



UNIVERSITETET I AGDER

# Omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser – et steg på veien videre?

Sett ut fra et personalperspektiv

**Eva Irene Ødegård**

## **Veileder**

Inger Beate Larsen

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet innestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

Universitetet i Agder, [2013]

Fakultet for [helse- og idrettsfag]

Institutt for [psykososial helse]

# FORORD

Utrolig, men sant. Å jobbe med denne studien har vært en lang og lærerik prosess som gav meg større utfordringer enn jeg hadde forventet. Jeg har enkelte ganger vært i tvil om jeg noen gang kom til å bli ferdig. Nå er jeg ferdig og til tross for noen utfordringer langs veien har det vært en spennende og lærerik periode.

Min erfaring fra psykisk helsearbeid var å jobbe i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser. I disse årene jeg har vært spesielt opptatt av hva som fremmer mestring og økt selvstendighet. Å ha fokus på hva som skaper rehabiliterende prosesser, og psykisk helsearbeideres rolle i dette arbeidet har vært en stor del av mitt engasjement, og dermed vært drivkraften også gjennom dette prosjektet.

Jeg er takknemlig for at jeg fikk mulighetene til å gjennomføre et forskningsprosjekt på et tema jeg brenner for, og å få mulighet til å formidle det videre.

For å ha kommet i mål med dette studiet har jeg mange rundt meg som fortjener en stor takk. Jeg vil først og fremst takke informantene som gav av sin tid, erfaringer og opplevelser fra deres arbeid fra omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser.

Jeg vil også takke min veileder førsteamanuensis Inger Beate Larsen. Du har vært en viktig motivator og støttespiller gjennom studien. Du har holdt motet mitt oppe da jeg i perioder holdt på å miste det. Takk til deg!

En stor takk går til min mor som har lest alt jeg har skrevet gjentatte ganger med den aller største interesse. Du har vært en uunnværlig støtte og arbeidet hadde til tider vært ensomt uten deg.

Jorunn Odderdal, min gode kollega, venn og tidligere medstudent har også vært en viktig støttespiller. Tusen takk!

Til sist men ikke minst vil jeg rette en stor takk til min kjære mann som har vist tiltro og støttet meg gjennom hele studien og ikke minst lagt alt til rette for at jeg skal kunne fullføre.

[Skriv inn tekst]

**En stor takk til dere alle!**

[Skriv inn tekst]

## Sammendrag

**Prosjektets bakgrunn og problemstilling:** Hovedtema for denne studien har vært hvordan psykiske helsearbeidere bidrar til mestring og økt selvstendighet hos mennesker med psykiske lidelser som bor i omsorgsbolig. I Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid(1999 – 2008) er det overordnede mål og verdigrunnlag at tjenestene skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Fokus i studien har også vært hvordan dette ble vektlagt i deres arbeid. Problemstillingen i studien var: På hvilken måte kan psykiske helsearbeidere bidra til å fremme eller hemme evne til å mestre eget liv hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser?

**Hensikt:** Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan psykisk helsearbeidere vektla at deres tjenester fremmet mestring og økt deltakelse i eget liv hos mennesker med psykiske lidelser.

**Metode og utvalg:** Det har blitt benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode. Det ble utført forskningsintervju av fem informanter som arbeidet i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser.

**Resultater og konklusjon:** Funnene i studien var ikke ensidige. De viser variasjoner både i forhold til tilnærminger og hvordan de vektlegger mestring mot et selvstendig liv. Studien bekrefter at det fremdeles forekommer en behandlingspessimisme i forhold til bedring hos mennesker med psykiske lidelser blant fagfolk innen det psykiske helsefeltet. Det framkom av denne studien at det er varierende tro på bedringsmulighetene til beboerne og at dette påvirket hvilken oppfølging som ble gitt.

Konklusjonen i studien formidler at det var varierende fokus på mestring og selvstendighet avhengig av hvem av beboerne det var tiltro til eller ikke.

### **Nøkkelord:**

Rehabilitering, psykisk helse, fagpersonell, psykisk helsearbeider, personalperspektiv, opptrappingsplanen for psykisk helse, omsorgsbolig

## Abstract:

**Project background and issue:** The main topic of this study has been how mental health professionals contribute to mastery and increased independence for people with mental illness who live in sheltered housing. In the Norwegian national program “Opptappingsplanen for psykisk helsearbeid (1999 - 2008)” the overarching goal and value are that the services shall promote independence, and ability to master own life. The focus of the study has been how this was emphasized in their work.

The issue of the study was: How can mental health professionals contribute to promote or inhibit the ability to master own life for people with severe mental illness?

**Purpose:** The purpose of this study was to get knowledge about how mental health workers emphasized that their services promoted mastery and increased participation in own life for people with mental disorders.

**Method and selection:** It has been used a qualitative research interview as a method. The research interviews were conducted with five informants who worked in sheltered housing for people with mental illness.

**Results and conclusion:** The findings of the study were not one-sided. They show variations in terms of both approaches and how they emphasize mastery towards an independent life. The study confirms that it still occurs a treatment pessimism when it comes to improvement for people with mental disorders among professionals in the mental health field. It emerged from this study that there are varying faith on improvement opportunities to the residents and that this affected which follow-up which was given. The conclusion of the study conveys that there were varying focus on mastery and independence, depending on who of the residents they had confidence to or not.

## Keywords:

Rehabilitation, mental health, professionals, mental health workers, personnel perspective, sheltered housing.

[Skriv inn tekst]

1.0 INNLEDNING .....	1
1.1 Bakgrunn for studien .....	1
1.2 Problemstilling .....	2
1.3 Studiens oppbygging og struktur.....	2
2.0 STUDIENS TEORETISKE PERSPEKTIV.....	3
2.1 Mennesker med psykiske lidelser kommer seg .....	3
2.1.1 Behandlingspessimisme .....	3
2.2 Bli møtt som en kroniker.....	4
2.2.1 Psykososial funksjonshemning .....	5
2.3 Bedring, det å komme seg .....	6
2.3.1 Recovery/bedring .....	6
2.4 Metoder for å komme seg.....	7
2.5 Ulike perspektiver .....	8
2.5.1 Frisk- syk.....	8
2.6 Bli sett, hørt, akseptert – andres bidrag til bedringsprosessen .....	9
2.6.1 Profesjonelles bidrag i bedringsprosessen .....	9
2.6.2 Betydning av sosiale relasjoner.....	10
2.6.3 Engasjerte profesjonelle .....	10
2.7 Sammenfatning av det teoretiske perspektivet og dens relevans for arbeid i omsorgsboliger .....	11
2.7.1 Sammenfatning av teoretiske perspektiv.....	11
2.3 Tidligere forskning på området .....	12
3.0 METODE- kvalitativ forskningsintervju med hermeneutisk tilnærming .....	17
3.1 Det vitenskapelige grunnlag for kvalitativ metode .....	17
3.1.2 Kvalitative metoder .....	18
3.1.3 Det kvalitative forskningsintervju .....	18
3.2 Forskningsetiske overveielser .....	19
3.2.1 Konteksten og forforståelsen for studien .....	19
3.2.2 Utvalg.....	20
3.2.3 Tillatelser .....	21
3.3 Den praktiske gjennomføringen .....	21
3.3.1 Intervjuguide.....	22

[Skriv inn tekst]

3.3.2 Intervjuene .....	22
3.3.3 Transkripsjon.....	23
3.4 Analyse.....	23
3.4.1 Å få et helhetsinntrykk.....	24
3.4.2 Å identifisere meningsbærende enheter. ....	24
3.4.3 Kondensering – fra kode til mening.....	25
3.4.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper. ....	25
3.4.5 Vurdering av studiens gyldighet. ....	26
4.0 PRESENTASJON AV STUDIENS FUNN .....	27
4.1 Mestring – alfa og omega for alle mennesker .....	27
4.1.1 Forutsetninger for å oppnå økt mestring .....	27
4.1.2 Utfordringer med å fremme mestring. ....	28
4.1.3 Økt mestring og selvstendighet - ikke et mål for alle .....	29
4.1.4 Egne refleksjoner og oppsummering.....	30
4.2 Å være psykisk helsearbeider i omsorgsbolig.....	30
4.2.1 Tjenesteapparatet og forståelse av egen yrkesrolle .....	30
4.2.2 Å utfordre gamle vaner .....	31
4.2.3 Egne refleksjoner og kommentarer .....	33
4.3 Rollen som syk .....	33
4.3.1 Et liv i frihet, et liv med kontroll.....	34
4.3.2 Å bidra til selvstendighet eller hjelpeløshet.....	35
4.3.3 Egne refleksjoner og tanker.....	35
4.4. Hjelp til selvhjelp .....	36
4.4.1 Recovery.....	36
4.4.2 Rehabilitering .....	37
4.4.3 Habilitering .....	38
4.5 Betydningen av å bo i omsorgsbolig .....	39
4.5.1 Faktorer som problematiserer bedringsprosesser .....	39
4.5.2 Tro på bedringsprosesser .....	39
4.5.3 Forutsetninger og utfordringer i bedringsprosesser i omsorgsbolig .....	39
4.5.4 Egne refleksjoner og oppsummering.....	40

4.6 Oppsummering .....	41
4.6.1 Funksjonen som psykisk helsearbeidere.....	41
4.6.2 Konkrete tiltak og tjenester .....	42
4.6.3 Tro på muligheter og bedringsprosesser .....	42
5.0 DISKUSJON .....	43
5.1 Tro på muligheter til bedring.....	43
5.2 Rollen som «psykisk syk».....	44
5.3 Mestring – et felles prosjekt .....	46
5.3.1 Formidling av tro og håp i et mestringperspektiv .....	49
5.4 Ulike perspektiver på psykisk helsearbeid .....	51
5.5 Bedring/recovery versus rehabilitering/habilitering.....	53
5.5.1 Rehabilitering i omsorgsbolig?.....	55
5.6 Refleksjon over studiens pålitelighet og gyldighet .....	57
5.7 Resultatenes betydning for praksis.....	58
6.0 Oppsummerende konklusjoner.....	60
LITTERATURLISTE .....	62

VEDLEGG I	Kvittering fra NSD
VEDLEGG II	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet og samtykkeerklæring
VEDLEGG III	INTERVJUGUIDE



## **1.0 INNLEDNING**

I politiske planer i Norge vektlegges det at tjenestene til mennesker med psykiske lidelser skal ha som overordnet mål at de skal fremme mestring og økt selvstendighet. Fokuset i studien har vært på hvilken måte fagpersonen i det psykiske helsefeltet vektlegger dette. I Opptrappingsplanen for psykisk helsearbeid(1999- 2008) er det overordnede mål og verdigrunnlag at tjenestene skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (St.prp. nr.63, 1997 – 1998). I studien er det også fokus på hvilken måte fagpersoner vurderer om tjenestene bidrar til vekst og utvikling.

### **1.1 Bakgrunn for studien**

Bakgrunn for temaet er interesse for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og deres muligheter for rehabilitering mot et mer selvstendig liv. Jeg har en antakelse om at flere mennesker med psykiske lidelser som har vært mange år i hjelpeapparatet forblir avhengige av både fagfolk og hjelpesystemene i kanskje større grad enn det som er nødvendig. I psykisk helsearbeid hevdes det at fagfolk bruker i stor grad seg selv som verktøy. På den måten kan en anta at utdanning, erfaring, menneskesyn og kunnskapssyn vil prege utførelsen av psykisk helsearbeid.

For å finne ut hvordan ansatte innen det psykiske helsefeltet arbeider for å fremme økt mestring mot et mer selvstendig liv, ønsket jeg å spørre noen som arbeidet i kommunale omsorgsboliger. Disse boligene kom i raskt tempo etter oppstart av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Siden Opptrappingsplanen startet i 1998 har det blitt bygget over 3000 omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser (Norges forskningsråd, 2009). Stortinget vedtok i 1998 at de psykiatriske institusjonene skulle bygges ned og at pasientene skulle få tilbud i egen kommune med tilstrekkelig hjelp til å leve et så normalt liv som mulig (St.prp. nr.63, 1997 – 1998).

I følge veileder for psykisk helsearbeid i kommunene er målsettingen å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske

lidelser De ansattes tenkning bør være orientert mot brukernes styrke og ressurser, og bør være basert på et verdisyn som innebærer at alle skal gis mulighet til å ta ansvar for eget liv og bestemme hva slags liv de skal leve (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

## **1.2 Problemstilling**

På bakgrunn av disse opplysningene ønsket jeg å forske på følgende problemstilling:

**På hvilken måte kan psykiske helsearbeidere bidra til å fremme eller hemme evne til å mestre eget liv hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser?**

## **1.3 Studiens oppbygging og struktur**

I kapittel 2 vil Alain Topor og hans perspektiv på bedringsprosesser presenteres, samt tidligere forskning på området. I kapittel 3 formidles metode, og hvordan det har blitt gått frem steg for steg i prosessen med å skaffe informanter, samt behandling og analyse av datagrunnlag. I kapitel 4 presenteres funnene i studien. I kapitel 5 diskuteres funnene i studien opp mot det teoretiske fundamentet og tidligere forskning. Tilslutt i kapitel 6 kommer oppsummerende og konklusjon.

## **2.0 STUDIENS TEORETISKE PERSPEKTIV**

Studiens fokus er rettet mot psykiske helsearbeidere som arbeider i omsorgsbolig for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og søker økt kunnskap om på hvilken måte de opplever at de bidrar til å fremme eller hemme selvstendighet hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Studiens teoretiske perspektiv bygger på psykolog og forfatter Alain Topor. Topor er et kjent navn i det psykiske helsefeltet med sine teorier om bedringsprosesser hos mennesker med psykiske lidelser og slik sett vil hans tanker kunne bidra til å belyse og perspektivere hvordan ansatte i omsorgsboligen arbeider for å hjelpe beboerne til et bedre og mer selvstendig liv. Dette også fordi det nettopp er mennesker med alvorlige psykiske lidelser Topor har arbeidet med.

### **2.1 Mennesker med psykiske lidelser kommer seg**

Det har ofte vært en behandlingss pessimisme når det gjelder behandling for mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Til tross for dette viser forskningsresultater at en stor del pasienter som får en alvorlig psykisk lidelse faktisk kommer seg helt eller delvis (Topor, 2006). Det har tidligere vært vanskelig å finne studier som gir kunnskap om sammenhengen mellom behandlingsinnsats og bedring. Topor har utført en rekke studier hvor han har spurt mennesker som tidligere har hatt alvorlige psykiske lidelser om hva som har vært til hjelp, og bidratt til at de har kommet seg. Denne erfaringen er grunnleggende for å kunne identifisere måter å jobbe på i psykiatrien, sosialtjenesten og det sosiale nettverket som bidrar til at menneske kommer seg. Kunnskapsformidlingen har i liten grad blitt preget av disse erfaringene (Topor, 2006). Topor viser i studiene som handler om mennesker det har gått bra med at det har vært mange ulike faktorer som har ført til bedring (Topor, 2003).

#### **2.1.1 Behandlingspessimisme**

Det er fortsatt i dag en forestilling blant flere at de psykiske lidelsene er kroniske til tross for vitenskapelige studier og brukererfaringer som formidler det motsatte (Topor, 2006). Årsakene til dette er flere. En grunn er at de menneskene det har gått bra med forsvinner ut av institusjonene og ikke er i behov for videre oppfølging. Årsaken til pessimismen blant mange profesjonelle kan være at overvekten av informasjon de får bygger på erfaringene de har med mennesker som er langvarig på institusjon eller har gjentatte innleggelses. Dette kan ha

medført at troen på positive forskningsresultater svekkes. Og dermed kan dette igjen resultere i at pasienter opplever å bli møtt som kronikere i møte med den psykiatriske kultur (Topor, 2006).

Flere mennesker med psykiske lidelser som bor i bemannede omsorgsboliger har langvarige innleggelse på psykiatriske institusjoner. De har ofte vært i kontakt med hjelpeapparatet i lang tid og har store hjelpebehov. Det kan være av interesse å se noe tilbake på historien om synet på psykiske lidelser, behandlingen og om det kan være elementer som kan vise seg i dagens praksis.

## **2.2 Bli møtt som en kroniker**

På 1930 tallet begynte en å skille mellom infeksjon og kroniske sykdommer. Dette hang sammen med at legene kunne behandle infeksjonssykdommens naturlige forløp slik at de kunne bryte sykdomsforløpet (Topor, 2003). Behandlingen av sykdommer som defineres som kroniske tar ikke sikte på helbredelse, men symptomreduksjon der pasientenes medvirkning ofte ble tillagt en sentral rolle.

I stedet for helbredelse har det kommet begreper som «forhøyet livskvalitet». I forskning på somatiske sykdommer har det vært rettet oppmerksomhet på sosiale og psykiske konsekvenser av å være kronisk syk, mens i psykiatrien har det vært lite fokus på dette. Kroniske sykdommer utgjør ikke noen avgrenset periode i et menneskets liv, men har en tendens til å ta en sentral plass både i forhold til hverdagen og identiteten. Kroniske sykdommer presser ofte personen til å tilpasse seg et liv med forskjellige rutiner og fører kanskje til at personen må oppgi aktiviteter som vedkommende tidligere hadde valgt. Troen på de kroniske sykdommene kan ta så stor plass i et menneskets liv at de kan ha en tendens til å bli dominerende i forhold til individet og omgivelsenes forståelse av personen.

I den tradisjonelle institusjonspsykiatrien har derimot oppmerksomheten i liten grad vært rettet mot den sosiale og psykologiske delen av å være syk. Dette kan ha ført til at de forstyrrelsene som det har blitt tatt hånd om i psykiatrien kunne utgjøre et angrep på en persons identitet og sosiale liv. Endringen i identiteten blir så sett på som symptomer på sykdom og ikke et uttrykk for den sosiale situasjonen personen har havnet i (Topor, 2003).

### **2.2.1 Psykososial funksjonshemning**

I følge Topor (2003) mener Bachrach at funksjonshemning er et kriterium for en kronisk tilstand. I forbindelse med av- institusjonaliseringen etter 2. verdenskrig oppstod interessen for funksjonshemning hos mennesker med psykiske forstyrrelser (Topor, 2003). Det viste seg at en del av pasientene som ble utskrevet fra sykehusene hadde store problemer med å klare seg utenfor de psykiatriske institusjonene selv om de ikke lengre viste kliniske symptomer. Det oppstod også problemer i psykiatrien når pasienter som tidligere hadde blitt oppfattet som kronikere og var tiltenkt livslange opphold på psykiatrisk avdeling nå skulle utskrives. I takt med nedleggelse av de psykiatriske institusjonene ble det utviklet tjenester som skulle støtte de utskrevne pasientene som hadde vanskeligheter med å klare seg selv utenfor institusjonene. Pasientens problemer ble tolket som symptomer og funksjonshemninger av sykdommen eller som sosiale følger av institusjonsskader.

Topor (2003) henviser til Barton som mener at institusjonsskader kan betraktes som en egen sykdom skapt av livet på de psykiatriske institusjonene. I følge Topor viser forskning utført ved de psykiatriske institusjonene at symptomer som har oppstått på grunn av behandlingen noen pasienter utsettes for ved å være på institusjon, blir betraktet som sentrale symptomer på den psykiatriske lidelsen (Topor, 2003).

