Hummerfelt forklarer at modellen skal forstås dynamisk

som en utviklingsmodell. En bruker eller pasient som kun i liten grad kan dra omsorg for seg selv, begynner samhandlingen med helsepersonell på den siden av modellen som besitter en mindre andel av brukerstyring. Etter hvert når pasienten i økende grad kan mestre egen omsorg, beveger seg brukeren på kontinuum mot tiltakende grad av brukerstyring frem til fullstendig autonomi.

Jeg synes at denne modellen er vel egnet til å formidle en bedre forståelse av kravet som lyder å møte brukeren hvor den er og hjelpe vedkommende på veien videre.

3.0 Metodologi

Tidligere i kapittel 1 redegjorde jeg med noen få ord for mitt syn på psykisk helsearbeid der et helhetlig menneske står i sentrum. I det humanistiske perspektiv på menneske som jeg er inspirert av, handler om et helhetlig menneske som i tillegg forstås som fritt og selvstendig. Dette menneske står i relasjon til andre mennesker.

I helsetjenesten finnes det ulike kunnskap:

- Forskningsbasert kunnskap
- Fagfolk sin erfaringskunnskap
- Brukene sin erfaringskunnskap, (Eriksson og Hummervoll, 2012).

Jeg vil innhente fra fagfolk sin erfaringskunnskap om et menneske og dets relasjon til andre mennesker, derfor valgte jeg den kvalitative metoden.

Kvalitativ metode er fortrinnsvis velegnet til å kartlegge et *levende* fenomen. Erfaringsverden fra mine forskningsdeltakere er et slikt levende fenomen som jeg ønsker å utdype og å forstå, (Kvale og Brinkmann, 2012).

Til innsamling av data anvendte jeg semistrukturerte intervjuer. Med bruk av semistrukturerte intervjuer fikk jeg både tilgang til mangfoldig data og fleksibilitet hva angår intervjusituasjoner.

I min kvalitative studie legges det ikke hovedvekt på fremskaffing av generaliserbar

kunnskap, men den unike kunnskapen hos den enkelte, for å kunne forklare fenomenet som jeg vil utforske, (Kvale og Brinkmann, 2012).

3.1 Datainnsamlingsmetode

I dette kapittelet vil jeg argumentere for min innsamlingsmetode av data.

De to sentrale spørsmålene i problemstillingen min blir innledet med spørreordet *hvordan?* og *på hvilken måte?* En forsker kan *innsamle data* med anvendelse av kvantitative eller kvalitative metoder. Generelle karakteristikker av de to hovedtilnærminger er at kvalitative metoder framhever innsikt mens kvantitative framhever oversikt, eller med andre ord at kvalitativ forskning søker forståelse, mens kvantitativ forklaring, (Tjora 2013).

Med anvendelse av kvalitative forskningsstrategier kan jeg opptre som tolker og styrke min forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør. Jeg kan dermed beskrive og analysere karaktertrekk, egenskaper eller kvalitet ved fenomener som undersøkes. Kvalitative tilnærming egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser som den mellom menneskelige samhandling og utvikling. Interaksjon mellom pasienter og helsepersonell er slike prosesser. Forskerens verktøy er samtaler og observasjoner som blir fortolket til tekst, (Malterud, 2013).

Kvalitativ metodens styrke er å stille åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier (Malterud, 2013). Datainnsamling med intervju gir meg og nærhet til feltet, direkte kontakt, og dermed mulighet til å opptre reflektert og intersubjektiv, altså vektlegge det som er felles mellom informant og forsker, (Dalland, 2007). Datamaterialet består dermed av intervjuetekster.

Jeg utarbeidet en intervjuguide med utforming av åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål på bakgrunn av tema og problemstilling, vedlegg 1. De åpne spørsmålene fokuserte på den frie samtalen som er en god kilde til rikholdig informasjon. Utformingen av hovedspørsmål i intervjuguiden hadde som mål å legge kun få føringer for informantene i henhold til forventninger, slik at de kunne komme med den informasjonen de selv ønsker å formidle, (Kvale og Brinkmann, 2012) og (Malterud, 2013). Jeg spurte informantene mine først

hvordan de selv ivaretar egen fysisk helse for så å komme til den egentlige tematikken. Hovedspørsmålene siktet på erfaringer med pasientenes ivaretagelse av egen helse og helsepersonells rolle med motivasjon og støtte. Supplerende til fast utformet intervjuguide brukte jeg oppfølgingsspørsmål. Med disse oppfølgingsspørsmålene holdt jeg samtalen i gang og etterspurte utdypende opplysninger. Jeg anvendte også *inngående* spørsmål når jeg ønsket å få flere eksempler.

Jeg brukte den samme intervjuguiden i alle intervjuene, mens oppfølgings- og inngående spørsmål ble styrt indirekte av den enkelte informanten. Det vil si, at disse spørsmålene utformet jeg situasjonsavhengig med relasjon til pågående intervjumomenter for å belyse flere fasetter av hovedspørsmålet. Oppfølgingsspørsmålene var dermed ikke like i alle seks intervjuer.

3.2 Studiedeltaker

Med hensyn til metodevalg og problemstillinger bestemte jeg meg for *strategisk utvalg*. Kvalitative studier baserer seg hyppig på strategisk utvalg med relativt *få utvalgte* enheter. Strategisk utvalg impliserer å lage et veloverveid kriterieutvalg (sampel) for deltakerne. Målet med kriterieutvalg er å få best mulig material for å kunne svare på problemstillingen. Tjora (2013:35) kaller dette at data får best mulig empirisk *signal/støy-forhold*, det vil si forhold mellom relevant og ikke relevant informasjon.

Kvalitative studier baserer seg hyppig på strategisk utvalg, nemlig at informantene har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen. Det er en av de typiske egenskapene ved kvalitativ forskning som gjør det mulig å gå i dybden.

Med hensyn til de ovenfor nevnte anbefalinger stilte jeg følgende krav til utvalget mitt:

Jeg ville intervju miljøterapeuter i boliger for mennesker med alvorlige psykiske lidelser i Rogaland distriktet.

Ett av inklusjonskriteriene var å velge terapeuter med høyskoleutdanning som i tillegg har en medisinsk bakgrunn. Jeg begrunner dette inklusjonskriteriet for det første med at deres

utdanning medfører tilstrekkelig kunnskap om hva som gjelder for helse og livsstil. For det andre at miljøterapeuter er ansvarlige for pasienter og bruker med utforming av terapeutisk tiltak og evaluering. Dermed fokuserte jeg spesielt på sykepleiere og vernepleiere.

Et videre kriterium er botilbud med høyere bemanningsfaktor, altså med tettere oppfølging av pasienter. Med denne avgrensningen vil jeg få data fra helsepersonell som utøver omsorg for pasientene i deres daglige liv over mange år.

Mine informanter tilfredstilte disse inklusjonskriteriene fullstendig. Det var tre vernepleiere og tre sykepleiere som jobbet på institusjoner for pasienter med alvorlige psykiske lidelser med tett oppfølging over mange år. Blant de seks informanter var fire fra en institusjon og to fra en annen institusjon. De første fire informanter er primærkontakt til kun en pasient, de to andre informanter som er fra den andre institusjonen er primærkontakt til tre pasienter hver. Intervjumaterialet består dermed av rapporter som omhandler 10 pasienter. Det å være primærkontakt til en eller tre pasienter må forstås i denne sammenhengen som konsekvens av pasientens funksjonsevne. Institusjon med primærkontaktfaktor en til en er botilbud for mennesker med større utfordringer for å mestre omsorg for seg selv enn på den andre institusjonen.

Spesifikasjoner angående kjønn og ansiennitet

Jeg ønsket å få informanter fra begge kjønn og ideelt med prosentuell jevn fordeling.

Mine informanter var tre kvinner og tre menn, inklusjonskriterium ble dermed tilfredsstilt.

Ytterligere ønsket jeg variasjon på ansiennitet slik at informantene blir representert av både eldre og yngre ansatte.

Mine informanter hadde en ansiennitet på nåværende arbeidsplass mellom 2år og 18år, inklusjonskriterium ble dermed tilfredsstilt.

Med disse utvalgsparameterne i forhold til kjønn og ansiennitet forventet jeg å få mangfoldige/rikere data gjennom unngåelse av fragmentering blant informantene.

Leseren kan erkjenne at den ovenfor nevnte spesifikasjon kan identifiseres med strategisk utvalg som er typisk for kvalitative undersøkelser. Strategisk, fordi informantene ble valgt ut fra den målsettingen som gav best mulig potensial for å belyse problemstillingen, (Malterud, 2013). Utvalget mitt har i tillegg en spesiell egenskap som ofte opptrer ved utvalgene som må seleksjoneres og som kan gi dem en slagside. Det er frivilligheten i deltakelse som ikke bare er knyttet til etisk krav, men også til faktiske tilgjengelighet. Dette kalles

tilgjengelighetsutvalg (convenience sample). Mennesker som sier *ja* til deltakelse er som regel utadvendt, positiv, kunnskapsrik og trygg. De mindre utadvendte og utrygge er som regel tilsvarende mindre representert som intervjupartner fordi de oftere pleier å takke *nei*, (Thagaard, 2003).

Deltakernes alder er mellom 37 år og 67 år. Jeg mangler derfor yngre informanter i min undersøkelse. Grunnen at informanter i aldersgruppen under 30år ikke er representert, er at den eneste tilgjengelig informant under 30 år på de to involverte institusjoner takket nei til deltakelse. De andre sykepleier og vernepleierne i denne alderen var i barselpermisjon eller på grunn av små barn i forholdmessig små stillinger, for eksempel hver tredje helg. En så liten stilling tilfredstilte ikke en av mine utvalgsriterier som handlet om helsepersonal som følger pasienten tett opp i deres daglig liv. De to institusjonene kunne betegnes som små institusjoner, derfor var generell tilgang til målgruppe begrenset. Jeg vil i resultatdiskusjon henviser til eventuelle konsekvenser som medfører mangel på unge deltakere.

Malterud (2013) forklarer at målsetningen for et strategisk utvalg er at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen som tas opp. Hvis materialet er for homogent, i mitt tilfelle betydde det for eksempel kun en yrkesgruppe med samme kjønn og med samme kort eller lang ansiennitet, kan det hende at data får en "slagside". Ulempen med slagsiden kan være at materialet ikke åpner for flere nyanser for å gi nye spørsmål og ny kunnskap. Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan derimot levere mer stoff med større variasjonsbredde. Økt variasjonsbredde kan medføre flere nyanser for å beskrive ett og det samme fenomenet eller føre til nye utfordringer eller konklusjoner. Malterud (2013) henviser her også at med spesifisering av premisser for strategisk utvalg blir det klart for både forskeren og leseren hvilke tanker det er som står bak.

Jeg synes at utvalget mitt tross mangel på de yngste representanter var strategisk ved at informantene representerer egenskaper som er relevante for problemstillingen, (Thagaard, 2003).

3.3 Gjennomføring av datainnsamling

Jeg henvendte meg til lederne i de to institusjoner som ønsket å rekruttere informanter for mitt forskningsprosjekt fra. Lederne fikk opplysninger om min studie og kriterier for utvalget. Videre ble de bedt om å spørre personer som tilfredsstilte utvalgskriteriene om de ønsket å delta. Jeg valgte denne indirekte rekrutterings veien for å unngå at informantene opplever å bli presset til deltakelse. På denne måten ble det etiske kravet til frivillighet til deltakelse tilfredstilt, (Jacobsen, 2013). Jeg fikk så navn og telefonnummer til personer som svarte *ja* til deltakelsen for å avtale intervjudato og sted. Ved starten av hvert intervju informerte jeg deltakerne først om studiens hensikt. Så presenterte jeg min skriftlige forespørsel til deltakelse for å innhente informert samtykke til deltakelsen. Forespørselen til deltakelse innebærer også informasjon om varing av konfidensialitet og at informantene kan trekke seg til en hver tid fra studiet, uten noen konsekvenser, vedlegg 2.

Min intensjon var å gjennomføre intervjuene på et nøytralt sted, uforstyrret av egen arbeidsplass. Jeg gjennomførte alle intervjuer på ettermiddagstid slik at jeg hadde tilgang til møterom i bygning eller avdeling som ikke var i drift på denne tiden. På denne måten var intervjuene både uforstyrret og fjern fra egen arbeidsplass. Jacobsen (2013) sier at innholdet i intervjuet kan blir påvirket av konteksten intervjuet pågår i. Jeg forventet at informantene vil åpne seg til ærligere samtaler i en kontekst som ikke blir forstyrret av sin egen arbeidsplass. Valg av intervjusted utenfor arbeidsplassen medfører også ivaretagelse av konfidensialitet til informanten, fordi andre ansatte ikke blir vitne til hvem som er informant i studien.

Under intervjuet benyttet jeg digitalopptaker (diktafon). Fordeler med digitalopptaker er at en kan opprettholde en mer naturlig samtale og tone enn ved notatskrivingen. I tillegg kan en få med ordrette, direkte sitater. Ulemper ved digitalopptaker er at informantene kan bli reserverte, skeptiske, og uttrykke seg mindre åpent, (Jacobsen, 2013). Det er derfor viktig å etablere en god relasjon med informantene i begynnelsen av intervjuet. Jeg innledet intervjuene som regel med en kort og vennlig samtale om dagligdagse emner.

Jeg gjennomførte 6 intervjuer og fikk mange og rikholdige data. Jeg syntes at de 6 intervjuene gav meg et godt grunnlag for analyseprosessen. Malterud (2013) sier at et stort antall informanter kan føre til at materialet blir uoversiktlig og overfladisk. Hun henviser her til en god regel at utvalget skal være passe stor for å kunne belyse problemstilling.

3.4 Forskningsetiske vurderinger

Prosjektplanen skal tilfredsstillende kravene til etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker, (Helsinki-deklarasjonen, 2013). Derfor var det nødvendig å undersøke kravene i aktuelle eksterne godkjenningsinstanser som er Regional etisk komité/REK, Samfunnsvitenskapelig datatjeneste/NSD og Personvernombud ved Stavanger universitetssykehus (SUS). Jeg undersøkte kravene i alle tre institusjoner og kom til de etterfølgende nevnte konklusjonene:

Regional etisk komité (REK): Jeg måtte ikke søke om godkjenning ved REK.

