

HVA ER EGNETHET?

EN KVALITATIV STUDIE AV GODE MØTER
I EN AKUTTPSYKIATRISK SYKEHUSPOST

HILDE BORCH ØSTERHOLT

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 inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Bønn (ikon)

Vi ber ikke om utskrifter

Forklaringer, diagnoser, prosedyrer

Vi ber ikke en gang om over-

Bevisninger

Vi ber om å bli sett

Av en annen

Vi ber om et ansikt



(Mehren, 1998)

Takk

Jeg vil først og fremst takke pasienter og ansatte ved akuttpsykiatrisk sykehusavdeling der prosjektet ble gjennomført.

Jeg takker pasientene for at de ville snakke med meg slik at jeg kunne få innblikk i det at de anser at medmenneskelighet har den største betydningen for gode møter.

Jeg takker de ansatte for at jeg fikk komme og fikk se hvordan de har det nå. Jeg fikk oppleve og se både humor, varme og samhold.

”Mine briller” fra ”min tid” på nitti-tallet må justeres. Det jeg fikk øye på nå peker i god og fornyet retning.

Jeg takker ledelsen ved Psykiatrisk Sykehusavdeling SSHF for tilgang til feltet. Jeg vil spesielt uttrykke takknemlighet til mine nærmeste ledere for vedvarende oppmuntring og støtte.

Til slutt vil jeg takke min alltid nærværende og inspirerende veileder førsteamanuensis Inger Beate Larsen ved Universitetet i Agder. Hun har vist meg og lært meg om hva akademia kan bety. Jeg takker for hennes bidrag til min fornyede innsikt i hvordan kunnskap kan føre til det å tenke på nytt.

10. Mai 2010

Hilde Borch Østerholt

Sammendrag

Tittel/undertittel:

Hva er egnethet?

En kvalitativ studie av gode møter i en akuttpsykiatrisk sykehuspost.

Hensikt:

Studiens hensikt er å øke kunnskapen om og tydeliggjøre begrepet egnethet i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Hva kjennetegner talentfulle ansatte, og hvordan ønsker pasienter og ansatte å bli møtt? Fokus er pasienters og ansattes beskrivelser av gode møter. Det er de gode eksemplene som skal løftes fram. Gjennom klargjøring av vesentlige faktorer i feltet, skal kunnskap om gode møter og egnethet komme fram.

Teoretisk forankring:

Studien tar utgangspunkt i en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme og har et kvalitativt design.

Metode:

Metoden bygger på deltagende observasjon/feltarbeid og kvalitative intervjuer av til sammen åtte pasienter og ansatte i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Analysen har fulgt en kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater:

Funnene viser at relasjon går foran metode. I relasjoner speiles samtidig humanistiske verdier og faktiske realiteter som myndighetspålagte krav. Medmenneskelige faktorer spiller den grunnleggende rollen for gode møter og egnethet. Funnene bekrefter at forskning må åpne for pasienters egne historier og kunnskap. Studiens materiale peker videre på den betydningen kontinuerlig refleksjon over egen yrkesutøvelse har. Psykiatrien som et spenningsfelt, kan tross dets dilemma, likevel romme verdier som respekt og medmenneskelighet. Diskusjonen i studien viser til kompleksiteten i feltet, og illustrerer samtidig en samfunnsmessig sammenheng.

Konklusjon:

Egnethet kan vises i krevende, men likevel gode møter. Funnene bekrefter den nytteverdi som både pasienters og ansattes praktiske kunnskap og erfaring har.

Nøkkelord:

Gode møter, egnethet, relasjoner, medmenneskelighet, psykiatri, spenningsfelt

Summary

Title/subtitle:

What is suitability?

A quality study of good meetings in an acute psychiatric hospital ward.

Purpose:

The purpose of this study is to increase the knowledge about and to clarify the concept suitability in an acute psychiatric hospital ward. How are the gifted member of staff, and how do patients and employees wish to be met? The focus is the patients and employees descriptions of good meetings. The good examples are to be put in the front. By clarifying the important factors in the field, the knowledge of the good meetings will appear.

Theoretical basis:

This study is founded on a phenomenological-hermeneutic frame of understanding and has a qualitative design.

Method:

The method is based on participating observation/fieldwork and qualitative interviews of all together eight patients and employees at an acute psychiatric hospital ward. The analysis has followed a qualitative content analysis.

Results:

The report describes the discovery that the relations between people are more important than the methods. In relations are both humane values and fact based realities mirrored like demands from the government. Factors of human compassion play the basic role for good meetings and suitability. The findings show the necessity of the opening in research, for the patient's own stories and knowledge. The materials of this study also points out the importance for employees to do continues reflection concerning one's own professional performance. The psychiatric hospital as a field of tension, in spite of its dilemma, might contain values like respect and human compassion. The discussion of this study clarifies the important factors in a society context.

Conclusion:

Suitability might be shown in demanding, though good meetings. The results certify the utility value of the practical knowledge and experience of patients and employees.

Keyword: Good meetings, suitability, relations, humanity, psychiatry, field of tension

INNHold

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Generelt om psykisk helsearbeid, psykiatri og egnethet	2
1.3 Hensikt	6
2.0 PROBLEMSTILLING	7
3.0 TIDLIGERE FORSKNING	9
4.0 TEORETISK UTGANGSPUNKT	12
4.1 Humanismen som teoretisk bakteppe	12
4.2 Kunnskap i handling	14
4.3 Den reflekterte praktiker	16
5.0 METODOLOGI OG METODE	18
5.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv	18
5.1.1 Hermeneutikk og fenomenologi.....	20
5.1.2 Kvalitativ metode	21
5.1.3 Feltarbeid/deltakende observasjon og intervju.....	21
5.2 Planlegging av prosjektet og tilgang til feltet	23
5.3 Gjennomføring av prosjektet	26
5.3.1 Om tillit.....	26
5.3.2 Om informasjon og utvalg	28
5.3.3 Tilstedeværelsen	29
5.3.4 Min egen posisjon i feltet	32
5.4 Analyse	34
5.5 Analyseprosessen	35
5.6 Validitet i kvalitative intervjuer	38
5.7 Metodiske begrensninger og utfordringer	40
5.8 Forskningsetiske overveielser	41
6.0 PRESENTASJON AV FUNN	44
6.1 Funn fra gruppa med pasienter	45
6.1.1 Meningsbærende undertema og nøkkelord.....	45
6.1.2 Meningsfortetninger basert på alle pasient-intervjuene	46
6.1.3 En litterær meningstolkning av gode møter.....	47
6.2 Funn fra gruppa med ansatte	47
6.2.1 Meningsbærende undertema og nøkkelord.....	48
6.2.2 Meningsfortetninger basert på alle ansatte- intervjuene	49
6.2.3 En litterær meningstolkning av egnethet.....	51
6.3 Fortolkning av funn	52
6.3.1 Det fysiske miljøet	54

6.3.2	Kunnskap med betydning for gode møter.....	56
6.3.3	Hvordan merkes/vises egnetheten	57
6.3.4	Ansattes egen sårbarhet	58
6.3.5	Hva er gode møter og egnethet.....	61
7.0	DISKUSJON	64
7.1	Gode møter i psykiatrien.....	64
7.1.1	Humanisme som fundament for gode møter og egnethet	65
7.1.2	Politiske føringer og økonomiske rammer.....	66
7.1.3	Utøvelse av det gode skjønn med egnethet.....	68
7.1.4	Faglighet og sårbarhet.....	69
7.1.5	Oppsummering av diskusjonen	72
8.0	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	73
	LITTERATURLISTE.....	76

Liste over vedlegg:

1. Skriftlig bekreftelse på tillatelse fra Psykiatrisk Avdeling SSHF
2. Godkjenning fra Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning
3. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt, del 1. Feltarbeid
4. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt, del 2. Intervju
(Forespørslene er utarbeidet og godkjent etter krav fra REK)

Nummererte bokser i teksten:

1. Grunnleggende elementer ved personlig egnethet..... 5
2. Plan for feltprosjekt/spørsmål til drøfting..... 24
3. Temaguide..... 25
4. Pasientenes opplevelser av gode møter og egnethet..... 45
5. Ansattes opplevelser av gode møter og egnethet..... 48

Figur i teksten:

- Gode møter og egnethet..... 63

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Denne studien tar utgangspunkt i en akuttpsykiatrisk sykehuspost og handler om egnethet slik den kan komme til uttrykk i gode møter mellom pasienter og ansatte. Den aktuelle posten er en av fire akuttposter ved Sørlandet Sykehus.

I det videre vil jeg først si noe om bakgrunnen for studien før jeg presenterer problemstillingen og gjennomføringen av studien.

Mitt første møte med psykiatrien var et møte med en sentralinstitusjon langt nord i Norge. Det var min første jobb som pleiemedhjelper og sommervikar i 1972.

Bygningskomplekset var enormt og det ble derfor brukt sparkesykler for å komme seg fra en post til en annen. Det meste på stedet var på den tiden preget av den profesjonelle distansen. De ansatte skulle ikke snakke om personlige eller private tema og alle gikk i hvite uniformer.

Men det var noen unntak; spesielt engasjerte ansatte hadde tilbudt seg og fått lov til å dra opp på fjellet sammen med noen pasienter for å fiske laks i elvene. Dette fikk jeg være med på. Det var dager med menneskelig nærhet. Disse kontrastene vekket min interesse.

Mange år senere på en akuttpsykiatrisk sengepost hvor jeg var ansatt, spurte jeg noen kolleger om hva de mente var viktig for å kunne møte mennesker som er i et psykotisk kaos. Viktige elementer som de uttrykte var; respekt, tillit, humor og et sterkt ønske om å være medmenneske samtidig som man er profesjonell. På denne tiden så jeg for meg at vi i framtida kunne få et samfunn hvor psykotiske og ikke-psykotiske mennesker lever naturlig ved siden av og sammen med hverandre. I et slikt samfunn vil toleransen være stor og de som befinner seg i en psykose vil kunne få den tiden de trenger for å kunne gjennomleve sin virkelighet. Deres opplevelser vil da ikke bli betraktet som spesielt mystiske, men fenomener som kan oppfattes som alminnelige menneskelige erfaringer. Er vi på vei dit nå? Både ja og nei.

Vi har fått *Opptappingsplanen*¹ *Pasientrettighetsloven*² og brukermedvirkning som ansees som viktig. Samtidig har vi fått evidensbegrepet, og vi begynner nå å se hva det kan komme til å bety for den videre utvikling. Men det har også vokst fram sterke brukerorganisasjoner, og det er engasjerte fagfolk i alle deler av helsetjenestene og i utdanningsinstitusjonene.

Noen av de ansatte er spesielt egnet. De er etterspurt i stillingsannonser og blir gjerne fanebærere i endringsprosesser. Hva kjennetegner disse? Peter F. Hjort (2009) sier han vil ha ”grepa” sykepleiere. Han mener ”grepet” kjennetegnes av kompetanse, engasjement og trygghet, både på det faglige og menneskelige plan.