Det har blitt forsøkt å begrunne årsaken til den kroniske utviklingen i individuelle (biologiske eller psykologiske) faktorer. I dette perspektivet (samspill mellom individ og miljø) er ikke årsaken forankret i selve lidelsen, men som et naturlig forløp forbundet med individs sosiale liv. Den institusjonsskadede forverres hvis han eller hun forblir i en stigmatiseringsprosess. Stigmatiseringen gjør det vanskelig å komme tilbake til det normale liv dersom personen selv og andre har forestilling at vedkommende er kronisk syk. Individet som defineres som kronisk psykisk syk overtar psykiatriens definisjon som kronisk syk og møtes av disse forventningene både i og utenfor psykiatrien. Det har i flere tilfeller vært påvist at symptomer som blir betraktet som tegn på alvorlige psykiske lidelser har vært en følge av opphold på psykiatriske institusjoner (Topor, 2003).

## **2.3 Bedring, det å komme seg**

Bedring var tidligere uvanlig å snakke om i forhold til store psykiske vansker.

Brukerorganisasjonene har spilt en aktiv rolle for å spre dette begrepet da det viser seg at mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser som tidligere har hatt langvarige innleggelse i dag lever blant andre som vanlige mennesker (Topor, 2006).

Innenfor medisinen har man ofte brukt begrepet helbredelse for å beskrive at et menneske har blitt frisk fra sin sykdom. Innenfor psykiatrien handler helbredelse alene om at symptomene har forsvunnet som følge av behandlingsinnsats (Topor, 2006). Både innenfor psykiatrien og brukerorganisasjonene har symptomfokuseringen blitt kritisert. Som følge av dette har begrepet rehabilitering vokset fram. Rehabilitering innebærer at vedkommende gjenerobrer ulike funksjoner som følge av at fagfolk benytter målbevisste metoder (Topor, 2006).

### **2.3.1 Recovery/bedring**

Alain Topor har valgt å bruke begrepet «recovery/bedring» framfor begrepene helbredelse og rehabilitering. Han begrunner dette med at helbredelsesbegrepet medfører at en kun konsentrerer seg om individets symptomer og forsvinningen av disse. Når det gjelder rehabilitering fokuseres det på individets funksjoner og utvikling. I både helbredelse og rehabiliteringsbegrepet er det knyttet opp mot de profesjonelles innsats for individet (Topor, 2003). Begrepet «bedring» skiller seg både fra helbredelse og rehabilitering på tre avgjørende måter (Topor, 2006):

1. Det er individets egeninnsats som fører til bedring, ofte med hjelp fra andre. Når man snakker om at mennesker blir bedre må man erkjenne og være bevisst at det er hans eller hennes egeninnsats som er av avgjørende betydning.
2. Bedringsprosesser innebærer å se hele mennesket i sammenheng. Dette skiller seg fra rehabilitering og helbredelse hvor fokus er symptomer og utilstrekkelige funksjoner. Bedring kan for mange handle om å finne seg selv. Man trenger ikke være symptomfri for å være i bedringsprosess.
3. Makt. Begrepet bedring innebærer at mennesket skaffer seg makt over hvordan det ønsker å leve livet sitt også i forhold til hvilke type behandling vedkommende får. Å inneha makt betyr ikke å gjøre hva en vil til enhver tid, men det innebærer å kunne påvirke hvordan livet arter seg, og å forhandle om mål man selv har. Det motsatte av makt er avmakt (Topor, 2006).

I følge Topor (2006) er bedring en prosess i individet som kan sees i relasjon til både individet selv og hans omgivelser. I følge dem som har kommet seg handler bedring om en

utviklingsprosess der de aldri blir den samme som de var før. Erfaringene med alvorlige psykiske problemer utgjør en del av dem. Med bedringsprosessen følger både opp- og nedturer (Topor, 2006).

## **2.4. Metoder for å komme seg**

Siden 1980-årene har det blitt utført forskning som har vært rettet mot prosessen med å komme seg etter alvorlige psykiske lidelser (Topor, 2003). Forskningen har undersøkt fire aspekter ved å komme seg: strukturelle vilkår som fremmer prosessen, individets egne bidrag, andre personers bidrag og bedringens forløp.

Alain Topor (2003) refererer til Davidson og Strauss som utførte en undersøkelse av jeg-oppfattelsen i forbindelse med bedringsprosessen hos 66 pasienter med forskjellige psykoselidelser. Undersøkelsen fulgte individene i deres hverdag mellom to og tre år etter utskrivning fra institusjon. Davidson og Strauss beskriver fire faser. Den første fasen er at individet oppdager at vedkommende selv ikke er redusert til en sykdom, men at det er deler av jeget som ikke er berørt av sykdommen. Oppdagelsen gjør det mulig for personen å betrakte sykdommen som et avgrenset fenomen. Dette utgjør en basis for fremvekst av et nytt selvbilde som ikke kun kan reduseres til sykdommen. For å gjøre denne oppdagelsen er det viktig at det finnes personer som har tro på individets evne til å være noe annet enn bare lidelsen, til tross for at individet selv prøver å motbevise det realistiske i det. I følge Davidson og Strauss (Topor, 2003) er håp et viktig begrep som går igjen. Håpet formidles først og fremst av andre som har tro på at individet selv om vedkommende selv opplever håpløshet.

Den andre fasen av bedringsprosessen består av registreringen av dette jeget som er uskadet av sykdommen. Personen er avhengig av andres støtte, og er sårbar for andres bedømmelse og kritiske uttalelser. Denne fasen kan vare lenge uten synlige resultater.

I den tredje fasen tas jeget i bruk, samt den oppdagelsen som handlet om at ikke alt dreier seg om sykdom. I løpet av kort tid kan vedkommende oppnå store endringer innenfor bestemte områder i eget liv. Det at jeget går over til en aktiv fase kan vise seg ved enkle og hverdagslige situasjoner som psykiatrien normalt ikke er oppmerksom på. Likevel har dette stor betydning ved at individet ikke lengre kun er mottaker av andres velvilje, men begynner selv å påvirke sine omgivelser. De positive erfaringene skaper grobunn for et bedre selvbilde. I takt med at individets jeg-følelse blir mer positiv blir det også en ressurs i forhold til

individets symptomer. For personen som mestrer å håndtere livet sitt i forhold til de psykotiske symptomene blir dette et bevis på at vedkommende er en person med egen vilje som oppnår egne mål (Topor, 2003).

## **2.5 Ulike perspektiver**

Topor hevder at ulike behandlingsinnsatser og hendelser kan få ulik betydning for ulike mennesker. Mennesker tolker situasjoner, mennesker og deres handlinger forskjellig avhengig av sammenhengen de er i. Det vil alltid kunne være motstridende meninger og tolkninger av en og samme situasjon som utgjør en sannhet for det enkelte individ. Dette er også gjeldende hos fagfolk i det psykiske helsefeltet. Ulike retninger og perspektiver som kognitive, psykodynamiske, sosiale, eller medisinske vil være med på å bestemme tolkningen av virkeligheten uavhengig av om det dreier seg om møter i omsorgsboliger eller møter i sykehus (Topor, 2006).

Skal det være et reelt samarbeid mellom profesjonelle og brukerne er det nødvendig at det vises interesse for brukerens perspektiv. Som profesjonell er det ikke nødvendig å være enig i hans eller hennes tolkninger, men tolkningene er likevel avgjørende fordi de bestemmer brukerens syn på seg selv, sin situasjon og sine handlingsmuligheter (Topor, 2006).

### **2.5.1 Frisk- syk**

I følge Topor (2006) må mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke reduseres til sine symptomer, problemer og tilkortkommenhet. Likevel må en ikke fornekte vanskelighetene de lever med. Fagfolk innen det psykiske helsefeltet må ikke kun se brukerne som individer som trenger hjelp, men også som mennesker som kjemper med sine psykiske vansker. Det er nødvendig å bli forstått som «både- og»:

De er *både* sperret inne i motsetningene de opplever, *og*, samtidig, i full gang med å forstå og håndtere disse motsetningene (Topor, 2006, s.83).



Til tider domineres deres liv av oppgitthet over symptomer og psykiske vansker. Samtidig kan de være i full gang med å forsøke å redusere konsekvensene for deres liv av disse destruktive kreftene.

Å tenke at enten er man frisk eller så er man syk har vært et dominerende prinsipp innen de fleste teoretiske oppfatningene og organisasjonsformer innen psykiatrien (Topor, 2006).

## **2.6 Bli sett, hørt, akseptert – andres bidrag til bedringsprosessen**

I følge Topor er det en individuell prosess å komme seg som er avhengig av en sosial sammenheng. Flinke fagfolk verdsettes, men i sentrum for andres bidrag til bedringsprosessen står de sosiale relasjonene, og ofte de som er langvarige (Topor, 2006). Uttrykk som går igjen om å komme seg er å kjenne seg respektert, sett og hørt. Dette innebærer empati, sympati og god kjemi mellom bruker og hjelper. Dette gir oss kunnskap om at det ikke finnes noe som passer til alle hele tiden. Noe som hjelper i en periode trenger ikke å være god hjelp senere. I følge Topor er det viktig at psykisk helsearbeidere har fokus på at det er personen som skal ha hjelp og ikke hans diagnose. Andre vesentlige faktorer er å kartlegge ressursene, hvor personen befinner seg i livet og hvordan vedkommende selv forstår sine problemer. Gode relasjoner er viktig i bedringsprosessen.

### **2.6.1 Profesjonelles bidrag i bedringsprosessen**

Når mennesker som har kommet seg forteller om hva som har bidratt til bedring er det sjeldent en spesiell behandlingsmetode eller institusjon som vektlegges. Som regel er det bestemte personer og egenskaper som fremheves. Egenskaper som går igjen er når profesjonelle trer ut av sin rolle og gjør noe annet eller mer enn det som er forventet. Når ansatte gjør dette kan det innebære et regelbrudd mot arbeidsplassens normer og regler. At regelbrudd har vist seg betydningsfullt ved bedringsprosesser skyldes at den profesjonelle blir så grepet av relasjonen til brukeren at han utsetter seg for risiko for brukerens skyld. I denne risikoen ligger det et bevis på at den profesjonelle verdsetter egenskaper hos brukeren så høyt at et regelbrudd er nødvendig (Topor, 2006).

Tid og tilgjengelighet er også viktige faktorer som bidrar til bedring. Det tar tid å bygge relasjoner. At fagfolk tar seg tid til å snakke og lytte til brukere på deres premisser har vist seg verdifullt. At brukere har anledning til å kontakte fagfolk utenom avtalt og tilmålt tid har vist seg positivt på bedring. Når fagfolk tar initiativ til kontakt uten annen grunn enn at de selv ønsker å være sammen viser seg å være betydningsfullt (Topor, 2006).

Gjensidighet i relasjonene mellom bruker og profesjonelle går igjen som en viktig faktor. Gjensidighet handler om at begge utover det som gjør at de møtes kan gi og lære av hverandre. Brukere kan noe som ikke den profesjonelle kan og som vedkommende kan lære bort (Topor, 2006).

### **2.6.2 Betydning av sosiale relasjoner**

Et tema som går igjen i flere undersøkelser er i følge Topor betydningen av andre mennesker i personens omgivelser (Topor, 2003). Det er i møte med andre at jeget blir til. For at jeget skal bli til må et annet menneske være tilgjengelig (Topor, 2003). Et dilemma som kan oppstå er når symptomer på lidelsen begynner å forsvinne og pasienttilværelsen snart er overstått. Da står personen selv og menneskene i hans eller hennes omgivelser ovenfor den utfordring det er å forestille seg at forandring er umulig (Topor, 2003).

### **2.6.3 Engasjerte profesjonelle**

At de profesjonelle viser engasjement er en viktig faktor i bedringsprosessen for mange. Engasjement beskrives ikke som en egenskap men noe som oppstår i et møte, i det «riktige øyeblikk» og på «riktig måte». Den engasjerte fagpersonen beskrives som en som ikke alltid venter på brukerens ønske. Handling vektlegges sterkt og handling kan vekke brukeren opp fra en tilstand som preges av håpløshet. Denne håpløsheten kan skyldes vanskelighetene og måten han er blitt møtt på, som for eksempel «en kroniker» (Topor, 2006). Når man har det som vanskeligst kan man ha liten kapasitet og energi til å tenke seg et annet liv. Ofte er det snarere tvert i mot og føles som en anledning til å gi opp (Topor, 2006).

## **2.7 Sammenfatning av det teoretiske perspektivet og dens relevans for arbeid i omsorgsboliger**

### **2.7.1 Sammenfatning av teoretiske perspektiv**

Alain Topor sine teorier forteller at mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg. Mennesker som har vært alvorlig syke og hatt langvarige innleggelser lever i dag vanlige liv som vanlige mennesker. Til tross for denne kunnskapen er det ofte en pessimisme blant fagfolk. Årsaken til dette kan være at psykisk helsearbeidere ofte ikke ser dem det har gått bra med, men har sine erfaringer på arbeidsplasser hvor de møter brukere som ikke kommer seg. Historien viser at en tidligere mente at mennesker med alvorlige psykiske lidelser var kroniske slik at det var symptomreduksjon og ”forhøyet livskvalitet” som var i fokus. Erfaringene med at brukerne ble behandlet som kronisk syke og når det i tillegg ble viet lite oppmerksomhet mot de sosiale og psykologiske aspektet av å være syk gjorde dette noe med møtene mellom fagfolk og brukere. Endringen av identiteten ble oppfattet som symptomer på lidelsen og ikke som følge av den sosiale situasjonen pasienten var havnet i.

Topor bruker begrepet recovery/ bedring framfor helbredelse og rehabilitering. Bedring innbefatter å sette brukeren i fokus og at det er individets egeninnsats som fører til bedring, med støtte fra andre. Bedring innebærer å se hele menneske i en sammenheng. Bedring trenger ikke bety symptomfrihet eller at vedkommende blir den samme som tidligere.

For at mennesker skal komme seg er det nødvendig at det er mennesker rundt dem som ser noe annet enn bare sykdommen og som viser tro på at vedkommende kan komme seg videre. Å formidle håp er vesentlig selv om vedkommende selv har mistet det.

### **2.7.2 Teoriens relevans for arbeid i omsorgsboliger**

Problemstillingen i studien er: På hvilken måte kan psykisk helsearbeidere bidra til å fremme eller hemme evne til å mestre eget liv hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser?

Alain Topor sitt teoretiske perspektiv er relevant i forhold til problemstillingen på flere måter: Den gir viktig kunnskap om hva mennesker som har hatt alvorlige psykiske lidelser forteller har vært til hjelp for dem i deres bedring, og hva de har erfart har vært viktig og betydningsfull hjelp fra profesjonelle. Kunnskap og kjennskap til tidligere syn og behandling

til mennesker med alvorlige psykiske lidelser er et relevant bidrag i studien da dette kan vise seg nyttig å undersøke om tidligere tiders forståelse av kronifisering kan ha etterlatt seg spor i dagens praksis selv om man nå vet er at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan komme seg.

I studien er det tatt utgangspunkt i perspektivet til psykisk helsearbeidere som arbeider med mennesker som bor i bemannede omsorgsboliger. Omsorgsboliger kan sannsynligvis ha en del fellestrekk med institusjoner med ulike regler og rutiner de må forholde seg til som er forskjellig fra å bo i en ordinær bolig. Det vil være av interesse å undersøke om hvilke kunnskapssyn og holdninger psykiske helsearbeidere har i forhold til de menneskene som bor der. Møter de brukerne som psykisk syke, hjelpeløse og som kronikere eller som mennesker det er tro på at skal ha muligheter til bedring og komme seg videre i livet?

Topor formidler at bedring er en individuell prosess hvor flere og ulike elementer er av avgjørende betydning. Det er interessant å få kunnskap om hvordan hans teorier og syn sammenfaller med dagens praksis.

Psykisk helsearbeid i dag er preget av flere ulike utdanningsbakgrunner og ulike perspektiver. Om dette er en styrke og berikelse som i større grad fører til bedring for brukere eller ikke er også et viktig element å utforske.

### **2.3 Tidligere forskning på området**

John Mækelæ (2012) har ved hjelp av deltakende observasjon og intervjuer undersøkt faktorer som påvirker samarbeid og relasjoner mellom personalet og beboere i et bofellesskap.

Forskningen viser til følgende funn:

Et funn var den sårbare balansen mellom selvstendighet og binding i samarbeidet mellom personal og beboere. Mækelæ observerte at det var en felles utfordring å få til et samarbeid der begge parter enten utviklet eller bevarte sin selvstendighet istedenfor å binde seg til hverandre. I denne sammenheng innebar det å gi beboerne anerkjennelse ved å gi anledning til å prøve seg ut alene i utfordrende situasjoner, men med anledning til å få støtte av personalet. På den andre siden måtte personalet tåle å stå i den usikkerheten det medførte ikke å vite utfallet av beboernes handlinger. Utfordringen ble større i de situasjonene der ansatte og beboere hadde flere erfaringer hvor de hadde mislykkes. Mækelæ oppfattet at personalet ofte

følte ansvar for at beboerne ikke skulle mislykkes. Resultatet ble at de fortsatte i samme spor hvor beboerne ikke ønsket å forlate det trygge åsted. Dette førte til at beboerne ikke ønsket endring.

Fokuset til Mækela var hva personalet og beboerne gjorde sammen som påvirket samarbeidet og relasjonen dem i mellom. Det var tre funn som utpekte seg. Det ene var relasjonen mellom personalet og beboerne var motsetningsfullt der var to parter med egne viljer og behov stod i en nær og spenningsfylt påvirkning. Samhandlingen påvirkes ved at begge med selvstendige viljer ville bestemme og ha det på sin måte i den daglige samhandlingen. I relasjonen er den ene parten truende samtidig som vedkommende er nødvendig i relasjonen. Begge parter påvirket og påvirkes av hverandre, og i samarbeidsprosessen oppstår det dilemmaer og paradoksale situasjoner. Dilemmaer oppstår der handlinger fra personalet er ment som omsorg, men har en devaluerende dimensjon.

Det andre funnet handlet om hvordan personalet og beboerne sin bevissthet om seg selv og den andre påvirker relasjonen mellom dem. Personalet måtte forholde seg til at beboerne ikke var et passivt objekt som kunne brukes som middel for sine formål og ønsker. Beboere måtte på sin side ikke behandle personalet som et objekt som kun er tilstede for å tilfredsstille deres behov. Mækela hevdet at en av de store utfordringene i samarbeidet mellom beboere og personalet var at de ikke ble låst i bestemte posisjoner som hjelper og hjelpetrengende da dette vil kunne føre til at det oppstår stillstand og manglende utvikling i relasjonen.

Det tredje funnet til Mækela som påvirket samarbeidet og relasjonen handler om å stå i en nær og følelsesmessig relasjon samtidig å se den andre som et selvstendig individ med egne meninger og egen opplevelse av verden. Dette innbefattet at den ene parten kunne ta imot støtte og hjelp samtidig som vedkommende våget å ta egne avgjørelser uten bekymring over reaksjoner hos den andre. Mækela observerte at en utfordring hos personalet og beboere i bofellesskapet var å unngå et samarbeid som kan betegnes som symbiotisk, istedenfor et samarbeid som er preget av samspill hvor begge parter anerkjente den andres grenser og selvstendighet. Utfordringer personalet hadde var å respektere beboerens indirekte eller direkte ønske om selvstendighet.

Mækela konkluderte i studien at samarbeidet og relasjonen mellom partene i bofellesskapet kan beskrives som et nært, men motsetningsfylt forhold som påvirkes av to individer med egne selvstendige viljer. Begge parter ble kontinuerlig utfordret i forhold til sitt syn på seg selv og den andre. En nær relasjon kunne både være en støtte men også en hindring for

utvikling av deres samarbeid. Mækkelæ hevdet at motstand og konflikt var en unngåelig del av prosessen for å oppdage den andre sine grenser. Likevel er det nødvendig at begge parter har tillitt til at den andre vil være lojal og ikke svikte i denne prosessen.