Begrunnelse: Jeg skulle kun intervju helsepersonell. Prosjektet mitt kan dermed tildeles kvalitetssikring i helsetjenesten som ikke krever en godkjenning i følge opplysninger på hjemmeside REK, (REK, 2015).

Samfunnsvitenskapelig datatjeneste: Jeg søkte om registrering ved NSD.

Begrunnelse: I et av prosjektstadiene kom jeg i kontakt med direkte personopplysninger som var navn og telefonnummer. Selv om informantene blir anonymisert ved senere databearbeiding og i publikasjonen, var den nærmeste konklusjonen å likevel søke om registrering.

Godkjenning fra NSD: Vedlegg 3.

Personvernombud ved Stavanger universitetssykehus (SUS): Jeg søkte om tillatelse ved Personvernombud ved Stavanger universitetssykehus.

Begrunnelse: Jeg er ansatt hos SUS og i tillegg ønsket å rekruttere 3-4 informanter tilhørende SUS. Det er da i følge interne retningslinjer for forskningsprosjekter hos SUS nødvendig å søke om tillatelse hos personvernombud.

Godkjenning fra Personvernombud: Vedlegg 4.

Personvern

I forhold til informantenes anonymitet tok jeg hensyn til *Lov om behandling av personopplysninger (Personopplysningsloven)* fra 01.01.2001. Denne formålsparagrafen sier at en skal beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger, (§1), (Norges Lover 2015, personopplysningsloven 2001).

I min studie sikrer jeg personvern med konfidensiell behandling av personopplysninger. Studiedeltakere ble informert om ivaretagelse av konfidensialiteten i forespørsel til deltakelsen/samtykke erklæring.

Taushetsplikt

For å ivareta taushetsplikten forholdt jeg meg til *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)* fra 01.01.2001, kapittel 5 *Taushetsplikt og opplysningsrett*. Formålet er at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold, (Norges Lover 2015, helsepersonelloven 2001).

I min studie sikret jeg taushetsplikten med at hos ingen pasient ble nevnt personidentifiserende forhold og sykdomsforhold. Studien handlet om alminnelige atferdsmønstre uten personrelevans.

3.5 Analyse av datamaterialet

Jeg transkriberte intervjuene straks etter de blir utført. Digitalopptakene oppbevarte jeg frem til innlevering av masteroppgaven min, for å beholde muligheten til å lytte til intervjuene på nytt om ønskelig. Jeg tilnærmet meg analyse av datamaterialet først med anvendelse av tematisk innholdsanalyse og så tolket jeg funnet med stimulans av hermeneutikk.

Ved tematisk innholdsanalyse orienterte jeg meg til Granheim og Lundgren (2004) deres metodikk for å bearbeide dybdeintervjuer. Jeg begynte først med naiv lesing av intervjuene for å tilegne meg den første forståelsen. Jeg gjentok den såkalte naive lesingen flere ganger og ble på denne måten kjent med det manifeste innholdet i datamaterialet. I den neste analysefasen delte jeg intervjuet i meningsenheter, kondenserte mening, tema og hovedtema. Granheim og Lundgren spesifiserer datamaterialet på dette trinnet av analysen til fem enheter

og anvender allerede da tolkning av underliggende mening. Jeg derimot ønsket ved første tilnærming kun en tydelig strukturering av teksten frem til tema og hovedtema for å tolke materialet i et separat trinn. Derfor strukturerte jeg materialet mitt på dette analysestadiet kun i fire enheter. Etter temaene i alle seks intervjuer ble identifisert, samlet jeg de sammen etter område, inkludert de mest meningsbærende sitater. Utvalgsriterium for sitatene var relevans for forskningsspørsmålet mitt.

I det andre trinnet av analyseprosessen fulget jeg prinsipper fra den hermeneutiske tradisjonen innenfor humaniora for å fortette og fortolke meningen i intervjuene. Den hermeneutiske tradisjonen innenfor humaniora har i århundrer forsøkt å forstå de ulike fortolkninger av tekster som bibelen eller juridiske og litterære verk. En av de basale hermeneutiske prinsipper er å bevege seg kontinuerlig frem og tilbake mellom deler og helhet i tolkningsprosessen. Utgangspunkt er her den ofte uklare og intuitive første forståelsen av teksten som kalles naiv lesing. Videre fortolkes deler av teksten - kondensert mening, utvalgte sitater - og så settes fortolkningen av delene i en ny relasjon til helheten. I hermeneutisk tradisjon kalles denne forgangen en *circulus fructuosus*, eller den hermeneutiske sirkelen, (Kvale og Brinkmann, 2012:216).

Med anvendelse av den *hermeneutiske sirkelen* vil jeg komme til en forståelse, fordi *Enhver forståelse er en bedre forståelse*. En bedre forståelse i denne forstanden medfører en fortolkning som strekker seg utover den gitte, utover det manifeste innholdet. Det handler om en berikelse med nye differensieringer om bedre forståelse av opplevelsesverdenen til forskningsdeltakerne, (Kvale & Brinkmann, 2012:217).

Kvale og Brinkmann (2012) henviser videre til at fortolkning av teksten ikke er forutsetningsløs. Fortolkeren kan ikke forlate sin forståelsestradisjon vedkommende lever i. Dette kan gjenspeile seg i utformingen av spørsmålet som kan legge føringer for svarene som informanten gir. Det handler spesielt om min rolle i forskningsprosessen, min forkunnskap og intensjon.

I mitt forskningsprosjekt delte informantene erfaringene om hvordan pasientene sine ivaretar sin fysiske helse. De erfaringer baserer seg på observasjoner og direkte samhandlinger med pasientene. Likevel handler det ikke om objektive rapporter, fordi fortelling om andre menneskes liv og atferd er en tolkning.

Ved første grad tolkning er vedkommende selv et subjekt og fortolker i seg selv, sin egen virkelighet. En person som er involvert i sosial interaksjon med andre mennesker artikulere sine observasjoner av den andre som andregrad tolkning. Forskerens tolkning er i så fall i første tilnærming dobbel hermeneutikk og ved overgang til høyere abstraksjonsnivå trippel hermeneutikk, (Fangen, 2014). Uansett tolkningsnivå er det et viktig etisk krav til å skille hva informant sin tolkning er og hva er forskerens tolkning. En form for å sikre et klart skille mellom de ulike tolkningsgrader er å presentere råmaterialet detaljert med bruk av sitat. På denne måten blir det for leseren transparent hva den original versjon er og hva forskeren sin tolkning er. Intervjumaterialet mitt består av første og andre grad tolkning. Ved første grad tolkning forteller helsepersonell om sine motiver, for eksempel, hvordan motivere og støtte pasienten. Ved andre grad tolkning deler helsepersonell sine erfaringer/observasjon på hvordan pasienten lever og handler i sin livsverden. Fangen (2014) henviser også til at det å tolke andre mennesker sine motiver, som en person handler ut fra, er beheftet med stor usikkerhet.

Jeg vil redegjøre for dette nærmere i kapittel 6.

4.0 Funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funn i lys av problemstillingene mine. Jeg vil illustrere funnene med sitater fra deltakere i forskningsprosjektet som forfølger to mål. Det første er å finne svarene på forskningsspørsmålene mine, det andre er at leseren kan selv danne seg et bilde av forskningsprosessen. Dette er spesielt viktig for troverdighet i studien, fordi leseren kan gjennom valg av sitater tolke mine intensjoner og i tillegg forfølge analysen og diskusjonen av den. I dette kapitlet vil jeg presentere funnene sammen med analysen. Det vil si at jeg fortolker informantens fortellinger slik jeg forstår de, på bakgrunn av min egen forståelse. En videre førende tolkning med diskusjon i forhold til relevant teori og litteratur vil leseren finne i det senere diskusjonskapitlet.

4.1 Helsepersonells erfaringer

Han lever her og nå

Alle miljøterapeutene uttrykte at pasientene i liten grad greide å ivareta egen fysisk helse. Dette kom til uttrykk ved eksempler som handlet om kosthold, aktivitet, rusmidler og oppsøking av helsetjenester som for eksempel:

Med bakgrunn på den pasienten som jeg jobbet mest med de siste årene, så tenker jeg at han tenker lite på egen helse. Han ivaretar sin egen helse på veldig dårlig måte.

En av deltakerne hadde erfaring med en pasient som i perioder i stor grad greide å ta vare på den fysiske helsen sin, noe som ble relatert til variasjon i den psykiske lidelsen. Hun sier:

Det med ivaretagelse av egen helse er kanskje ikke så viktig for han. Han har perioder med depresjon, nedstemthet, han mangler motivasjon for å ivareta seg selv, at han ser hensikten. Han lever her og nå.

En annen informant fant liknende ord for å beskrive forholdet, men hos denne pasienten er sykdom en permanent hinder til å ivareta seg selv:

Han er så syk at han ikke klarer å tenke på det (helse).

Mens tre av informanter uttrykker deres erfaringer med deklorative eksempler er den neste informant undrende. Informanten sier:

Så har jeg en, han vet at han spiser for mye, han vet at han beveger seg for lite, han vet at han røyker for mye. Men det interessante er hvorfor gjør han dette?

Felles i disse utsagn er at pasientene ivaretar sin egen helse på en dårlig måte.

Oppsummering forskningsspørsmål 1

Informantene rapporterer at pasientene i liten grad fokuserer på ivaretagelse av egen helse. Vi kan observere at det bare er nysgjerrighet og god omsorgskompetanse hos helsepersonell som kan oppdage pasientens problemer. Studiens deltakere nevner ulike grunner for at pasientenes fokus gjelder andre utfordringer enn egen fysisk helse. Jeg vil identifisere de utfordringer i kommende kapittel.

4.2 Hvordan helsepersonell forstår dette?

Miljøterapeutenes forståelse av pasientenes dårlige ivaretagelse av fysisk helse omhandlet følgende faktorer:

4.2.1 Sykdomsrelaterte faktorer

Sykdomsrelaterte faktorer omhandlet reduserte kognitive evner, ambivalens, vrangforestillinger, angst, redsel og bivirkninger av medisiner.

Jeg vil eksemplifisere de relevante svarene ved sitat:

Påvirkning av sykdom

Før han ble syk, så var han fysisk veldig sterk.

En informant gav det følgende eksemplet hva psykisk lidelse gjorde med sin pasient:

Før han ble syk, så var han fysisk veldig sterk. Nå er han passiv, sengeliggende, står ikke opp, røyker mellom en og to pakker tobakk til dagen.

Informanten henviser til den sterke kontrasten hos pasienten sin mellom det tidligere livet som friskt menneske og det nåværende med psykisk sykdom. Denne pasienten ble rammet på en så sterk måte at lidelsen tok fra han både sin psykiske og fysiske helse.

Videre angir informanten på hvilken måte manifesterer seg påvirkningen av sykdom i pasientens helserelaterte atferd. Han forteller:

Det kommer i benektelsen, det kommer gjerne i vrangforestillinger, typisk for schizofrenisykdommer. Han benekter stort sett alt, ja, han har ikke noe innsikt i sykdommen sin. Hvis han sliter med pusteproblemer, så er det vi som forgasser og forgifter han... Du kan si at sykdom er veldig relatert til hans livsvaner, livsstil.

Informanten fremhever at sykdommen hos pasienten bestemmer hans liv. Pasienten blir plaget blant annet med vrangforestillinger som kommer til uttrykk i benektelse av omsorgstjenester fra helsepersonell. I tillegg erfarer helsepersonell at pasienten overfører sine egne utfordringer på helsepersonell ved at han anklager dem for vonde intensjoner. Pasienten blir påvirket av

sykdommen i så stort utfall at vedkommende sin fysiske helse tilsvarer en person av betydelig høyere alder. I samme intervju forteller han at denne pasienten ble fort veldig gammel. Som sengeliggende og rullestolbruker tilsvarer han 80-90 år, når han egentlig er 63 år gammel. Det fins ikke en ortopedisk årsak for denne funksjonsnedsettelse. Det er altså psykisk lidelse som ble til en så stor utfordring for pasienten at han mislykket i kampen om fysisk og psykisk helse.

En annen informant uttrykker påvirkning av sykdom hos pasienter på en empatisk og undrende måte. Informanten er primærkontakt til tre pasienter og sier:

Jeg tenker at folk som blir nedfor, depressiv... jeg tenker det er mye lettere å sette seg og røyke, spise Grandiosa...fordi hvis du forteller noen folk som knapt bryr seg om de lever eller dør, at det er viktig at de ikke røyker, at de går tur, blir du litt som, hvorfor det?

Informanten henviser her til den prekære situasjonen der sykdom tok fra pasienten håpet for livet. Uten håp og mening i livet er det nærmest logisk at pasienter prioriterer det som er lettest tilgjengelig, for eksempel røyk og passivitet fremfor sunnere valg. Å ta vare på seg og egen helse krever mestring og utholdenhet, fordi det handler om en langsiktig transaksjon, mens røyk og Grandiosa leverer en god opplevelse i sanntid. Pasientene som informanten snakker om har det vondt og tungt i det daglige livet og ønsker å få forbedring her og nå, derfor er det ikke undrende at langtidstransaksjoner, som helse er, blir nedprioritert.

Vi så i disse eksemplene at påvirkning av sykdom viste seg hos disse pasientene på ulike måte, for eksempel med vrangforestillinger eller med depressiv atferd. Likevel hadde pasienten til felles at deres fysiske helse ble rammet av disse utfordringer. I det ene tilfelle tok psykisk lidelse også den fysiske helsen til pasienten, i de andre tilfellene blir ivaretagelsen av den fysiske helsen nedprioritert.

Videre deler informantene i studie sine erfaringer og fremhever at kognitiv svikt hos pasientene er en hyppig fremkommende utfordring.