Dette og alle årene med direkte pasientkontakt og mange kloke kolleger har inspirert meg til et ønske om å finne mer ut av hva fenomenet *egnethet* er. I de årene jeg jobbet på akuttposten så jeg de gode møtene mellom pasienter og de ansatte som hadde et spesielt lag med det å legge til rette krevende situasjoner på en god måte.

Nå ønsket jeg å komme tilbake til posten 10 år etter for å se mer på dette med *egnethet* som det er min antakelse at fortsatt fins om enn på andre måter, i andre situasjoner og med andre mennesker.

1.2 Generelt om psykisk helsearbeid, psykiatri og egnethet

Under dette punktet vil jeg si noe generelt om psykisk helsearbeid, psykiatri og dernest kort noe overordnet om hvordan *egnethet* kan knyttes til dette. Begrepet psykisk helsearbeid er relativt nytt. Det ble introdusert i forbindelse med

¹ St.prp.63 (1997-98) omtaler opptappingsplanen for fremtidige satsningsområder for psykisk helse. Satsningen skal resultere i både kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I følge opptappingsplanens verdigrunnlag skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. St.prp. 63 blir i teksten videre omtalt som *Opptappingsplanen*.

² LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter. Lovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp og gi pasientene rettigheter. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helsetjenesten og ivareta respekten for den enkeltes liv, integritet og menneskeverd. Loven blir i teksten omtalt som *Pasientrettighetsloven*.

Opptrappingsplanen og omleggingen fra fagspesifikke helse/sosialfaglige videreutdanninger til en tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid på slutten av 1990 tallet.

Bøe og Thomassen (2007) forstår psykisk helsearbeid som et samlebegrep for den faglige og praktiske innsatsen i møte med mennesker med psykiske lidelser. De sier også at: "Psykisk helsearbeid omfatter alle mulige arbeidsformer og tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse" (Bøe og Thomassen, 2007,s.18). Samtidig setter de etikken og dialogen først. Gjennom dialogen kan våre virkeligheter møtes. De viser også til at målet for dialogen kan være ny forståelse.

Ny forståelse kan være med på å gi mening til endringsprosesser. I dialogen får språket en særlig betydning. Det profesjonelle språket kan i mange sammenhenger skape dominans og dermed avstand i møtet mellom mennesker. En person som leter etter seg selv i en psykose kan lett gå seg vill i det å skulle forholde seg til akademiske og vanskelige ord samtidig. Godt psykisk helsearbeid kan være med på å gjøre det uforståelige mer forståelig.

Jeg har selv i min egen yrkeserfaring i sykehus, oppfattet at det er ulik oppfatning og ulik bruk av begrepet psykisk helsearbeid i spesialisthelsetjenesten. Noen ansatte mener at pasientene pga alvorlighetsgraden ved de enkelte lidelsene trenger mer spesialisert behandling enn det man oppfatter som psykisk helsearbeid. For de som mener dette kan det være riktig å omtale den behandlingen som blir gitt i sykehus for psykiatrisk behandling. Den medisinske spesialiteten psykiatri fungerer fortsatt der som et paraplybegrep med blant annet psykologiske behandlingsmetoder, psykiatrisk sykepleie, ergoterapi, fysioterapi og/eller miljøterapi under seg. Slik er tjenesten organisert hierarkisk med den medisinsk faglige leder som den øverste faglige ansvarlige. Samtidig kan andre tenke at psykisk helsearbeid og psykiatri overlapper hverandre også i et sykehus. Mange av de virksomme elementene i miljøterapi vil for eksempel være like nødvendige i sykehus som i boliger og motsatt.

Dette er viktige spørsmål som kunne vært problematisert. Spørsmålene berører kun ytterkanten av min problemstilling og blir derfor ikke videre belyst. I denne studien ser jeg etter egnetheten slik den kommer til uttrykk i konkrete møter uavhengig av type profesjon eller behandling. Likevel er jeg interessert i å få vite om hva som har hatt eller kan få betydning for tilrettelegging av gode møter. Da kan det tenkes at både hvilken type kunnskap, ferdigheter og holdninger/verdier hos ansatte spiller en rolle. Likeledes kan det antas at både bygningsmessige og strategiske planmessige/organisatoriske påvirker det hele. Det psykiske helsefeltet er komplekst med komplekse problemstillinger. I noen sammenhenger kan det være hensiktsmessig å bruke begrepet psykisk helsearbeid, i andre sammenhenger begrepet psykiatri. Jeg vil derfor bruke begrepene psykiatri og psykisk helsearbeid om hverandre avhengig av hva det gjelder.

Mitt utgangspunkt er at egnetheten er bundet til konteksten. Det at egnetheten omtales som personlig gjør at den fort kan oppfattes tvetydig. Samtidig kan det være riktig å peke på grunnleggende elementer som kan vises i gode møter og som hver enkelt ansatt må forholde seg til, og på en personlig og bevisst måte. Disse grunnleggende elementer har paralleller til holdninger/verdier hentet fra yrkesetiske retningslinjer, og finnes også i sykehusets eget verdigrunnlag som; *respekt, faglig dyktighet og tilgjengelighet* (SSHF, 2003). Bevissthet og diskusjon omkring verdier skaper holdninger, som gjenspeiles i handlinger. Gjennom egen kritisk refleksjon og veiledning fra andre vil de grunnleggende elementene til en viss grad kunne læres og videreutvikles som en del av en stadig pågående prosess.

Statens Helsetilsyn bruker begrepet psykisk helsevern om det totale psykiske helsefeltet og har i sin utredning *Kompetansebehov i psykisk helsevern* (2001) beskrevet personlig egnethet som en del av den individuelle kompetansen. Helsetilsynet mener oppgavene innen psykisk helsevern er av en slik art at de medfører store utfordringer og at det derfor er naturlig å diskutere egnethet i forhold til disse. Helsetilsynet beskriver følgende grunnleggende elementer:

Grunnleggende elementer ved personlig egnethet

En grunnleggende evne til selvinnsikt og selvrefleksjon, og å nyttiggjøre seg denne i sitt arbeide. Dette innebærer en viss forståelse av hvordan en selv er/fungerer/oppfører seg, hvordan dette innvirker på andre mennesker og en viss evne til å reflektere over slike forhold. I tillegg innebærer dette at en også er i stand til å vurdere sin egen kapasitet og kompetanse og egne begrensninger

En grunnleggende evne til å skille mellom egne og andres behov. Dette for å sikre at en ikke forsøker å dekke egne behov gjennom pasientene.

En grunnleggende evne til etisk refleksjon. Dette innebærer at en til en viss grad kan reflektere over de verdier og holdninger som styrer ens egne valg og handlinger.

En grunnleggende evne til innlevelse/empati, til å sette seg inn i andres tenkemåte og følelsesliv handlinger.

Evne til å holde ut avvisning over tid.

Evne til å tåle usikkerhet og at man ikke alltid har klare svar eller kan løse pasientens problemer.

Evne til å holde ut egen frustrasjon uten å reagere på umodne måter eller med aggresjon.

Evne til å se på samarbeide som en prosess.

Stabilitet i relasjonelle forhold.

(Statens Helsetilsyn, Utredningsserien 4:2001, s. 19.)

Boks nr. 1

I tillegg knytter Helsetilsynet generell basiskompetanse, relasjonell kompetanse og samarbeidskompetanse til egnethetsbegrepet.

Haugsgjerd et al. (2006) skriver om det personlige element, og at det er gitt lite ressurser til den plassen dette temaet trenger. Han sier det må utvikles i skjæringspunktet mellom teori, praksis og personlige forutsetninger. Med andre ord kan kanskje egnethet innenfor psykisk helsearbeid/psykiatri betraktes som en syntese av de ulike komponentene som utgjør kunnskapsgrunnlaget for utøvelsen av de ulike fag.

1.3 Hensikt

Studiens sentrale hensikt er å øke kunnskapen om og tydeliggjøre begrepet egnethet i en psykiatrisk akuttpost. Hovedvekten ligger på pasientenes beskrivelser og opplevelser mens de er innlagt i en akuttpsykiatrisk sykehuspost, men også på hvordan de ansatte vurderer egnethet. Studien ønsker å løfte fram de gode eksemplene. Tanken er at pasientenes beskrivelser av de gode møtene vil bidra til kunnskap som kan knyttes til egnethetsbegrepet. Ved å få tak i meningene til innlagte pasienter vil studien kunne tilføre behandlingsapparatet viktig kunnskap basert på erfaringene til dem det gjelder.

I en tid hvor brukermedvirkning er et faneord, er det av største betydning at dette ikke bare blir ”ord”, men at pasientenes stemmer blir lyttet til der de er.

Brukermedvirkning betyr å styrke pasientenes innflytelse i sin egen behandling.

Da vil pasientenes autonomi bli satt i fokus (Storm, 2009). I denne studien kan brukermedvirkning forstås som pasientenes bidrag til et forskningsprosjekt.

Samtidig blir det nødvendig å undersøke hva de ansatte legger i

egnethetsbegrepet. Dette for å se behovet for videre utviklingsarbeid.

Hovedhensikten med studien vil derfor bli; å gi et bidrag til de endringsprosesser som er en forutsetning på veien mot en stadig bedre praksis. Det kan innebære å identifisere kunnskap som kan beskrive generelle forhold både ved egnede ansatte, egnede bygningsmessige forhold og gode møter. Problemstillingen blir da som følger i neste kapittel.

2.0 Problemstilling

Da begrepet egnethet er et mye benyttet begrep både i stillingsannonser og i diskusjoner i det praktiske liv, blir det viktig å spørre dem det gjelder om hvilke egenskaper og ferdigheter en person som er egnet til å jobbe innen en akuttpsykiatrisk sykehuspost bør inneha.

Prosjektet retter søkelyset mot pasienter og ansatte i posten. Min antakelse er at egnethet viser seg som kunnskap i handling og at egnethet er mangfoldig, nyansert og situasjonsbestemt. Derfor er opplevelsen av det likedan.

Når pasienter og kolleger har fortalt meg om noe, eller jeg selv har hatt opplevelser som har gitt sterke inntrykk, kan det ha vært det som blir omtalt som skjellsettende tilfeller. Det vil si noe som setter et skille eller skaper en endring. Slik jeg oppfatter det, kan slike hendelser øke forståelsen for og utvide perspektivet i forhold til de fenomener vi står overfor.

Et eksempel på dette er hvordan min forståelse for fenomenet psykose utvidet seg i møte med en kvinne for mange år siden:

I mitt møte med den psykotiske kvinnen, så jeg hvordan hun lette etter seg selv. Hun gikk fram og tilbake mellom speilet og en bok om Marilyn Monroe. Blikket hennes vandret mellom boka som lå oppslått på bordet, speilet og meg. Språket hennes var nesten borte, og hun var alene med angsten og spørsmålet; hvem er jeg egentlig? All hennes psykiske energi ble brukt til å forsøke å kontrollere det indre kaoset som ble skapt. Langsamt og forsiktig fant vi fram til en måte å kommunisere på. I begynnelsen var papiret og blyanten bindeleddet mellom oss. Senere gjenoppdaget hun språket; som var veien å gå for å finne tilbake til seg selv (eksemplet er anonymisert).