Marit Borg( 2007) utført en kvalitativ intervjustudie hvor hun har fokusert på hverdagslivets betydning i forhold til bedringsprosesser hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Borg belyser viktige bidrag som bedringsstudier kan tilføre kunnskap – og praksisutvikling innenfor det psykiske helsefeltet.

Borg hevdet at hverdagslivet og de sosiale sidene ved livet ofte blir viet lite fokus og får ikke samme oppmerksomhet som kliniske symptomer. Likevel mener hun at dagliglivet og praktiske ferdigheter som vi ofte tar for gitt er helt nødvendige for å utføre vanlige aktiviteter og for å gå ut og inn av ulike roller. Å håndtere hverdagslivet er mulig nettopp fordi vi har opparbeidet praktisk kunnskap, ferdigheter og erfaring i sosial og kulturell kontekst. Dette er viktig i bedringsprosesser der en tar i bruk sin kunnskapsbase i arbeidet med å komme seg videre i livet. Som kliniker mente Borg det var vesentlig å anerkjenne dagliglivets betydning, gripe og fange både det enkle og det komplekse i hverdagslivet til mennesker med psykiske lidelser.

Borg sin forskning tilsier at det er viktig å inneha et hverdagslivsperspektiv. Det innebærer å fortelle om livserfaringer istedenfor sykdomserfaringer og på den måten få større forståelse for livssituasjonen som helhet. Dette bidrar til større forståelse av hvorfor et problem blir et problem, hva som er til hjelp og hvorfor.

Informantene i Borg sin studie forteller hvor viktig det var å være ”normal” og leve et ”vanlig liv”. Dette innebærer å bli sett på både av seg selv og andre som en alminnelig samfunnsborger som sørger for hus og hjem, holder avtaler og har en meningsfull hverdag. Å være ”vanlig» innebærer også å leve et liv som gav mening og som gav håp om at det ville gå bra, dette var viktig for å holde ut de vanskelighetene som lidelsen medførte.

Audun Aadland (2003) utførte en kvalitativ studie der han intervjuet personer som bodde i bofellesskap. Studien er skrevet ut ifra antakelsen om at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan i en tilværelse i et bofellesskap møte mange viktige behov som har sammenheng

med deres livskvalitet, og dermed aktivere rehabiliteringspotensialet hos beboere. Aadland hevdet at ved å bo i ett bofellesskap kan gi høyere grad av sosial støtte, frihet og livskvalitet enn ved andre boformer. I studien fremkom det hva informantene erfarte som viktig i deres relasjon til de ansatte samt, Aadland sin refleksjon omkring fagpersonens rolle.

Et moment fagpersonen bør tilstrebe er å være et overgangsobjekt hvor målet er å øke kompetanse og aktivitet hos beboere. Aadland hevder at det motsatte kan føre til at beboeren utvikler ”lært hjelpeløshet”. Et mål hos fagpersonen bør være å gjøre seg overflødige og ubetydelige som en del av beboerens nettverk. Aadland refererer til Haugsgjerd som sier at dette vil være av stor betydning for at beboeren etter hvert vil finne naturlige og fruktbare relasjoner å gå inn i. På denne måten vil psykisk helsearbeid i vesentlig grad være å utnytte de muligheter og ressursene som er tilgjengelige i dem selv og i psykososiale sammenhenger som igjen skaper muligheter for vekst og utvikling. Fagrollen er avhengig av høy grad av bevissthet omkring sin makt og på hvilken måte en utøver makt som gir tillitt. Aadland utdypet at skulle bofellesskap gi rehabiliterende muligheter og ikke kun være en plass for oppbevaring, måtte det være en bevissthet for å gi beboerne trening og erfaring til å utvikle sin sosiale kompetanse. Aadland advarte imot at i jakten på helsefremmede ressurser ikke overså de problemene alvorlige psykiske lidelser kunne medføre. Han mente det var nødvendig å inneha ulike perspektiver som innbefatter at en ikke må overse ressurser og muligheter samtidig som en er åpen for de begrensninger som er knyttet til den enkeltes lidelse.

Eva Langeland (2003) utførte en studie av hjemmeboende personer med psykisk helseproblem. Langeland dokumenterte betydningen av salutogen tilnærming<sup>1</sup> med fokus på styrking av mestring i rehabiliteringsprosessen. Målet med en salutogen tilnærming er ikke kun å behandle symptomer, men også gjøre folk i stand til å leve et optimalt med sine problemer.

Langelands hensikt var å kaste lys og drøfte hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling og å belyse effekten av salutogene terapiprinsipper i grupper. Langeland viste til at sosial støtte oppleves som gunstig.

---

<sup>1</sup> Salutogen tilnærming retter fokus mot faktorer som bidrar til opprettholdelse og å fremme helse (Langeland, 2003).

Studien til Langeland indikerte at til tross for høy symptombelastning kan personer finne mening i å mestre symptomer og dagligdagse utfordringer. Dette kan føre til stimulering til positiv utvikling av livskvalitet.

Langeland understreket betydningen av en salutogen tilnærming i bedringsprosesser i psykisk helsearbeid. Fra et salutogent perspektiv er det vesentlig at fagpersonen er en samtalepartner med en kombinasjon av kvaliteter som positiv, ubetinget aksept, empati og ekthet. Det må være en balansegang mellom å lytte til problemer og oppmerksomhet til styrke og ressurser. Det er viktig å fokusere på å redusere hindringer og styrke eksterne og interne ressurser og samtidig styrke en positiv selvforståelse.



### **3.0 METODE- kvalitativ forskningsintervju med hermeneutisk tilnærming**

Det har blitt benyttet kvalitativt forskningsintervju som metode i studien. I studien har fokuset vært på den enkelte psykiske helsearbeider og på hvilken måte den enkelte opplever og erfarer hva som bidrar til mestring og økt selvstendighet for mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

#### **3.1 Det vitenskapelige grunnlag for kvalitativ metode**

I forskningsprosessen er refleksjoner rundt dataenes meningsinnhold framtrepende. Fortolkning av data betraktes som en gjennomgående aktivitet i hele forskningsprosessen. Den forståelsen forskeren får av data utvikles gjennom hele prosessen og må også sees i sammenheng med forforståelsen forskeren bringer med seg inn i prosjektet (Thagaard, 2009).

I kvalitative metoder representerer fortolkende teoretiske retninger et viktig grunnlag. Fortolkning av datamaterialet kan på den ene siden knyttes til forskerens teoretiske utgangspunkt og på den andre siden gi et grunnlag for den forståelsen forskeren utvikler gjennom forskningsprosessen. Det vil være en gjensidig påvirkning gjennom forskerens teoretiske utgangspunkt og tendensene i datagrunnlaget. Likevel har forskerens vitenskapelige forankring betydning for hva han eller hun søker informasjon om og medvirker i den forståelsen forskeren utviklet (Thagaard, 2009).

I hermeneutikken fortolkes folks handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold, mer enn det som er umiddelbart innlysende. Det legges vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Prinsippet i hermeneutikken kan kun forstås i lys av den sammenhengen det vi studerer er en del av. Vi skjønner delene ut i fra helheten. Å tolke intervjuer kan sees på som en dialog mellom forsker og tekst hvor forskeren fokuserer på den mening som teksten formidler. Thagaard henviser til Geertz (1973) som hevder at ideene til tolkning samt forskerens erfaringer alltid vil hentes fra annen tidligere litteratur, og ikke fra dataene i seg selv, og mener at all forståelse bygger på en forforståelse. Geertz mener at et mål for forskeren må være å presentere en «tett» beskrivelse da en «tynn» beskrivelse kun gjengir det som observeres. Når en har en «tykk» beskrivelse

inkluderes også utsagn om hva informanten kan ha ment med sine handlinger, hvilke fortolkninger vedkommende selv gir og den fortolkningen forskeren har. Når en presenterer en «tykk» beskrivelse får innholdet et meningsaspekt (Thagaard, 2009).

### **3.1.2 Kvalitative metoder**

Kvalitative metoder er strategier innenfor forskning som egner seg for beskrivelse og analyse av egenskaper og karaktertrekk ved de fenomener som skal undersøkes (Malterud, 2003).

Kvalitative metoder bygger på teorier om fenomenologi(menneskers erfaringer) og hermeneutikk(fortolkning). Metodene omfatter et vidt spekter av strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekst fra for eksempel samtale. Målet med kvalitativ metode er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener slik det oppleves for de involverte i deres naturlige sammenheng (Malterud, 2003).

Ved kvalitative metoder kan vi få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. I et intervju kan vi stille spørsmål etter mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd og vi kan oppnå økt forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2003).

### **3.1.3 Det kvalitative forskningsintervju**

I det kvalitative forskningsintervjuet er formålet å forstå sider ved personens dagligliv fra hans eller hennes eget perspektiv (Brinkmann og Kvale, 2010).

Det kvalitative forskningsintervju er preget av en samtale mellom to parter om et tema av felles interesse (Brinkmann og Kvale, 2010). Kunnskap skapes i skjæringspunktet mellom synspunktene til den som intervjuer og den som blir intervjuet. Det kvalitative forskningsintervjuet er preget av en asymmetrisk relasjon da det er den som intervjuer som stiller spørsmålene og den intervjuede som svarer. Starten av intervjuet bør anspore intervjupersonen til å beskrive sine tanker om hvordan vedkommende opplever sin verden. Kvalitativt forskningsintervju oppfordrer til å beskrive så nøyaktig som mulig hva den intervjuende opplever og føler og hvordan han eller hun handler. En av forskerens viktige oppgaver blir å spørre om hvorfor den intervjuende opplever og handler som de gjør (Brinkmann og Kvale, 2010).

Da hensikten i studien var å få økt kunnskap om informantenes opplevelse, erfaring i det psykiske helsearbeidet og deres rolle i å bidra til mestring og økt selvstendighet for deres tjenestemottakere, var kvalitativt forskningsintervju en egnet metode for å gi svar på problemstillingen.

## **3.2 Forskningsetiske overveielser**

I følge Kvale og Brinkmann (2010) bør etiske spørsmål være integrert i alle faser i en intervjuundersøkelse. Det er fire etiske grunnkrav en bør reflektere over når en skal gjennomføre kvalitative forskningsstudier; samtykke, konfidensialitet, konsekvenser/nytte av prosjekt, og forskerens rolle.

### **3.2.1 Konteksten og for forståelsen for studien**

Bakgrunn for, og interesse og engasjementet for temaet og problemstillingen i, studien var flere. Jeg hadde selv erfaringer som psykisk helsearbeider i kommunehelsetjenesten og i omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser. Jeg hadde arbeidet på samme arbeidssted i syv år hvor arbeidsfilosofien hadde endret seg til å få større fokus på at tjenestene skulle bidra til økt mestring og selvstendighet. Endringen på hvilket fokus og innhold tjenestene skulle ha bidro til endring både hos beboere og personalet. Etter en tid erfarte vi at beboerne faktisk mestret mer enn tidligere og var mer deltakende og selvstendige i eget liv. Flere beboere flyttet etter eget ønske ut i ordinær bolig med reduserte behov for tjenester, enn de hadde ved innflytting i omsorgsbolig. Jeg hadde en forståelse og oppfatning at når mennesker opplever bedring, og utvikler økt mestring og deltakelse i eget liv er det i hovedsak faktorer i dem selv som har ført til endring. Likevel tenkte jeg at det var av betydning hvilke perspektiver og mål fagfolk som arbeidet i det psykiske helsefeltet hadde i forhold til å fremme mestring og økt selvstendighet.

Opptappingsplanen for mennesker med psykiske lidelser var også en del av bakgrunnen for min interesse for temaet. Opptappingsplanen var sentral da jeg tok videreutdanning i psykisk helsearbeid. Overordnet verdigrunnlag og målsetting i Opptappingsplanen var at tjenestene

skulle ha som mål å fremme uavhengighet, mestring og evne til å mestre eget liv. Interessen for om, og hvordan dette har blitt fokusert har også bidratt til interesse for temaet.

Begrunnelsen for valg av tema og problemstilling er naturligvis preget av min forforståelse. Jeg hadde i utgangspunktet en forståelse av hva som kan bidra til å fremme eller hemme økt selvstendighet hos mennesker med psykiske lidelser sett i lys av et personalperspektiv. Jeg har vært bevisst at min forforståelse ikke skal prege meg på en slik måte at jeg ikke stilte meg åpen til det materialet jeg fikk. Forforståelsen har naturligvis preget meg da det er erfaringer og mine perspektiver som har skapt drivkraften bak problemstillingen og metoden. Likevel mener jeg at jeg har mestret å sette forforståelsen i parentes og vært åpen for den kunnskapen jeg fikk av informantene.

### **3.2.2 Utvalg**

Utvalget besto av 5 informanter som samtlige var kvinner. Alle hadde minimum en treårig helse og sosialutdanning som sykepleier, vernepleier eller lignende. Fire av fem informanter hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid. Av arbeidserfaring innenfor psykisk helsefeltet hadde de mellom fire og ti år.

Informanter til prosjektet var et strategisk utvalg. Et utvalg skal være sammensatt slik at datamaterialet en får inneholder noe om det en ønsker å si noe om når studien er gjennomført (Malterud, 2003). Jeg ønsket å forske på hva psykisk helsearbeidere erfarte og opplevde som deres bidrag som igjen førte til mestring og økt grad av selvstendighet hos mennesker med psykiske lidelser. Jeg ønsket å intervju psykiske helsearbeidere som arbeidet i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser. Begrunnelsen for utvalget var at dette er fagfolk som jobbet sammen med de menneskene med psykiske utfordringer som sannsynligvis hadde store hjelpebehov for å mestre hverdagen. De hadde mulighet til å gi tettere oppfølging og kunne lettere vurdere utvikling og fremgang underveis. Jeg antok at dette utvalget ville bidra til å gi data som kunne belyse problemstillingen i forhold til deres rolle som fagperson.

### **3.2.3 Tillatelser**

Før jeg begynte prosessen med å finne informanter til studien søkte jeg tillatelse fra Fakultet etiske komite (FEK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste(NSD). Kravet til FEK er at en sender inn en kortfattet prosjektprotokoll som en informerer om studiens hensikt og hvordan en skal gå fram. Jeg fikk tillatelse fra FEK med beskjed om at jeg måtte søke NSD da all bruk av personopplysninger krever dette. Søknaden ble sendt og godkjent(vedlegg 1).

### **3.3 Den praktiske gjennomføringen**

For å finne informanter til prosjektet kontaktet jeg to ledere i omsorgsboliger for mennesker med psykiske lidelser. Det ble informert om masterprosjektet med den hensikt å få tillatelse til å foreta intervju med deres ansatte. Det ble understreket at intervjuene var basert på frivillighet og at den intervjuede når som helst kunne trekke seg uten å måtte oppgi årsak.

Ønsket var å intervju tre psykiske helsearbeidere i to forskjellige omsorgsboliger. Det ville være av interesse å oppdage eventuelle likheter og variasjoner i erfaringer og opplevelse hos fagfolkene i de ulike boligene.

Begge lederne var positive til prosjektet og gav klarsignal til å spørre deres ansatte om de ville la seg intervju. Den ene lederen gav meg to navn og telefonnummer hvor jeg ringte dem og informerte om studiet. Det ble avtalt at jeg sendte forespørsel med informasjonsskriv og samtykkeerklæring(vedlegg 2), og at jeg kontaktet dem en uke i ettertid for å høre om de fortsatt ville være med i studien. Begge forespurte sa seg villige til å la seg intervju. Den andre lederen gav meg e-post adresser til fem psykiske helsearbeidere og bad meg kontakte dem. Jeg sendte forespørsel, informasjonsskriv og samtykkeskjema(vedlegg 2) og oppgav i e-post med beskjed om at jeg tok kontakt med dem pr telefon en uke senere.

På den ene arbeidsplassen opplevde jeg at de to som ble forespurt var veldig positive til å være informanter i studien. Det ble avtalt dato for intervju. Da jeg kontaktet de forespurte på den andre arbeidsplassen hadde de lest informasjonen som var blitt sendt til dem bortsett fra en som på dette tidspunktet var sykemeldt. Jeg informerte igjen at dette var en frivillig deltakelse og at de når som helst i studien kunne trekke seg. Alle disse tre samtykket at de

ville være deltakere og det ble avtalt tid og dato. Samtlige informanter ønsket at intervjuet skulle foregå på deres arbeidsplass.

### **3.3.1 Intervjuguide**

Før oppstart av intervjuene utarbeidet jeg en halvstrukturert intervjuguide (vedlegg 3). Jeg ønsket i størst mulig grad å ha en åpen samtale og åpne spørsmål om temaer for studiet, men ville bruke intervjuguiden som hjelpemiddel for å strukturere samtalen og sikre at vi kom gjennom de temaene jeg opplevde som vesentlige for å svare på problemstillingen. Jeg foretok et prøveintervju med en kollega for å få tilbakemelding på hvordan spørsmålene ble opplevd, om spørsmålene kunne bidra til å svare på problemstillingen, og for å trene meg i forkant på intervjusituasjonen. Prøveintervjuet bidro til at jeg ble tryggere og sikrere på å intervjuer og at spørsmålene traff det jeg ville undersøke.

### **3.3.2 Intervjuene**

I forkant av intervjuene repeterte jeg formålet med studien, hvordan jeg ville sikre full anonymitet og mulighet til å trekke seg før, under og etter intervjuet. Jeg fikk underskrevet samtykkeerklæring før intervjuet.

Et mål i intervjusituasjonen er å skape en tillitsfull og fortrolig atmosfære som kan bidra til at informanten åpner seg om de temaene som en ønsker informasjon om (Malterud, 2003). Å ta regi over intervjusituasjonen innebærer at en skaper en tillitsskapende, trygg og fortrolig atmosfære som gjør at informanten har lyst til å fortelle om seg selv (Malterud, 2003).

De fleste informantene formidlet i forkant av intervjuet at de var bekymret for at de ikke hadde så mye å bidra med i studien, og at de kanskje ikke hadde så mye å svare på spørsmålene jeg skulle stille. Jeg understreket at jeg ikke var ute etter «teoretiske svar» men ønsket å ta del i deres opplevelser og erfaringer slik de opplevde deres arbeid. Det ble informert at jeg tok opp intervjuet på lydbånd og at dette ville bli slettet når oppgaven var ferdig. Intervjuene varte mellom 45 og 70 minutter. Som intervjuer opplevde jeg at informantene ble trygge i intervjusituasjonen. Det gikk kort tid før samtalen var i god gang og informantene hadde mye å fortelle. Bekymringen de hadde uttalt tidligere forsvant

tilsynelatende fort og som intervjuer opplevde jeg at de syntes temaet var viktig og interessant.

### **3.3.3 Transkripsjon**

I en kvalitativ forskningsprosess omformes virkeligheten fra samtaler til tekst. Når en skal foreta en kvalitativ analyse forutsetter det at materialet er sammenfattet til tekst på en tilgjengelig og håndterbar måte (Malterud, 2003). Når en muntlig samtale skal omsettes til tekst skjer det alltid en fordreining av hendelsen selv når det er en detaljert gjengivelse ord for ord.

Jeg transkriberte intervjuene fortløpende. Det var en fordel da jeg i stor grad kunne huske og «se for meg» samtalen, toneleie og den nonverbale kommunikasjonen som var til stede. Det var også i enkelte tilfeller vanskelig å høre nøyaktig hva som ble sagt på opptaket og da ble det lettere å forstå innholdet siden samtalen var i friskt minne. Formålet med en skriftliggjøring er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som den intervjuede hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2003). Jeg valgte å skriftliggjøre ordrett det som ble sagt i hvert intervju.