Kognitiv evne

Samtale er vanskelig.

Informanten sier:

Utfordringer ligger i sin egen sykdomsinnsikt og virkelighetsforståelse. Det er det som svikter veldig mye, så det blir på den kognitive evnen, hvordan ting henger sammen.

Informanten rapporterer utfordringer som ligger i pasientens virkelighetsforståelse som har sin årsak i kognitiv fungering og eksemplifiserer det ytterligere med:

Det som er mest vanskelig er at pasient tar imot informasjonen og ønsker å forstå den.

En annen informant erfarer utfordringer hos pasienten som resultat av flere årsaker. Hun sier:

Samtale er vanskelig, fordi han viser tydelig med kroppsspråk at han ikke er interessert i å høre. Generelt veldig liten sykdomsinnsikt, tilknytningsforstyrrelse og kognitiv svikt. Oppvekst med dårlig rollemodeller, sosialisering...

Informanten rapporterer her at pasienten har sammensatte utfordringer som viser seg på den manifeste planen med liten sykdomsinnsikt og kognitiv svikt. I årsaksforhold er det i tillegg til psykiske lidelse også dårlig oppvekstkår. Helsepersonell erfarer hyppig avvisning når det gjelder kommunikasjon med pasienten, slik at dette blir til hinder for å formidle deres omsorgsintensjoner. Informanten oppfatter det som at omsorg hos denne pasienten ikke er særdeles viktig. Hun begrunner det med at helsepersonell gjorde erfaringer om at pasienten ikke bryr seg om sin helse. De sier at pasienten er mer opptatt av her og nå og det er andre ting som er viktig for han.

En annen informant som rapporterer sine erfaringer i forhold til utfordringer hos pasienten forteller:

Ja, han er veldig engstelige, han er veldig redd. Altså mye av volden hans er knyttet til at han er redd... Han var så redd, han var stengt av, han brukte så mye av sin kapasitet for å jobbe med angsten...Nei, autisme ble ikke nevnt, han ble behandlet som vanlig psykiatripasient.

Informanten henviser i sin fortelling til en stor utfordring hos sin pasient som er angst.

Informanten synes at pasienten opplever å være utsatt for angst og redsel i så stor grad at reaksjonen på miljøet rundt han ofte inntok aggressiv karakter. Han sier videre at angsten tok så mye overhånd over pasienten at han stengte av for å bruke sin kapasitet for bearbeidelse av angsten sin. Informanten synes videre at pasienten ble feil behandlet, fordi autisme ikke ble nevnt, og dette ga utslag i den angsten som han fikk. Håndtering av angsten skaper dermed store utfordringer for pasienten og for helsepersonell siden den fører til uhensiktsmessige uttrykksformer som blant annet vold. Fare for utagering hos pasienten hadde som regel en

hindrende virkning på hensiktsmessig terapiarbeid. Begge utfordringer som er håndteringen av angst og utagerende atferd erfarer helsepersonell som til stor hindring for pasientens egen helsefremmende atferd.

Med tanke på disse utfordringene etter felleskaper og ulikheter, kommer det til syne at pasienter sliter med ulike årsaksforhold. Informantene fremhever problemer med redusert virkelighetsforståelse, og liten sykdomsinnsikt og med angst og redsel. Men også her finner vi et fellesmønster som handler om kognisjon. Dette viser seg med følgende observasjoner: utfordringen er *at pasient ønsker å forstå, pasient er ikke interessert*, og ved det tredje tilfelle *han var stengt av*.

Videre utfordringer hos pasienter som informantene i studien rapporterte er ambivalens og impulsstyring.

Ambivalens, impulsstyring

Hva er vår rolle med ambivalens?

En informant gav følgende eksempel:

Hva er vår rolle med ambivalens? Hvis en pasient sier jeg vil spise sunnere og ti minutter senere vil folk ha pannekake med bacon og sukker... så kommer jeg i tvil om hvor langt mitt ansvar strekker seg, eller hvor langt kan jeg si nei, når han/hun likevel vil det.

Informanten eksemplifiserer her pasientens utfordringer med ambivalens. Pasienten har det vanskelig med å holde kurs mot et sunnere liv som pasienten egentlig selv ønsket. Likevel velger vedkommende etter kort tid en vellystig variant av mat. Informanten er terapeut på en institusjon som anvender recovery perspektiv som omsorgstilnærming. Dette betyr at helsepersonell vektlegger at pasientene ta egne valg fremfor formynderi.

En annen informant som jobber på en annen institusjon rapporterer samme utfordringer hos pasienten som han er primærkontakt til. Han forteller:

Det var litt (sunne valg) i perioder også, fordi han er inn på at det skal være sunt, så kan det være at det skal bli salat, og så er han på det kanskje en halv dag, og så går han til kiosken og kjøper seg en burger, eller stor pose chips, eller noe sånt. Det er det at han ikke klarer å holde på noe fast over lang tid.

Vi kan observere en stor likhetstrekk mellom begge forhold. Pasientene ønsker selv et sunnere valg, i disse eksemplene handler det om mat, men mangler på utholdenhet til endring.

Angst og redsel

Han er redd, har angst, han ønsker å dø.

Det var flere informanter som fortalte at pasienter lider under angst og redsel. En av terapeutene eksemplifiserte det ved:

Ja, han er veldig engstelig, han er veldig redd. Altså mye av volden hans er knyttet til at han er redd. Vi som miljøterapeuter jobber mye med at han er trygg. Jeg har nå kjent han i mange, mange år, og vi har så mye stabilt personal rundt han, så det er en viktig ting.

Mens en annen informant illustrerte pasientens angst ved:

Han er ofte avvisende, konfronterende, kanskje litt aggressiv, fordi han er frustrert fordi medisiner ikke virker som forventet, og at det ikke finnes medisiner som kan fjerne den hele ubehag totalen, psykosen og angsten.

Ja, han kan fortelle om plagsomme symptomer, at han er redd, har angst, at han ønsker å dø.

Terapeutenes beskrivelse gir to ulike versjoner på hvordan pasientene håndterer sin angst. Den første pasienten reagerer på angsten sin med en sterk emosjonell reaksjon. Han blir voldelig, alle kan se atferden og forholde seg tilsvarende. Terapeutene møter pasienten med trygghet og med god relasjon, med at de sørger for stabilt personell over mange år. Den andre pasienten virker å håndtere angsten sin til dels på motsatte måte. Han blir frustrert fordi medisiner ikke kan fjerne angsten. Han blir avvisende og konfronterende. I forhold til angsten selv blir pasienten resignert. Han forteller at plagsomme symptomer vekker tanken om å dø. Jeg tolker det til at angsten fremkaller sterke krefter som fører pasienten til maktesløshet. Maktesløshet som vedkommende ikke kan legge av seg og som blir til hinder for en meningsfull tilværelse.

Avvisning

Han har ikke samme bagasjen som normalbefolkning har.

En informant beskriver det ved:

Kan kjenne litt på ubehag, fordi en ønsker bare å være vennlig og grei, vise interesse, og så opplever du å bli avvist. En må tenke at dette er en pasient, han er syk, han har ikke samme

bagasjen som normalbefolkning har. Vi må være forsiktig med å tolke det negativ, altså når han avviser.

En annen informant gav denne beskrivelsen av samhandlingssituasjonen:

Han kan være stygg mot noen og snill den neste gangen, han kan være veldig ambivalent. Du må lære deg å leve med dette og må lære å motivere de andre til å tåle det.

Informantene eksemplifiserte deres opplevelse med avvisning. De ønsker å møte pasientene med empatisk omsorg, men må oppleve ubehag på grunn av avvisningen. Informanten sier at helsepersonell må lære seg å leve med avvisningen og pasientens ambivalens, og støtte hverandre til å tåle det.

Bivirkninger av medisiner

Og gikk raskt opp i vekt.

I min studie rapporterte en av informantene at bivirkning av legemiddel påvirket appetittlyst hos pasienten i en så stor grad at pasienten økte veldig raskt i vekt.

...og gikk raskt opp i vekt, noe som var grunnet medisin, men ikke bare medisin.

Informanten fortalte videre at personell i en periode måtte tilrettelegge matinntaket for å redusere fare for fedme hos pasienten.

4.2.2 Det å leve med stress

Jeg tror at de lever mye med stress.

En annen erfaring som informantene nevnte flere ganger er at etter deres oppfatning lever pasienter med stress.

En informant som er primærkontakt til tre pasienter gjorde en erfaring med at en av pasientenes store utfordring er å leve med stress. Informanten eksemplifiserer det ved:

Jeg tror at de lever mye med stress. At det er mye stemmer og kaos og vanskelige følelser, at det er stress for dem, å ikke mestre det på en måte de vil.

Hun ene, hun gjør ting som hun angrer på, hun gjør dårlige valg, jeg synes at det blir veldig mye stress.

Hun andre som har så mye tvang, hun tenker nok at livet mitt skulle være annerledes, at jeg greide å ha min egen leilighet og tok kontroll selv, jeg tror nok at det er veldig mye stress.

Hun tredje, hun har mye stemmer og kaos, ting som hun ikke klarer å slippe, hun klarer ikke å formidle det godt heller. Jeg tenker at stress er at hun føler seg ensom, at hun ikke klare å formidle slik at vi forstår.

Det som var slående i informantens opplysning er at alle tre pasienter som hun følger opp lever med stress. Det å leve med stress vil bety at pasienter har utfordringer som de ikke mestrer. I tillegg betyr det at på lang sikt er det helseskadelig å være eksponert på stress. Utfordringer hos pasienter som er utsatt for stress er blant annet stemmer og vanskelige følelser som blir til besvær for vedkommende. Videre er det dårlige valg som berørte må beklage for i etterkant. I et annet tilfelle er den berørte personen bevisst på at livet hennes kunne være annerledes, hvis hun ikke led under tvang. Hos den tredje berørte personen er det at hun ikke kan slippe det som tar besittelse av henne, at hun føler seg ensom og i tillegg kan hun ikke formidle det. Informanten nevner ulike årsaksforhold som manifester seg med stress hos de rammede personene. Utfordringene ligger her i sykdomsbildet og på det kognitive planet. Hun spesifiserer årsaksforholdet yterligere og sier at hos den første pasienten ligger utfordringene i sin autonomi, i sin rett til å ta et valg. Hos den andre pasienten i tvangshandlinger og sykdomsinnsikten. Vedkommende er bevisst på at sykdommen tok fra henne sjansen til å føre et vanlig liv. Hos den tredje pasienten ligger utfordringer i frustrasjon over å ikke kunne gi slipp, å ikke kunne formidle og å være ensom.

Det var flere andre informanter som også fortalte at pasientene lever med stress. Det var ulike og individuelle grunner til stressopplevelsene som samtlige resulterte til den samme påkjenningen som var følelsen av avmakt. En informant gir et eksempel ved:

Altså alt som vi griper inn eller verger, er stress for han. Han ville bo for seg selv og styre alt for seg selv.

Avmakt fordi det er andre som bestemmer over livet og økonomien til pasienten.

En annen informant uttrykte det med følgende ord:

Ja, han kan fortelle om plagsomme symptomer, at han er redd, har angst, at han ønsker å dø.

Avmakt fordi det er de plagsomme symptomer som bestemmer over hans liv.

Eller i forhold til en annen pasient:

Det var angst og redsel... alle var på jakt etter han, alle skal ta han, alle skal gjøre han vondt.

Avmakt, fordi pasientens symptomer gjorde han redd for livet.

Disse eksemplene tydeliggjør at det å leve med stress er hyppig presentert hos pasienter.

Helsepersonell kan observere det med ulike uttrykksformer. Noen pasienter blir utagerende, andre triste, frustrerte, eller ensomme. Noen pasienter føler seg i tillegg misforstått fordi de ikke kan sette ord på sine plager, intensjoner eller drømmer. Felles for alle er at det som regel handler om en vedvarende tilstand som tar ressurser fra pasienten og er helseskadelig.

Ressurser som for friske mennesker betyr overskudd og lyst til meningsfulle aktiviteter. En del av disse aktivitetene er mestring og helsefremmende atferd i lys av en langtidstransaksjon.

En annen informant er overbevist på at det å leve på en institusjon også er en kilde til stress. Informanten resonerer på dette med følgende ord:

Og så tenker jeg litt her o, hvis jeg hadde hatt et personal hjemme som kom og fortalte meg når de synes jeg burde stå opp, hvilken frokstsammensetning jeg burde spise, når jeg burde trene, hvor mange skritt jeg burde gå, det hadde vært stress. Jeg tenker at jeg ikke har full score noen dager, men jeg lever godt selv om jeg ikke har det.

Beboer på en institusjon må forholde seg til husregler, dagsplan, og til personell som legger opp aktivitetsplan og gjøremål. Ikke sjelden må de forholde seg til ivrige personell som *vet det beste* for dem. Informanten synes at beboer lever i en atmosfære av forventninger, regler og bedømmelse som eksponerer dem for stress i det daglige livet. Det blir synlig at informanten reflekterer, om det er riktig omsorg når helsepersonell er ivrige og deltar med stadige inngrep og innflytelse i pasientens liv.

4.2.3 Mangel på egen verdi og identitet

Men interessant er, hvorfor gjør han det?

Videre utfordring som er til hinder for ivaretagelse av egen helse som informantene observerte hos pasientene er mangel på opplevelse av egen verdi og identitet.

En av informantene uttrykker det med følgende ord:

Så har jeg en, han vet at han spiser for mye, han vet at han beveger seg for lite, han vet at han røyker for mye. Men det interessante er, hvorfor gjør han det? Nei, han vil ha en jobb, han vil ikke bo her, altså jeg tenker, at våre hensikter, vi møtes ikke, vi møter ikke pasienten... Vi har veldig mye tro på det med sosial utjevning, roller, makt.... Altså hvordan skal en hjelpe folk til å få seg en jobb?

Og videre fortsetter hun:

Hvis jeg hadde bodd her selv, og var nedenfor og lei og syntes at livet gikk fra meg, så hadde det vært mye enklere å bar spise karamellpudding, røyke, og gitt faen. Jeg kan sette meg inn i denne situasjonen.