Hendelser der de involverte opplever en endring i forståelsen av det som skjer, ønsker jeg å se nærmere på. Hva var det som skjedde akkurat i denne situasjonen? Hvordan ble ting gjort? Hva tenkte og følte de som var der? Hva var annerledes? Hva var det de ansatte gjorde som hjalp?

Min antakelse er at nærhet er det første som er nødvendig for å kunne se og forstå slike fenomener. Denne nærheten har de som er der, nemlig pasienter og ansatte. Problemstillingen blir derfor:

Hva er egnethet i en akuttpsykiatrisk sykehuspost og hvordan beskriver pasienter og ansatte dette?

Fordi mitt utgangspunkt er at begrepet egnethet er kontekstuel, må jeg bli fortalt om og selv kunne se etter konkrete hendelser som har gjort inntrykk på pasienter og ansatte. Tanken er at refleksjon over slike hendelser fører til en type forståelse som kan medføre i stadig større grad gode møter mellom pasienter og ansatte. Jeg ønsker derfor at blant annet følgende spørsmål skal bli belyst i studien:

1. Hva kjennetegner gode møter mellom pasienter og ansatte?
2. Hva betyr det fysiske miljøet for gode møter?
3. Hvilken kunnskap trenger ansatte for å kunne bidra til gode møter?
4. Hvordan vises/merkes egnethet i gode møter?

Fordi min antakelse er at egnethet er bundet til konteksten, er det nødvendig å studere egnethet i den helheten der det oppstår, nemlig i de konkrete hendelsene i posten. Derfor ønsker jeg å se og høre om disse hendelsene med egne øyne og ører.

3.0 Tidligere forskning

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for noen eksempler på tidligere forskning som lar seg relatere til egnethet i psykisk helsearbeid generelt og psykiatrien spesielt.

Søk i UIA`s tilgjengelige databaser gir ingen treff på kombinasjonen psykisk helsearbeid og egnethet. Med det utgangspunkt at egnethet kommer til uttrykk i relasjoner og kontekst, søkte jeg derfor på relasjoner, dialog og holdninger/verdier. Her finner jeg tema som har fokus på hjelperens innstilling, troverdighet og som kan knyttes til problemstillingen i denne studien. Jeg vil nå beskrive eksempler på tidligere forskningsprosjekter med relevans for problemstillingen i denne studien.

Det første eksemplet jeg vil nevne er prosjektet *Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus* (BAT) som strakk seg over perioden 2006-2008. Dette prosjektet har først og fremst kartlagt holdninger til tvang, bruken av den og utforskning av alternativer i akuttposter ved norske sykehus. Hovedrapporten BAT (Sintef, 2008) viser interessante funn i forhold til hva og hvordan veien bør bli videre. Det vektlegges økt fokus på kommunikasjon og relasjonsbygging i møte med pasientene. Det anbefales å bruke tid til samtale for å øke tryggheten og på den måten skape tillit som et fundament for en god allianse. Behandlingsrelasjonen bør komme foran konkrete teknikker og metoder. Det grunnleggende menneskesynet må speile omsorg, ekte nærhet og genuin interesse. Følgende sitat er hentet fra den samme hovedrapporten:

Personalets personlige egnethet til å arbeide med psykiske lidelser blir dermed sentral og mer overordnet enn noen undervisningstimer (Sintef Helse, 2009, s. 49).

Det anbefales også at det satses på å styrke personalets kompetanse i forhold til det å måtte tåle stor grad av uforutsigbarhet og sterke følelsesuttrykk. Denne kompetansen vil kunne økes gjennom regelmessig refleksjon. Delrapporten (BAT) fra Vestfold HF viser blant annet til økt kartlegging av holdninger/verdier og egnethet ved ansettelse. Der har man utarbeidet en egen intervjuguide for dette, som har fått betegnelsen *Rett person på rett plass*.

Det neste eksemplet er en masteroppgave i psykisk helsearbeid (Stensrud, 2007). Den handler om virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser. I sammendraget vises det til at relasjonen mellom personale og pasienter er grunnleggende i virksom miljøterapi. I denne relasjonen vil personalets faglige kompetanse og personlige egnethet være avgjørende. I anbefalinger for videre forskning pekes det på fem områder som kan være med på å danne grunnlag for ny forskning. Det ene av disse fem knyttes til det som kalles personlig egnethet og det fremheves at miljøterapi krever en fingerspissfølelse som omfatter sensitivitet og empatisk evne og som blant annet kan dekke begrepet egnethet.

Det tredje eksemplet er en doktorgradsavhandling (Karlsson, 2004) som inngår som delprosjekt i *Prosjekt Undervisningsavdeling*. Dette var et fireårig (1999-2002) samarbeid om forskning og fagutvikling mellom et psykiatrisk sykehus og Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og sosialfag. Avhandlingen retter seg mot systematisk forskning og videreutvikling av personalets kompetanse i en psykiatrisk akuttpost. Akuttpostens personale ønsket å utvikle spesiell kompetanse knyttet til omsorg for pasienter med stemningslidelser. I resultatene vises det til spenningsfylte motsetninger og dilemmaer. Personalet reflekterer over omsorgsrelasjonens kraft og muligheter. Denne relasjonen er grunnleggende for et samarbeid mellom pasienter og ansatte. Respekt, omsorg og tillit preger den medmenneskelige omsorgsrelasjon. Det understrekes at det er forskjell på det å ha en teoretisk forståelse og det å ha erfart møter med mennesker. Relasjonens utgangspunkt kan være sårbart fordi pasienten ofte er der mot sin vilje. Et annet temaområde i denne avhandlingen er kalt faglig medmenneskelighet. Det er her de største utfordringene med å møte mennesker i en mani, befinner seg. Det pekes på at verdier som medmenneskelighet, respekt og likeverd utfordrer skillet mellom det å være fagmenneske og det å være medmenneske. Gjenkjennelsen av det fellesmenneskelige kan redusere forskjellen mellom pasient og fagperson. Likhetene i relasjonen kan da oppleves å være større enn forskjellene og det kan skje et møte menneske til menneske. Dette kan bety at man kan komme nær hverandre følelsesmessig og bli berørt. Denne nærheten kan gi en åpenhet som

ellers ikke ville vært mulig. Samtidig utfordrer denne åpenheten forståelsen av hva profesjonalitet er og bør være. Dette er spørsmål som kan handle om egnethet.

Til slutt vil jeg nevne Borg og Topor`s bok *Virksomme relasjoner* (Borg og Topor, 2007). Den omhandler bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser og boka bygger på studier gjennom flere år. Det siste prosjektet var en gruppe på 15 personer med schizofrenidiagnose som ble intervjuet om deres erfaringer. Forskerne ønsket å gi et særlig bidrag i forhold til hvordan disse pasientenes erfaringskunnskap forholder seg til bedringsprosesser og hvordan denne kunnskapen kan passe sammen med fagkunnskapen. Det er særlig innholdet i begrepet *en annen profesjonalitet* som jeg har lagt merke til og som jeg mener har relevans i forhold til temaet *egnethet*.

Historien om Susanne i Borg og Topor`s bok illustrerer *en annen profesjonalitet*. Susanne forteller om hjelperen som blir der når han kunne gått sin vei. Det handler om å bli valgt og bli gitt tid. Susanne føler seg utvalgt og betydningsfull.

Hverdagslige hendelser kan få ny mening, og ofte er det bare små avvik som skaper endring. Et spørsmål som ble stilt var; *hva var det som gjorde at du følte deg respektert?*

Susanne svarte; jeg tror dels det var at han tok seg tid til å sitte ned og prate med meg og dels, når andre ting hendte på avdelingen, så ba han andre ordne det, for nå skulle han være hos meg, liksom (Borg og Topor, 2007, s. 53).

Borg og Topor beskriver også et annet viktig tema som kom fram i intervjuene, nemlig gjensidighet. De fant at gjensidighet kan skapes på mange måter, men de konkluderte med at grunnlaget må være at det er den ansatte som har evne til å se noe annet og mer enn bare pasienten hos den personen han/hun skal hjelpe. Denne formen for profesjonalitet er noe jeg vil ha med meg når jeg skal tolke funnene fra de gode møtene mellom pasienter og ansatte. Tidligere forskning handler ikke om egnethet direkte, men omhandler tema som har eller kan få betydning for forståelse av hva kunnskap om profesjonalitet er eller bør være.

4.0 Teoretisk utgangspunkt

Dette kapitlet skal omhandle hva jeg har valgt som et teoretisk bakteppe og samtidig hvilke teorier som mer spesifikt kan danne utgangspunkt for en diskusjon av denne studiens problemstilling.

4.1 Humanismen som teoretisk bakteppe

Det teoretiske bakteppet som jeg har valgt er humanismen, og som jeg også knytter til valg av metode i kapitel 5. Jeg har latt meg inspirere av danske Steen Wackerhausen og hans bok *Humanisme, profesjonsidentitet og uddannelse i sundhedsområdet* (2002). Humanismens tidløse holdninger og fordringer er respekten for det enkelte subjekt.

Jeg vil nå først peke på noen essensielle spørsmål som han reiser. Senere i diskusjonen i kapitel 7, vil jeg se på om det er noen sammenheng mellom spørsmål han reiser, problemstilling og funn i min studie.

Wackerhausen stiller blant annet følgende spørsmål: Hva vil det si at helsevesenet er humanistisk? Når er en helsearbeider humanistisk i sitt møte med pasienten? Er humanismen tilstede i det psykiske helsefeltet? Han stiller også det betimelige spørsmål om empati bare er et middel, en slags retorisk humanistisk ”glasur”. Hensikten er først og fremst å nå et bestemt mål og bygger nødvendigvis ikke på humanistiske verdier.

Wackerhausen går så langt at han uttrykker at Vestens tradisjonelle helsevesen har bygd på et fundamentalistisk sykdomsbegrep og at denne fundamentalismen har materialisert seg i eksempelvis diagnoser og behandlingsmanualer. Resultatet av dette er at pasienten har en objektiv sykdom.

Denne forestillingen bygger på at sykdommer kan defineres i deres eget objektive rom på et vitenskapelig grunnlag, uavhengig av og atskilt fra de samfunnsmessige og kulturelle forhold som mennesket befinner seg i, historisk og verdimesig.

På dette grunnlag kan sykdommer beskrives, studeres og gjøres til gjenstand for intervensjoner og det uten referanse til menneskets intensjoner, eksistensvilkår,

kulturelle tilknytninger og verdigrunnlag. Wackerhausen sier med dette at ”den hodeløse pasient” er født.

Wackerhausen sier at i motsetning til dette, er det humanistiske sykdomsbegrepet åpent og kultursensitivt. Det anerkjenner tverrkulturelle fellestrekk. Han sier at sykdommer i dette perspektivet først og fremst er et fall eller sammenbrudd i den enkeltes handlingskompetanse fordi mennesker eksisterer ikke bare som legemer. Mennesket eksisterer også i en betydningssammenheng. Sykdommer er langt mer enn bestemte tilstander i individets legeme. Sykdommens fenomenologiske og betydningsmessige dimensjoner må også respekteres og anerkjennes for at en humanistisk sykdomsbehandling og humanistisk solidaritet kan utfoldes og realiseres (Wackerhausen, 2002).