Da jeg var ferdig med å transkribere de fem intervjuene satt jeg igjen med ca 70 sider tekst.

## **3.4 Analyse**

I analyseprosessen har det blitt benyttet Giorgis fenomenologiske analyse modernisert av Malterud (Malterud, 2003). Formålet med den fenomenologiske analysen er ifølge Giorgi å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt (Malterud, 2003). Hensikten i studien og analysen var å utvikle kunnskap om hva informantene erfarte og opplevde at deres funksjon bidro til at mennesker med psykiske lidelser fikk økt grad av mestring mot et selvstendig liv.

Analyseprosessen som beskrives her starter på bakgrunn av de transkriberte intervjuene og gjennomføres videre i fire trinn etter Malterud (2003).

### **3.4.1 Å få et helhetsinntrykk**

I det første trinnet i analysen skal en gjøre seg kjent med materialet og få et helhetsbilde. Vi skal se etter temaer som representerer det vi spør om i problemstillingen (Malterud, 2003).

Målet var å finne temaer som utpekte seg fra materialet, og som fortalte hva informantene erfarte og opplevde som deres bidrag til økt mestring og selvstendighet hos mennesker med psykiske lidelse. For å få helhetsinntrykk leste jeg gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger. Hensikten var å få oversikt over temaer og kategorier som gikk igjen i intervjuene. Jeg tilstrebet å sette forforståelsen i parentes og stille meg åpen for de inntrykk materialet gav meg. Etter å ha lest hvert enkelt intervju flere ganger satt jeg igjen med fem hovedtema.

### **3.4.2 Å identifisere meningsbærende enheter.**

I dette trinnet skal vi organisere den delen av materialet som vi skal studere nærmere, ved at vi skiller relevant tekst fra irrelevant. Relevant tekst er den delen av teksten vi mener kan belyse problemstillingen (Malterud, 2003).

Ved en systematisk gjennomgang starter en ved å gå gjennom materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Det velges ut tekst som bærer med seg kunnskap på et eller flere av temaene fra første del av analysen. Ved identifikasjon av de meningsbærende enhetene har en temaene fra første del av analysen i bakhodet. Temaene representerer foreløpige ideer om ulike sider av det problemstillingen skal belyse. Når det blir identifisert meningsbærende enheter i teksten starter vi å systematisere dem(koding) (Malterud, 2003).

I denne fasen leste jeg gjennom intervjuene med de fem temaene fra første trinn foran meg. Jeg tok et og et tema og leste gjennom intervjuene linje for linje og markerte med forskjellig farge de setningene som passet inn under et av temaene. I denne prosessen ble også setninger som passet under et tema systematisert i underkapitler også systematisert i underkapitler i det tilhørende tema. Det var flere setninger og avsnitt som jeg kategoriserte inn under flere temaer. Kodeprosessen ble praktisk gjennomført ved at jeg markerte tekstene som jeg kategoriserte under hvert tema med hver sin farge på dokumentet på datamaskinen. Deretter klippet jeg ut hver tekst med fargekode og laget eget dokument for hvert tema.



### **3.4.3 Kondensering – fra kode til mening**

I denne delen av analysen skal vi abstrahere den kunnskapen som hvert tema representerer. Dette innebærer at vi skal systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som tidligere ble identifisert og klassifisert (Malterud, 2003).

Her konsentrerte jeg meg om den delen av materialet som jeg hadde klassifisert som meningsbærende enheter. Materialet jeg satt igjen med var fem temaer med meningsbærende enheter under hvert tema som skulle belyse hva psykiske helsearbeidere erfarte at deres funksjon bidro til økt mestring og selvstendighet. Materialet under hver gruppe fortalte om ulike nyanser og perspektiver slik at det ble behov for å sortere materialet i subgrupper. Da denne delen av analysen var utført startet prosessen med å kondensere og fortette innholdet i hver subgruppe.

### **3.4.4 Sammenfatning – fra kondensering til beskrivelser og begreper.**

I den siste delen av analysen skal bitene settes sammen igjen – rekontekstualisering. Funnene skal sammenfattes i form av gjenfortellinger som kan gi grunnlag for nye beskrivelser som kan deles med andre. Sammenfatningen skal fortelle på en lojal måte hva informantene fortalte og erfarte, og bidra til å gi leseren innsikt og tillitt (Malterud, 2003).

I denne delen av analysen er det lett å se materialet i lys av egen referanseramme slik at det var til stor nytte å få bistand fra veileder også i denne delen av analysen. Jeg benyttet i stor grad informantens ord og uttrykk når jeg gjenfortalte og sammenfattet innholdet i materialet. Da denne delen var utført satt jeg tilbake med en innholdsbeskrivelse for hvert tema med etterfølgende undertema. Produktet jeg satt tilbake med var deler av en enhet som rekontekstualisert tilbake. For å validere funnene leste jeg de opprinnelige intervjuene for å se at funnene samsvarte med det originale materialet. Analysearbeidet førte til følgende funn/tema: 1) Mestring – alfa og omega for alle mennesker, 2) Å være psykisk helsearbeider i omsorgsbolig, 3) Rollen som syk, 4) Hjelp til selvhjelp og 5) Betydningen av å bo i omsorgsbolig.

### **3.4.5 Vurdering av studiens gyldighet.**

I samfunnsvitenskapen blir ofte troverdigheten og styrken av kunnskap diskutert i sammenheng med begrepene reliabilitet og validitet (Brinkmann og Kvale, 2010). Validering bør prege alle fasene av en intervjuundersøkelse fra tematisering til endelig rapportering (Brinkmann og Kvale, 2010). I studien har jeg tilstrebet å gjøre rede for min forforståelse og ståsted som forsker. Jeg har i dette kapitlet synliggjort steg for steg hvordan jeg har gått fram fra begynnelse til slutt i datainnsamling og analyse.

## 4.0 PRESENTASJON AV STUDIENS FUNN

### 4.1 Mestring – alfa og omega for alle mennesker

Å arbeide i omsorgsboliger ble forbundet med et ansvar for å hjelpe beboerne til økt mestring av egen hverdag, men på samme tid ble det vektlagt at brukerne selv var motivert for dette hvis de skulle få økt grad av selvstendighet i eget liv. De fleste informantene var også opptatt av at det kunne bli for stort fokus på mestring og at det kanskje ikke var et mål for alle. Informantene betegnes med tall fra 1 til 5.

#### 4.1.1 Forutsetninger for å oppnå økt mestring

Flere av informantene fortalte at de var bevisst at de skulle tilrettelegge slik at beboere skulle utføre mest mulig selv. Det ble da viktig å kartlegge funksjonsnivået slik at en ikke overtok oppgaver de klarte selv. For å kartlegge funksjonsnivået krevdes det at de blir godt kjent og observerte hva de faktisk mestret. En forutsetning for å skape økt mestringsoppnåelse var i følge informant 4 å finne ut av hva beboeren ønsket selv å mestre.

Informantene hadde flere eksempler på hva de mente var viktige faktorer i å fremme mestring. Informant 2 hadde erfaring at modellering hadde best effekt ved tilegnelse av ferdigheter hos de dårligste. Hun vektla at tilegnelse av ferdigheter bør foregå på arenaer hvor ferdighetene skulle brukes og at samhandlingen burde foregå så naturlig som mulig. Hun illustrerte dette ved å fortelle følgende om matlaging:

Han kunne ikke lage middag og den metoden vi har brukt er modellering [...] samhandlingen har foregått på en naturlig måte hele tiden, der det er ingen ordre «Nå skal du» og «Så skal jeg». Vi har samhandlet som vi gjør i en naturlig kontekst, hvis en er to på et kjøkken. Og han har overtatt vår rolle mer og mer og trenger ikke lenger vår hjelp til disse tingene han trengte hjelp til å begynne med. Han har lært ved å observere hva vi gjør i hans leilighet, og lager middag hver dag nå.

Å skape trygghet var en faktor som gikk igjen som en viktig forutsetning for å kunne bidra til at beboerne skulle få økt mestring. Informant 3 fortalte at hun var opptatt av å formidle trygghet i prosessen hvor beboere kunne tilegne seg økt mestring på ulike nivåer. Et eksempel

hun henviste til var en beboer som hadde behov for støtte og bistand i møter med NAV. I starten måtte personalet snakke for vedkommende i møter, neste skritt var at personalet var med, men at beboeren pratet selv. Det endelige målet var at beboeren gikk alene. I prosessen var det viktig at vedkommende var trygg på at hjelpen var der hvis det ble behov. Et annet eksempel hun henviste til var når beboeren ikke våget å ta buss alene. I treningen på å ta buss kjørte personalet sammen med vedkommende til hun følte seg så trygg at hun kan kjøre buss på egenhånd.

Informant 3 formidlet også at det kan være nyttig å tenke alternative mestringsstrategier for å få økt grad av selvstendighet. Hun henviste til et eksempel om en dame som syntes det var angstfullt å snakke i telefon. I stedet ble det en gunstig løsning for henne å benytte seg av SMS istedenfor, og personalet oppfordret henne til å være tydelig ovenfor bekjente at de heller sendte meldinger enn å ringe.

#### **4.1.2 utfordringer med å fremme mestring.**

Informant 1 formidlet at det kan være vanskelig å vite om personens nedsatte evne kan være symptomer på psykisk lidelse eller skyldes kognitiv svikt på bakgrunn av mange år med medisiner og/eller psykoser. Dette må tas hensyn til og det kan bli viktigere å fokusere på opprettholdelse av funksjoner enn å tenke økt mestring.

Informant 1 mente at ved opplæring i praktiske ferdigheter var det viktig at en ikke la egne krav til resultater til grunn da dette kan føre til redusert mestringsopplevelse. Dette opplevdes for enkelte som utfordringer i praksis. Et nevnt eksempel på dette var vask av bord.

Per eller Kari vasker bordet, det ser jo slettet ikke ut som jeg ville, jeg gjør det ikke om igjen [...], men det er det veldig mange som gjør, og da gidder jo heller ikke Per eller Kari å gjøre det selv. Dette har vi vært gjennom mange runder på.

Dette eksempelet ble fortalt av informanten for å vise hvordan de i personalgruppa diskuterer og drøfter det å ta over oppgaver for beboere som de i utgangspunktet klarer selv, men at personalet har forskjellige oppfatning av hva som er godt nok.

Tre av informantene fortalte at en utfordring som psykisk helsearbeider var å våge å stå i situasjoner uten alltid å gripe inn. Det kunne være situasjoner der det ville være naturlig

og tilsynelatende det riktigste å gjøre. Som psykisk helsearbeider skal en yte tjenester og omsorg. Informantene var opptatt av å stille spørsmålene om hva som er gode tjenester og hva det innebærer å gi god omsorg. Dette var spørsmål det opplevdes som viktig å reflekteres rundt. Informant 1 kom med et eksempel som hun betegnet som banalt, men ønsket å fortelle det for å belyse tematikken. Eksempelet handlet om en dame som ikke tok på seg sokker selv. Det var mye diskusjoner omkring dette i personalgruppa hvor noen mente hun ikke mestret denne ferdigheten og var derfor i behov for hjelp, mens andre trodde hun ikke gadd da andre kunne gjøre det for henne. Personalgruppa valgte å forsøke en periode å ikke hjelpe henne å ta på sokkene. Det var mange etiske problemstillinger som dukket opp som for eksempel «Hva hvis hun fryser, det er mange kuldegrader ute». Personalet erfarte etterhvert at vedkommende tok sokkene på seg selv. Dette eksempelet ble illustrert av informanten om hvordan en av og til yter tjenester som en tror brukerne trenger, og at en på denne måten bidrar som helsepersonell til å gjøre brukerne unødvendig avhengige av tjenester. Informanten hevdet at en av grunnene til at helsepersonell utfører tjenester for beboere som de i utgangspunktet mestrer selv kan komme av at det er en tradisjon på at helsepersonell skal yte hjelp og omsorg. Hun mente at helsepersonell ofte har stort behov for å yte omsorg, men at det er vesentlig å være bevisst denne refleksjonen fordi denne type omsorg kan føre til hjelpeavhengighet og invalidisere et menneske.

Informant 4 formidlet at jobben av og til kan være ubehagelig når de nektet brukerne tjenester som de ønsket. Det kunne være oppgaver som de tidligere var vant til at de ansatte gjorde for dem og som de syntes var kjedelige å gjøre selv. Informanten fortalte:

De kan være hjelpeløse, og i noen tilfeller kan det være veldig bekvemt for dem, men det skaper ikke selvstendige mennesker[...] det kan av og til være ubehagelig, men dette er ingen enkel jobb. Det enkleste ville ha vært for meg å kunne gå på jobb og gjort alt for dem, altså for meg ville det være enklest, men da hadde jeg ikke gjort jobben min.

#### **4.1.3 Økt mestring og selvstendighet - ikke et mål for alle**

Flere av informantene mente at det kunne bli for stort fokus på mestring. Fokus på mestring var spesielt viktig der beboere selv gav uttrykk for at de ville videre i livet mens hos andre kunne en kanskje være fornøyd med den mestringsgraden de hadde. Beboere måtte ikke presses og nødvendigvis bli mer selvstendige.

Informant 1 spesifiserte at i omsorgsboligen hun arbeidet ikke var definert som en rehabiliteringsbolig, og at rehabilitering ikke var et mål i seg selv. Derfor var det ingen krav eller forpliktelser til at beboeren skulle arbeide mot økt mestring av egne ferdigheter.

Det er ikke et mål for alle å bli mer selvstendige sier informant 3. Målet kunne for noen være å opprettholde de ferdighetene de allerede hadde. Enkelte av beboerne begynte å bli eldre, de hadde vært i hjelpeapparatet i mange år og det kunne da bli andre fokus som ble viktigere. Det ble ment at det var viktig å vurdere om de kanskje hadde det så bra som de kunne ha det der de var.

#### **4.1.4 Egne refleksjoner og oppsummering**

Alle informantene er i utgangspunktet opptatt at de skal legge til rette for at beboerne skal bli mest mulig selvstendige i egen hverdag. På den ene siden er informantene opptatt av at de ikke skal utføre oppgaver for beboerne som de i utgangspunktet mestrer på egenhånd, og på den andre siden er de opptatt av at beboerne selv skal velge hva de ønsker å mestre og å bli selvstendige på. I dette skjæringspunktet kan det se ut som de møter dilemmaer. På den ene siden erfarer de at det er gjøremål beboeren mestrer men likevel ønsker hjelp til. På den andre siden er fokuset på at det er beboeren som må bestemme hva vedkommende ønsker å bli selvstendige på.

## **4.2 Å være psykisk helsearbeider i omsorgsbolig**

Informantene hadde mange refleksjoner knyttet til sin yrkesfunksjon, og hvordan deres bidrag kunne påvirke økt mestring hos beboerne. De opplevde at det kommunale tjenesteapparatet de er en del av, kan hindre brukerne i å bli mer selvstendige. På samme tid opplevde de også at det faglige ståstedet de selv hadde påvirket i ulik grad om de bidro til å skape økt mestring hos beboerne.

### **4.2.1 Tjenesteapparatet og forståelse av egen yrkesrolle**

Informant 1 og 2 formidlet at det var mye diskusjon og refleksjon i personalgruppa om hvordan de gav tjenester. De beskrev uenigheter som positivt, utviklende og at det førte til økt forståelse for arbeidet. Likevel fortalte informant 2 at det opplevdes som en utfordring at

personalgruppa hadde forskjellig bakgrunn og forståelse for hvordan tjenestene ytes. Hun fortalte følgende:

[...]vi som arbeider her har veldig forskjellig bakgrunn. Jeg ser ofte at de som har en erfaring fra post er mer hjelpeorientert og mindre ressursorientert [...] å ha et hjelpeorientert fokus har jeg vært veldig uenig i, det har vært vanskelig..

Hun fortalte at det var den faglige bakgrunnen som avgjorde hvordan de håndterte ulike problemstillinger. Et eksempel var en beboer som hadde mange ferdigheter som hun ikke brukte. Informanten fortalte at beboeren gjorde seg mer hjelpeløs enn det de opplevde vedkommende var. Det var da den faglige tilnærmingen kunne avgjøre om de bygget opp under det beboeren mestrer eller ei. Denne informanten påpekte sammen med informant 5 vanskeligheten med at andre beboere observerer hva «naboen» får av tjenester og dermed kan oppleve urettferdighet at en får mer enn en annen.

Informant 1 og 4 formidlet frustrasjon over politiske føringer som handlet om å fremme mestring og selvstendighet. Dette kunne bli utfordrende spesielt når det var forskjellige oppfatninger i personalgruppa om hva som var god hjelp. Flere ansatte mente at man var ansatt for å hjelpe beboerne fordi de er syke og dermed i behov for hjelp. Informant 4 understreker at det ikke var god hjelp å gi hjelp til hjelpeløshet. Informant 2 pekte på vanskelighetene med politikernes “recovery tenkning” som skal føre til at en skal ta tak i det friske og utvikle dette, når tenkningen i praksis ikke blir positivt mottatt. For noen ansatte og ledere var det sykdommen som ble fokuset. Årsaken til at det ble slik mente hun kom av manglende kunnskap hos dem som formidlet hvilke føringer de skulle jobbe etter.

Tre av informantene opplyste at manglende tid og ressurser gjør det krevende for dem å fremme en mer selvstendig tilværelse. De formidler at de da hadde trengt mer tid til hver enkelt som også innebærer mer personellressurser, og mer kompetanse.

#### **4.2.2 Å utfordre gamle vaner**

Forventninger til hva beboerne kunne klare preget informantenes møter med dem. Informant 1 mente at en utfordring var å arbeide mot at beboerne skal få økt evne til selvstendighet også kan handle om dem selv. På hennes arbeidsplass hadde de en omsorgsmodell som handlet om beskyttelse av beboerne og struktur i hverdagen. I perioder hvor beboerne fungerte dårlig var arbeidet preget av struktur og rammer som settes av de ansatte. Når beboerne ble bedre skulle

de inn å motivere beboerne til å leve mer sitt eget liv. Dette ble opplevd som mer krevende for personalet enn å være den som bestemte strukturen. Som fagperson var det lett og si nei til forslag og spørsmål fra beboerne uten å tenke seg om. Denne informantene fortalte at hun opplevde det som viktig å reflektere nøye omkring initiativ fra brukerne slik at svarene var veloverveide og ikke gjort ut i fra bekvemmelighetshensyn. Hun mente at det var viktig å opprettholde bevisstheten på hvorfor en gir tjenester og at en ikke overtar hele livet til beboerne.

Tre av informantene fortalte at deres egen tålmodighet kunne være til hindre for å skape økt mestring. I en travel hverdag var det utfordrende å vente til at beboerne utfører daglige gjøremål selv. Som informant 1 sa:

Det er vel min utålmodighet, tenker jeg. I stedet for å ta meg tid til det. Det tar lengre tid når de gjør det selv [...] jeg gjør det jo fortere og det blir jo mye penere.

En annen utfordring som psykisk helsearbeider var i følge informant 4 at en hadde store ønsker om framgang hos beboerne og at en overkjørte dem med egne ønsker på vegne av beboeren. Dette kunne føre til vanskeligheter for beboeren som ikke var klar for det, og kunne føre til en opplevelse av tilkortkommenhet som førte til at beboeren trekker seg inn i seg selv.