Informanten fortalte om sin erfaring med et menneske med psykisk lidelse som savner det vanlige livet. Pasienten ønsker å få seg en jobb og bo for seg selv, vil ikke bo på en institusjon. Han er åpenbart frustrert og derfor røyker han mye, spiser for mye og beveger seg for lite. Helsepersonell tolker det som at pasienten ikke ser mening i livet, i tilværelsen sin, og tilsvarende ser han ikke meningen med å ta vare på helsen sin. I frustrasjon griper han til middel som gir direkte sensoriske belønning og produserer lykkestoffer. Det er stort sett røyk og mat for å trosse livet som vedkommende må føre på en institusjon. Videre resonerer informanten om helsepersonell som utøver omsorg slik den er tilrettelagt på systemnivå. Hun synes at systemet i noen tilfelle ikke møter pasienten der hvor vedkommende forventer å bli møtt. Helsevesenet er opptatt av sosial utjevning, roller, makt med flere, mens pasienten ønsker bare å få seg en jobb. Å få seg en jobb har i denne sammenheng en sterk symbolkarakter som er synonym for mening i livet, for egen verdi, bestemme over eget liv. Informanten konkluderer at det er den mest naturlige reaksjonen med røyk og karamellpudding når et menneske befinner seg i en slik prekær situasjon. Pasienten vil ikke identifisere seg med sykdommen sin, pasienten ønsker å identifisere seg med mening og mestring i eget liv.

Oppsummering forskningsspørsmål 2

Miljøterapeutene forstår den nedsatte evnen til egenomsorg som en utfordring hos pasientene. De setter ord på årsaken til pasientenes utfordringer med ivaretagelse av egen helse. Informantene sier at pasientenes utfordringer ligger på områder: psykisk lidelse, kognitiv evne, ambivalens, angst og redsel, bivirkninger av medisiner, å leve med stress, mangel på

egen verdi, identitet og mening i livet. Det å leve med stress vil jeg se som et spesielt fenomen. Grunnen er at årsaken til stresset ligger i hvert av de ovenfor nevnte utfordringer som pasientene må mestre. Det å leve med stress tar ressurser fra pasientene for overskudd til meningsfulle aktiviteter. Det andre fenomenet som jeg ble spesielt oppmerksom på er mangel på egenverdi, identitet og mening i livet.

Det ble tydelig i analysen at informantene i studien gjorde erfaringer om at pasienter har utfordringer med ivaretagelsen av egen helse. Jeg vil komme tilbake til disse utfordringene i diskusjonskapitlet 5.

4.3 Hva gjør helsepersonell for å støtte pasientene?

Helsepersonell beskriver følgende strategier for at pasienter kan mestre ivaretagelsen av egen helse. Der jeg vurderer at følgende sitat illustrere dette:

Miljøterapeuten som startmotor.

4.3.1 Helsepersonells rolle i oppfølgingsprosessen

De relevante områder i oppfølgingsprosessen for at pasienten i størst mulig grad kan mestre ivaretagelsen av egen helse selv, er:

Motivasjonsarbeid

Nå kommer vi i gang!

Jeg vil bruke tre eksempler for motivasjonsarbeid for å gjøre synlig ulike typer av motivasjonstilnærming som mine informanter bruker i sitt terapiarbeid.

Informantene fortalte:

...veldig lite som kom fra ham som selvstendige ønske eller drift. Vi måtte motivere han på alle punkter som krevde litt av ham, om det var aktivitet, eller vasking, eller så små ting som gikk på aktiviteter. Vi måtte få han i gang hele tida... altså han gikk ofte turer uten at han hadde lyst til det. Men han ville ikke valgt den turen selv.

Ville dine pasienter gå turene og hatt aktivitet? *Nei, det tror jeg nok ikke, litt fordi noen trenger å følge dem opp på turen, og kanskje fordi noen ikke helt har den startmotoren som jeg bidrar med, så jeg måtte liksom, "nå kommer vi i gang".*

Den tredje informanten reflekterte:

Hvis du løfter folk, får de til å føle som at de er verdt noe, at de betyr noe, at de er noe verdt til andre, så kan du legge til rette for bedre valg. Dette brenner jeg ganske mye for.

Ved den første pasienten observerer vi at anvendelse av gjentatt og daglig motivasjon var nødvendig for å overføre ansvaret til pasienten for det daglige gjøremålet. Det handler om at vedkommende tar de valgene i det daglige liv som alle må ta, om det var vasking eller mosjonering, for å bruke eksempel. Pasienten responderte positiv på dette, han gikk turer uten at han egentlig ville det.

Den andre informant rapporterer til et lettere tilfelle av motivasjonsarbeid som innebærer å *sette i gang*. Hun gjør det plakativt med det uttrykket å bidra som *startmotor*. Det virker som at noen pasienter egentlig har en indre vilje til å være aktiv, men trenger litt hjelp og støtte for å *tenne motoren*. Helsepersonell hjelper vedkommende til å overvinne den lille hindringen som står i veien for å sette i gang.

Mens de to første informantene beskriver anvendelse av direkte motivering, henviser den tredje informant til en annen type mobilisering. Informanten fremhever at det er viktig å gi mennesker en følelse av egen verdi, at de betyr noe for de andre, så vil de selv finne et bedre valg for livet sitt. På denne måten kan helsepersonells funksjon bli begrenset til tilrettelegging, fordi pasientene selv vil vekke egen indre motivasjon.

Genuin rollemodell

Motivering var den måten du presenterer deg selv

En informant fremhever viktigheten av hvordan helsepersonell presenterer seg selv fremfor pasienten i motivasjonsarbeid og henviser til funksjon som rollemodell. Han sier:

Altså hvis personalet hadde et positivt ønske til det selv, så var det lettere å motivere han til å være med. Det var tydelig. Motivering var den måten du presenterte deg selv. Hadde du lyst selv, så var det lettere å få han med seg. Hadde du lite lyst til en tur, så fikk du svaret som du ville.

Informanten forteller at det var lettere å motivere med en positiv holdning. Når helsepersonell overførte sin intensjon til pasienten på en autentisk måte, og har selv et ønske og overbevisning, så var det betydelig høyere sannsynlighet for at pasienten besvarte intensjonen. En annen informant henviser til at det ikke var meningen å lure pasienten med en feil holdning. Informanten gjorde følgende observasjon i forhold til den dobbelrollen som helsepersonell innehar. Det handler om rollene som profesjonell fagutøver og som en person.

Jeg tror at de sier ganske fort hadet hvis vi prøver å skille (roller), eller å være en annen, så vil de oppdage det ganske fort... Ja de ser veldig raskt hvem de kan stole på.

Informanten fremhever at helsepersonell ikke kan skille roller som profesjonelle og personer. Hun mener at hvis det bak den profesjonelle utøvelsen ikke står et autentisk menneske som lever sin rolle med fullstendig overbevisning, så vil ikke pasientene inngå et tillitsfylt forhold. Tillitsfylt forhold som nøkkelfunksjon for en gjensidig og givende relasjon.

Tilrettelegging på individnivå

Det er ikke noen begrensninger i forholdene hvis han ønsker...

En informant delte sine erfaringer med tilrettelegging ved følgende eksempel:

Tiltak, konkrete tiltak, at alt blir tilrettelagt, håndkle, dusjsåpe, minne han på å skifte klær..., så enkelt er det, han kommer ikke for å spørre etter det, så vi må alltid være påpasselig at han har tilgang til det han trenger.

En annen informant sier:

Altså, jeg føler at personalet tilrettelegger for mest mulig, altså det er ikke noen begrensninger i forholdene hvis han ønsker å ivareta helsen sin.

Eksempler kommer fra to informanter som er terapeuter på samme institusjon. Pasientene på denne institusjonen har i stor grad behov for individuell tilrettelegging. Det handler om daglig støtte ved ADL-ferdigheter. Det handler om utvidet tilrettelegging med tiltaksplan, dagsstruktur, ernæring, aktiviteter, legekonsultasjon. Nødvendigheten for en så grunnleggende og omfattende tilrettelegging er de store utfordringene hos pasientene grunnet sykdomsbilde og funksjonsevne.

En annen type tilrettelegging ble rapportert av studiedeltakerne fra den andre institusjonen i forhold til helsetjenester. Det handler om generalisert tilrettelegging på systemnivå slik at alle pasienter erfarer samme nytte.

Struktur

Det har blitt en del av livet.

En informant fortalte:

Det var terapeutisk å gå i skog og mark. Han er stor og veldig tung, 170kg. Vi begynte bare med 10m første gang, og til slutt kom vi opp til Dalevatnet, det var 2-3km fram og tilbake... I dag går vi kanskje 4-5 turer hver uke, og vi går kanskje 4-5 timer til dagen, sommers og vinter, til og med om det er regn. Det har blitt en del av livet.

Vi kan i dette eksemplet observere en utvikling med positiv endring som pasienten fullførte. Vedkommende hadde stor overvekt som medførte flere farer for sin fysiske helse. Han gikk til fots bare noen få meter, fordi han var redd for å falle. Helsepersonell var vellykket med å etablere en helsefremmende atferd, mosjonering. Mosjonering som ble til en del av livet hans. Informanten fortalte videre at terapeutene ikke bare stoppet den stadige økningen av skadelig overvekt, men snudde prosessen slik at pasienten slanket seg ned til 100kg. Pasienten lider under autisme og har dermed behov for en strukturert dag som skaffer en trygg og forutsigbar ramme rundt han. De turene gav ham både naturopplevelse og mestringsfølelse. Informanten fortalte videre at turene var en del av en trygg ramme som bidro mye til å redusere pasientens utageringshyppighet. Dette medførte også at pasienten i mye større grad ble tilgjengelig for meningsfull samhandling.

En annen informant rapporterer at daglig motivasjon er nødvendig for at pasienten forholder seg til dagsplanen. Han sier:

Vi hadde en dagsplan, men du måtte motivere han hver eneste gang.

Informanten fortalte at pasienten som han var primærkontakt for hadde en dagsplan for å delta i aktiviteter. Dagsplanen gav ham også planbarhet og forutsigbarhet, men pasienten manglet egen drift for å ta imot aktivitetstilbudet. Informanten fortalte i tillegg at terapeutene brukte belønning som motiveringsverktøy. På denne måten gikk pasienten også turer. Det med turene var især viktig for å stoppe pasientens skadelige stillesittende atferd. Helsepersonellet sin

intensjon var å etablere en positiv atferd hos pasienten som fast rutine. Informanten uttrykker det på en plakativ måte:

Og så var det håp om framtid at når alle gjør det samme hele tida, så vil han gå mer på autopilot.

Et annet viktig moment som informantene ofte nevnte er god relasjon med pasienten.

4.3.2 Relasjonens betydning

Han er veldig avhengig at det er kjent folk.

En informant eksemplifiserer relasjonsbetydning ved følgende ord:

Han er veldig avhengig av at det er kjente folk, det nytter ikke at hvem som helst tar det ansvaret... Det er hans vrangforestillinger at vi vil forgifte han. Det er et tidskrevende prosjekt fordi vrangforestillingene er så store at det går best (at pasienten tar mat og spiser) med kjente folk. Det er mye avvisning også mot meg.

Vi ser i dette eksemplet at en god relasjon er avgjørende hos denne pasienten for at han får ivaretatt sine basale behov med matforsyning. Pasientens psykiske lidelse slo ut slik at han kun stoler på kjent personell. Men selv personell med gode relasjoner må tåle avvisning og takle utfordringer på en profesjonell måte. En god relasjon med denne pasienten er eksistensielt viktig, fordi det kan hende at pasienten nekter å spise mat i to dager, fortalte informanten.

En annen informant fremhever viktigheten av en god relasjon med dette eksemplet:

Vi brukte lang, lang tid for å få han til å få tillit til oss. Og nå ser vi at han kommer mer og mer, han kan spørre oss om vår mening om ting som han lurert på. Til tross for at han ikke virker å bry seg så mye om sin fysiske helse..

Ved dette eksemplet observerer vi at pasienten var sterk innadventd og ville ikke kommunisere med helsepersonell. Mangel på hensiktsmessig kommunikasjon fører ofte til feiltolkning slik at pasienten får en opplevelse av å ikke være forstått eller ivaretatt. Informanten fortalte at terapeutene etter lang tid greide å snu den onde spiralen i relasjonen. Pasienten blir i økende grad deltakende. Selv om pasienten i følge helsepersonells observasjon

ikke virker til å bry seg om sin fysiske helse, så er det en forbedring av den psykososiale fungeringsevnen. Informanten sa at pasienten hadde dårlige oppvekstkår og lider i tillegg av sin psykiske lidelse under tilknytningsforstyrrelse og dårlig sosialisering. I lys av dette er det en stor fordel for pasienten å oppnå en god relasjon.

4.3.3 Systemrelaterte faktorer

Tilrettelegging på systemnivå

Tilsynslegen kommer hver 14 dager

En informant sier:

...derfor jeg er veldig stolt av ... og den organiseringen selv om det er litt mot rådene, altså dette med institusjon, medisinomleggelse og legevisitt i kommunalregi...fastlege som er tilsynslege kommer hver 14 dager og psykiater hver 4 uker.

Informanten opplyste nærmere hvordan legene gjennomfører deres visitt, og en gang i måned en felles visitt på huset. Tilsynslegen for somatikk kommer på visitt hver 2 uke, og hver 4 uke kommer psykiateren på samme tid. Hun opplyser at fastlegen er interessert i å behandle pasienter i deres naturlige kontekst, derfor ønsker han å besøke de i deres leiligheter.

Psykiateren samarbeider denne dagen med fastlegen med å delta på et felles møte angående pasientens helse og medisinering. Hun opplyste at de fleste beboer benytter seg av dette tilbudet, hun sier:

...så tenker jeg organiseringen er med at folk lever lengre.