Hvordan kan denne dannelsen til humanismen skje? En dannelsesprosess som fortsetter langt utover den formelle utdannelsesetid. Humanismen fordrer et opplyst engasjement for å nå målet om økt humanisering av praksis. Humanismens fordring er også fordringen om en løpende selvrefleksjon underveis. I et humanistisk perspektiv er helseprofesjon ikke kun et arbeide, men det vil også være å etablere og fastholde et faglig etisk perspektiv. Helseutdanningene må tilrettelegges på en måte som gjør at studentene blir tvunget til å reflektere over seg selv og over forholdet mellom seg selv og andre, noe som vil kreve evnen til å sette seg i andres sted og se seg selv gjennom andres øyne (Wackerhausen, 2002).

Dette synet samsvarer med grunnleggende elementer ved personlig egnethet vist i boks nr. 1 (Statens Helsetilsyn, 2001).

For å finne mer konkrete svar på hvordan dannelsen til egnethet kan skje, vil jeg bevege meg bort fra det teoretiske bakteppet og se etter andre teoretikere som mer spesifikt kan belyse det spørsmålet denne studien stiller: *Hva er egnethet?*

4.2 Kunnskap i handling

Slik jeg ser det, vil egnethet være et kjennetegn på den reflekterte praktiker og jeg vil i det videre lene meg først og fremst på det Molander (1996) og Schön (1987) har sagt om kunnskap og refleksjon i handling.

Utgangspunktet mitt er at egnethet først og fremst kommer til syne i relasjoner og kontekst og at det viser seg som *kunnskap i handling* (Molander, 1996).

Kunnskap i handling er i følge Molander (1996) den levende kunnskapen, kroppens kunnskap. Den er i stadig bevegelse i en veksling mellom innlevelse og distanse, mellom reaksjon og refleksjon, mellom del og helhet og mellom tillit og kritikk. Han sier om denne bevegelsen at den har en dialogisk struktur som har røtter både i klassisk filosofi og moderne hermeneutikk.

Denne levende kunnskapen fordrer en spesiell type oppmerksomhet i handling som innebærer en åpenhet mot verden. Denne oppmerksomheten er en sentral, bærende del av kunnskap i handling. Den trenger å trenes opp og holdes ved like. Oppmerksomheten trenger veiledning og samtidig en åpenhet for det ukjente.

Molander oppsummerer sin kunnskapsteori om *kunnskap i handling* ved å peke på ulike *spenningsfelt og vekslinger* i disse og som tar form av en stadig uavsluttet dialog. Kunnskap og kunnskapsdannelse kjennetegnes av en veksling mellom ”polene” i følgende spenningsfelt:

1. Del-helhet
2. Innlevelse/nærhet-distanse
3. Kritikk-tillit
4. Handling-refleksjon

Det første spenningsfeltet handler om at *kunnskap i handling* krever oppmerksomhet i hver del og samtidig en forståelse av helheten. Dette lærer man seg i en hermeneutisk bevegelse³.

Det neste spenningsfeltet dreier seg om innlevelse/nærhet og distanse. Det kan handle om å stå for sin egen handling og kunnskap og det å åpne seg for andre. Samtidig kan det handle om nærhet og distanse i forhold til et annet menneske. En liknende veksling møter vi i all mellommenneskelig kunnskap. Dette er en type kunnskap som vi finner når vi studerer nærmere de prosessene som skjer i og mellom folk under krevende forhold. Denne tråden blir videreført i diskusjonen i kapitel 7.

Det tredje spenningsfeltet handler om kritikk-tillit. Det er bevegelsen og spenningen mellom bekreftelse og dermed tillit, og utprøving og dermed kritiske spørsmål. Om kritikken tar fullstendig over, kan det føre til splitting og tingliggjøring. Kritikk uten tillit kan fortære både personer og kunnskap. Kritikk med tillit kan derimot føre til økt innsikt, forståelse og personlig vekst.

Det fjerde og siste spenningsfeltet omtaler handling-refleksjon. De tidligere nevnte spenningsfelt eksisterer både i handling og i refleksjon. Vekslingen mellom "polene" i spenningsfeltene er grunnleggende for innlæring og kunnskap i handling. Hvordan kan vi vite når vi skal veksle mellom refleksjon og handling? Molander (1996) vektlegger oppmerksomhet og læring. Innsikt i spenningsfeltene gjennom oppmerksomhet leder oss videre.

Spørsmål omkring disse spenningsfeltene utdypes videre i fortolkningen av funnene i denne studien.

³ Den hermeneutiske bevegelse eller sirkel beskrives også i kapitel 5.

4.3 Den reflekterte praktiker

Molander (1996) bygger sin teori på Schön (1987) og hans begrep *refleksjon i handling*. Schön (1987) påpeker at det fins en tillitskrise i profesjonsutdanningene; at den kunnskap som forskere formidler finner praktikere lite nyttig. Derfor sier Schön at spørsmålene om teoretisk og praktisk kunnskap trenger å bli snudd på hodet. Hva er det studentene trenger å lære mest? Hva kan de lære av kunst? Begrepet kunstner kan brukes på en praktiker som på en helt usedvanlig måte er i stand til å tilpasse seg en uventet situasjon preget av høy grad av uforutsigbarhet. I utdannelsen for utøvende kunst er alt knyttet til praksis. En ledetråd er *Learning by doing* (Nerland, 2006). En student kan ikke bli fortalt hva han skal gjøre, bare veiledet i forhold til hva.

Schön (1987) sammenlikner prosessen som en kunstner gjennomgår i sin utdanning med en person som skal skolere seg i psykoanalyse. En slik terapeut må være en aktiv lytter og kunne være i stand til å finne mening i det som pasienten presenterer. På samme måte mener Schön (1987) at psykoanalytisk veiledning og en reflektert praksis kan forstås som parallelle sider av samme sak.

Knowing-in-action er begrepet han bruker om spesielt kompetente praktikere og deres utøvelse i konfliktfylte situasjoner i praksis. Han omtaler denne kunnskapen som dynamisk i motsetning til kunnskap om fakta, regler og teorier som han omtaler som statisk.

Reflection-on-action er begrepet han har reservert for en vanlig situasjon som gir et uvanlig resultat. Vi begynner å tenke nytt omkring resultatet uavhengig om det er godt eller dårlig. Det avgjørende er at resultatet er overraskende. Det kan igjen føre til at vi reflekterer/tenker tilbake på det som har skjedd.

Skillet mellom disse to begrepene er utydelig. En erfaren utøver tilpasser seg fenomenenes variasjoner. Refleksjon over handling og refleksjon over refleksjonen utgjør også et skille. Det siste vil ha form av en metarefleksjon.

Schön (1987) konkluderer med at det er de kompetente praktikere som kan fornye og forbedre praksis. Dette kan bare gjøres som gjentatte refleksjoner over praksis.

Nå i 2010 er det bred enighet om at pasienten også er en selvfølgelig bidragsyter til denne forbedringen.

John Lundstøl (2008), som er norsk filosof, omtaler Schön`s *kunnskap i handling* som *viten i handling*. Han mener det dekker omtrent det samme som Polanyi`s begrep stilltiende eller taus kunnskap. Polanyi (2000) skrev om det nærmest uforklarlige når vi gjenkjenner ansikter. Vår gjenkjennelse er umiddelbar. Et ansikt er unikt og skiller seg fra alle andre. Dyktige leger snakker om at de kan ha opplevd å vite hva pasienten feiler i det øyeblikket vedkommende kommer inn døra til kontoret deres.

Refleksjon i handling kan beskrives som en form for forskning i praksis og den kan ha som mål å utvikle teorier om de aktuelle handlinger. Nerland (2006) beskriver også epistemisk refleksivitet og forklarer hvordan det dreier seg om å reflektere over kunnskapens vilkår og frambringelse. For praktikerer vil det innebære å se sin virksomhet i et større perspektiv. Hvilket verdigrunnlag bygger virksomheten sin praksis på? Hvilken betydning har det for måten man utfører sitt yrke på?

De teoretiske linjene fra Schön, Molander og Nerland, og videre gjennom Wackerhausens bakteppe, mener jeg kan trekke noen "røde tråder" gjennom min studie. Stikkordene er dialog, refleksjon og kunnskapsdannelse. En særlig styrke ved de overnevnte teoretikere som gjør mitt valg lett, er deres vektlegging av hvor og hvordan kunnskapsdannelsen oppstår og får gyldighet i det praktiske livet og da gjerne på en akuttpsykiatrisk sykehuspost.

Min tanke blir derfor også at refleksjonen er selve "limet" som binder de ulike kunnskapselementene sammen og som utøves i en helhet som kan kalles egnethet.

settes inn i en betydningssammenheng og at mennesket må forstås på egne premisser og at det er livsverden som konstituerer mennesket.

Kunnskap forstått i dette perspektivet er relasjonell og kontekstuellet betinget og man anerkjenner at det finnes ulike former for kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap vil være sentral. Eksempler på psykologiske tradisjoner som vil befinne seg under dette perspektivet er blant annet psykoanalysen, humanistisk psykologi, eksistensialistisk psykologi, kommunikasjonsteori og selvpsykologi (Haugsgjerd et al., 2006).

Det understrekes at denne fremstillingen er forenklet og at det råder en viss uklarhet omkring de valgte eksemplene. Det kan tenkes at for eksempel psykoanalysen og selvpsykologien i større grad hører hjemme i dynamisk psykiatri og de dermed ligger nærmere det medisinske enn det humanistiske perspektiv. Her vil det være glidende overganger og man kan med fordel tenke at flere perspektiver kan overlape hverandre med det resultat at de beriker hverandre. Ved å utvide horisonten skapes bredere og dypere forståelse enn når man opprettholder skarpe skiller mellom ulike perspektiver.

I den humanistiske tradisjonen vil psykiske lidelser bli sett i sammenheng med det enkelte menneskes liv og erfaringer. Psykiske lidelser kan derfor også kunne forstås som overlevelsestrategier (Haugsgjerd et al., 2006).

Humanismen har tradisjoner tilbake til Italia på 1500 tallet. Den kom som en motreaksjon mot datidens ortodokse kristendom. Humanismen inkluderte de gamle greske frihetsidealene. Noen av humanismens grunnleggende prinsipper er at mennesket i prinsippet anses som fritt, og at en absolutt sannhet ikke finnes. Mennesket er et bevisst og opplevende vesen som selv erfarer virkeligheten.

Det finnes heller ingen absolutte verdier. Det betyr at et menneske er verken godt eller vondt, men det skaper sine egne verdier. Det er ikke gitt en felles og menneskelig natur. Mennesket er et individ som er udelelig og særegent. Dette er det menneskelige kjennetegn. På den måten blir forskjeller mellom mennesker mer interessante enn likheter (Haugsgjerd et al., 2006).