Informant 3 fortalte at det kunne være lett å se seg blind på mulighetene. Derfor mente hun at det kunne være en fordel med nye fagfolk som så beboerne med nye øyne. Når en hadde arbeidet i mange år med samme beboer kan det være vanskelig å ha tro på bedring. Hvis en ikke var bevisst små endringer kunne det være fare for at en som psykisk helsearbeider opplevde at en ikke hadde oppnådd resultater av egen innsats. Denne informantene fortalte om et eksempel hvor hun og øvrige kollegaer opplevde at de ikke kunne se noen former for bedring hos en beboer som hadde bodd i omsorgsboligen over år. Ved nærmere ettertanke og refleksjon ble de bevisste tegn til bedring. Det kunne være små ting når en så det isolert, men helheten viste stor utvikling. Beboeren hadde tidligere så stor angstproblematikk at vedkommende ikke klarte å sove, dusje eller lage seg mat alene. Dette var ferdigheter vedkommende nå mestret. Informanten påpekte hvor viktig dette også var for egen motivasjon å se de små tegnene til bedring.



Alle informantene mente at det å være bevisst på hvilket grunnlag en yter tjenester på er viktig. Beboerne kunne ha varierende mestringssevne, hvor de en dag kunne mestre og en annen dag tilsa den psykiske helsen deres at de ikke klarte noe. Derfor var det viktig med en balansegang mellom når en gav støtte og når en trakk seg tilbake. Flere av informantene vektla at i perioder hadde beboerne økt behov for omsorg. Da var det viktig å vise dette ved at en gjorde noe ekstra for å vise at en så at vedkommende slet. Dermed krevde yrkesutøvelsen stor grad av bevissthet. Informant 3 sa at hun prøvde å tenke gjennom hva hun gjorde, hvorfor og å ha en mening med det hun gjør.

Samme informant påpekte flere ganger hvor viktig det var å ha tro på bedring, men at dette også kunne være en av de store utfordringene i yrkesutøvelsen.

Informant 5 vektla en viktig egenskap hos psykisk helsearbeideren var å vise at hun trivdes i arbeidet. Hun sa:

Jeg syntes det er viktig å møte dem med en følelse av glede, at jeg trives med dem, og at jeg liker dem. Det må jeg kunne sende ut, og jeg må være ærlig helt innerst inne.

#### **4.2.3 Egne refleksjoner og kommentarer**

Å arbeide som psykisk helsearbeider i omsorgsbolig ble forbundet med mange utfordringer i forhold til å påvirke økt mestring av beboerens hverdag. Å gi tjenester i psykisk helsearbeid er komplekst da beboerne har ulike behov og personalet har ulik forståelse om hva som er gode tjenester.

Det kan være en utfordring å gjøre oppgaver *sammen* med beboerne og ikke *for* dem, spesielt hvis de ønsker å slippe å gjøre oppgavene selv.

### **4.3 Rollen som syk**

En måte psykisk helsearbeidere fortalte om hvordan de fremmet mestring var å hjelpe dem ut av rollen som «psykisk syk». Flere av informantene fortalte at mange av brukerne hadde vært langt tid på institusjon hvor de har fått hjelp til de fleste gjøremål og bestemmelser som handler om deres eget liv. De var ikke vant til å ta selvstendige valg og det hadde på ulike vis ført til at de fikk en rolle som «psykisk syk». Denne rollen skapte utfordringer både hos dem

som fagpersoner, og brukerne. Utfordringene de sto i handlet om å være i spennet mellom å hjelpe brukerne til et liv i frihet, eller til et liv under deres kontroll; til å bidra til selvstendighet eller hjelpeløshet

### **4.3.1 Et liv i frihet, et liv med kontroll**

Informantene fortalte at beboerne ofte kun hadde hatt et rom på institusjon som de har hatt ansvar for. De hadde ikke fått den vanlige treningen på å håndtere økonomi, ansvar for egne handlinger. En informant sa:

Vi har jo flere beboere som har bodd på institusjon i veldig mange år. De har blitt vant til at personell utfører dagligdagse ting som det å lage mat og vaske tøy. Vi har jobbet en del med å hjelpe dem med å skape rutiner slik at de kan tenke selv når de skal spise frokost og lage seg middag. Jeg tenker at en del av jentene var så unge når de ble innlagt på institusjon at utviklingen med å mestre praktiske gjøremål stoppet opp. De ble innlagt i ung alder og personalet utførte alle tjenester for dem. På den måten ligger de langt tilbake i forhold til friske mennesker som har bodd hjemme og gradvis utviklet vanlige ferdigheter.

Informant 1 og 3 fortalte at det kunne være overveldende for enkelte å skulle få anledning til bestemme selv hva de skulle gjøre. På institusjon hadde det ofte vært andre som har tatt avgjørelser for dem. Det kunne være skremmende med friheten de fikk etter å ha flyttet inn i omsorgsbolig. Det kunne opplevdes vanskelig å skulle ta ansvar for egne valg og konsekvensene av sine handlinger.

Informant 1 og 3 fortalte om balansegangen mellom å skulle på den ene siden gi dem den friheten som følget av å flytte inn i egen leilighet; og på den andre siden det å ha kontroll og styring på hva som skjedde. Informant 1 sa:

Vi prøver så lenge vi kan for at de skal få det til selv, det blir jo mer tungvint for det går jo mer på trynet for å si det sånn da men det er jo erfaring i livet også, hvis du har opplevd det selv så lærer enn jo selv, en erfarer selv, de som bor her er jo veldig avhengige av oss, det er jo en bolig som er bemannet 24 timer i døgnet.

### **4.3.2 Å bidra til selvstendighet eller hjelpeløshet**

Informantene beskrev utfordringer de selv hadde i forhold til å hjelpe brukerne ut av rollen som «psykisk syk». Det kunne være en utfordring å unngå å gripe inn der de så utfordringer og uheldig levesett i deres øyne, og på den måten tilegne behov for deres tjenester som de i utgangspunktet ikke hadde. Informant 4 fortalte om en episode som illustrerte hvor lett man som fagperson kan gripe inn i andres liv uten at det er nødvendig. Situasjonen handlet om en mann som bodde i ordinær bolig hvor oppgaven deres var å levere medisiner til vedkommende. Han hadde en psykisk lidelse men klarte seg forholdsvis bra i livet. Etter at personalet hadde vært innom ham hver dag en periode begynte de å bekymre seg over livssituasjonen hans. Han hadde det rotete, besøk av mennesker som kanskje ikke hadde noen god påvirkning på ham, og de observerte også at han drakk en del alkohol. Personalet begynte å reflektere om de skulle foreta seg noe i forhold til sine bekymringer. De vurderte det etterhvert slik at vedkommende hadde klart seg før de kom inn i livet hans og at det ikke var deres rett å gripe inn i livet hans. Informanten fortalte denne episoden for å vise hvor enkelt det er å gripe inn i et menneskes liv hvis en ikke er bevisst på hva målet og hensikten er. Vedkommende som de skulle yte tjenester til levde livet slik han ønsket og det var kanskje ikke et ideelt levesett i personalets øyne men det var et valg vedkommende tok.

Informant 4 fortalte om utfordringer når det gjelder å opprettholde initiativ hos beboere. Som hjelpere var en så vant til å hjelpe beboere uten at de ber om hjelp. Hun var opptatt av at en burde avvente hjelp og bistand fram til det kom et initiativ da dette fremmer selvstendighet. Hun fortalte om et eksempel hvor en beboer til tider utagerte ved å rasere leiligheten. I slike situasjoner pleide personalet å rydde etter ham uten at han selv ba om det. Vedkommende trengte ikke spørre om hjelp og personalet spurte ikke om han ønsket hjelp. På denne måten kan en si han var kategorisert som hjelpeavhengig og ingen hadde forventninger om at han selv kunne ordne opp eller be om hjelp. Flere av informantene så på omsorgsyirket som et hjelpeyrke. De er ansatt for å hjelpe mennesker og gi omsorg. Det var en oppfatning at de som bor i omsorgsbolig er syke på en slik måte at de trenger hjelp. Men hva som var god hjelp ble oppfattet forskjellig i personalgruppa og i ledelsen.

### **4.3.3 Egne refleksjoner og tanker**

Empirien tydeliggjør at informantenes hovedfokus er på brukeren som psykisk syk og ikke som hel person. Rollen som psykisk syk synes å være overordnet og preget ansattes

holdninger og handlinger. Beboerne flyttet inn i en bemannet bolig fordi det hadde en eller flere alvorlige lidelser og hadde behov for oppfølging av psykiske helsearbeidere. Et interessant funn som kommer tydelig fram er utfordringen informantene har i arbeidet med å bidra til at beboeren skal ut av rollen som «syk», rollen som bidrar til at de forblir hjelpeløse, samtidig som det er utfordrende å unngå å forholde seg til at de ikke er alvorlige syke i den forstand at de er hjelpeløse. Dette kan virke som et paradoks informantene står i til daglig. Informantene var bevisste på å hjelpe dem ut av sykerollen og gi dem myndigheten tilbake, samtidig var det en utfordring for dem å ikke ta ansvar for beboerens liv da de ofte opplevdes for syke til å kunne ta dette ansvaret selv. Det kan synes som om institusjonstanken flyttet med og bidro til å holde brukerne fast i rollen som “psykisk syk”. Dette til tross for at intensjonen var å hjelpe dem til et selvstendig liv.

#### **4.4. Hjelp til selvhjelp**

Under intervjuene benytter informantene ord som “recoverytankegang”, “habilitering” og “rehabilitering” når de beskriver hvordan de arbeider for å hjelpe beboerne til et selvstendig liv. I tillegg forteller de om deres egne forventninger og tro på bedringsprosesser hos de som bor i omsorgsboligene.

##### **4.4.1 Recovery**

Informant 1 og 4 var opptatt av det de kalte en *recovery tankegang*. Den ene fortalte at hun tenkte det var viktig at mennesker skulle klare seg så godt de kunne til tross for at de kanskje ikke ble friske. Hun mente at det var viktig å tenke at noen alltid ville være i behov for hjelp, men at det er ok.

Informant 1 hadde erfaring fra Mental Helse og mente fagfolk hadde en del å lære av brukerorganisasjonene. De gav hjelp på en annen måte enn hun som fagperson, men så at de gav mer hjelp til selvhjelp der. Hjelpen blir annerledes når de er likestilte og lettere kan velge å følge rådene eller ikke. Hun mente det var større toleranse for å «snuble og lete», og at det ikke var noen fagfolk å skylde på hvis det gikk galt. Hun mente at det er slik livet er for folk flest, men mente også at det var mennesker som var for syke til å dra nytte av slike brukerorganisasjoner.

#### 4.4.2 Rehabilitering

Informantene hadde ulik oppfatning av hva de forstod med rehabilitering<sup>2</sup> og hvordan de vektla det i sitt arbeid. Flere av informantene mente at habilitering<sup>3</sup> var et begrep som i større grad ble brukt.

Informant 3 og 4 fortalte at det var ulikt hvor fokusert de var på at beboerne skulle øke sin mestringsgrad mot et selvstendig liv. Fokus og forventninger var avhengig av hvordan de vurderte bedringspotensialet og hvor lenge de hadde vært alvorlige psykisk syke. Informant 3 sa hun var mer bevisst de yngre og hadde større forventninger til dem, enn de eldre som hadde en lengre sykehistorie. De mente at de yngre hadde større potensiale. Dette rammet da de svakeste som kanskje hadde større nytte av å kunne mestre mere selv.

Informant 4 formidlet at hun var opptatt av å fremme rehabilitering men ønsket måtte komme fra beboeren. Hun sa at hvis beboerne selv sa at de ville begynne for eksempel å arbeide igjen så vil hun fokusere på det, men hun understreket at gnisten måtte komme fra vedkommende selv. Hvis dette ikke var et ønske så måtte dette respekteres. Denne informanten mente det var viktig for henne å være bevisst at det kunne oppleves ubehagelig for beboeren når personalet kom med mange forslag og tilbud. Selv om det var ment godt kunne det føre til at vedkommende følte at de ikke stakk til og dermed påvirke selvfølelsen deres. Av og til mente likevel denne informanten at det er viktig å formidle tiltro til beboerne ved å vise til ressurser og formidle tro på at vedkommende kan komme videre. Men igjen hvis det ikke var ønskelig ville hun respektere valget. Hun mente det ble feil hvis vi hadde større forventning om rehabilitering enn beboeren selv hadde.

Informant 2 og 5 hadde en annen oppfatning og mente det ikke kunne bli for stort fokus på rehabilitering. Informant 5 mente at til tross for hvor dårlige beboeren kunne fungere så måtte en aldri gi opp håpet. Hun gav eksempel på en beboer som hadde vært årevis på institusjon hvor hun kun har levd en passiv tilværelse. Hun fortalte at vedkommende etter å ha blitt sett og hørt hadde utviklet seg videre og kjører i dag egen bil. Informanten hevdet at hvis de ikke hadde hatt tro på vedkommende, gitt trygghet og observert øyeblikkene hvor det har vært endring, pushet og motivert videre hadde sannsynligvis ikke endringen skjedd.

---

<sup>2</sup> Rehabilitering vil si å gjenoppbygge tidligere funksjoner (St.prp.nr.1, 2007 - 2008).

<sup>3</sup> Habilitering vil si å bygge opp og funksjoner som ikke tidligere har vært til stede. (St.prp.nr.1, 2007- 2008)

Informant 2 formidlet noe lignende og hun hadde en oppfatning av at det var ingen som var så dårlige at de ikke hadde ressurser som kunne letes fram og utvikles videre. Hun hevdet at uansett hvor psykotiske mennesker kunne være var det viktig for selvfølelsen å oppleve økt mestring og kontroll over egen hverdag. Hun mente når en som fagperson hadde forventninger til et menneske ville dette styrke både selvfølelsen og mestringsfølelsen. Hun fortalte følgende:

Hvis du ikke har forventninger til et menneske så vil de heller ikke oppleve noen vekst. En kan ikke ha for store forventninger, forventningsnivået må legges på en linje hvor de har muligheter til å mestre. En må begynne med veldig små skritt [...] i perioder er de dårligere og mestrer mindre. Da må forventningene tilpasses og støtten økes.

Denne informanten fortalte også:

Å kunne tilføre en illusjon av mestring og kontroll er med på å føre til økt mestring og kontroll. Hvis vi kan trygge og støtte de slik at de har en illusjon av at de mestrer en oppgave, så gir det en trygghet du kan utvikle videre til en reel mestring.

#### **4.4.3 Habilitering**

I følge de fleste informantene var habilitering er begrep de brukte i større grad en rehabilitering. De mente at dette var et mer passende begrep da beboerne ofte ikke hadde tilegnet seg vanlige ferdigheter som kreves for å leve et selvstendig liv før de ble syke. Informant 3 fortalte at flere brukere ofte har bodd hjemme hos foreldrene eller på institusjon til de flyttet inn i omsorgsbolig. Hun fortalte også

For de eldre som kanskje har kunnet mye tidligere er det kanskje å avlære de med den lærte hjelpeløsheten etter mange år på institusjon som er fokus istedenfor å tenke rehabilitering.

Informant 1 fortalte at det var vanskelig å tenke rehabilitering når de ikke hadde kunnskap om hvilke ferdigheter beboeren hadde hatt tidligere. Flere av informantene fortalte at rehabilitering ikke var et ord som ble brukt og ble nok oppfattet som et fremmedord for noen.

Selv om rehabilitering var et begrep som benyttes i liten grad hos informantene hadde de ulike erfaringer, tanker og opplevelser rundt rehabilitering og flere bruker andre ord som tilsvarer noe av innholdet i rehabilitering.

## **4.5 Betydningen av å bo i omsorgsbolig**

### **4.5.1 Faktorer som problematiserer bedringsprosesser**

Enkelte av beboerne ble vurdert dit hen at de hadde det så bra som det var mulig for dem å ha det. Informant 1 mente at noen beboere kunne bli friske men det var viktig at en ikke skulle forvente det av alle. Hun sammenlignet det med at ikke alle ble friske av kreft heller. Det oppfattes av noen at selv om enkelte av beboerne alltid ville være i behov for å bo i en døgnbemannet bolig så var det likevel en oppfatning at alle kunne ha muligheter til å få et bedre liv med støtte og trygghet som en bemannet omsorgsbolig kunne gi.

### **4.5.2 Tro på bedringsprosesser**

Noen informanter mente at de aller fleste hadde læringspotensialet til tross for store hjelpebehov og alvorlige psykiske lidelser. Informant 5 hevdet at for å finne ressursene og utvikle potensialet som lå der var det nødvendig med tid, støtte og trygghet. Informant 3 gav et eksempel på en beboer som ble oppfattet som så syk at det ikke var forventninger om bedring. Ved å fokusere på ressursene og mulighetene hadde denne beboeren til tross for dyste utsikter til bedring faktisk vist at bedring var mulig og levde den dag et mer selvstendig liv.

Informant 4 fortalte hun hadde opplevd at enkelte hadde flyttet ut og levde i dag et mer selvstendig liv. For enkelte var det et mål at de skulle kunne flytte ut i ordinær bolig. Hun hevdet også at beboere som hadde vært veldig dårlig fungerende men fungerte langt bedre i dag. Hun mente at vi måtte hjelpe dem med å finne ressursene deres da hun trodde mange av dem hadde mistet troen på seg selv fordi de hadde akseptert selv at de er syke.

### **4.5.3 Forutsetninger og utfordringer i bedringsprosesser i omsorgsbolig**

Det ble fortalt av informant 3 at muligheten til et selvstendig liv lå hos den enkelte. Beboeren som ønsker å komme seg videre i livet sitt måtte tåle at ved bedring kunne det gjøre vondt både psykisk og fysisk. Dette varer faktorer som personalet ikke kunne fjerne for dem. Informant 4 mente at bedring både kan fremmes og hemmes ved å flytte inn i omsorgsbolig. Hun opplevde det skremmende å se at noen faktisk blir dårligere etter å ha flyttet inn i

omsorgsbolig. Dette trodde hun kom av at beboerne kunne bli så bevisst hvor de bodde og gikk fullt og helt inn i rollen som passive hjelpetrengende. Informanten mente at det å bo i omsorgsbolig hadde ulik betydning for dem som bodde der, og noen ikke burde bo i bemannet bolig. Hvis det var muligheter for å gi oppfølging i et normalt bomiljø, ville det vært mer hensiktsmessig enn å bo i en bemannet omsorgsbolig.

Informant 5 mente det var en fare for stigmatisering når en flyttet inn i en bemannet bolig fordi de følte seg annerledes. Av den grunn var det vesentlig at de som fikk tildelt bolig ikke var for forskjellige fra de øvrige beboerne. Som hun sa:

[...]de burde se litt på hvem som passer inn. De burde jo bli et fellesskap her og det blir det ikke hvis forskjelligheten er for stor. Da kan det bli mange ensomme og det kan også bli forskjellsbehandling [...] Og det kan skape misstemning...Og det er ikke noe godt å bo i eller å jobbe.

Samme informant vektla tankenes kraft høyt. Ved at beboerne blir sett og hørt og ved at en viser håp og tro på bedring kan bedring skje. Informanten vektla omsorg, verdsetting, og å vise at en bryr seg om vedkommende. Hun mente at en som psykisk helsearbeider må gå på skattejakt for å bli kjent med den enkelte for å finne ut hva vedkommende ønsker og har behov for.

Noen av informantene mente at det var viktig at en skulle forvente at beboerne fikk økt evne til mestre eget liv ved å bo i omsorgsbolig. Informant 3 mente at hvis en ikke forventet resultater av tjenestene som ble gitt kunne beboerne stagnere og omsorgsboligen kunne bli en oppbevaringsplass. For å vurdere om tjenestene en gav som psykisk helsearbeider førte til utvikling mente enkelte at det var nødvendig å evaluere tiltakene og om tjenestene hadde effekt eller ikke.