Det er likevel noen pasienter som ikke ønsker legekonsultasjon. Det har ulike grunner. Noen sier direkte at de er friske, og trenger ingen legekonsultasjon, noen sier først ja takk, men ombestemmer seg likevel. Mens det fins også andre pasienter som tydelig nekter. Informanten tolker det med stressopplevelse i møte med helsevesenet hos disse personer. Hun tolker det slik:

Og den tredje, hun har vært veldig lenge i systemet, hun har hatt nok dårlig opplevelse i forhold til helsesystemet, å ikke bli tatt på alvor, ikke bli hørt, å bli styrt over hode på, så det er klart at det blir et stressmoment.

Studiedeltaker fra den andre institusjon fortalte derimot at pasientene som regel beholdt fastlegen i kommunen de kommer fra. De forklarer det med den mangeårige relasjonen mellom pasienten og legen som veldig viktig for at pasienten vil godta legekonsultasjon. Pasientene benytter seg i ulik grad av tilgang til legen. Noen pasienter har god kontakt med legen og andre bare sporadisk eller ingen kontakt. Felles for alle pasienter er at det er helsepersonell som tilrettelegger for kontakten og legetimen. De fire informantene opplyste det med følgende ord:

Han liker godt å gå til legen og tannlegen, men det er klart at det er vi som ringer om time.

Altså fastlegen fungerer stort sett veldig bra, han er kjent med hun og det er til stor hjelp... så samtalen dreier seg kun om å få B-preparater.

Fastlege er lite i bilde. Det er mest psykiater som kommer regelmessig hver andre uke... Han har aversjon mot tannlegen.

Nei, ingen forhold, han avslår alle møter med de (helsetjeneste).

Vi kan observere i uttalelsene at hver pasient har et unikt forhold til helsetjenester og sine utfordringer. Ingen av pasientene har en lik tilnæringsmåte til legekonsultasjon, derfor er en individuell tilrettelegging nødvendig. Ved den sist nevnt pasienten blir det synlig, at pasienten i så stor grad er rammet av sykdommen, at selv individuell tilrettelegging og motivasjon møter på en uovervinnelig grense.

Recovery orientert tilnærming

Det å gripe beboers eget ønske er selvforsterkende.

En informant fra institusjonen som anvender recovery perspektiv som omsorgstilnærming fremhever viktigheten av pasienten sitt eget ønske for å fremme endringsprosesser.

Informanten sier:

Jeg tenker at folk har frie valg... jeg skal gripe de ønsker om endring som fins, men jeg skal heller ikke skape de, så blir det mine behov versus beboer. Det å gripe i beboers egne ønsker er selvforsterkende.

Vi kan observere at uttalelsen er flersidig. Informanten reflekterer om respekt for autonomi, avkall av paternalisme, ydmykhet og kunnskap. Ydmykhet, fordi intervjupartneren ikke vil

overføre sine egne intensjoner til pasienten, men vil lytte til beboerens ønsker. Jeg tolker det at hun vil si til pasienten, du er viktig for meg, og det du ønsker er viktig for meg, og jeg er til stede for deg.

Videre fremhever informanten viktigheten av verdighet og mening:

Hvis du løfter folk, får de til å føle seg som de er verdt noe, at det betyr noe at de er noe verdt til andre... så legger du til rette for et bedre valg, dette brenner jeg ganske mye for.

I denne meningsenheten betoner informanten viktigheten av å støtte pasienten i sin prosess med å danne identitet, forbedre sitt selvbilde og selvtillit. Dette stimulerer et menneske til respekt for seg selv og dermed autonomikompetanse for å ta bedre valg.

Videre sier informanten:

...altså hvordan får folk som hører til en plass, som har noe å være en del av, vil ofte bedre ta vare på seg selv.

I dette eksemplet fremhever informanten at det er av stor betydning å støtte pasienter i prosessen som gir dem verdighet og mening, at de kan identifisere seg som en del av samfunnet de lever i. Informanten synes at det å føle seg hjemme på en plass medfører bedre ivaretagelse av seg selv.

Bemanning som resurs

Personal tilrettelegger for mest mulig, det er ikke noen begrensninger

Ingen av informantene klaget på mangel på ressurser. Dette gjenspeilet seg også i tilstrekkelig bemanning på de to institusjoner. En av institusjonene har høy bemanningsfaktor der hver terapeut kun følger opp en pasient. Grunnen er at pasienter har tilsvarende stort omsorgsbehov. En av informantene uttrykte det ved:

Altså jeg føler at personal tilrettelegger for mest mulig, altså det er ikke noen begrensninger i forhold hvis han ønsker å ivareta helsen sin.

På den andre institusjonen er det en terapeut som er primærkontakt til tre pasienter. Pasientene der er bedre fungerende og mer selvstendige. Informanten eksemplifiserer det ved:

Det hender av og til at hun går på aktivitetssenter aleine, og det er jo hun veldig fornøyd med. Men det er jo den recovery modellen, hvis de klarer aleine, så kommer funksjon på en måte, så blir det mindre sykdomssymptomer av seg selv.

Terapeuten gir et eksempel der pasienten får kun så mye oppfølging som vedkommende trenger. Hun fremhever at pasienten er fornøyd med å være både selvstendig og selvhjulpen, samtidig som det er en helsefremnings prosess for funksjonsevnen. Personell kan derimot bruke tid for andre pasienter eller oppgaver. Dette forklarer hvorfor på den av de institusjonene med lavere bemanningsfaktor kan pasientene likevel erfare omsorg og aktivitetstilbud på en hensiktsfull måte.

4.3.4 Begrensninger

Studiedeltakerne opplyste også at de møter en utfordring som begrenser deres frie utforming av terapiarbeidet. Begrensningen som studiedeltakerne nevnte var pasientrelatert. Systemrelaterte begrensninger ble ikke nevnt.

Sikkerhetsutfordring

Jeg tror mange er redd for å provosere han.

En informant gav denne beskrivelse:

Det er en pasient som tidligere var veldig utfordrende i forhold til sikkerhet, og det gikk på motivasjon. Nå går det an å motivere han uten at vi har sikkerhetsutfordringer.

Informanten opplyser at pasienten erfarte en positiv endring. Tidligere stod sikkerhet for personell foran motivering, fordi pasienten var så utfordrende. I dag står motivering først. Informanten sier at pasienten ble gammel og sengeliggende. Jeg vil tolke det til at sikkerhetsutfordringen var alvorlig og antakelig bidro til at pasienten mistet mange viktige år i livet, uten at helsepersonell kunne hjelpe vedkommende på en adekvat måte.

En annen informant uttrykte det slik:

Jeg tror mange er redd for å provosere han, så derfor unnlater de å presse han på det sosiale.

Vi ser i disse eksemplene at sikkerhetsutfordring, for eksempel i forhold til pasienter med utagerende atferd, er til hinder for å støtte pasientens helsefremmende interesser. Personell må

som regel velge en forsiktig tilnærming for å ikke provosere pasienten. Det kan være svært vanskelig for helsepersonell å kjenne grensen for hvor mye motivasjon og nærhet en pasient tåler i en bestemt situasjon. Derfor kan det hende at helsepersonell i noen tilfeller bestemmer seg for å velge trygghet for seg selv istedenfor å formidle tydelige forventninger til pasienten. På lang sikt er sikkerhetsutfordring til hinder på pasientens helsefremmende prosesser.

Oppsummering forskningsspørsmål 3

Miljøterapeutene i studien rapporterte at de tilrettelegger for pasientene på ulike plan for at vedkommende kan overvinne sine utfordringer. Terapeutene bruker ulike verktøy som motivasjonsarbeid, bruker seg selv som genuine rollemodeller, sørger for individuell tilrettelegging, skaffer struktur i pasientens dag og liv. Informantene fremhever viktigheten av god relasjon for å jobbe med de små og store mål. Studiens deltakere som praktiserer recovery-perspektiv henviste til et dilemma der godt omsorgsønske kan stå i konflikt med autonomiprinsipp.

5.0 Resultatdiskusjon

Funnene viser til at miljøterapeutene i min studie erfarer at disse pasientene i liten grad ivaretar sin fysiske helse. Dette blir synlig i de så kalte helse determinanter, dvs. evnen til å regulere kosthold, aktivitet/hvile, tobakk og rusmidler. Informantene forstår dette ut fra flere faktorer der sykdomsrelaterte faktorer er av særlig betydning. Dette får konsekvenser for måten helsepersonell kan motivere og støtte pasienter slik at de i størst mulig grad selv kan mestre ivaretagelsen av egen helse. Retten til brukermedvirkning gir særlige utfordringer for helsepersonellet når det gjelder regulering av autonomi og paternalisme.

Sett i lys av Lazarus mestringsteori (1999) vurderer jeg at pasientenes opplevelse av stress blir av stor betydning for miljøterapeutenes arbeid for motivasjon og tilrettelegging, for pasientenes ressurser og begrensninger. Dette velger jeg å ha fokus på i diskusjonen.

De velkjente helsedeterminanter hører til årsaksforhold for dårlig ivaretagelse av egen helse. Dette ble godt dokumentert med tidligere forskning på dette område. Kartleggingen i min

studie bekrefter stort sett kjente fakta fra tidligere forskning. Alle helsedeterminanter ble hyppig nevnt. Informantene henviste til at pasientenes utfordringer blir lett synlige på denne måten. Studiens deltakere rapporterte at flere pasienter strevde med valg av sunn ernæring, med overvekt, mosjonering, røyking, og noen strevde med å være i kontakt med helsetjenester.

Funnet viser flere tydelige tendenser som gjenspeiler pasientenes forhold til offentlige helsetjenester. For alle pasienter gjelder at helsepersonell må tilrettelegge for kontakt med helsetjenester om det er lege, tannlege, eller spesialist. Tilrettelegging blir praktisert på ulike måte. I noen tilfeller er det å bestille time, i andre tilfeller er det å være empatisk, nysgjerrig og spørrende. En av informantene opplyste at: *Det er ikke mye som de kommer med.* Og sier videre at det er helsepersonell som må se behovet for legkonsultasjon og følge pasienten opp.

Det var et mindretall av tilfeller der pasienter har en adekvat forhold til helsetjenester å melder tilsvarende behov for konsultasjon eller behandling.

Litteraturfunn henviser til at mennesker med psykiske lidelser er somatisk hyppigere underbehandlet enn øvrige befolkning. Dette er grunnet at de i mindre omfang søker hjelp hos helsetjenester og at på grunn av behandling av psykiske lidelser blir somatiske plager ofte til side stilt i forhold til prioritering, (Mitchell et al., 2012).

Funnet i forskningsprosjektet mitt viser tydelige tendens til underrapportering av helseplager hos pasienter på begge institusjoner. Videre tendens er at noen pasienter avslår tilbudet for legkonsultasjon eller behandling på en aktiv måte. Dette viser seg som tydelig nektning. I noen tilfelle blir tilbudet også nektet når tilrettelegging streker seg så lenge at *legen kommer til pasienten.* Ved smerter pleier disse pasientene å godta kun smertestillende medisiner, men ingen årsaksbehandling.

Det er allerede mange år siden at regjeringen og andre forskningsrapporter henviste til at mennesker med lav sosioøkonomisk kapital har dårligere fysisk helse og dermed lever kortere enn øvrige befolkning, (Helsedirektoratet, 2010). Et typisk funn er også at programmer til utjevning av sosiale ulikheter ikke oppnår forventet mål. Grunnen er at grupper med lavere sosioøkonomisk kapital i mindre grad implementerer rådgivingen til livsstilendring enn øvrige befolkning, (Helsedirektoratet, 2010). Personer som i livsløpsperspektiv hadde kontakt med psykisk helsevern, hører ofte til de mest utsatte og sårbare gruppene. Disse menneskene

adapterer i mindre grad anbefalinger til sunn og meningsfull livsstil, (Myklestand et al., 2008). En av deltakere i studien uttrykker det med følgende ord:

...så det er vanskelig for alle folk, altså endring i seg selv er komplisert, jeg tenker av og til, når folk har mye ambivalens, så blir det ekstra vanskelig å stå i en ting eller holde ut.

Informanten fremhever at å ta avskjed fra dårlige vaner for å fremme nye atferdsmønstre, er en endringsprosess som er vanskelig for alle. Informanten resonerer at for mennesker med nedsatt funksjonsevne blir prosessen enda vanskeligere. Grunnen er at opplevelse av utilstrekkelig mestringsevne i forhold til vanskelighetsgrad lett kan føre til maktesløshet og resignasjon, (Prescott og Børtveit, 2012).

I forhold til helsedeterminanter sa informantene at *det er det som vi ser best*. Etterfølgende vil jeg diskutere det mindre synlige forholdet som handler om pasientenes utfordringer og miljøterapeuters rolle for mestringprosesser.

I funnene kom det tydelig til syne at pasientene har særegne utfordringer med ivaretagelse av egen helse. Disse utfordringene impliserte en adekvat tilnæringsmåte for å hjelpe og støtte pasienten. De mest problematiske områdene som ble nevnt var: *påvirkning av sykdom, kognitiv svikt, stress, egenverdi og identitet, ambivalens og impulsstyring*, og i enkelte tilfeller *bivirkning av medisiner*. Personell sitt verktøy for å hjelpe pasienter til å overvinne de utfordringene er: *motivering, struktur, tilrettelegging, bruk av rollemodeller, recovery perspektiv og god relasjon*.

På to områder vekker informantenes opplysninger min spesiell oppmerksomhet. Det første er: *det å leve med stress* og det andre er *egenverdi, identitet og mening i livet* som sær utfordring hos pasientene. Det virker som at pasienter har utfordringer som fører til stressopplevelse og at ved hensiktsmessig håndtering av disse spiller egenverdi, identitet og mening i livet en viktig rolle. Jeg vil derfor legge vekt på disse to momentene.

Først vil jeg kaste lys på pasientens utfordringer som relateres til pasientens sykdomsbilder og terapeutenes behandlingsmåte av dem.