Mennesket og dets livsverden hører til humanvitenskapene. Det humanistiske vitenskapsidealet framholder den humanvitenskaplige metode, som også kalles hermeneutisk og/eller fenomenologisk. Disse danner overskrift over neste kapittel.

5.1.1 Hermeneutikk og fenomenologi

Hermeneutikkbegrepet ble først brukt på 1600 tallet i forbindelse med tolkning av bibeltekster. Den tyske filosofen og psykologen Wilhelm Dilthey (1833-1911) utviklet hermeneutikken som vitenskaplig metode innenfor de humanistiske fagene. Dilthey mente at disse fagene er forstående og ikke forklarende som naturvitenskapene. I hermeneutikkens lys betraktes mennesket som et handlende subjekt der handlingene er tillagt mening. På bakgrunn av denne forståelsen har hermeneutikken formulert en metode for erkjennelse for de humanvitenskapene som studerer mennesket. Metoden kalles den hermeneutiske spiral eller sirkel (Haugsgjerd et al., 2006).

I terapeutisk sammenheng betyr dette at terapeuten er aktivt deltakende i å frambringe kunnskap om meningssammenhenger. Denne prosessen preges av et samspill mellom tolkning av deler og nyansering av helheten som fører fram til en forståelse. På den måten skapes forståelsen gjennom en kontinuerlig bevegelse fram og tilbake mellom helhet og delene i et forsøk på å få delene til å passe sammen i et meningsbærende mønster (Haugsgjerd et al., 2006). Denne formen for kunnskapsdannelse kan være like anvendbar i forskning.

Fenomenologien er den andre filosofiske tradisjonen som har preget humanistisk forskning sterkt. Dens grunnlegger regnes for Edmund Husserl (1859-1938). I fenomenologien er man opptatt av å studere et fenomen slik det viser seg, slik det er gitt. Bevisstheten er menneskets kilde til å sanse som en aktiv prosess. I 1936 utviklet Husserl den fenomenologiske metoden. Metoden er en særegen form for refleksjon der man konsentrerer bevisstheten om hvordan ting framstår for ens egen bevissthet og ikke hvordan tingene framstår ytre sett. Fenomenologien er opptatt av å komme i direkte kontakt med virkeligheten framfor å konstruere abstrakte teorier (Haugsgjerd et al., 2006).

5.1.2 Kvalitativ metode

I dette kapitlet blir særtrekk ved kvalitativ metode belyst kort og generelt mens jeg i de neste to kapitlene vil gjøre rede for mine to valgte tilnærminger spesielt. Slike metoder brukes ofte til å få en dypere innsikt i opplevelser og samhandling mennesker i mellom. Metodene kan gi fyldige data i små utvalg hvor det er gjort lite forskning fra før.

Når forskningsspørsmålene betinger et tillitsforhold mellom forsker og informant, kan kvalitative metoder være spesielt egnet. Samtidig vil det innebære spesielle utfordringer i forhold til relasjonen mellom forsker og informant. Forskeren bruker seg selv som informant og vil være i direkte kontakt med dem han får førstehåndskunnskap fra. Da er forskerens nærhet og sensibilitet spesielt viktig. Dette er viktige tema som blir belyst mer inngående flere steder i denne studien. Det finnes etiske dilemmaer gjennom hele prosessen, både i planleggingen, gjennomføringen og i det å skulle fullføre framstillingen av studien (Thagaard, 2006).

5.1.3 Feltarbeid/deltakende observasjon og intervjuer

Mitt feltarbeid innebærer tilstedeværelse i en akuttpsykiatrisk sykehuspost hvor den erfaringsbaserte kunnskapen kan forstås i den konteksten forskningen tar utgangspunkt i. Hovedfokuset i denne studien er pasientenes og de ansattes egne erfaringer med gode møter. I tillegg kan feltarbeid gjøre det mulig for meg å kunne observere noen av disse møtene som forsker, og jeg kan få muligheten til å danne meg egne bilder av det som skjer. Dette er av stor betydning, da min antakelse er at et feltarbeid bidrar til et mer helhetlig inntrykk av forskningsfeltet enn hva resultatet kunne blitt i et intervju isolert fra sammenheng og kontekst.

Denne tilnærmingen omtales også som etnografi. Den har sitt utspring i antropologien og den har som mål å beskrive en kultur. Det betyr å møte kulturen på en mest mulig åpen måte. Hele forskningsløpet må arte seg som en reflekterende prosess. I etnografisk forskning er det ofte slik at problemstilling og forskningsspørsmål utvikles eller endres i samspill med forskningsfeltet. Som

regel velger/ønsker forskerne seg til de steder som de vet kan hjelpe dem med å belyse det aktuelle tema (Postholm, 2010).

I denne tilnærmingen kan også intervju inngå som metode. Intervju er vanligvis den datainnsamlingsstrategien som blir brukt ved fenomenologisk og hermeneutisk inspirerte studier. I motsetning til etnografiske studier som er studier av pågående prosesser, vil fenomenologiske studier være utforskning av avsluttede prosesser. Disse kan ikke observeres av forskeren direkte, men måten å få tak i disse opplevelsene er derfor å samtale om dem på ulike måter. I slike fenomenologiske studier vil forskeren søke å utforske et spesielt fenomen på en så åpen og naiv måte som mulig og lete etter en felles essens i forskningsdeltakernes opplevelser (Postholm, 2010).

Feltarbeid er å være sammen med, og studere folk i deres omgivelser, og å observere samhandlinger mellom folk og det å delta selv. Det kjennetegnes i følge Wadel (1991) ved et teoretisk perspektiv som er relasjonelt og prosessuelt. Han sier at en feltarbeider søker etter relasjonelle og prosessuelle forklaringer på menneskelig atferd. Han sier også at det er den metoden som er best egnet til å fremskaffe data om samhandling, og til å utvikle relasjonelle begreper og samhandlingsteorier.

For å kunne få en dypere innsikt i enkelte tema, ble det derfor planlagt å intervju inntil åtte nøkkelinformanter jevnt fordelt på pasienter og ansatte.

Repstad (2007) sier at en måte å velge ut nøkkelinformanter på er å se etter de personene som viser størst interesse for de temaene som studien skal belyse. Utvelgelsen av ansatte fulgte delvis denne logikken, mens utvelgelsen av pasienter ble gjort etter faglige og etiske overveielser i samarbeid med fagfolkene i posten. Dette utdypes nærmere i kapitlet om etiske overveielser og videre i beskrivelsen av gjennomføringen av prosjektet.

I denne studien er det samspill mellom grupper av mennesker som jeg ønsker å få mer kunnskap om. Utvalget vil derfor være de gode møtene og innholdet i disse.

5.2 Planlegging av prosjektet og tilgang til feltet

Tenkt oppstart på feltarbeidet var i begynnelsen av januar 2010 og varighet ut februar. Planleggingen av prosjektet startet våren 2009 etter at tema og problemstilling var godkjent av Universitetet i Agder. Prosjektplanen ble påbegynt og det ble sendt en søknad om godkjenning til REK i slutten av mai.

Dette var samtidig med innføring av ny elektronisk søkerportal i REK. Dette, skulle det vise seg, var noe som medførte datatekniske problemer og som igjen førte til forsinkelser i søkeprosessen. Tilbakemeldingen fra REK kom først i begynnelsen av august. REK ba da om en skriftlig bekreftelse på tillatelse fra feltet.

Tillatelsen på denne kom 02.10.09 (vedlegg nr. 1). Denne ble sendt i god tid før siste godkjenningsmøte i REK før jul som var 09.11.09. Godkjenningen kom fra REK 09.12.09 (vedlegg nr. 2). Først etter at den var kommet var det mulig å gjøre konkrete avtaler med feltet. Til tross for en hektisk førjulstid og romjul i avdelingen ble det mulig å få til en avtale om oppstart 11.01.10.

Forespørslene om deltakelse i prosjektet (vedlegg nr. 3 og vedlegg nr. 4) er utformet etter mal fra REK og godkjent i nåværende form etter deres krav.

På neste side vises planen som ble drøftet med feltet før oppstart.

Denne oversikten ble brukt i planleggingen og drøftingen i forkant av oppstart av prosjektet:

PLAN FOR FELTPROSJEKT/SPØRSMÅL TIL DRØFTING

Prosjektperiode: 11.01.10-28.02.10.

Følge en avtalt tilstedeværelse med:

1. 3 dager pr. uke.
2. Av disse 2-3 kvelder i løpet av perioden
3. Innhold: Være tilstede/delta i daglige aktiviteter/observasjon/skrive feltnotater/planlegge-gjennomføre og etterarbeid i forbindelse med intervjuer.
4. Følge postens rytme og rutiner for tilstedeværelse ved å følge vanlig arbeidstid for dag/kveld skiftene.

Min rolle i dette prosjektet er å være student på masterstudiet. Det er derfor ønskelig med et eget I.D. kort for denne perioden hvor det presiseres et skille mellom studentrollen og sykepleierrollen.

Spørsmål til drøfting:

1. Hvordan kan informasjon til pasienter og ansatte foregå på beste måte?
2. Hva skiller min rolle fra en student i en ordinær praksisperiode?
3. Hva er det naturlig at jeg deltar på og hvor kan jeg oppholde meg?
4. Muligheter for å kunne låse ned sensitiv informasjon.
5. Muligheter for rom/sted til å gjennomføre intervjuer.
6. Bruk av lydbånd i forbindelse med intervjuene.

Boks nr. 2

En endelig temaguide for intervjuene kom først på plass da det nærmet seg oppstart på feltarbeidet. Det skulle imidlertid vise seg at temaguiden ikke bare ble en guide for mine informanter i intervjuene, men like mye en ”styrepinne” for meg selv gjennom hele gjennomføringen av feltarbeidet. Temaguiden så slik ut:

TEMAGUIDE
Følgende tema ønskes belyst gjennom et semistrukturert intervju/samtale. Det stilles i hovedsak åpne spørsmål til disse gitte tema. Temaene omhandler og skal være med på å belyse problemstillingen:
Hva er egnethet i en akuttpsykiatrisk sykehuspost?
1. Gode møter i posten.
Hva og hvordan er gode møter i posten?
2. Postens fysiske miljø.
Hvilken betydning har det fysiske miljøet for gode møter?
3. Kunnskap hos ansatte.
Hva er nødvendig kunnskap hos ansatte?
4. Egnethet.
Hvordan viser egnethet seg? Hva blir lagt merke til når god hjelp blir gitt/tatt imot?
Det er åpent for flere og andre tema som den intervjuede mener kan ha relevans for problemstillingen og derfor ønsker å bringe inn i samtalen. Hvilke konkrete spørsmål som stilles blir tilpasset den enkelte situasjon/intervju, bortsett fra det første som er likt for alle:
<i>Hvordan ville du ønske å bli møtt dersom du kom hit for første gang? Du er pasient og det er kan hende i mot din vilje?</i>

Boks nr. 3

5.3 Gjennomføringen av feltarbeidet

Dette kapitlet vil handle om informasjon og hvor og hvordan observasjonene foregikk. Først vil jeg innlede med å belyse min viktigste erfaring i løpet av tiden på akuttposten. Det var da jeg opplevde å bli vist tillit gjennom å bli fortalt en historie som handlet om bedring.