For informant 2 var det viktig at hun aldri gav opp troen og fokuset om at beboere skulle komme seg videre i livet.

#### **4.5.4 Egne refleksjoner og oppsummering**

Det kom tydelig fram av intervjuene at det var varierende syn på hvordan de vektla fokus på rehabilitering. En del av informantene mente det kunne bli for stort fokus på rehabilitering og at beboerne ikke måtte presses til å utvikle ferdigheter for at de skulle mestrer mer. To av



informantene fortalte at de tenker motsatt ved at det aldri kan bli for stort fokus på rehabilitering.

Forventningene til bedring var ulik hos informantene. Beboerne var ulike og det var enkelte de hadde større tro på enn andre. Andre informanter fortalte de trodde de fleste hadde muligheter til få et mer selvstendig liv med riktig oppfølging.

## **4.6 Oppsummering**

### **På hvilken måte kan psykiske helsearbeidere bidra til å fremme eller hemme evne til å mestre eget liv hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser?**

Oppsummert kan man si at informantene fortalte om tre forhold: a) Funksjonen som psykisk helsearbeider, b) Konkrete tiltak og tjenester og c) Troen på muligheter og bedringsprosesser.

#### **4.6.1 Funksjonen som psykisk helsearbeidere.**

Refleksjon over deres rolle som psykiske helsearbeidere og hvilke grunnlag og intensjoner de gav tjenester ut i fra, ble ansett som viktig. Som psykisk helsearbeidere var det viktig å ha en reflektert holdning om hva som gir muligheter til økt mestring og hvilke tjenester som kan føre til at beboere får økt hjelpeavhengighet. Nettopp dette ble ansett som krevende da yrket tradisjonelt er å gi hjelp og omsorg. Yrkesutøvelsen krever stor grad av bevissthet og uten denne bevisstheten står en i fare for å medvirke til lært hjelpeavhengighet.

Holdning om at alle ikke blir friske men kan likevel ha et godt liv ble ansett som viktig hos noen informanter mens hos andre ble det vektlagt at forventninger om utvikling ville føre til en styrking av selvfølelsen og mestringsfølelsen hos et menneske.

Samtidig fortalte informantene at det ikke var et mål for alle å tilstrebe økt grad av selvstendighet. De mente at det kunne bli for stort fokus på mestring. Informantene fortalte det var store forskjeller på tenkning og praksis avhengig av hvilke yrkesbakgrunn den enkelte yrkesutøver hadde og at dette kunne føre til utfordringer i det daglige arbeid.

#### **4.6.2 Konkrete tiltak og tjenester**

For å bidra til økt selvstendighet ble det ansett som viktig å legge til rette for at beboerne skulle mestre mest mulig selv. Balansegangen ved når en gir tjenester og når en forventer at beboeren skal mestre på egenhånd kan være en utfordring.

Modellæring, finne alternative mestringsstrategier og å skape trygghet var tiltak informantene fortalte var viktige. Informantene vektla omsorg, verdsetting og å vise at en bryr seg om vedkommende.

For å fremme mestring av eget liv hos beboerne var det å hjelpe dem ut av rollen som «psykisk syke» ansett som en sentral oppgave. På den andre ble dette også sett på som en utfordring da flere av beboerne ble oppfattet som alvorlige psykisk syke.

#### **4.6.3 Tro på muligheter og bedringsprosesser**

Troen på bedring til den enkelte beboer ble vurdert forskjellig og hang sammen med hvor lenge de hadde vært alvorlig syke og vært i hjelpeapparatet. Det var erfaringer i at enkelte var selvstendige i langt større grad en forventet.

Å bo i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser ble vurdert som nødvendig og nyttig for flere av beboerne samtidig som det kunne innebære at enkelte faktisk ble dårligere og mere hjelpetrequende.

## 5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg diskutere funnene i studien opp mot Alain Topor sitt perspektiv og tidligere forskning på området. Funnene i studien er ikke ensidige. De viser variasjoner både i tilnærminger og hvordan de vektlegger mestring mot et selvstendig liv. Diskusjonen blir derfor preget av refleksjon over variasjonene opp mot det teoretiske perspektivet og tidligere forskning.

### 5.1 Tro på muligheter til bedring

Topor (2006) refererer til at det ofte er en behandlingspessimisme når det gjelder behandling av mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Dette til tross for at forskning viser til at mange mennesker faktisk kommer seg. Funnene i studien kan indikere at dette også er gjeldende i en viss grad hos ansatte i de aktuelle omsorgsboligene. Ut av funnene kan det se ut som om informantene delte seg i to «grupper». Det ene gruppa mente at noen beboere hadde det så bra som de hadde muligheter til å få det. Det kom også fram i studien at det tenkes at enkelte hadde utviklet kognitive skader enten på grunn av psykoser eller mange års medikamentbruk. Dette innebar en tenkning at noen mennesker alltid vil være så dårlig fungerende og dermed vil de alltid vil være i behov for hjelp og støtte. Dette påvirket hvordan tjenestene ble gitt da det ikke ble viet like stort fokus på mestring hos dem de ikke mente hadde bedringspotensialet. Dette forsterket troen på at noen ikke hadde mulighetene til å få en mer selvstendig tilværelse.

Den andre gruppa av informanter hadde motsatt syn og erfaringer på at det er muligheter for alle med alvorlige psykiske lidelser å komme seg videre og bli mer selvstendige aktører i eget liv. Dette til tross for at de opplevde enkelte som svært syke. Disse informantene hadde erfart at beboere som var «gitt opp» faktisk var blitt bedre og levde den dag selvstendige liv.

På dette området kan det se ut som om informantene har to ulike tilnæringsmåter, enten sykdomsorientert eller ressursorientert. De som tenker at beboerne har kommet til punkt hvor det ikke er muligheter for videre utvikling kan det sees ut som har sitt fokus på lidelsen og begrensningene til vedkommende. Da blir fokuset «symptombelastning» med mål om at de

skal ha det så godt som mulig der de er i dag. De informantene som hevdet at alle har muligheter til et selvstendig liv til tross for alvorlig lidelse har sannsynligvis et større fokus på ressursene og mulighetene til beboerne. Dette bekreftes som viktig i Langeland (2003) sin studie hvor hun mener at personer med alvorlige psykiske lidelser uansett kan stimuleres til positiv utvikling ved å mestre symptomer og dagligdagse utfordringer.

Årsaken til at noen informanter hadde et negativt syn på mulighetene til enkelte beboere kan trolig ha å gjøre med det Topor mener kan være en årsak til behandlingspessimisme. De informantene som hevdet at alle hadde muligheter til bedring hadde erfart at svært dårlige beboere faktisk hadde kommet seg. Dette påvirket sannsynligvis hvordan tilnærming de møtte beboerne med og muligens fremgangen. De informantene som hevdet at en må akseptere at noen beboere i omsorgsboligen har kommet så langt de har muligheter til å komme, hadde sannsynligvis ikke denne erfaringen. Oppfattelse av at enkelte hadde ervervet kognitive skader eller andre årsaker til at det var manglende tro på bedring kan bidra til en negativ sirkel hvor en har og viser manglende tro og håp om bedring noe som ansees som vesentlig i en bedringsprosess.

Nettopp på bakgrunn av denne varierte forståelsen oppfatter jeg at Topor (2006) ser viktigheten av å formidle at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har muligheter for å komme seg. Det er antakeligvis av stor betydning hvilke tro på bedring og hvilken tilnærming fagfolk har. Dette synliggjør at det fortsatt er behov for å spre kunnskap om at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har reelle muligheter til å bli bedre.

## **5.2 Rollen som «psykisk syk»**

Et interessant, men også paradoksalt funn som går igjen i studien er hvordan informantene formidlet at en viktig oppgave for å fremme selvstendighet er å hjelpe beboerne ut av rollen som «psykisk syk». Rollen som «psykisk syk» innebar i denne sammenheng at beboere på flere måter hadde innfunnet seg med, og akseptert at de var i behov for hjelp og oppfølging etter mange år i på institusjon og i hjelpeapparatet. Dette har ført til at de selv har identifisert seg med rollen fordi de hadde blitt tildelt den. Som Topor (2003) forteller at det tidligere i psykiatrien i liten grad ble tatt hånd om de psykologiske følgene av å være syk, men følgende ble sett på symptomer på sykdom. Endringene i identiteten skyldes ikke selve sykdommen,

men ble et uttrykk for den sosiale situasjonen vedkommende havnet i. Men her kan det også være muligheter for at det motsatte har skjedd. Det kan være at de har tatt denne rollen selv og opptrådd slik de tenker at man skal som pasient og dermed lagt «forholdene til rette» for de ansatte. Dermed kan dette føre til en negativ spiral hvor både ansatte og pasient bidrar til å stadfeste rollen. Det kan også være noen andre mekanismer som trer i kraft når man som pasient møter helsepersonell. Det kan være en forventning om at en tar i mot hjelp og ikke blir en aktiv aktør selv. I livet generelt har mennesker mange og forskjellige roller hvor en tilpasser seg og noen roller tar større plass enn andre. Å ha en alvorlig psykisk lidelse vil sannsynligvis være altoppslukende i en periode. Nettopp her kan det bli essensielt som en informant advarte mot å ikke overta «hele livet» til beboerne.

Mækælæ (2012) forteller om den sårbare balansen mellom binding og selvstendighet mellom personal og beboere fra sin studie. Han viste til en felles utfordring å få til et samarbeid der begge parter utviklet sin selvstendighet. Det kan se ut som informantene i denne studien opplever noe av den samme utfordringen. De fortalte om utfordringen med å hjelpe dem ut av rollen også var krevende fordi overgangen fra å flytte fra institusjon og inn i omsorgsbolig var stor. Beboere skulle da få tilbake friheten til å kunne ta selvstendige valg i eget liv, samtidig som informantene hadde et ansvar for dem. Dette kunne mange ganger være en vanskelig avveining hvis ikke valgene ble oppfattet som gode. På denne måten kan det se ut som at når informantene formidlet at en viktig oppgave de hadde var å hjelpe dem ut av rollen som «psykisk syk» og den identiteten som hadde etablert seg gjennom flere år ble et dilemma. På den ene siden skal de bidra til å utvikle selvstendighet, og på den andre siden skal de ta et ansvar for at de tar fornuftige valg. Å si det på en annen måte er at de møter dilemmaer mellom å fremme selvstendighet og å gjøre dem avhengige av deres tjenester.

Paradokset i funnet med å skulle bidra til å hjelpe beboerne ut av rollen som «psykisk syk» viser seg også når det formidles at noen har kommet så langt de har mulighet til å komme. Når dette formidles fortelles det samtidig indirekte at enkelte har blitt definert som «kronisk syke». På denne måten kan de se ut som at det er de samme fagfolkene som forteller en viktig oppgave for dem, er å hjelpe beboerne ut av rollen som «syk» som også gir dem rollen som «syk».

Dette er også interessant også når en ser tilbake på historien om hvordan mennesker med psykiske lidelser ble møtt. I motsetning til mennesker som hadde somatiske sykdommer hvor

en hadde fokus på helbredelse ble mennesker med psykiske lidelser møtt med mål om symptomreduksjon og «forhøyet livskvalitet». I somatikken ble det vektlagt de psykologiske og sosiale følgene av det å være syk, ble det i psykiatrien kanskje sett på som symptomer på lidelsen.

Når en ser på funnene i studien så kan en undre seg om ikke nettopp dette også skjer i dagens praksis. Det fortelles at enkelte sannsynligvis ikke har muligheter til å komme lengre enn dit de er i dag, kanskje på bakgrunn av kognitive skader og langvarig sykdom. Kan det være et betimelig spørsmål om det som oppfattes som kognitive skader heller kan være symptomer på sosiale følger av hvordan de har blitt møtt og levd livet sitt på? Hvis det er slik kan det antas at det er nettopp symptomreduksjon og «forhøyet livskvalitet» som blir fokus og ikke vekst og utvikling.

Informantene fortalte om hvor vanskelig, men likevel viktig å være bevisst å ikke alltid gripe inn i situasjoner hvor de opplever uheldige handlinger hos beboerne. Som psykisk helsearbeider er det viktig at en ikke legger egne verdier og normer til grunn for om en skal gripe inn eller ikke. Noe av det samme sier også Mækelæ (2012) at personalet må tåle å stå i den usikkerhet det medfører å ikke vite utfallet av beboernes handlinger. Han sier også at personell ofte føler ansvar for om beboerne mislykkes, dette støttes av informantene i denne studien.

### **5.3 Mestring – et felles prosjekt**

I studien var det en varierende oppfattelse av hvor fokusert en som psykisk helsearbeider burde være på økt mestring. For at informantene skulle bidra til økt mestring og selvstendighet var flere av informantene opptatt av at beboerne måtte ville dette selv.

Samtlige informanter fortalte at de var opptatt av at de skulle tilrettelegge for mestring og at de var bevisste at de ikke skulle utføre tjenester for beboerne som de allerede mestret. Likevel var nettopp dette utfordrende fordi det ble vektlagt høyt av noen at beboerne måtte gi uttrykk for hva de ønsker å bli mer selvstendige på. En informant var spesielt opptatt av hvis hun, som psykisk helsearbeider, ville noe mer for beboeren enn vedkommende ønsket, kunne dette føre til at vedkommende ikke følte han strekte til. Dette kunne igjen gå utover selvfølelsen. Ønsket og initiativet måtte komme fra beboeren selv. På den ene siden støttes dette ut i fra brukervedvirkning og i følge Topor (2006) som sier at skal det være et reelt samarbeid

mellom profesjonelle må det vises interesse fra brukerens perspektiv og det er brukerens egeninnsats som fører til bedring. Likevel sier Topor (2006) at engasjerte profesjonelle vektlegges som viktig for bedring, og det som kjennetegnes den engasjerte fagpersonen er at vedkommende ikke alltid venter på brukerens ønske. Skal en ta dette på alvor blir det nettopp viktig at en som fagperson ikke aksepterer at beboeren har mistet motivasjon og håp om mulighetene til bedring, men fortsetter å formidle håp og motivasjon. Det samme refererer Topor (2003) når han henviser til Davidson og Strauss som sier at i en bedringsprosess er det viktig at det finnes noen som har tro og håp på vedkommende sine evner til tross for manglende tro og håp selv. Dette ble bekreftet av to informanter. De fortalte de hadde en oppfatning at det ikke kunne bli for stort fokus på bedring. De hadde erfaringer hvor de hevdet at uten tro på bedring; hvis de ikke hadde pushet og motivert ville ikke bedring funnet sted. En informant sa at hvis hun klarte å skape en illusjon om mestring hos beboeren ville dette føre til reel mestring. Dette kan stå i kontrast til utsagnet om at ønsket og initiativet må komme fra beboeren selv. Dette kan understreke hvor viktighet håpets formidling er og at en som psykisk helsearbeider ikke må gi opp.

Borg (2007) understreker hverdagslivets betydning for bedringsprosesser. Hverdagslivet hos mennesker med psykiske lidelser har blitt viet lite oppmerksomhet framfor kliniske symptomer, men det viser seg at nettopp å håndtere dagliglivet og praktiske ferdigheter er viktig i forhold til bedring. Borg kan bidra til å forstå psykisk helsearbeid i omsorgsbolig og betydningen av hvor viktig det kan være å mestre dagligdagse oppgaver. På den ene siden formidlet informantene flere måter på hvordan de arbeidet for at de skulle bidra til økt mestring av hverdagslige oppgaver som praktiske ferdigheter som for eksempel dagliglivets rutiner og mestre kommunikasjon med andre. På den andre siden mente flere at beboerne hadde kommet så langt som det var muligheter for dem å komme, og at å øke ferdighetene var vanskelig. På denne måten støttes Borg sine funn at hverdagslivet ofte blir viet for lite fokus framfor de kliniske symptomene. Når en tenker at enkelte ikke har muligheter til å komme seg videre i livet på grunn av sin psykiske lidelse vil det med stor sannsynlighet være de kliniske symptomene som er i fokus. Ut i fra Borgs sin forskning vil det være av vesentlig betydning at psykiske helsearbeidere fokuserer på å bidra til økt mestring mot et selvstendig liv. Dette ble vektlagt av enkelte informanter i deres arbeid. En informant formidlet at til tross for hvor syke og dårlige noen kunne være var det ingen som var så dårlige at ikke ressursene kunne letes fram. En annen informant hevdet at når hun viste at hun hadde forventninger til beboerne styrket dette både mestringsfølelsen og selvfølelsen etter hennes mening. Hun mente at uten

forventninger ville vekst og utvikling stagnere. Viktigheten av at noen har forventninger til en, og tro på mestring blir også bekreftet i Borg sin studie der hun refererer nettopp til dette. Der formidles det hvor viktig det er å «være normal» og leve et «vanlig» liv som en samfunnsborger som sørger for hus og hjem.

Jonny Mækæle (2012) forteller om interessante funn fra sin studie der han så den sårbare balansen mellom selvstendighet og binding i samarbeidet mellom personalet og beboere. Utfordringen for begge parter var å få til et samarbeid der begge utviklet eller bevarte sin selvstendighet. Dette kunne innebære å gi beboeren anerkjennelse ved å gi anledning til å prøve seg ut i utfordrende situasjoner, men med anledning til støtte fra personalet. Dette medførte at personalet måtte tåle å stå i den usikkerheten å ikke vite utfallet av beboerens handlinger. Nettopp dette ble det fortalt om av informantene i denne studien. Informantene fortalte om utfordringene det var å ikke gripe inn i de situasjonene de kunne se som uheldige. Det kunne oppleves som vanskelig å anerkjenne beboernes valg og handlinger som kanskje ikke samsvarte med deres egne normer og verdier. En informant sa at de måtte tåle å se at beboerne «gikk på trynet» og at dette var en måte å tilegne seg erfaring. Et annet moment det kan være viktig å være bevisst som psykisk helsearbeider, er at hva som er fornuftige valg og hva «det gode liv» innebærer trenger ikke nødvendigvis samsvare mellom beboer og vedkommende.

Som psykisk helsearbeider var de der for å hjelpe og gi omsorg. De påtok seg et ansvar for at beboere ikke skulle mislykkes. I følge Mækæle (2012) kan en uten bevissthet om å gi beboere anledning til å prøve seg alene i utfordrende situasjoner samtidig som en gir anledning til å gi støtte føre til at beboerne ikke ønsker seg ut av komfortsonen. Det kan føre til at de ubevisst ikke ønsker endring. Årsaken til at noen beboere sier at de ikke ønsker å tilegne seg flere ferdigheter kan komme av at de ikke har blitt gitt anledning til å forsøke seg på egenhånd i situasjoner da personalet kan ha vært bekymret for manglende mestring. Å skulle forsøke seg på egenhånd på oppgaver en er usikker på om en klarer krever både mot og styrke, og det enkleste blir kanskje å la det være og dermed bli i komfortsonen. Spesielt kan dette bli gjeldende hvis ikke beboeren får støtte fra personalet at det er bra å bevege seg ut på «ukjent farvann». På sikt kan dette føre til uttrykk hos beboeren som «gidder ikke» og «ønsker ikke». Slike uttrykk kan være forsvarsmekanismer da det å bevege seg ut av komfortsonen mot usikkerheten kan bli vanskelig. Som en informant formidlet kan en bedringsprosess også være krevende både fysisk og psykisk. Dette kan være et viktig bidrag inn i diskusjonen ut



ifra funnene fra denne studien da det var informanter som mente at det kunne bli for mye fokus på mestring og økt selvstendighet.