Et av funnene var at pasienter har utfordringer med å se på helse i langtidsperspektiv. Pasientene har det vondt *her og nå*, har mange utfordringer *her og nå*, derfor blir en langsiktig planlegging av helsegevinster til en ny utfordring. Tiltro til egen mestring må komme i stor grad innenfra, sier Prescott og Børtveit (2012). For pasientene i studiet betyr det å ha egen vilje til endring. En av informantene formulerte et ønske om at med hjelp av dagsplan og

daglig motivering skal pasienten en dag gå *på autopiloten*, altså internalisere atferden for å være daglig selvaktiv. Dette virker ufullstendig fordi pasienten mangler som subjekt sin egen vilje til *mestring innenfra*. Dette kravet stiller helsepersonell for enda høyere utfordring. Spesielt når pasienten har problemer med å ta i mot informasjon og snakker bort det som gjelder han, sier informantene. Pasienten anvender i denne situasjonen en unngåelsesmestring med avledende handlinger, i følge Lærum (2005). Valgt mestringstrategi er svært lite effektiv fordi den bare hjelper i øyeblikket til å redusere stressoren. En kognitiv strategi er i dette tilfelle det rette valget på lang sikt, med akseptering av stressoren som noe positivt. Stressoren er her kravet til daglig gjøremål som aktivitet og rydding.

Studiets deltaker klaget på at de forventninger som helsepersonell har, stopper hos pasienten. Pasienten bruker sin selvbestemmelsesrett aktivt med egne valg slik at vedkommende i ulike grad følger terapeutenes forventninger. I noen tilfelle kan det være mangel på autonomikompetanse i lys av helsepersonells vurdering, særlig når pasienten velger det å takke nei.

Atkins (2006) anbefaler at sykepleier skal være diktig til å fremme pasientens og sin egen *literacy*. Han sier at for å ta et valg må pasienten være i harmoni med sin autentiske selv. Han forskiver ansvaret for dette til sykepleieren som skal fremme pasientens autonomikompetanse. Atkins sier videre at dette krever fra sykepleieren emosjonelle, språklige, kognitive og kommunikasjonskompetanse. Han konkluderer dermed at høy grad av selv *literacy* hos helsepersonell påvirker forståelsen for vedkommendes valg og beslutninger. Vedkommendes valg og beslutninger er et uttrykk for brukermedvirkning som medfører respekt for personlig integritet selv om pasienten mangler evnen til å ta egne valg, (Kjellebold, 2005).

Noen av informantene fremhevet at respekt for autonomi kan være til hinder for meningsfulle helsefremmingsprosesser. Men her var informantene i studiet differensiert i deres mening. En av studiedeltakerne som anvender recovery perspektiv som terapimodell fortalte at autonomi står øverst for henne. Informanten sier at en pasient som hun er primærkontakt til, etter implementering av recovery modellen strever med høyere overvekt og dårligere blodverdier, samtidig som pasientens menneskeverd og integritet blir ivaretatt. Preferering av integritet står dermed i samsvar med lov om brukerrettigheter som har til formål å styrke pasientens og brukerrettigheter med fokus på respekt og menneskeverd, (Norges Lov 2015, pbl., 2001).

Tross lovverket og positiv holdning til autonomi havner helsepersonell ved ulike tilfeller i et dilemma. En studiedeltaker som er primærkontakt til tre pasienter fortalte om sine egne

utfordringer som er relatert til pasientautonomi og recovery-perspektiv. Hun sier: *Det er jo vanskelig å være med på å styre noen andre sitt liv. Og spørrer: Hva er deres valg og hva er vårt ansvarsområde?*

Helsepersonell oven for setter ord at på dens vanskelige rolle med å finne den rette balansen i en mutuell sammenheng mellom autonomiprinsipp, recovery-perspektiv og omsorg.

Pasientens autonomiprinsipp betyr å vise respekt for valg som pasienten tar. Recovery-perspektivet styrker dette prinsippet med den tanken at mennesker med nedsatt funksjonsevne må lære seg å finne veien tilbake til sitt eget liv. Dette inneholder blant annet å lære seg å ta valg, de gode og de dårlige, slik alle må gjøre det. Omsorg derimot må ytes til pasientens ve og vel uten å skape konflikt, å ødelegge relasjonen, å virke paternalistisk ved å *styre andre sitt liv*. Empatisk omsorg er hos helsepersonell som regel pliktetisk forankret som et kall, derfor er det for informanten nesten umulig å frigjøre seg fra sitt dilemma for hva som veier tyngre. Er det respekt for autonomi eller plikt til omsorg? Informanten uttaler at balansen mellom de ulike aspektene i møte med pasienten er veldig vanskelig, men bestemmer seg for autonomi. Hun sier: *Autonomi, det brenner jeg mye for.*

En annen informant som jobber på samme institusjon setter også ord på dette dilemmaet: *Så tenker du om det er personligheten, om det er sykdommen, er det funksjonsnedsettelse, brukerrettigheter, mitt ansvar, mine plikter.* I ordene fra denne studiedeltakeren hører vi overveielser som helsepersonell må ta ved hvert møte med en pasient. Hvor befinner pasienten seg i relasjon mellom passiv mottakelse av helsetjenester og aktiv brukermedvirkning. Det handler om ulike grader av brukermedvirkning med variasjoner mellom brukernes og helsepersonells kontroll og maktutøvelse. Hummerfelt (2005) illustrerer disse variasjonene med en modell som forklarer flere etapper som samhandlingen kan innta på et kontinuum fra paternalisme til brukermedvirkning. De ytterpunktene på det kontinuumet danner *informasjon* med sterk grad av kontroll hos helsepersonell og *brukerstyring* med sterk grad av kontroll hos brukerne. Videre punkter er *konsultasjon, partnerskap, delegasjon og brukerstyring*. På hvert av de punktene tiltar andelen på makt og kontroll hos brukeren, mens hos helsepersonell skjer det motsatte. Ved fullstendig brukerstyring vil helsepersonell tilsvarende miste sin makt og kontroll.

Helsepersonell som følger denne modellen må reflektere over hvor mye egenomsorg brukeren kan dra selv og hvor sterk paternalistisk holdning helsepersonell må innta. Med forbedring av funksjonsevnen hos pasientene må helsepersonell replasere pasienten og seg selv på det kontinuumet, slik at pasienten erfarer mer brukerstyring. Avsluttende minner Hummerfelt på

at ...i retten til selvbestemmelse ligger også retten til ikke å ønske å medvirke - til å reservere seg., (Hummerfelt, 2005:33).

I flere funn kunne jeg tolke det at studiedeltakere anvender denne modellen. En studiedeltaker opplyste at i forhold til pasienter med lettere grader av psykisk utviklingshemming kommer hennes ansvarsområde i en annen kategori. Hun har mer ansvar i å være styrende og nysgjerrig i forhold til pasientene. En annen studiedeltaker som fortalte om sin pasient som lærte seg å tilberede alle sine måltider selv, at de terapeutene nekter ingenting som pasienten skriver på handlelisten. Likevel er vilkåret at vedkommende må fortsette å gå turer for å beholde vekten sin i et akseptabelt område, opplyste han. Det blir tydelig i disse funnene at terapeutene har en bevisst refleksivitet som gjelder pasientens autonomi og helsepersonells ansvarsområde. I funnene var også synlig at terapeutene respekterer retten til å ikke ønske å medvirke. Dette ble spesielt synlig i tiltak som anvender belønning som motivasjon. Belønningen var som regel ekstra goder som kino eller gatekjøkken mfl. Pasienten kan på denne måte velge selv en medvirkning uten å bli utsatt på motivasjonspress.

En annen type reservasjon fra deltakelse er avvisning av omsorgstjenester. Informantene opplever avvisningen fra pasienten som en ikke hensiktsmessig atferd som er til hinder for både pasienten og helsepersonell. For pasienten fordi nekting forminsker behandlingskvaliteten hans. For helsepersonell fordi de må takle konflikten, at de ikke kan gi omsorgen som pasienten trenger. Videre betyr det mangel på anerkjennelse for deres empatiske innlevelse. Informantene forsikrer likevel at helsepersonell har forståelse for pasientene og støtter hverandre mot resignasjon. En studiedeltaker ytret seg i forhold til avvisningen slik: *Jeg tar det ikke personlig, jeg har mange gode øyeblikk med den pasienten.*

Flere studiedeltakere viste til en utfordring hos pasientene som er å være selvaktiv for å delta i aktiviteter, å gå en tur, eller å gå til aktivitetssenter med andre. Studiedeltakerne fortalte at pasientene har behov for ulike grad av motivering til aktiviteter og mosjon. Noen trenger stadig motivering, andre trenger bare en *startmotor* som terapeutene bidrar med. Andre derimot benytter en strukturert dagsplan for å oppleve forutsigbarhet.

En av informantene fremhevet viktigheten av moderasjon i motivasjonsarbeid. Hun sa at pasienter lever på en institusjon som allerede kan virke som en stresskilde. Institusjonsliv gir redusert handlefrihet, styres ofte av målrettet aktiviteter og beboer opptrer på reduserte arenaer, sier Garsjø (2008).

Når det i tillegg kommer en helsearbeider som sier hva og når jeg skal spise, hvor og når skal

jeg gå en tur, ville det påvirker motsatt, sier hun.

Ivrig motivering kan oppleves som en kilde for ubehag og stress. Aarre henviser til at spesielt pasienter som lider under schizofreni har en lavere stressterskel, (Aarre et al., 2009). Derfor bør helsepersonell reflektere hvor mye motivasjon eller anbefalinger virker positivt. Gjentatte anbefalinger om å gjøre endring kan lede til irritasjon og motstand, eller en pessimistisk innstilling grunnet manglende tro på mening og mestring av det nye. På den andre siden vil gode minner om det gamle virke forførende slik at en idealiserer og overvurderer det som var positivt, (Prescott og Børtveit, 2004).

En annen studiedeltaker ønsker å gå en annen vei. Hun vil styrke pasientene, at de er verdt noe og betyr noe til andre. Hun sier videre at hvis folk tar seg en 10 minutters tur og blir kjent med noen og snakker med noen, så har det større verdi. Flere kommuner og psykiatrisenter tilbyr en treningskontakt med personer med psykiske vansker eller rusproblematikk.

Treningskontakten skal hjelpe dem med å komme i gang med trening og inspirere til å finne egne fysiske aktiviteter, (Stavanger kommune, 2017). Det er en måte for pasienten å bli kjent med personer utenfor institusjonen for å få positive opplevelse og nye inspirasjoner. En av studiedeltakere opplyste at ansatte er den eneste forbindelsen til livet der ute. En treningskontakt kan være det første skrittet til en selvstendig deltakelse *i livet der ute*. Et steg videre går tilbudet fra Lura karateklubb og Sandnes kommune som integrerer mennesker med psykiske lidelse i klubbens karatetrening. Målet er å kombinere sosial ferdighetstrening med karate. En av deltakere sier: *"Før bakket jeg ut ved den minste utfordring... Nå tørr jeg å stå mer i det..."*, (Napha, 2012). Vi kan avlede fra dette eksemplet at deltakere i prosjektet styrker sin tiltro til mestring, sitt egenverd, sosialkompetanse, og opplever en givende meningsfull aktivitet. I følge Lazarus (1999) gjennomgår de en prosess der *Distress* blir forvandlet til *Eustress* som er positivt ladet og av konstruktiv type. Videre positive effekter er at pasienter beveger seg tydelig til mer brukermedvirkning med styrking av autonomikompetanse. Med ordene til en studiedeltaker ville jeg uttrykke det at selvforsterkende effekter setter i gang når folk føler at de er verdt noe.

Andre informanter henviste også til at å styrke egenverdi og identitet hos pasienter er en viktig forutsetning at vedkommende tar bedre vare på seg selv. Flere informanter synes at pasientene lider under dårlig selvbilde, mangel på selvtillit og mening i livet. En av informantene resonerer: *hvorfor slutte å røyke, hvorfor ikke grandiosa, når det ikke er noe mening i livet, når vedkommende ikke føler noe egenverdi*. Jeg vil referere til Volden (2014) som er en aktiv representant for brukerinteresser for å understreke brukerperspektivet i denne

sammenhengen. Volden gjør oppmerksom på at borgeren som lider under psykososiale funksjonsnedsettelse blir møtt som en ekskludert person som gjør noe med personen selv, med personens selvoppfatning og identitet. Bedringsforskning viser tydelig at mennesker med psykososiale utfordringer er mer opptatt av hverdagen, nettverket, bolig, skole, jobb og fritid enn det tjenesteyterne er, (Volden, 2014). Han konkluderer med dette at for å styrke brukerperspektivet må det sosiale perspektivet vektlegges sterkere.

Noen pasienter i min studie uttrykker et ønske om å få seg en jobb, få seg en kjærest, å kunne bo for seg selv. Pasientene må oppleve at det som for friske mennesker er et meningsfullt liv, blir for de en uovervinnelig utfordring. En av informantene formidlet sin mening at vi, helsetjenesten, har mye tro på sosial utjevning, roller, makt, men våre hensikter møter ikke pasienten. Vi må innse at tross empati og personsentrert omsorg med individuell tilrettelegging er det for helsepersonell en stor utfordring å tilrettelegge for pasienter på alle områder. Det gjelder spesielt i forhold til å fremme en mening i livet til pasientene. Hun sier: *Han vil få seg en jobb, han vil bo for seg selv.* Med ord av Paulo Freire's frigjøringspedagogig ønsker han å være *subjekt i sitt eget liv*, (Freire, 2011). Berørte mennesker føler seg i avmaktposisjon fordi de ikke mestrer denne utfordringen. Med syn på Lazarus (1999) må vi resonere at en opplevelse av mangel på mening i livet fører til vedvarende stress, samt de skadelige fysiologiske prosessene.

Lazarus (1999) henviser til utfordringer som årsak til *Distress*, altså stress av destruktiv, skadelig type. Han sier at utfordringer er noe som er vanskelig å takle, for eksempel ubehag, trusler og angst. Distress er derfor destruktiv fordi denne typen stress medfører emosjoner som på langt sikt viser seg å være skadelige for fysiologiske kroppsreaksjoner.