5.3.1 Om tillit

I feltarbeidet hadde jeg i utgangspunktet tilgang til alle rom og alle aktiviteter. Likevel ble det ikke helt sånn. Jeg konsentrerte mine observasjoner om møteplassen med korridorene, spisesalen, vaktrommet, rapportrommet og til en viss grad innkomstrommet. Bare unntaksvis jeg var inne på pasientrommene og da bare hvis jeg var invitert inn eller hadde noen korte beskjeder å gi. Var det min forforståelse som påvirket disse valgene? Delvis var det nok det, men også tilfældigheter som oppstod underveis. Som da jeg en gang åpnet ytterdøra da det ringte på. Det ble et av de møtene som utdypet og utvidet horisonten for min egen forståelse. En av de skjellsettende erfaringene som kommer når du minst venter det. Jeg skrev i feltnotatene:

En tidligere pasient ringer på døra. Jeg tar imot han. Han skal vente på noen. I mens han venter får han en kopp kaffe. Han ber om en prat. Mens vi sitter der ca. 15 min og venter, forteller han sin historie. Han er åpen og viser tillit og han sier til meg: ”Du skjønner jeg har hatt det så vondt fordi (...) men nå har de som jobber her trodd på min historie og da har jeg begynt å tro på meg selv (...) og dette har jeg begynt å fortelle til andre folk også, så nå får jeg hjelp fra NAV blant annet.” Dette fikk meg til å tenke på at vi må tro på de historiene som blir fortalt fordi det er jo historiene som er livene deres.

Nøkkelordene i dette notatet er tillit, trygghet, åpenhet og det å bli tatt på alvor. Min erfaring ble at feltarbeidet og tilstedeværelsen var av avgjørende betydning for å ha noen mulighet til å komme i en tillitskapende posisjon. Det lille ordet tillit som vi alle tar mer eller mindre for gitt, samtidig som det er helt grunnleggende og en absolutt forutsetning for å kunne skape trygghet i mellommenneskelige forhold.

Grimen (2009) skriver at tillit blant annet bygger på tillitsmottagerens pålitelighet. Han skriver videre om virkninger av tillit og at det gir tillitsmottagere mulighet til maktutøvelse. Indre forbindelser mellom tillit og makt gjør tillitsgivere sårbare. Profesjonelle er avhengige av andres tillit. Tillit skaper relasjoner som også åpner for makt. Asymmetri finnes i samhandling med profesjonelle. De profesjonelle kan være *portvaktene* som kontrollerer tilgangen til det andre trenger (behandling, trygdeytelser og lignende). Helsepersonell trenger andres tillit for å utøve sitt yrke.

Bygger vi en tillitskapende relasjon for at vi skal få det *som vi vil* (gitt den rette behandling eller få utført egne prosjekter)? Har noe av dette vært med på å styre noen av mine valg i dette prosjektet? Hvis det er slik at tillit alltid har et element av makt i seg er nok svaret ja.

Samtidig peker Grimen (2009) på at makten som tillitsgiveren overfører til en annen, for eksempel den tillit som en pasient gir til en lege, kan gi legen handlingsrom til å bruke sin kompetanse.

”Jeg er for makt”, sa allmennlege Nessa på *Schizofrenidagene* i Stavanger (Sædberg, 2009). Han tok et oppgjør med det han mener er en utbredt oppfatning av at makt er entydig negativt. En avmektig behandler er ingen god behandler. Han omtaler to typer makt; statusmakt og kommunikativ makt. Statusmakten er den man har i kraft av stilling og formelt ansvar. Kommunikativ makt er derimot en evne og forståelse til å kommunisere på en overbevisende måte. Han karakteriserer denne makten som dialogisk, preget av relasjonskompetanse og det personlige møtet.

Er denne makten en del av egnetheten? Noe av svaret på dette spørsmålet finnes kanskje i den videre presentasjonen av denne studien.

5.3.2 Om informasjon og utvalg

Skriftlig informasjon i form av prosjektbeskrivelse, informasjonsskriv/forespørsel om deltakelse ble levert enhetsleder av posten rett før jul. I romjulen ble planen for prosjektet, som er nevnt i boks nr. 2 ovenfor, drøftet med ledelsen for posten.

Nødvendig informasjon til de ansatte ville bli ivaretatt av enhetsleder.

Informasjon til aktuelle pasienter ble det avtalt skulle foretas av meg i forhold til de pasientene jeg fikk kontakt med. Den informasjonen hadde jeg tenkt å gi samtidig som jeg presenterte meg for den enkelte for første gang. Jeg tenkte at jeg ikke kunne ha et standard opplegg for dette, men at informasjonen måtte tilpasses den enkelte pasient og vedkommendes situasjon. Utgangspunktet mitt var at jeg ville gjøre dette på en ordentlig måte. Likevel ble det ikke helt som jeg hadde tenkt. I feltnotatene skrev jeg:

I korridoren rett på utsiden av vaktrommet kom det en blid dame mot meg og sa: "Deg har jeg visst ikke hilst på". "Nei", svarte jeg og spurte: "Er du nattevakt?" Den blide dama smilte og sa: "Nei, jeg er pasient". Uff, tenkte jeg. Nå har jeg visst dumma meg ut, og jeg som hadde tenkt å gjøre det så ordentlig. Tenk om ho ikke vil snakke mer med meg?

Jeg så en mann som gikk i den lille stua. Jeg hadde ikke sett han før og tenkte at han må jeg få hilst på og fortalt hvorfor jeg er her. Jeg gikk mot han og sa: "Jeg vil gjerne hilse på deg". "Jeg hilser ikke på folk", sa han. "Men jeg heter Jens". "Det er greit", sa jeg. "Jeg heter Hilde". Jeg tenkte at jeg kan ikke trenge meg mer på. Kanskje det han sa betydde at han ikke håndhilser, men bare sier navnet sitt?

Jeg tenkte om meg selv på forhånd, og tenkte også underveis at jeg på en måte var på besøk her, at jeg var en slags *gjest*, selv om jeg på en annen måte var i "mitt eget hus" fordi i denne bygningen er også min arbeidsplass, selv om den er på en annen post. Hva gjør en *gjest*? En *gjest* vil vel gjerne gjøre et godt inntrykk og vise respekt for det livet som leves her. Jeg skulle ikke ha noe ansvar eller innflytelse på den behandlingen som ble gitt. Jeg skulle bare *være der og observere*.

I forhold til de planlagte intervjuene/samtalene fulgte jeg en fastlagt form for informasjon. De ansatte spurte jeg direkte om de var interessert i å delta, mens det for pasientenes del ble avklart med behandler og enhetsleder på forhånd. Det var tenkt inntil åtte informanter, fire pasienter og fire ansatte. Slik ble det. Pasientene som ble intervjuet hadde alle eller hadde hatt en innleggelse i posten. Felles for dem var at de var ute av eller på vei ut av akutfasen. Gruppen av ansatte var tverrfaglig sammensatt av både miljøterapeuter og ledere. Gruppene med pasienter og ansatte var sammensatt av begge kjønn, til sammen fire kvinner og fire menn.

I forkant av intervjuene hadde jeg en samtale med hver enkelt for å forsikre meg om at innholdet i informasjonsskrivet var forstått. Etterpå fikk den enkelte tid til å tenke over saken og jeg presiserte muligheten for å trekke seg på ethvert tidspunkt. Likeledes at det ikke ville ha noen betydning for en eventuell behandling. Jeg informerte samtidig om ønsket om å bruke diktafon under intervjuene. Det ble begrunnet med behovet for nøyaktige data og jeg presiserte at lydfilene ville bli slettet så fort som mulig. Jeg valgte derfor å transkribere alle intervjuene selv og samme dag som intervjuene var blitt foretatt. Åtte av de tjueen dagene jeg hadde til rådighet ble derfor brukt til arbeid med intervjuene. Alle intervjuene bortsett fra ett ble gjennomført på sykehuset og med opptaker. Et intervju ble utført i forbindelse med et hjemmebesøk. I den sammenhengen valgte jeg av sikkerhetshensyn kun å bruke notater.

Rommene hvor intervjuene foregikk varierte. Noen ganger ble det brukt et samtalerom i posten og andre ganger et kontor i eller utenfor posten. Lengden på intervjuene varierte fra en halv til en drøy time. Temaguiden (boks nr. 3) ble brukt som et utgangspunkt for intervjuet/samtalen. Andre tema kom fram i tillegg. Disse vil jeg komme tilbake til i presentasjonen av funnene.

5.3.3 Tilstedeværelsen

Det falt naturlig å følge rytmene i posten. Jeg ble informert av de ansatte om at dagskiftets varighet var fra kl.07.30 - kl.15.00 og kveldskiftet fra kl.14.30 -

kl.22.00. Dette må jeg følge, tenkte jeg. Jeg førte mitt navn i vaktboka slik at de ansatte skulle vite når jeg kom. Jeg tenkte at det var best sånn, for jeg kunne ikke bare komme og gå som det passet meg. Det ville i så fall lett kunne forstyrre, tenkte jeg. Naturlig tilstedeværelse i daglige gjøremål ville sannsynligvis gi meg anledning til å få et innblikk i gode møter uten å skape for mye unødig ubehag hos pasienter og ansatte.

Møteplassen er det stedet hvor korridorene møtes og hvor menneskene som går i korridorene møtes. Her står *miljømøblene*⁵. *Miljømøblene* kan se ut som om de er eller har vært salongmøbler? Det har jeg ikke spurt om. De er ensfargede og har en ganske fin sjøgrønn farge og er behagelige å sitte i. De er plassert langs veggene i et strategisk ”kryss” hvor alt og alle møtes. Her setter folk seg og prater og venter. Noen leser avisene og noen strikker eller stiller hverandre spørsmål fra spørrebøker. Her spøkes og vitses det. Dette er et fellesrom hvor alle kan oppholde seg hvis de ikke av en eller annen grunn har andre avtaler. En av de første dagene skrev jeg om en hendelse som ble til et godt møte:

På rapporten i morges fikk det faste personalet beskjed av enhetsleder om å trene på TKH (Terapeutisk konflikthåndtering). Det viktigste er å tenke forebygging av konflikter. Det er mye å hente der, på å være bevisst og reflektert. Dette husker jeg jo fra min egen tid på akuttposten; at vi trente på dette. Likevel blir jeg imponert da dette hender på *møteplassen* senere på dagen: En pasient smeller hardt med døra, tramper i gulvet og banner høyt. To av personalet reiser seg fra *miljømøblene*. De nærmer seg pasienten forsiktig fra hver sin side og legger armene rolig rundt vedkommende. Det ser ut som om det skjer automatisk. De snakker med rolige stemmer samtidig som de fører vedkommende inn på rommet. Er dette noe de har trent på? I dag? Det er noe som jeg må få spurt dem om. Hva tenker de om dette? Det går noen minutter og det er noe støy fra rommet, men det roer seg fort. Ganske fort, kanskje 10 min. etterpå kommer pasienten tilbake og setter seg på *møteplassen*. En av de ansatte spør: ”Går det bra nå?”. ”Ja”, er svaret.