Mækælæ (2012) viste til utfordringer i samarbeidet mellom beboere og personell. Det kan handle om at de blir låst i bestemte posisjoner som hjelper og hjelpetrengende. Dette kan føre til manglende utvikling. Mækælæ (2012) forteller at personalet ikke må forholde seg til beboerne som et passiv objekt og beboerne ikke må se på personalet som et objekt som er tilstede for å tilfredsstillere deres behov. Det kan se ut som at dette er en utfordringen hos både informantene og beboerne. Dette kan underbygges av informantene når de fortalte om deres erfaringer med at beboerne ønsket hjelp til oppgaver de mestret på egenhånd. Det formidles om ubehagelige og vanskelige situasjoner å stå i når beboere ønsket hjelp fordi de syntes at oppgavene er kjedelige. Her kan det se ut som at beboerne låser helsearbeiderne i posisjon som hjelper og hva det kan forventes å innebære, og det kan være vanskelig for dem å komme seg ut av denne posisjonen. På den andre siden kan det se ut som om informantene hadde utfordringer med å ikke sette beboerne i posisjonen som hjelpetrengende og psykisk syke da de utførte oppgaver som allerede hadde blitt utført av beboerne men som de ikke opplevde tilfredsstillende. En annen vinkling kan være at beboerne settes i posisjon som hjelpetrengende da det ble erfart i studien at det er en tradisjon på at helsepersonell skal yte tjenester og omsorg, og derfor gir tjenester som beboerne mestrer selv. Et viktig poeng i denne sammenhengen kan også være funksjonen en har som psykisk helsearbeider hvor en er ansatt for å gjøre en jobb. I et tradisjonelt omsorgsyrke kan det kanskje oppleves som en ikke gjør et godt arbeid om en overlater mer til beboerne.

### **5.3.1 Formidling av tro og håp i et mestringsperspektiv**

Enkelte informanter opplevde at det kunne bli for stort fokus på mestring, og at økt mestring kanskje ikke var et mål for alle. Når det flyttet inn mennesker i omsorgsboligen ble de beskrevet av informantene som svært syke og dermed med behov for tett oppfølging. Det ligger i dagens natur at ved innflytting vil det være behov for støtte, veiledning og bistand. Likevel kan en stille seg undrende hvis en har en antakelse om at alle som flytter inn i omsorgsbolig er svært syke om dette kan påvirke håp eller ikke. Det kan kanskje antas at dersom en møter en beboer som «svært syk» så er det symptomer som lettere kommer til syne. Har en oppfattelse av at mennesker som flytter inn i omsorgsbolig er der for en periode i sitt liv er det kanskje lettere å se ressursene og styrkene og dermed også håp for framtiden.

Fra dette perspektivet kan holdningene til helsearbeiderne påvirke håp eller det motsatte. Her vil det også være et viktig poeng som Langeland(2003) presiserer å ha fokus på å finne mening i å mestre symptomer og dagligdagse utfordringer til tross for at beboerne oppfattes som «svært syke». Som hun også sier bør det være en balansegang mellom å lytte til problemene samtidig som en leter etter styrker og ressurser.

Når det ble sagt av enkelte at det ikke var et mål med økt mestring mot et mer selvstendig liv kan en kanskje undre seg over hva målet med tjenestene da blir. Ut ifra det eksistensielle menneskesynet er det en grunnleggende verdi og syn at mennesket ønsker å være selvstendig og har en iboende evne til å ta ansvar for eget liv. Hvordan kan en tenke seg dette i forhold til funn fra studien som forteller at fokus på mestring kan bli for stort og at en må tillate at enkelte mennesker ikke ønsker å leve et selvstendig liv? Hvis vi ser dette i lys av Topor (2003) som refererer til Davidson og Strauss og deres forskning så er det viktig at nettopp andre mennesker viser tro og håp på at mennesker med alvorlige psykiske lidelser har muligheter til å bli bedre. Dette til tross for at de selv ser sin situasjon som håpløs og uten muligheter. Det kan tenkes at beboere som gir uttrykk for at de ikke ønsker å tilegne seg flere ferdigheter eller ønske om å leve et selvstendig liv faktisk tror at de ikke har mulighetene og dermed har gitt opp. Hvis en ser det fra dette perspektivet vil det være av vesentlig betydning at psykiske helsearbeider fokuserer på ressurser, støtte mestring og bære håpet for vedkommende i en periode hvor eget håp er borte. Dette kan støttes av en informant i denne studien som formidlet at en må hjelpe dem med å finne ressursene da mange har mistet troen, fordi de har akseptert at de er syke. Å være syk kan ha blitt deres identitet. Det ble presisert av en informant hvor viktig det var å bli godt kjent med den enkelte og at en måtte gå på skattejakt for å finne ønsker og behov. Dette utsagnet viser at det ikke alltid er åpenbart for alle at de er seg bevisst på hva de ønsker eller kan. Ut ifra dette perspektivet kan det være viktig at psykisk helsearbeidere ikke gir opp tanken om fremgang til tross for at beboeren tilsynelatende har akseptert livet sitt slik det er. Og like viktig vil det være at en som psykisk helsearbeider ikke gir opp håpet. For hvem skal da bære håpet når det tilsynelatende er borte?

Topor (2003) viser til Davidson og Strauss mener består bedringsprosessen av en fase der mennesket med psykisk lidelse oppdager at det finnes deler av ham som ikke er skadet av lidelsen. Dette er en fase som ikke alltid er så enkelt for andre å observere og fasen kan vare lenge. Å arbeide i omsorgsbolig for menneske med psykiske lidelser ble også forbundet med fare for å oppleve at ens egen innsats ikke førte til at beboerne ble bedre. Beboerne bodde i omsorgsboligen i mange år og personalet hadde jobbet sammen med dem over lang tid. Av

denne grunn kunne det derfor oppleves som at fremgang ikke fant sted hvis det ikke var synlige resultater. Hvis en ser det fra Topor (2003) sitt perspektiv så kan nettopp denne fasen, hvor endring er vanskelig å oppdage, da kan faktisk beboerne være i en bedringsprosess. Dette er svært viktig å være bevisst da beboeren i denne fasen kan ha stort behov for støtte, tro og oppmuntring.

På en av informantenes arbeidsplass ble det fortalt at de jobbet etter en modell hvor struktur og rammer var viktig i perioder da beboerne var dårlige, mens i gode tider skulle de fremme brukerenes initiativ om å leve et selvstendig liv. Når informanten snakket om denne fasen hvor brukeren fremmet egne ønsker etter å ha vært dårlig kan kanskje være den tredje fasen Topor (2003) refererer til i en bedringsprosess. Dette er fasen hvor vedkommende kan oppnå store endringer og vedkommende ikke lengre blir kun mottaker av andres velvilje men begynner selv å påvirke omgivelsene sine. Nettopp i denne fasen er det viktig som en informant forteller at de er bevisste sine egne holdninger og ikke avviser forslag og ønsker uten at dette er nøye gjennomtenkt. Det kan tenkes at det i denne fasen er spesielt viktig å støtte engasjement og endring for ikke å frata dem håp.

#### **5.4 Ulike perspektiver på psykisk helsearbeid**

Slik som det fremkom av funnene så var det ikke en entydig forståelse av hva som var fokus og mål med tjenestene som ble gitt til mennesker med psykiske lidelser i omsorgsboligene. Det var en bred oppfattelse hos informantene at ulike perspektiver å se psykisk helsearbeid på gjenspeilet seg i praksis. Å inneha ulike perspektiver ble formidlet som en berikelse da det førte til diskusjoner og refleksjoner som igjen førte til en bevisstgjøring av praksisen. Likevel ble det også sett på som utfordrende fordi ulike kunnskapssyn i praksis kunne føre på den ene siden til hjelp mot mestring og på den andre siden hjelp til hjelpeløshet. Sett fra Topor (2006) sitt perspektiv er det viktig å møte mennesker med psykiske lidelser med flere forståelser. Mennesker er ulike og har forskjellige behov. Det er også slik at ett og samme menneske kan ha forskjellige behov til forskjellige tider. Dette innebærer at psykisk helsearbeid uansett må handle om varierte forståelser, varierte væremåter og variert hjelp. Dette bekreftet funnene i denne studien at det var varierende hvilke behov beboerne hadde og dermed varierende behov for oppfølging. Av og til hadde noen behov for struktur og omsorg

mens andre ganger kunne behovet være å få støtte og oppmuntring til større deltakelse i eget liv.

Hvordan en forstår psykisk helsearbeid avhenger som Topor (2006) sier av hvilke retning og perspektiver en selv har som fagperson. Ser en psykisk helsearbeid ut fra et medisinsk perspektiv eller et humanistisk perspektiv vil dette sannsynligvis få et forskjellig utslag i praksis. Fra Topor (2006) sitt perspektiv er det nødvendig at fagfolk interesserer seg for brukerens perspektiv. Dette trenger ikke å bety at en er enig i beboerens oppfatning av seg selv eller aksepterer det som reelt at vedkommende eksempelvis ikke ønsker et mer selvstendig liv. Dette kan bety at personen har behov for at noen har tro på han til tross for at han mangler troen selv.

Selv om brukerperspektivet er en forutsetning for bedring viser studien at det kan oppleves krevende og vanskelig når psykisk helsearbeidere har forskjellig bakgrunn. Som det ble sagt så opplevdes det at i omsorgsboligen var det mange som inntok en tradisjonell hjelperolle og at det da opplevdes som deres jobb var å yte tjenester og omsorg. Det opplevdes som vanskelig og ubehagelig å ikke skulle gjøre oppgaver for beboere når det var det det ble fremmet ønske om. Som en informant formidlet ville det enkleste være å gjøre alt de bad om, men at dette ikke ville være å gjøre en god jobb. Dette opplevdes som vanskelige dilemmaer som de til daglig stod i. Dilemmaet ble på den ene siden at de skulle legge til rette for mestring og forsøke å fremme selvstendighet. På den andre siden ble det viktig at det var beboeren som skulle bestemme hva de gjerne ville klare selv og hvis det var oppgaver de ønsket skulle bli utført for dem så er det et valg som også måtte respekteres. Aadland (2003) skriver i sin hovedfagsoppgave at en tilværelse i bofellesskap kan aktivere rehabiliteringspotensialet hos beboere. For å få dette til sier han at fagpersonen bør tilstrebe å være et overgangsobjekt hvor målet er å øke kompetanse og aktivitet hos beboerne, og at i motsatt fall kan føre til at beboerne utvikler «lært hjelpeløshet». Noe lignende fortalte en informant som mente at det var viktig å være bevisst hvordan en yter tjenester. Å gjøre oppgaver og tjenester beboerne allerede mestret kunne føre til hjelpeavhengighet. Aadland (2003) formidlet også at et mål fagpersonen bør ha er å gjøre seg overflødig og ubetydelig som en del av beboerens nettverk. Informantene fortalte ulike eksempler fra hvordan de fremmet mestring. Noen av eksemplene som ble formidlet handlet om matlaging, deltakelse i møter med offentlige kontorer og håndtering av angst. Samtlige av disse eksemplene handlet om at informantene gjorde seg overflødige i disse sammenhenger. Samtidig framkom det som

tidligere nevnt utfordringer med å ikke skulle gjøre tjenester som beboerne mestret på egenhånd da det kunne medvirke til at de forble avhengige av hjelpeapparatet.

## **5.5 Bedring/recovery versus rehabilitering/habilitering**

Informantene hadde i varierende grad et forhold til begrepet rehabilitering og flere mente at habilitering var et mer passende begrep. Dette fordi de var usikre på om beboere noen gang hadde mestret forskjellige ferdigheter og det da ville være å lære for første gang. I denne sammenheng er ikke forskjellen mellom begrepene viktig, men det blir innholdet som kan føre mot mestring som blir vesentlig. Heretter vil derfor begrepene forenes.

I denne studien har det blitt benyttet Alain Topor sitt perspektiv på bedringsprosesser. Topor (2006) har valgt å bruke begrepet recovery og bedring framfor begrepet rehabilitering. Dette fordi han hevder at ved rehabilitering fokuseres det på individets funksjoner og utvikling og at disse knyttes opp mot profesjonelle sin innsats for individet. Topor (2006) mener at recoverybegrepet skiller seg fra rehabilitering fordi begrepet innebærer at det er individets egeninnsats som er avgjørende, det innebærer å se hele mennesket i en sammenheng og det innebærer at mennesket skaffer seg makt over hvordan det ønsker å leve sitt liv. En trenger nødvendigvis ikke å tenke at betydningen av begrepet rehabilitering er negativt selv om det innebærer innsats fra fagfolk og at prosessen mot mestring er målrettet. Innholdet i begrepet recovery versus rehabilitering kan kanskje komplementeres og ikke utelukke hverandre. Definisjon av habilitering og rehabilitering er som følger:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons – og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2001).

Forskjellen på innholdet i begrepene er som Topor(2006) sier at begrepet recovery er i større grad knyttet opp mot individet selv, mens i rehabiliteringsbegrepet er innholdet i større grad knyttet opp mot aktørene som skal bidra til mestring. På tross av forskjellene trenger ikke innholdet i rehabiliteringsbegrepet innebære at en ikke vektlegger individet egeninnsats like høyt. Når mennesker med alvorlige psykiske lidelser får tildelt bolig med bemanning er de som oftest i behov for tett oppfølging. Dette vil innebære at fagfolk har eller tar stor plass i

beboernes liv i en periode. Som Topor (2006) sier er det individet egeninnsats som fører til bedring, men vedkommende er også sannsynlig i behov for støtte og veiledning for å komme dit. En kan kanskje si at jobber en rehabiliterende, jobber en også med bedringsprosesser og har en fokus på bedringsprosesser har en fokus på rehabilitering.

Innholdet i rehabilitering og habilitering innebærer slik det kan forstås at en sammen med beboeren arbeider for å fremme mestring mot et selvstendig liv både funksjonelt og sosialt i samfunnet. Dette trenger ikke nødvendigvis bety at vedkommende er fri fra symptomer eller blir den samme som han eller hun var tidligere. Slik som også rehabiliteringsbegrepet kan innebære så kan det også være et verktøy i bedringsprosessen for beboere og psykisk helsearbeider. En fokuserer i fellesskap mot å nå felles mål for mestring og økt selvstendighet. I prosessen hvor en setter mål kan fremgang bli synligere hvor dette igjen kan gi både økt motivasjon og tro på bedring. Funnene indikerer nettopp at en utfordring for psykisk helsearbeidere er å se fremgang hos beboerne og dermed kan det påvirke tro på bedring. En informant fortalte at det kan være vanskelig å se de små tegn til bedring når en arbeider sammen med beboere over år. Det ble fortalt om en situasjon hvor personalet ikke så tegn til bedring. Ved nærmere ettertanke så de likevel endringer som viste at vedkommende var i en utviklingsprosess. Bedringen viste seg med små steg som å mestre å dusje alene og sove i egen leilighet. Dette opplevdes som små fremskritt alene, men så en på den totale situasjonen erfarte de at beboeren hadde gjort store fremskritt i forhold til å mestre sitt liv. Dette formidles som viktig å være bevisst også på grunn av å holde egen motivasjon oppe.

Rehabilitering kan bidra til å holde motivasjon og håp for bedring mot et mer selvstendig liv. Og nettopp dette sier Topor (2006) er viktig at fagfolk bærer tro og håp når beboeren ikke har det selv. Innholdet i begrepet rehabilitering hvor en arbeider med klare mål kan også være et nyttig hjelpemiddel både for beboeren og fagfolk for å tydeliggjøre små skritt i en bedringsprosess. Dette kan være små skritt som ikke er lett å få øye på hvis en ikke er dem bevisst. For begge parter kan det bety å opprettholde håp for muligheter til å oppnå et mer selvstendig liv.

Å arbeide rehabiliterende innebærer at en arbeider målrettet med klare mål og planlagte prosesser. Dette kan være betydningsfullt på flere områder. Som en informant formidlet kunne det ligge en utfordring i det å ønske fremgang hos beboerne. Utfordringen lå da i at ønsket ble så sterkt at en gikk for fort fram og at beboeren ikke var på samme sted i prosessen

som helsearbeideren. Dette kunne da igjen føre til en opplevelse hos beboeren om å ikke strekke til. Når en arbeider i rehabiliterende prosesser vil en sammen med beboer sette mål og kan sammen se hvor en er i prosessen. Som en annen informant sa at i en bedringsprosess måtte vedkommende tåle utfordringer både fysisk og psykisk. I en rehabiliteringsprosess hvor en har satt seg et mål vil det kanskje være et hjelpemiddel for begge parter å stå i de vanskelige situasjonene når det er tydelig at en er et steg på veien mot å nå målet beboeren har satt seg.

### **5.5.1 Rehabilitering i omsorgsbolig?**

I følge informantene innebærer det å bo i omsorgsbolig med bemanning ikke nødvendigvis at beboerne får økt mestringfølelse mot et mer selvstendig liv. Enkelte beboere ble vurdert dit hen at de hadde det så bra som det var mulig for dem å ha det. Selv om noen informanter mente at enkelte alltid ville være i behov for å bo i bemannet omsorgsbolig så var det en oppfatning at alle likevel kunne ha muligheter til å få et bedre liv med støtte og trygghet. Nettopp her kan en kanskje stå i fare for å ha mistet håpet om muligheter for bedring dersom en aksepterer vedkommende som selv har akseptert rollen som «psykisk syk». Som tidligere nevnt mener Topor (2003) at det er av vesentlig betydning at mennesker rundt vedkommende ikke gir opp håpet om bedring. Aadland (2003) formidler i sin studie at psykisk helsearbeid bør være å utnytte ressurser og muligheter som er tilgjengelige hos beboerne som igjen vil skape muligheter for vekst og utvikling. Aadland (2003) sier også at skal et bofellesskap ha rehabiliterende muligheter og ikke å være kun en plass for oppbevaring må det være en bevissthet for å gi beboerne trening og erfaring til å utvikle sin sosiale kompetanse. Når psykiske helsearbeidere sier at enkelte har det så bra de kan ha det og at en ikke kan forvente bedring er det muligens en fare for at en ikke har fokus på å lete etter ressursene og mulighetene som ligger der. For som en informant hevdet så var det aldri noen som var så dårlige at de ikke hadde ressurser som kunne utvikles videre. Samme informant mente også at hvis en som fagperson kunne skape en illusjon om mestring og kontroll samtidig som en gav trygghet og støtte ville dette kunne føre til en reel utvikling av mestring. Her kan det vise seg hvor betydningsfullt håpet hos psykiske helsearbeidere kan ha for påvirkning av tro på bedring hos beboere. Og manglende forventning og tro på bedring kan som en informant sa føre til manglende vekst og utvikling. I jakten på muligheter og ressurser mot mestring og selvstendighet kan en stå i fare for som Aadland (2003) sier at en overser de utfordringer og smertene det kan være å leve med en psykisk lidelse. Her kan en uten en bevisst faglig

tilnærming stå i fare for å «falle i to grøfter», i den ene grøfta blir man så ressursorientert at en overser individet og livet med de vanskelighetene det kan innebære. I den andre grøfta ligger faren for å miste troen og håpet på mulighetene om et mer selvstendig liv.