Mange av informantene har en oppfatning at deres pasienter lever med stress. Dette kan sees som et av de mest sentrale funn, fordi stressopplevelsen kan relateres til pasientens utfordringer. Stress er i denne sammenheng en bakenforliggende variabel. Den er ikke direkte synlige, men manifesterer seg gjennom andre type atferd, for eksempel passivitet, ambivalens, nekting mfl. Nektingen, samt de andre atferdsmønstrene er pasientens tilnæringsstrategi i møte med en utfordring som må mestres. Informantene i studien gav flere eksempel for årsaksforhold som kan relateres til stress. Vi kan se på de i følgende opptelling: *vrangforestillinger, stemmer og kaos, vanskelige følelser, klarer ikke å formidle, dårlige valg*

som hun/han angrer på, tvangshandling, mangel på autonomi, angst og redsel, å leve på institusjon, plagsomme symptomer.

Stress virker i disse sammenhengene som en overordnet utfordring som er mye til stedet i livet til disse menneskene. Denne følelsen parer seg med mangel på egenverdi, identitet og mening i livet. De to store utfordringene kan oppleves som en Damoklessverd som henger over disse særskilt utsatte mennesker.

En informant henviste til sin pasient som blir plaget av angst og redsel. Pasientens angst hemmer hans kognisjon, *han stenger av*, og utagerer. Tidligere var det utalleg utageringer per uke. Studie deltaker opplyste at utageringer var en stor begrensning for terapeutisk arbeid. Helsepersonell måtte forholde seg til sikkerhetsrutiner som var til hindring for terapeutisk arbeid. Sikkerhetsutfordring er en tung veiende faktor som forsinker progresjonen av helsefremming.

Atferden hos denne pasienten kan tolkes i forbindelse med Lazarus stress og mestringsteori. Angst og redsel fører til høy auralisasjon som inisialiserer sekundere vurderingsprosesser om vedkommende må gjøre noe med dette, (Lazarus, 1999). Utfallet er *ja*, men pasienten persiperer signaler fra omgivelsen på en negativ måte, tolker de som en trussel og utagerer. Pasienten velger her en emosjonell tilnærming der vedkommende gir sterkt uttrykk for sine følelser, (Lærum, 2005). Den valgte emosjonelle strategien er lite effektiv, fordi pasienten ikke kan forlate sitt høyt spenningsnivå. Vedkommende befinner seg dermed i en vedvarende negativ spiral med stress, der kun årsaksforholdet forandret seg. Relatert til Lazarus sin teori medfører denne uhensiktsmessige tilstanden ytterligere konsekvenser for helsen som viser seg med fysiologiske kroppsreaksjoner med sterk utslag for hjerte og kar, (Lazarus, 1999) og (Taylor, 2012).

I dag er det kun noen få utageringer i året, fortalte studie deltakeren. Terapeutene jobbet i mange år med en trygg ramme rundt pasienten som bestod av relasjonsbygging samt struktur og forutsigbarhet. Studiedeltaker fremhever at relasjon har en sentral betydning i samhandlingsprosess med pasienten. Eide og Eide (2012) refererer til Hildegard Peplau's fire faser i relasjonsbygging mellom pasient og sykepleier som overlapper hverandre. De fasene er *orientering, identifisering, utforskning og løsning*. Interessant er her den tredje fasen der sykepleierens rolle er å støtte pasienten med å ta egne helsefremmende valg. Den fjerde fasen er styrking av pasientens selvstendighet. I mitt funn gjorde terapeutene det mulig at pasienten tilegnet seg nye og effektive mestringsstrategier. I dag, sier informanten, kommer han til meg

og sier: *Jeg har noe, kan jeg få snakke med deg?* Det blir synlig at terapeutene greide det å oppnå den tredje og fjerde relasjonsfasen der pasienten tar egne helsefremmende valg og praktiserer autonomi.

Det var faktisk alle studiedeltaker som vektlegger relasjonsbygging i terapeutisk arbeid som grunnleggende. De ytret seg med at pasienten er avhengig av at det er kjent folk, eller at pasienten etter lang tid begynner å spørre de. En av informantene opplyste at det å være et autentisk menneske som ikke skiller rollene mellom helsepersonell og person er basalt viktig for tillitsfull relasjon.

For miljøterapeuter kan det være til hjelp å benytte seg av stress og mestringsteorien i møte med uhensiktsmessig atferd hos pasientene. Ved den første grad av tolkningen kan det antyde at pasientens nekting til deltakelse var et bevisst valg. Med forståelse av vurderingsprosesser som foregår i forhold til valg av en mestringsstrategi kan helsepersonell bedre forstå pasientens motiver. Når vedkommende mangler kognitive verktøy og gode tidligere erfaringer, så fører det lett til en nærmest liggende strategi med lite effektivitet, (Lazarus, 1999). Derfor bør miljøterapeuter etterspørre pasientens motiver med bruk av hermeneutiske spørsmål *hva, hvordan, hvorfor*. Dette er et verktøy som lett kan anvendes for å reflektere over hva helsepersonells rolle er for at pasienten kan lære seg å mestre på en effektiv måte.

I funnet mitt oven for møter helsepersonell pasienten med individuell tilrettelegging med trygge rammer, struktur og relasjonsdanning. I den nye situasjonen forandret pasienten sin mestringsstrategi. Nåværende velger han å møte stressoren med tilnærmingsmestring. Dette antyder at vedkommende gjør seg nytte av sosialstrategi som kommer frem gjennom kontinuerlig sosial støtte fra helsepersonell. Mestringsstrategi som søker sosial støtte er en av de mest helsefremmende psykososiale faktorer, (Lærum, 2005). Pasienten bruker også kognitiv strategi, fordi det virker som at pasienten har lært seg å akseptere stressoren. Det er en vanlig prosess for mestringsoptimering å benytte seg i ulik grad av flere mestringsstrategier samtidig, Lazarus (1999). Han åpnet for kognisjon i stedet for å *stenge av*, slik informanten uttrykte det. Hans auralisasjon befinner seg på et betydelig lavere nivå, noe som hjelper pasienten til å fokusere på de daglige utfordringene. Lazarus (1999) forklarer det med redusering av stresshormoner som samtidig åpner for bedre kognisjon.

Vedkommende går systematisk turer, tidligere hadde han sykkelig overvekt og gikk ikke ut fordi han var redd for å falle. Pasienten skriver sin egen handleliste og har lært seg å lage mat. Mat og samtaler om mat er en av de få lyspunkter i tilværelsen hans, forteller informanten. Vi kan observere at pasienten blir mer og mer til deltakeren i livet sitt. Vedkommende lærer seg å

mestre nye utfordringer. Læring og mestring er basalt viktig for identitetsdanning, selvbylde og selvtillit, (Bø og Schiefloe, 2007). Informanten sier, i dag etter mange år, sier han: *Unnskyld, det var min feil.* Dette er et tegn på egenverdi og modning.

6.0 Oppsummerende drøfting

6.1 Metodediskusjon

Jeg vil i dette kapittelet reflektere om studiens validitet og reliabilitet.

6.1.1 Validitet

Validitet omhandler begreper som sannhet og kunnskap.

”En valid slutning er basert på korrekte premisser. Et valid argument er et fornuftig, velfundert, berettiget, sterkt og overbevisende argument.”, (Kvale og Brinkmann, 2012:250).

Å streve etter sannhet er nødvendig for å streve etter objektivitet. Min forforståelse vil påvirke intervjuet og tolkningen av data. Derfor er det viktig å forsikre seg om hva som er meningen med bruk av utdypende oppfølgingsspørsmål, eller *”...å gi objektet lov til å protestere.”*, (Kvale og Brinkmann, 2012:248). Med hjelp av digitalopptak kan uforfalskede sitater gjengis og dermed sikre validiteten ytterligere. Jeg brukte både digitalopptak og oppfølgingsspørsmål. Digitalopptak for å kunne gjengi mange uforfalskede sitater der leseren kan danne sin egen mening og finne egen tolkning. Dette må ses som en styrking av validiteten. Videre brukte jeg flere oppfølgingsspørsmål for å holde intervjuet levende og innhente opplysninger som jeg ønsket å få med. Ved noen intervju situasjoner brukte jeg ledende, altså konkrete, oppfølgingsspørsmål som skulle frembringe den informasjonen jeg ønsket. Motargumentet for bruk av ledende spørsmål inkluderer tapt kunnskap som informanten ville dele uten bruk av dem, men som gjensidig kan avkrefte ved at intervjumaterialet besvarer problemstillingen min på en tilstrekkelig måte.

Ekstern og indre validitet er to viktige kriterier for en studie.

Ekstern validitet handler om overførbarhet/generaliserbarhet for hvordan mitt funn kan gjøres gjeldende i andre sammenhenger. Malterud (2013) sier at et vellykket strategisk utvalg med variert material kan åpne for alternative tolkningsmuligheter, åpne for å forstå betingelser for funnet og dermed forstå betingelser for ekstern validitet. Jeg beskrev i metodekapitlet min forkunnskap, utvalgsriterier og gjennomføringsprosessen av studie. Jeg bidro dermed til å forstå betingelser for tolkningen i studiet mitt. Med min studie som bestod av få deltakere var jeg etter det unike hos mennesket, ikke etter allmenn gyldighet. Min validitet er derfor kun kontekstuell. Ekstern validitet med sitt krav til generaliserbarhet var ikke målet i min kvalitative studie.

Indre validitet blir styrket med godt teoretisk forarbeid og trinnvis analyse. Lite teoretisk kunnskap vil derimot øke sannsynligheten for tilfeldige data, sier Malterud, (2013).

Jeg tilfredstilte det ovenfor nevnte kravet med flere forutsetninger. Dette ved: Jeg tilegnet meg med litteraturstudie god teoretisk kunnskap. Jeg analyserte materialet mitt med tematisk innholdsanalyse med anvendelse av systematisering i meningsenheter. Ved den neste tilnærmingen anvendte jeg hermeneutisk inspirerte tolkning. Ytterligere jobber jeg i liknende forhold som mine informanter. Dette gav meg muligheten til å forstå kontekstene for informantenes beskrivelser og tolkning av den.

6.1.2 Reliabilitet

Reliabilitet betyr pålitelighet/troverdighet og sier noe om konsistensen i forskningsfunnet. Forskerens engasjement kan virke som støy i prosjektet og kan påvirke resultatene. I mitt tilfelle kan det være forskning på egen arbeidsplass fordi jeg rekrutterte 4 av 6 informanter fra min egen arbeidsgiver. I kvalitativ forskning som baserer seg på fortolkende tradisjoner har man innsett at *fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere*, (Tjora, 2013:203). Jeg ønsket å sikre at det i størst mulig grad var pålitelighet i min forskning gjennom inngående opplysninger til utvalg av informanter og min forkunnskap, slik at leseren kan danne seg en mening om min forforståelse i forhold til datafunn, tolkning og rapportering. Min teoretisk og tause kunnskap samt erfaring ledsaget hele forskningsprosessen. Dette satt preg på alle trinn i prosjektet mitt. Uten egen kunnskap på områder ville jeg kommet til andre resultater. Troverdigheten i min studie kan i tillegg relateres til at jeg på grunn av min utdanning og arbeidsforhold kunne selv være informant i dette studiet.

6.1.3 Svakheter i studie

Som svakhet i studie vil jeg identifisere min mangel på erfaring som forsker, både som intervjuer og som tolker. Videre svakhet er at jeg studerte fenomener som jeg er opptatt av med på grunn av min egen yrkesutøvelse som terapeut. Det er stor fare at denne fremgangen gjorde meg blind for hva informantene har sagt og at jeg av samme grunn var for mye forinntatt i tolkningen og diskusjonen av resultatene. Det er derfor mulig at en annen forsker kun til en viss grad ville trukket samme konklusjoner.

En annen svakhet i studien kunne være mangel på unge og ny utdannet deltakere i aldersgruppe under 30år. Det er mulig at bredere alderssammensetting kunne bidra til noen ekstra nyanser i resultat. Gray og Brown (2017) som intervjuet sykepleier og pasienter på psykiatrisk avdeling fant en liten forskjell mellom aldersgrupper blant sykepleier som gjelder holdninger i forhold til røykvaner. Det er uansett flere grunner til at mer forskning på dette område er ønskelig.

6.2 Implikasjoner for praksis og forskning

I resultatene kom det tydelig frem at etter informantenes oppfatning pasienter i studien lever med stress. Med å tenke på stressteorien blir det lettere for terapeutene å finne terapitiltak som kan hjelpe til å minske det helseskadelige spenningsnivået hos pasientene. Lavere arousal betyr mindre kroppsfysiologiske stresshormoner og dermed bedre åpning for kognisjon og tilgang til læring, (Lazarus, 1999).

Som implikasjon for forskning ser jeg et stor potensial for ny kunnskap. Min kvalitative studie omfatter kun 6 informanter som tolker livet og helserelatert adferd til 10 pasienter. Min kvalitativ studie søker ikke generaliserbarhet, den søker det særegne. En del funn viser likhetstrekk med tidligere forskning på området, men noen fenomener ble ikke beskrevet av andre forsker med samme innfallsvinkel. Jeg vil her henvise spesielt til fenomenet at pasienter i studie lever under stress på grunn av utilstrekkelige mestringssevne. En innlæring av effektivere mestringsstrategier er grunnleggende for å lindre disse problemene.

Litteraturen behandler fenomenet stress som regel med allmenne forklaringsmodeller eller med studie av andre målgrupper enn pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Jeg synes at veien videre til mer kunnskap er flere studier som åpner for spesiell og spesifikk kunnskap fra flere informanter og fra pasientenes livsverden. Pasientenes livsverden som første grad tolkning, en fortolkning av seg selv.