I forhold til feltarbeid og innsamling av data er det i følge Repstad (2007) ikke tilrådelig å gjøre bruk av hjelpemidler (notatblokk, lydbånd o.s.v.) i selve felten. Han anbefaler at man organiserer tiden slik at man får skrevet et feltnotat raskest

⁵ *Møteplassen* og *miljømøblene* er navn som jeg har hørt personalet bruke.

mulig etter en observasjon. Han gir flere gode tips i forhold til hvordan skrive notatene, hvordan memorere og registrere.

Det hendte at jeg noterte noen stikkord i løpet av dagen, men for det meste memorerte jeg underveis ved at jeg med jevne mellomrom i løpet av dagen spurte meg selv: Hva har skjedd hittil i dag? Hva tenker jeg om dette? Etter hver dag skrev jeg notater i en dagboksform med fortløpende egne refleksjoner. Dette er fra en av de første dagene:

Det store samtalerommet var en gedigen overraskelse. Et stort rom med mye lys og mange kraftige stoler. Fotografiene på veggene viser lokale steder med mye hav og himmel som det fins mye av her ved kysten. Dette rommet kan vel gi plass til gode og store dialoger? Dette rommet og *møteplassen* er de rommene jeg har lagt mest merke til i dag. Fotografiene ellers i posten er også tatt av den samme lokale fotografen. Bildene inspirerer til samtaletema omkring lokale steder hvor mange kjenner seg igjen. ”Hvor mange bor det på den forblåste øya nå?” er det en som spør. ”Hvordan ville det vært å være ute i havgapet nå?” er det en annen som spør. En tredje som kommer fra en annen kant av landet begynner å snakke om sitt hjemsted.

I løpet av den første uka noterte jeg videre fra møteplassen som var det stedet hvor jeg oppholdt meg mest den første tiden:

Jeg er mye til stede på *møteplassen*. Er det sånn at pasientene søker dit for sosial trygghet og kontakt? ”Det skal alltid være personal tilgjengelig i miljøet,” blir det sagt. Er det for å skape kontakt eller er det for kontroll? Jeg har hørt noen bruke ordet *miljøvakt* og ordet *gangvakt*. Det siste høres unektelig ”vokteraktig” ut, men begge ordene betyr vel det samme? Det er vel ingen som ønsker en vokterrolle? Men det å vokte på kan vel også bety å passe på, å gi nødvendig omsorg som du bare kan gi ved å være tilstede (eller tilgjengelig)? Ved en anledning på *møteplassen* i dag var det en pasient som satte seg for seg selv og gjemte ansiktet med hendene. En av de ansatte *så* det og gikk bort til vedkommende og spurte: ”Skal vi ta en prat?”

Slik sett kunne noe som lignet på overvåkning også vise seg at det innholdt elementer av omtenkstoms omsorg, noe som det skulle senere vise seg ble et av funnene for å tilrettelegge de gode møtene.

5.3.4 Min egen posisjon i feltet

Min rolle da jeg gikk inn i feltet definerte jeg som masterstudent i psykisk helsearbeid. Dette var en ny rolle både for feltet og meg. Dette var en ny type studentrolle, der man ikke så mye skal lære av å gjøre, men mer av å se, undre seg og stille spørsmål. Jeg skulle samtidig prøve ut forskjellige forskningsmetoder og lære av det.

Jeg hadde tenkt og gitt uttrykk for at jeg ikke skulle blande meg inn i behandlingen. Likevel må jeg innrømme at jeg noen ganger ”klødde i fingrene” og det var vanskelig å la være å si noe eller la være å gjøre noe i forhold til behandlingen. Noen få ganger klarte jeg ikke å la det være. Dette har jeg skrevet om i feltnotatene:

Pasienten som nettopp var kommet tok kontakt med meg. Det var en travel dag så jeg tenkte at jeg kan jo ikke bare si: ”Jeg skal bare observere og derfor må du vente på en av de ansatte”. Pasienten skalv i hele kroppen og gav uttrykk for sterk angst. Vedkommende spurte etter beroligende medisin. Ansvarlig sykepleier som ikke var den som hadde tatt i mot pasienten, var tvilende til å be legen om dette. Jeg argumenterte ved hjelp av mine faglige kunnskaper. Det var jo det jeg ikke skulle gjøre.

Før jeg skulle ta fatt på feltarbeidet stilte jeg meg spørsmålet: ”Hvordan skal jeg definere min egen rolle?” Jeg er på en måte en student, men ikke en sånn som de er vant til å ha, ikke en som kommer utenifra, men fra en av de andre postene på huset. En av de første dagene i februar skrev jeg dette:

Det har så langt vært utfordrende, krevende, skummelt, men også veldig spennende. Slik jeg opplever det sjøl så har det mest utfordrende vært usikkerhet i forhold til min rolle. Mest i begynnelsen, tror jeg. Jeg har prøvd å være synlig i posten og snakker mye med personalet og de av pasientene som oppholder seg i fellesmiljøet. De fleste er veldig interessert og spør mye om det jeg holder på med. Det er en god tone med mye humor. Jeg har foreløpig ikke spurt om hvordan personalet synes det er å ha meg der. Det kan jo hende at de synes det er ubehagelig på forskjellige måter og at de ville synes det er pinlig å få et slikt spørsmål. Pasientene er også en slags *gjester* akkurat som meg. Kan det hende at de reagerer mindre på at jeg er der? De kommer og går og må stadig forholde seg til nye folk. Personalet på sin side er jo en del av den faste kulturen her.

Da det nærmer seg slutten på min tid som *gjest* i akuttposten føler jeg meg ikke lenger så mye som en *gjest*. Det var som om noe hadde ”løsnet”. Jeg skrev:

Jeg er ikke helt sikker på hva det er, men jeg tenker det kan være flere ting. Jeg er blitt mer kjent og de menneskene som er her er blitt mer kjent med meg. Flere har spurt meg: ”Skal du snart slutte nå?” ”Hvordan går det med oppgaven din?” ”Får du noe kjøtt på beina?” ”Vi får vel lese den når den er ferdig?” Jeg tenker at jeg gjerne ville snakket med mange flere av både pasienter og ansatte. Kanskje de synes det er rart at jeg bare har intervjuet åtte stykker? Jeg ville jo gjerne vært der lenger. Har jeg virkelig gått fra å være en *gjest* til å bli en *beboer*? Kanskje har jeg kommet for nær fordi det hadde blitt for ubehagelig for meg hvis noen skulle tro at jeg bare bruker ”briller” fra nitti-tallet? Samtidig er det vel sånn at fellesskapet, samholdet og nærheten menneskene i mellom, er livsverden på en slik post. Man må gå inn i den for å møte mennesker. Slik har det vært for meg også.

Jeg har vært fast ansatt på den aktuelle post fra 1990-99. Som sykepleier fra 1990-93 og som psykiatrisk sykepleier fra 1994. Fra 1999 har jeg vært fast ansatt og er det fortsatt, på en annen post/enhet innenfor Sørlandet Sykehus. Jeg har ikke hatt pasientkontakt med den aktuelle posten siden 1999.

Jeg ser at det kan oppfattes problematisk med et tidligere nært forhold til feltet. Noen vil mene at fordi den nødvendige distansen kan mangle, vil det bli vanskelig å få et uhildet overblikk. Samtidig ser jeg at det kan ha sine fordeler å være en av feltet på den måten at man har kjennskap til og forståelse for både organisasjonen og de menneskene som befinner seg der.

Repstad (2007) skriver om å forske på hjemmebane og om hvor lett det er å *bli en av de innfødte*. Det kan forsterke problemet med å opprettholde den nødvendige distansen. Men han sier også at en viss personlig interesse kan være nødvendig for å holde forskningsmotivasjonen oppe. Han understreker samtidig likevel tydelig at det å være på hjemmebane ikke fratrar forskeren hans eller hennes eget ansvar for under hele prosessen å huske på og avveie nøye balansen mellom nærhet og avstand.

Til slutt vil jeg nevne at min forskererfaring er svært begrenset. Derimot har jeg erfaring fra ulike former for fagutvikling og ser nødvendigheten av selvrefleksjon i rollen som forsker. Det har gitt meg en viss trening i det å løfte blikket bort fra det helt nære. Min antakelse er at som forsker er dette noe som er helt nødvendig. Samtidig kan man lett komme i en *outsider posisjon*. Da kan man kanskje komme

til å føle seg utenfor i det daglige livet i posten, noe som kan komme til å skape noen dilemmaer når det gjelder etikk og kvalitet.

Men likevel er det sannsynligvis den distanserte rollen man som forsker først og fremst må ha, og at den må kommuniseres tydelig til de menneskene som er der fra før av. Hvordan dette blir gjort får avgjørende betydning for tillit og dialog som er forutsetninger for gjensidig forståelse og samarbeid.

I kapittel 5.8 vil jeg redegjøre for forskningsetiske vurderinger. Det er særlig aktuelt i forhold til innsamling av data, hvilken type data som samles inn, på hvilken måte, oppbevaring, og bruk av hjelpemidler.

5.4 Analyse

Dette kapitlet innledes med en kort beskrivelse av de analysemetoder som er anvendt. Dernest vil jeg redegjøre for mine valg og tydeliggjøre analyseprosessen og den videre presentasjonen av mitt prosjekt.

Data må fortolkes. Repstad (2007) sier at analyse er den prosessen der man prøver å ordne data slik at vi får fram mønstre som lar seg tolke. I fortolkningen blir datamaterialet vurdert i forhold til problemstillingen i studien. Prosessen er den samme uansett hvor dataene kommer fra. Alle data fra observasjoner, intervjuer og dokumenter blir til slutt tekst. Det må hele tiden skje en korrigerende mellom teori og praksis. Repstad henviser i denne sammenheng til Wadel (1991) som kaller det for en runddans mellom teori og praksis.

Hermeneutikken har sin plass i den kvalitative analysen. Hermeneutikken blir gjerne kalt fortolkningslæren og runddans. Det dreier seg om pendlingen mellom helheten og delene, gang på gang (Repstad, 2007).

Kvale (2001) beskriver analysen/tolkningen som en dialog med teksten og at en rapportering også kan skape en imaginær dialog med et potensielt publikum som kan bli virkelig når funnene publiseres. På den måten vil man kunne oppnå en stadig videre utdypning av meningsforståelsen.

Kvale (2001) henviser til Giorgi som benyttet en fenomenologisk analysemetode basert på *meningsfortetting*. Den empiriske, fenomenologiske analysen har fem trinn: Først leses hele intervjuet gjennom for å få en følelse av helheten. Deretter bestemmes de ”naturlige meningsenhetene” av forskeren. Det tredje trinnet er å finne temaer som dominerer så meningsenhetene blir så klare og tydelige som mulig. Det fjerde trinnet skal omhandle meningsenhetene i lys av studiens hovedspørsmål. I det femte trinnet blir de viktigste emnene bundet sammen til et deskriptivt utsagn. Kvale (2001) understreker at Giorgi med denne metoden forholder seg til den fenomenologiske filosofien.