Et viktig funn i studien var erfaringen hvor det opplevdes at beboere kunne bli dårligere fungerende ved å bo i omsorgsbolig. Årsaken til dette begrunnes med at beboeren blir så bevisste hvor de bor og hvilken tjenester de kan få at de går helt og fullt inn i rollen som hjelpetrequende. Dette er et svært interessant funn på flere måter. Det fortelles at det ville være bedre om enkelte hadde fått samme oppfølging i ordinær bolig. Her kan det tolkes som at det er beboeren som går inn i en passiv rolle som mottaker hvor vedkommende har ved å flytte inn i omsorgsbolig akseptert sin situasjon som kronisk syk. På mange måter kan dette være lignende prosesser som skjer når Topor (2003) refererer til tidligere i historien hvor årsaken til endringer i identiteten er et uttrykk for den sosiale situasjonen personen har havnet i og årsaken ikke er symptomer på den psykiske lidelsen. Vedkommende kan være i prosess hvor disse mekanismene pågår før innflytting i omsorgsbolig skjer og hvor identitet som kroniker blir etablert etter innflytting. I følge Topor (2006) har det vært dominerende prinsipp innenfor de fleste teoretiske oppfatningene innenfor psykiatrien at tenkningen er at man enten er syk eller så er man frisk. Naturligvis vil psykisk helsearbeider møte beboeren som i behov for hjelp, men det motsetningsfulle er når det erfares at enkelte blir dårligere fungerende mens målet er økt mestring. En årsak til denne erfaringen kan være at det dominerende syn kan være at beboeren blir møtt som en kroniker. Dette vil antageligvis spille en viktig rolle i møte og samhandlingen mellom beboer og fagfolk. Topor (2006) formidler hvor viktig det er å møte mennesket som «både- og», som frisk og som syk. Mennesker med psykiske lidelser må ikke reduseres til sine symptomer, problemer og tilkortkommenhet. Fagfolk må se brukerne som individer som er i behov for hjelp, men likevel kjemper med sine psykiske vansker. Dette kan vise nødvendigheten av å møte menneske i omsorgsboligen som « både- og», møte menneske som både i behov for omsorg og oppfølging samtidig som en ser mennesker med håp og tro på muligheter til å kunne få et mer selvstendig liv. I denne sammenhengen kan en uten en bevisst tilnærming også stå i fare for på den ene siden overse som Aadland (2003) sier de vanskene og begrensningene det kan medføre å leve med psykiske problemer og på den andre siden overse de helsefremmede ressursene og rehabiliterende mulighetene beboerne kan ha. Dette kan også sees på i sammenheng med funnene i studien som indikerer at enkelte hadde tro på at beboere i omsorgsbolig hadde muligheter til et selvstendig liv, mens det ikke ble forventet av alle. Det kan være at psykiske helsearbeidere i varierende grad har et syn på



bedring som «både -og» eller «enten eller». Langeland (2003) dokumenterer også betydningen av en salutogen tilnærming hvor en fokuserer på å styrke mestring i en rehabiliteringsprosess.

I studien var det også en oppfatning at beboerne kunne få det bedre ved å få støtte og trygghet som å bo i omsorgsbolig kunne representere. Noen av informantene mente at de fleste hadde læringspotensialet, og for å finne ressursene var det nødvendig med tid, støtte og trygghet. Dette støttes av Topor (2006) som mener at tid og tilgjengelighet er viktige faktorer som bidrar til bedring. En styrke med bemannet omsorgsbolig kan nettopp være at både tid og tilgjengelighet er i større grad tilstede enn ved at brukere tildeles tilmålt tid i ordinær bolig. Samtidig fremkommer det i studien at nettopp dette er en utfordring fordi tid og ressurser kan oppleves som en mangelvare. Likevel kan en anta tilgjengelighet og kontakt vil være i større grad til stede enn om vedkommende hadde hatt oppfølging i ordinær bolig.

## **5.6 Refleksjon over studiens pålitelighet og gyldighet**

Gjennom hele forskningsprosessen har jeg som forsker forsøkt å sikre kravene til validitet og reliabilitet. Validering bør prege alle fasene i en studie, fra tematisering til rapportering. Forskeren bør tilstrebe å skrive om sine fordommer når dette syntes påkrevd i forskningsprosjekt( Brinktmann, Kvale,2010).

Innledningsvis redegjorde jeg for min antakelse om at mennesker med psykiske lidelser kan være avhengige av fagfolk og hjelpeapparatet i større grad enn nødvendig. Jeg har tilstrebet å vise innsyn i min forforståelse og bakgrunn for engasjementet for temaet i studien. Mitt valg av metode er begrunnet i ønske å finne ut av hva psykiske helsearbeidere opplevde og erfarte som deres bidrag til å fremme eller hemme mestring mot et mer selvstendig liv.

Forforståelsen og det teoretiske perspektivet har naturligvis bidratt og dannet grunnlag for hva jeg har vektlagt helt fra tematisering av studien og fram til konklusjon. Ved valg av annet teoretisk perspektiv ville muligens tolkning av data og diskusjon sett annerledes ut. For å synliggjøre veien som er gått har jeg som forsker forsøkt å være åpen i alle steg som er gått.

I det kvalitative forskningsintervjuet forsøkte jeg å skape en åpen, trygg og likeverdig samtale. Likevel var jeg som forsker i en maktposisjon både fordi det var meg som stilte spørsmålene og det var meg som besluttet hvilke spørsmål som ble fulgt opp.

Som forsker tilstrebet jeg å sette min forforståelse i parentes både i intervjuet og i analysen. Da jeg selv hadde erfaring med å jobbe i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser stod jeg i fare for å identifisere meg med informanten slik at opprettholde en profesjonell avstand kunne bli utfordrende. På den andre siden kan nærhet til feltet være en fordel da en «snakker samme språk», og jeg har muligheter til å stille gode oppfølgingsspørsmål da jeg kjenner feltet.

I et intervju kan en også stå i fare for at informanten forteller det som vedkommende tror intervjueren ønsker å få til svar, såkalt «forskereffekt».

For å kunne analysere datagrunnlaget ble opptakene av intervjuene tatt opp på lydbånd. Jeg foretok selv transkriberingen fortløpende. Dette var nyttig da det er lettere å huske konteksten i samtalen. Det var en fordel å transkribere selv da noen ord var utydelige. Jeg hadde samtalen friskt i minne og kunne derfor huske hva som ble sagt.

Jeg har tilstrebet å tydeliggjøre veien jeg har gått ved å beskrive analyseprosessen steg for steg. Likevel kan jeg som forsker stå i fare for tillegge for stor vekt på de funnene jeg fant mest interessante og ignorert funn andre ville tillagt større betydning. Funnene fra studien formidler informantenes opplevelser og erfaringer om hva som fremmer og hemmer mestring hos beboerne i omsorgsboligene. Det kan være mulig at beboerne ville hatt andre oppfatninger selv og derfor ikke ville kjenne seg igjen i funnene som blir representert i studien.

## **5.7 Resultatenes betydning for praksis**

Ved å benytte kvalitativ metode er det begrensninger for generaliserbarheten av funnene. Studien er basert på kun fem informanter som samtlige arbeider i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser. Funnene i studien er som tidligere nevnt ikke ensidige, informantene deler seg på mange måter i to grupper; ressursorientert og sykdomsfokusert. Av denne grunn ville det ha vært en fordel å hatt flere informanter for å se om dette ville gjenta seg. Til tross for liten studie tror jeg likevel at informantene har formidlet bidrag som mange som har lignende arbeidsoppgaver vil kjenne seg igjen i. Jeg tenker at studien kan rette bevissthet og

refleksjoner over egen funksjon som psykisk helsearbeider og hva som er intensjonen og mål i eget i psykisk helsearbeid. På den måten tenker jeg at studien retter fokus på viktige bidrag inn i det psykiske helsearbeid. Fokuset i studien var på hvilken måte fagpersonen vektla mestring og økt selvstendighet. Jeg antar at de fleste fagfolk i det psykiske helsefeltet ville samtykket i at dette er viktig og sentralt i psykisk helsearbeid.

Når en gikk dypere ned i temaet oppdages det varierende hvordan og i hvilken grad dette vektlegges. Innledningsvis redegjorde jeg for antakelsen om at mennesker med psykisk lidelser kan forbli avhengige av både fagfolk og hjelpeapparatet i større grad enn det som trenger å være nødvendig. Funnene i studien forteller også at det erfarer at ulike kunnskapssyn fører til utfordringer i praksis og at noen gir hjelp som kan føre til hjelpeavhengighet.

Funnene i studien indikerer at det var varierende tro hos psykiske helsearbeidere om mulighetene til mennesker med alvorlige psykiske lidelser har muligheter til å kunne leve et selvstendig liv. Dette påvirket igjen hvordan de møtte beboerne, og hva de forventet de hadde muligheter til å mestre. I følge Topor (2006) har mennesker med alvorlige lidelser reelle muligheter til å komme seg. Det er først og fremst individets egne bidrag som har betydning for bedring, men ofte har de behov for støtte av andre. Det er nettopp på hvordan psykiske helsearbeidere bidrar til å fremme mestring som har vært fokus i denne studien. Studien viser at det fremdeles kan være en oppfatning at noen mennesker alltid vil være alvorlig psykisk syke og ha varige behov for tjenester.

## 6.0 Oppsummerende konklusjoner

Målet med studien har vært å få kjennskap til hva psykiske helsearbeidere opplevde og erfarte var deres bidrag til å fremme eller hemme mestring mot et selvstendig liv hos mennesker med psykiske lidelser.

Opptrappingsplanen for psykisk helse(1999- 2008) har lagt som et sentralt bakteppe for studien, der overordnet mål og verdigrunnlag er at tjenestene skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

I studien fremkommer det varierende opplevelser, erfaringer og tanker om hvordan psykiske helsearbeidere bidrar til å fremme og kanskje også å hemme mestring hos mennesker med psykiske lidelser. I utgangspunktet mente alle at det var viktig å fokusere på å tilrettelegge mestring i deres arbeid. Når dette først var sagt så kom det fram et varierende syn på hvordan de fokuserte på dette i praksis. Det fremkommer også variasjon på meninger og hvilke muligheter de tenker beboerne hadde for å bli mere selvstendige. Variasjonene gikk fra at enkelte mente at alle hadde muligheter og at en aldri måtte gi opp håpet om bedring, til at en måtte akseptere at enkelte hadde kommet så langt de hadde muligheter til å komme.

Det teoretiske perspektivet bygger på Topor og hans teorier om bedringsprosesser. Et svært interessant funn i studien kan være nettopp det historiske perspektivet i det teoretiske bidraget. Her kan det se ut som om enkelte informanter beveger seg i skjæringspunktet mellom å møte beboere som «kroniker» samtidig som de forsøker å hjelpe dem ut av rollen som «psykisk syk». Det blir hevdet at det er viktig å fokusere på mestring samtidig som en må godta at ikke alle blir bedre. Funnene kan peke på dilemmaer informantene står i, på den ene siden skal de tilrettelegge for mestring og på den andre siden er det beboerne som skal ytre ønske om hva de ønsker å mestre. Viktige spørsmål kan bli å finne ut av hva det er som fører til manglende ønske om å få økt selvstendighet i eget liv.

Informantene formidler også om utfordringer de selv har i deres funksjon som psykisk helsearbeider i forhold til å både fremme og hemme økt mestring. Dette var utfordringer som gikk på deres egen motivasjon, tålmodighet, bevissthet og forskjellig ståsted.

Et viktig funn i studien var at det fremkom erfaringer på at noen beboere blir dårligere fungerende etter at de har flyttet inn i bemannet omsorgsbolig. Begrunnelser for dette var at noen gikk fullt og helt inn i rollen som psykisk. En kan kanskje undre seg over hvorfor og hvordan dette skjedde. Kan det være at de ble møtt med en forventning at de som flyttet inn var «kronisk syke» og dermed i stor grad hjelpetrengende?

Etter å arbeidet med denne studien er det tre spørsmål som utpeker seg som interessante og nyttig å forske videre på. Studien har hatt fokus å søke kunnskap fra et personalperspektiv. Det er utført flere studier som forteller om hva mennesker med psykiske lidelser har formidlet har vært til hjelp i deres bedring. Det ville vært nyttig å utføre en kvalitativ studie hvor en spurte mennesker som tidligere har vært beboere og fått tjenester i omsorgsboliger om hva de vektlegger som viktige bidrag fra psykisk helsearbeidere på deres vei mot et mer selvstendig liv.

En annen problemstilling det kunne være nyttig å få økt forståelse og kunnskap om er hva beboerne selv sier er årsakene til at de har gitt opp håpet eller troen på mulighetene til et selvstendig liv.

Den tredje problemstillingen som trolig vil være lærerik å forske på er hva psykiske helsearbeidere selv tror er vesentlig at dem som personalgruppe skal å ha som «felles verdigrunnlag og faglighet» for at de sammen skal gi tjenester som fremmer mestring mot et selvstendig liv.

## LITTERATURLISTE

Aadland, A(2003). *Hvordan opplever og erfarer beboere sin tilværelse i et bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser?* Hovedfagsoppgave. Institutt for samfunnsvitenskapelig fag. Universitetet i Bergen.

Borg, M. (2007). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologiforskning*, 45 (5), 452-459.

Brinkmann, S. og Kvale, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Langeland, E (2003). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning* (4), 288-296.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Mækela, J.(2012). Den kvasse eggen. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9(4), 292-293.

Norsk forskningsråd. (2009). *Faktaark, Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008*. Hentet 28.04.13: [www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/FAKTA%20opptrappingsplanen.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/FAKTA%20opptrappingsplanen.pdf)

St.meld. nr 25(1996-1997). *Åpenhet og helhet om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Helse og omsorgsdepartementet.

St.prp. nr 1(2007 -2008). *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering* .Helse og omsorgsdepartementet.

St. prp. nr 63 (1997-1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999- 2006*. Helse og omsorgsdepartementet.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*(1.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS

Topor, A. (2003). *Recovery, At komme sig efter alvorlig psykiske lidelser*(1.utg.).København:  
Hans Reitzels Forlag

**Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS**  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Inger Beate Larsen  
Institutt for helse- og sykepleievitenskap  
Universitetet i Agder  
Jon Lilletunsvei 9  
4879 GRIMSTAD

Vår dato: 09.01.2012

Vår ref: 29138 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29138	<i>Rehabilitering til et selvstendig liv</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Inger Beate Larsen</i>
Student	<i>Eva Irene Ødegård</i>

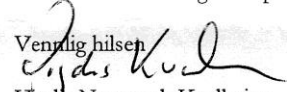
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

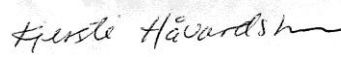
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.07.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Eva Irene Ødegård, Bergeveien 13, 4898 GRIMSTAD



## Vedlegg II

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Mitt navn er Eva Irene Ødegård. Jeg arbeider som psykisk helsearbeider i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelse og er samtidig masterstudent i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder. Jeg er nå i gang med forberedelsene til mitt masterprosjekt og i den forbindelse henvender jeg meg til deg.

*På hvilken måte kan psykisk helsearbeidere bidra til å fremme eller hemme økt evne til å mestre eget liv hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser?*

#### Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor jeg ønsker å få informasjon av deg som psykisk helsearbeider om hva du er opptatt av i praksis når det gjelder å fremme uavhengighet, selvstendighet og bidra til at brukeren evner å mestre eget liv.

#### Hva innebærer studien?

Prosjektet vil foregå på deres praksissted og innebære et kvalitativt intervju som beregnes å ta fra en til en og en halv time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd som senere vil bli transkribert. Funnene vil bli strukturert og analysert for å se sammenhenger, nyanser og variasjoner. Dette for å gi kunnskap om hva praksisfeltet opplever fører til å fremme eller hemme selvstendighet.

#### Mulige fordeler og ulemper

Jeg kan ikke se at det vil være noen ulempe for deg å delta i studien da dette er et kvalitativt intervju hvor jeg har fokus på deg som psykisk helsearbeider og dine tanker og opplevelser i forhold til yrkesutøvelsen. Studien gir heller ikke noen direkte fordeler utenom å delta i en studie hvor du hjelper fagfeltet med å få mer kunnskap på temaet.

#### Hva skjer med intervjuene og informasjonen om deg?

Intervjuene tatt av deg og informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og intervjuene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og intervjuene gjennom en navneliste.

Det er kun meg og min veileder som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Du vil sannsynligvis kunne kjenne deg igjen ved at det brukes sitater og dine meninger kommer frem men det vil ikke være mulig at andre kan identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Eva Irene Ødegård tlf 91108442.

**Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.**

**Ytterligere informasjon om personvern i kapittel B – Personvern**

**Samtykkeerklæring følger etter kapittel**

# Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- **Kriterier for deltakelse**  
Tre- årig høyskole/universitetsutdannelse. Fortrinnsvis videreutdanning i psykisk helsearbeid. Informant jobber i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser som er helt eller delvis bemannet.
- **Bakgrunnsinformasjon om studien**  
I denne studien har jeg fokus på psykisk helsearbeider som yrkesutøvelse av psykisk helsearbeid. Jeg er spesielt opptatt i denne studien av begrepene uavhengighet, selvstendighet, og mestring av eget liv. Dette er Opptrappingsplanens mål og verdigrunnlag. Jeg ønsker å få økt kunnskap og innsikt i hva psykisk helsearbeidere i omsorgsbolig mener fremmer eller hemmer selvstendighet hos brukere. Tidsskjema Ikke fastsatt på nåværende tidspunkt

## Kapittel B - Personvern

### Personvern

Opplysninger som registreres om deg er navn, utdanning og yrkeserfaring som psykisk helsearbeider. Navn vil ikke bli tatt opp på lydbånd, og vil bli holdt adskilt fra intervjuet. Det vil kun være meg som forsker som knytter navnet opp mot intervjuet. Utdanning og yrkeserfaring blir ikke spesifisert i oppgaven hvis det kan føre til gjenkjenning av informant. Lydbånd og transkribert intervju vil bli slettet etter at masterprosjekt er levert og bestått sommer 2012.

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

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet intervjuet og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i masteroppgaven min.

### Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne har rett til å få tilgang til masterprosjektet ved bestått oppgave.

## Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

---

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

---

(Signert, rolle i studien, dato)

## Vedlegg III

### INTERVJUGUIDE

*På hvilken måte kan psykisk helsearbeidere bidra til fremme eller hemme økt evne til å mestre eget liv hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser?*

#### Utdanning

Hvor mange års erfaring i psykisk helsearbeid?

Hvor mange års erfaring fra arbeid i omsorgsbolig for mennesker med psykiske lidelser?

Kan du fortelle litt om hvordan du arbeider for at beboerne skal få et mer selvstendig liv?

Kan du gi eksempler på situasjoner hvor du har lykket?

Er det forhold du mener hindrer deg i å arbeide mot mer selvstendighet hos beboeren?

Kan du gi eksempler på slike hindringer dersom du har gjort deg slike erfaringer?

Man hører av og til at psykisk lidende mennesker blir avhengige av hjelpeapparatet, hvilke erfaringer har du med en slik type avhengighet?

Hva tenker du om at mennesker kan bli unødvendig avhengige av hjelpeapparatet?

- Har du positive eller negative erfaringer?

Mestring er et ord som er vanlig i hjelpeapparatet, på hvilken måte preger mestringperspektivet ditt arbeid?

Hva tenker du om utsagnet: mennesker er selv ansvarlige for sitt liv og handlinger?

**Hva tenker du om rehabilitering i psykisk helsearbeid?**

- **Hvordan arbeider du rehabiliterende?**
- **Har du fokus på rehabilitering?**
- **Har du noen erfaringer hvor du opplever dere lykkes i rehabilitering?**
- **Kan det bli for stort fokus på rehabilitering?**

**Har du noen tanker om hvordan psykisk helsearbeid kan fremme eller hemme rehabilitering mot et selvstendig liv?**

- **Fokuseres det på at økt mestring?**
- **Evalueres den faglige tilnærmingen?**
- **Kan en forvente resultater av tjenesten som ytes på tilsvarende måte som i andre deler av helsetjenesten?**
- **Forventer vi bedringsprosesser hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i kommunal helsetjeneste?**

**Hva tenker du er godt psykisk helsearbeid?**