I lys av Charles Taylor sin antropologisk filosofi er et menneske et *selvfortolkende dyr* med evnen til å vurdere, (Fossland og Grimen, 2001). Det som for et frisk menneske er en svak vurdering som ikke medfører auralisasjon, kan for et menneske med psykisk lidelse være en sterk vurdering. En sterk vurdering er en utfordring som må mestres. Derfor er det viktig at disse menneskene får sin egen stemme. Jeg vil begrunne det med ord fra Volden (2014:81): "*Vi har oppnådd mye, men mye gjenstår.*"

Referanser

- Aarre, T.F., Bugge, P., Juklestad, S.I. (2009). *Psykiatrici for helsefag*. Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Gyldendal akademisk.
- Atkins, K. (2006). Autonomy and autonomy competencies: a practical and relational approach. *Blackwell Publishing Ltd Nursing Philosophy*. 7.pp. 205-215.
- Borge, L. (2014). *Helhetlig psykisk helsearbeid*. I: Almvik, A. og Borge, L. (red.) (2014). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.
- Bø, I. og Schiefloe, P.M. (2007). *Sosiale landskap og sosial kapital. Innføring i nettverkstenkning*. Universitetsforlaget.
- Collins, E., Tranter, S., Irvine, F. (2012). The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, Sep2012; 19(7): 638-646.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademisk.
- Dalen, E., Holmen, J., Nordahl, H. (2015). Somatisk helse hos pasienter ved en ruspoliklinikk. *Tidsskrift for Norske Legeforening* nr.2, 2015, 127-131.
- Eide, H., Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, B.G. og Hummervoll, J.K. (2012). Relevans og evidens. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(01).
- Everett, E., Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven. Hvordan begynne - og fullføre*. Universitetsforlaget.
- Fangen, K. (2015). *Kvalitativ metode. Hermeneutikk, metaforer og kritisk perspektiv*. Hentet 05.05.2017 fra: De nasjonale forskningsetiske komiteene, <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
- Fossland, J., Grimen, H. (2001). *Selvforståelse og frihet. Introduksjon til Charles Taylors filosofi*. Universitetsforlaget.
- Fugelli, P. og Ingstad, B. (2001) Helse - slik folk se det. *Tidsskriftet Den norske legeforening*.

- Freire, P. (2011). *De undertryktes pedagogikk*. Gyldendal Akademisk.
- Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass -et arbeidstaker- og brukerperspektiv*. Gyldendal Akademisk.
- Graneheim, U.H. og Lundgren (2004). Qualitative content analysis in nursing research, concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educacion Today* 2004.
- Gray, R., Brown, E. (2017). What does mental health nursing contribute to improving the physical health of service users with severe mental illness? A thematic analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* (2017) 26, 32-40
- Happel, B, Platania-Phung, Ch., Scott, D. (2013). Mental Health Incentive Program: Facilitating physical health care for people with mental illness? *International Journal of Mental health Nursing* 22, 399-408.
- Helsedirektoratet (2010). *Sosial kapital -teorier og perspektiver*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/316/Sosial-kapital-teorier-og-perspektiver-en-kunnskapsoversikt-med-vekt-pa-folkehelse-IS-1797.pdf>
- Helsedirektoratet (2016/1). *Brukermedvirkning*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet (2015). *Aktivitetshåndboken. Del 2*. Helsedirektoratet.
- Helsinki-deklarasjonen (2013): *Etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker*. Hentet fra: <http://www.etikkom.no>
- Hummerfelt, K. (2005). *Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå*. I: Willumsen, E. red. (2005). *Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjeneste*. Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D.I. (2013). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlag.
- Kjellebold, A. (2005). *Hensynet til brukeren - idealet om brukerorientering i helse- og sosialtjenesten*. I: *Brukernes medvirkning - kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. Universitetsforlaget.

- Kvale, S., Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Akademisk AS.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and Emotion. A New Syntesis*. Free association Books, London.
- Lazarus, R. og Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing
- Lien, L., Huus, G., Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for norske legeforening*, nr. 3, 2015, 246-8.
- Lærum, E. (2005). *Frisk, syk eller bare plaget?. Innføring i medisinsk nøkkelkunnskap*. Fagbokforlaget.
- Martinsen, E.W. (2004). *Kropp og sinn. Fysisk aktivitet og psykisk helse*. 2. utgave 2011, Fagbokforlaget.
- Mitchell, A., Lord, O., Malone, D. (2012). Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* (2012) 201, 435–443.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metode i medisinsk forskning. En innføring*. Universitetsforlage.
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Universitetforlaget.
- Myklestand, I., Rognerud, R., Johansen, R. (2008). *Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse*. Nasjonal folkehelseinstitutt, Rapport 2008:8.
- Napha (2012). Karate som mestring. *Nasjonal kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. Hentet 03.06.2017 fra <https://www.napha.no/content/13051/Karate-som-mestring>.
- Norges Lover (2015). *Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2015-2016. Pasient og brukerrettighetsloven (pbrl.)fra 2001*. Gyldendal Juridisk.
- Norges Lover (2015). *Lovsamling for helse- og sosialsektoren 2015-2016. Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven) fra 2001*. Gyldendal Juridisk.

Norges Lover (2015). *Lov om behandling av personopplysninger* (personopplysningsloven) fra 01.10.2015. Hentet 13.06.2017 fra Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-3>

Prescott, P., Børtveit, T. (2012). *Helse og atferdsendring*. Gyldendal akademisk.

REK (2015). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. *Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*. Hentet fra https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n

Stavanger kommune (2017). Treningskontakt Stavanger. *Stavanger kommune*, hentet 02.06.2017 fra <http://www.stavanger.kommune.no/treningskontakt>

St.prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet 09.05.16 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915>

Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metode*. Fagbokforlag.

Taylor, S.E (2012). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.

Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tranter, Siobhan; Irvine, Fiona; Collins, Eve (2012). Innovations aimed at improving the physical health of the seriously mentally ill: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, May 2012; 21(9/10): 1199-1214.

Treningskontakt Stavanger Kommune (2017). Treningskontakt Stavanger, hentet fra <http://www.stavanger.kommune.no/treningskontakt>

Volden, O. (2014). *Hvis vi tar brukerperspektivet helt ut - Brukerperspektivets forutsetninger, status og konsekvenser*. I: Almvik, A. og Borge, L. (red.) (2014). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.

Walbeck, K., Westman, J. Nordentoft, M. (2011). Outcomes of Nordic health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* (2011) 199, 453–458.

WHO (1948). Constitution of WHO: principles. *World Health Organization*. Hentet 15.06.2017 fra <http://www.who.int/about/mission/en/>

Vedlegg

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. Informasjon om studiedeltaker: yrke, arbeidssted, kjønn, alder.
2. Hva er helsefremmede livsstil for deg?
3. Hvordan erfarer du at pasientene i din avdeling ivaretar sine kroppslige helse? Eksempler?
4. Har pasientene her særlige utfordringer i forhold til å ivareta den fysiske helsa si? På hvilken måte kommer dette til uttrykk?
5. Hvordan erfarer du at disse pasientene har kontakt med den offentlig helsetjenesten (fastlege, tannlege, spesialist, fysioterapeut, kiropraktiker, fotpleier).
6. Hvordan bidrar du som helsepersonell til å motivere og tilrettelegge for at pasientene selv kan ivareta sin egen helse?

Vedlegg 2 side 1/2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Prosjekttittel:

Ivaretagelse av somatisk helse hos mennesker med psykiske lidelser i langtids botiltak, - helsepersonells perspektiv.

Bakgrunn og formål:

Studien er en masteroppgave ved Universitet i Stavanger som har som formål å undersøke hvordan mennesker med alvorlig psykisk lidelse ivaretar sin somatisk helse og på hvilken måte helsepersonell kan motivere og støtte pasienten for at vedkommende i størst mulig grad kan ivareta sin egen helse?

Utvalg/Informanter:

For å kunne gjennomføre prosjektet er jeg avhengig av hjelp fra deg for å få opplysninger i forhold til problemstillingen min. Det er som regel miljøterapeuter, vernepleier og sykepleier, som følger tett opp pasienter med alvorlige psykiske lidelser, derfor min henvendelse til deg.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære et intervju med deg. Dette vil handle om spørsmål rundt hvordan helsepersonell oppfatter ivaretagelse av helse og helse fremming og mestring hos sine pasienter. Et intervju vil ta om lag 1- 1 ½ time. Intervjuene vil bli tatt opp på digital lydopptak. Opptakene vil bli forsvarlig oppbevart og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre. I det skriftlige materialet vil du og din arbeidsplass være anonymisert. Resultatene av undersøkelsen vil bli presentert i min masteroppgave. Du vil få tilbud om et eksemplar av min masteroppgave som kompensasjon for at du stilte opp til intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Jeg vil bruke navnet ditt og telefonnummer kun for å avtale intervjutime med deg. Intervjuene selv fra deg og andre deltakere vil få ett nummer. En sammen kobling mellom person og intervjunummer kommer ikke til å skje fordi dette ikke spiller en rolle i prosjektet mitt.

Vedlegg 2, side 2/2

Publikasjon:

Masteroppgaver med karakter A, B eller C blir publisert på nettet. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Avslutning av prosjektet:

Prosjektet skal etter planen avsluttes 30.06.2017. Til dette tidspunktet skal alle opptakene slettes og dine personopplysninger med navn og telefonnummer vil jeg ikke lenger oppbevare.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dette vil medføre ingen konsekvenser. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet, ditt intervju blir slettet og ikke brukt videre i masteroppgaven min.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Jan Christof Penkala, tel-nr.: 47898113 (epostadresse, prosjektansvarlig masterstudent) eller Unn Elisabeth Hammervold, tel-nr.: 90936740 (epost, masterveileder ved Universitet i Stavanger).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og til Personvernombud ved Stavanger universitetssykehus (SUS).

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Unn Elisabeth Hammervold
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 27.02.2017

Vår ref: 52186 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.01.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

52186	<i>Ivaretagelse av somatisk helse hos mennesker med psykiske lidelser i langtids botiltak, -helsepersonells perspektiv</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Unn Elisabeth Hammervold</i>
<i>Student</i>	<i>Jan Christof Penkala</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Jan Christof Penkala jc.penkala@stud.uis.no

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 52186

Vi kan ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videooptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Til

Jan Christof Penkala

Intern ID
Tildeles av
forskningsavdelingen

Ephorte saksnr
2017/548

Saksbehandler:
Personvernombud Ina Trane

Dato:
01.02.2017

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet; «Ivaretagelse av somatisk helse hos mennesker med psykiske lidelser i langtids botiltak, - helsepersonells perspektiv»

Det vises til innsendt melding om behandling av personopplysninger av 16.01.17, med bilag.

Behandling og utlevering av person - /helseopplysninger i denne saken meldes til personvernombudet med hjemmel i Personopplysningsforskriften § 7-12, jf. Personopplysningsloven § 31 første ledd.

Formålet med masterprosjektet er;

Masterstudiets formål er å undersøke hvordan mennesker med alvorlig psykiske lidelser ivaretar sin somatiske helse og på hvilke måte helsepersonell kan motivere og støtte pasienten for at vedkommende i størst mulig grad kan ivareta sin egen helse.

I prosjektet ønsker en å intervju 6-8 miljøterapeuter ved 2-3 botilbud, i 1 – 1/2 time. Intervjuene vil følge en intervjuguide, og blir tatt opp på bånd. Gjennom intervjuene vil en kartlegge hvordan helsepersonell som arbeider i langtids botilbud opplever at mennesker med alvorlige psykiske lidelser og med rus, ivaretar egen somatiske helse.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det vil bli gitt skriftlig informasjon, og deltakende helsearbeider vil deretter eventuelt skriftlig samtykke til deltakelse.

Det skal ikke i prosjektet behandles noen data, herunder helseopplysninger, som kan tilbake identifiseres til noen enkelt pasient.

Intervjuene vil bli transkribert straks etter opptak. Lydfil vil bli oppbevart frem til oppgaveinnlevering. Hvert intervju vil få et nummer. Det vil ikke skje en sammenkobling mellom intervjuobjektet og transkribert intervju.

Vedelegg 4, side 2/2

Personvernombudet tilrår prosjektet under følgende forutsetninger:

1. Masterprosjektet godkjennes av klinikkdirektør.
2. Behandling av personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen, jf. personopplysningsloven § 11 c). Dersom formålet eller databehandlingen endres må det straks gis melding til personvernombudet.
3. Prosjektet gjennomføres i tråd med personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter.
4. I henhold til personopplysningsloven § 8 skal den som personopplysningene omhandler samtykke til behandlingen av opplysningene. I henhold til personopplysningsloven § 2 nr. 7, skal et samtykke være: Frivillig, uttrykkelig og informert, hvorpå vedkommende godtar behandlingen av opplysningene om seg selv. For at et samtykke skal være gyldig må det samtidig informeres om hvor lenge personopplysningene skal oppbevares.
5. Det kreves i utgangspunktet at en følger UIS sine interne rutiner for lagring av data.
6. Prosjektets data skal oppbevares forsvarlig og i henhold til personopplysningsforskriften kap. 2.
7. Det anbefales bruk av kryptering dersom det benyttes privat PC.
8. Lydopptakene transkriberes uten unødig opphold, og lydfilen slettes ved prosjektslutt.
9. Dersom det benyttes koblingsnøkkel til å koble avidentifiserte data med personopplysninger lagres nøkkelen nedlåst på prosjektleders låsbare kontor, adskilt fra det øvrige prosjektmateriale.
10. Samtykkeskjema oppbevares nedlåst på prosjektleders låsbare kontor, og separat fra det øvrige prosjektmateriale.
11. Data slettes eller anonymiseres under enhver omstendighet ved prosjekt slutt 30.06.17.

Det skal ved prosjektslutt sendes *sluttmelding* og *bekreftet sletting* til personvernombudet.

Forøvrig påpekes at det må fremgå av prosjektdokumentene, herunder informasjonsskrivet til deltakerne, at studien er et masterprosjekt.

Det bør videre presiseres overfor deltakerne at det under intervjuet ikke skal gis opplysninger som kan tilbake identifiseres til enkelt pasienter.

Vennlig hilsen


Ina Trane
Personvernombud

"Når en masteroppgave er avsluttet, skal en altså vite noe en ikke visste før en begynte med oppgaven.", Everett og Furseth (2012:66).