Den fenomenologiske *meningsfortettingen* har jeg valgt som metode for min analyse. I tillegg vil det være naturlig å benytte seg av en dypere *meningstolkning* for å kunne se på nyanser i både forskjeller og likheter mellom pasienter og ansatte. Til slutt er det tenkt å sette funn og problemstilling inn i et større og mer teoretisk perspektiv.

5.5 Analyseprosessen

Starten for analysen er umulig å tidfeste eksakt. Det har vært en kontinuerlig prosess helt fra prosjektet ble planlagt. Det har underveis vært en gjennomgående tankeprosess hvor det har blitt tatt både metodiske og etiske valg basert på refleksjoner. Først etter at datainnsamlingen ble avsluttet har det vært mulig å oppnå den nødvendige distansen som en analyse krever.

Analysen som jeg nå skal beskrive begynner derfor etter at alle intervjuene er transkribert og tiden for tilstedeværelse i feltet er avsluttet. Arbeidet med *meningsfortettingen* begynte med gjentatte gjennomlesninger av den transkriberte teksten fra intervjuene. Først startet jeg med gjennomlesning av hvert intervju for seg. På denne måten fant jeg essensen i hva hver person hadde sagt og de meningsbærende tema kom på den måten fram. Neste skritt var å samle tekstmaterialet i to grupper, en fra pasientene og en fra de ansatte. Hvilke tema finnes i teksten fra de to ulike gruppene? Hvilke tema kan slås sammen? Derfra

går arbeidet videre gjennom en stadig meningsfortetning og kategorisering videre til tema som dominerte meningsenhetene så tydelig som mulig.

Fant jeg noen svar på de forskningsspørsmålene jeg har stilt? Hva betyr meningen i hva pasienter og ansatte sier? Mener de det samme eller finner jeg noen forskjeller? Er det forskjeller både i type tema og i antall tema? Er det noen forskjell i tiden som blir brukt? Er det forskjell i mengden tekst som genereres? Hvordan stemmer funnene med min forforståelse? Er det noen endring på 10 år?

I forhold til *meningstolkning*; er det pasientenes eller de ansattes stemmer som kommer tydeligst fram? Hva kan i så fall være med på å påvirke dette? Er det metodiske begrensninger som spiller en rolle? Eller er det fordi disse to gruppene har forskjellig utgangspunkt? Hvem er vant til å bli hørt og hvem er vi alle vant til å lytte mest til? Kan det være noe som ikke er blitt forstått? Dette er spørsmål som jeg har stilt i analyseprosessen.

Funnene kom jeg fram til ved å lese og fortette gang på gang meningsenhetene som etter hvert kom fram som tydelige mønster. De fleste av funnene fant jeg ved å stille spørsmål rundt de tema som er definert i temaguiden (boks nr. 3).

Tilleggstemaer som kom fram i intervjuene gjennom analysen av ansattes intervjuer var temaer omkring det å kjenne på egen sårbarhet i et spenningsfelt og samtidig ha behov for å utvikle forståelse av hva det er som skjer i relasjonen mennesker i mellom.

Hovedtemaet som kom fram i løpet av analysen var *relasjoner*. Dette temaet kom tydeligst fram i alle intervjuene, selv om gruppa av pasienter og den med ansatte brukte forskjellige ord. Pasientene brukte dagligdags ord som medmenneskelighet, mens ansatte brukte fagord som relasjonskompetanse. Likevel handler det om det samme: De gode møtene og egnetheten som kommer til uttrykk og som dreier seg om de helende og gode relasjoner.

Dette kan forsvare påstanden om at *relasjon går foran metode*. Det er hverken en overraskende eller en ny tanke. Gjennom den videre presentasjonen vil jeg vise hvordan nyanser omkring temaet *relasjoner* kom fram i denne studien.

I analyseprosessen har jeg anvendt Kvaales (2001) tre beskrevne tolkningskontekster; **1. Selvforståelse, 2. Kritisk forståelse basert på sunn fornuft, og 3. Teoretisk forståelse.**

Selvforståelsekonteksten:

Funnene presenteres fenomennært i kapitel 6, gjennom pasientenes og de ansattes stemmer. Jeg velger å starte presentasjonen med pasientenes stemmer. Jeg presenterer først fem ulike undertemaer fra alle pasientintervjuene (se boks nr. 4. i kapitel 6.1.1).

Jeg har valgt ut nøkkelord som er representative for undertemaene og viser med understrekinger de av nøkkelordene som i størst grad utdyper nyanser rundt hovedtemaet; *relasjoner*. Deretter har jeg konstruert fenomennære meningsfortetninger basert på alle pasientintervjuene relatert til undertemaene. Dette presenteres i kapitel 6.1.2.

Jeg avslutter den fenomennære presentasjonen av pasientgruppa i kapitel 6.1.3 med en litterær meningstolkning fra et av intervjuene. Denne type litterære tolkning er min egen og ble et resultat av en intuitiv forståelse av noe jeg oppfattet som særlig viktig. Denne tolkningen krevde for å bli synlig, at den måtte stå for seg selv. Det var en type funn som vanskelig lot seg kategorisere eller presentere på en analytisk eller strukturert måte.

Den samme fenomennære framgangsmåten blir også brukt for å presentere de ansattes stemmer. Her er seks undertemaer aktuelle.

Kontekst for kritisk forståelse basert på sunn fornuft:

På dette trinnet går jeg noe lenger enn de intervjuedes egne selvforståelser. Tolkningen får derved en bredere ramme enn de intervjuedes egen og her stiller jeg meg også kritisk til det som er kommet fram. Her inkluderes allmenn kunnskap om funnernes innhold og på denne måten berikes og presiseres disse (Kvale, 2001).

I tillegg har jeg valgt å trekke noen linjer bakover til tidligere valgt teoretisk utgangspunkt. På samme måte som jeg veksler mellom en fenomennær og en

teorinær presentasjon av temaene, velger jeg å berike fortolkningen med både sitater fra intervjuene og annen relevant litteratur som har blitt aktualisert i løpet av analyseprosessen. Det siste blir gjort både i denne konteksten og i den neste som er den teoretiske forståelsen.

Kontekst for teoretisk forståelse:

Funnene har generert flere spørsmål. Noen av disse ønsker jeg å belyse. Disse vil jeg løfte til en teoretisk sluttdiskusjon i kapittel 7. Diskusjonen i denne tredje konteksten vil jeg benytte til å diskutere utvalgte temaer av det komplekse feltet som *egnethet og gode møter* befinner seg i. Disse temaene har framkommet i løpet av analyseprosessen og er samtidig basert på hele studien. Det er områder som jeg anser å ha betydning for helhetsforståelsen av det psykiske helsefeltet og som kan peke på noen av de prioriteringene som ligger foran oss. Disse områdene kan finnes mellom det som kan kalles de humanistiske idealer og de faktiske realiteter.

5.6 Validitet i kvalitative studier

I dette kapitlet vil jeg beskrive validitet i kvalitative studier slik det er gitt av Larsen (2009). Denne forståelsen vil jeg anvende i valideringen av min egen studie. Essensen av denne valideringen presenteres avslutningsvis i kapittel 8.

Hva innebærer validitet i en kvalitativ studie? Det vil bety at man har undersøkt det studien er ment å undersøke. Validering inkluderer både håndverksmessige og kommunikative kvaliteter ved undersøkelsen.

Studien må tydeliggjøre en kritisk og reflekterende holdning gjennom hele prosessen. Det betyr å synliggjøre egne tolkninger, eget perspektiv og stille seg selv og gjennomføringen i et kritisk lys (Larsen 2009).

Larsen (2009), som benytter studier til Staffan Larson (2005), understreker at man ikke kan snakke om validitet uten først å ha snakket om kvalitet. Det betyr både kvaliteter i forskningsrapporten som helhet og kvaliteter i resultatene. Når det gjelder kvaliteten som helhet, vektlegges følgende forhold:

1. Perspektivbevissthet
2. Intern logikk
3. Etisk bevissthet

I forhold til kvaliteter i resultatene, vektlegges disse tre forhold:

1. Fyldige beskrivelser
2. Struktur
3. Teoritilskudd

Larsen (2009) har videre redegjort for fem ulike og mer spesifikke validitetskriterier, som er som følger: Diskurskriteriet, Heuristisk verdi, Empirisk forankring, Konsistens og Det pragmatiske kriteriet. Jeg vil kort omtale disse.

Det første som er Diskurskriteriet, handler om forskerens evne til kommunikasjon. Forskeren har makt til å bevege resultatene i egen retning. Det er mulig både å avsløre og tilsløre. Diskursen bidrar til å gi forskningen validitet dersom man viser et bilde det går an å tro på.

Det neste kriteriet, heuristisk verdi, handler om at framstillingen kan gi leseren fornyet syn på praksis. Ikke ved å gjentelle den, men ved å perspektivere den.

Det tredje kriteriet som er empirisk forankring innebærer hvilket forhold det er mellom det virkelige livet og tolkningen av det. Den empiriske forankringen styrkes ved bruk av ulike kilder. Dette kan være bruk av ulike metoder, ulike teorier og i tillegg tolkningslikhet mellom flere aktører. Disse kan være både informanter og forskerkolleger.

Det fjerde kriteriet omhandler konsistens. Studien får konsistens ved så få motsigelser som mulig mellom tolkning og data, det betyr at det finnes en indre form for logikk. Hver bit i puslespillet må stemme for å danne et helt bilde.

Det siste er det pragmatiske kriteriet. Det handler om resultatenes praktiske betydning, en betydning som først kan bli synlig etter ytterligere forskning.

Det er en utfordring å få formidlet en studies validitet til leseren. Larsen (2009) beskriver to måter dette kan gjøres på. Enten som gjennomgående tolkninger og refleksjoner underveis, eller en mer frittstående validering i eget kapittel.

Mitt mål er å ha vist de foran nevnte kvaliteter som gjennomgående tolkninger og refleksjoner. Denne studiens hensikt er som tidligere nevnt å øke kunnskapen om og tydeliggjøre begrepet egnethet i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Hvordan kravene til validering er ivaretatt i denne studien vil også framkomme som en egen vurdering i avslutningskapitlet.

5.7 Metodiske begrensninger og utfordringer

Feltarbeid eller deltakende observasjon byr på sine særegne former for begrensninger og utfordringer og intervjuformen på sine. Både feltarbeid og intervjuer har sine spesielle etiske utfordringer i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Dette utdypes videre i neste kapittel.

I tillegg vil som tidligere nevnt kompleksiteten og nærheten til feltet lett kunne gjøre datainnsamlingen krevende og uoversiktlig. Det må hele tiden tas valg og prioriteringer underveis uten at man ser alle konsekvensene. Ville det blitt et annet resultat om jeg hadde valgt andre typer spørsmål eller valgt å være mer eller mindre deltakende? Det ville det nok, men i denne sammenhengen har også etikken vært en ”styrepinne” for valgene jeg har tatt.

Kanskje har metoden fått en ”slagside” fordi jeg har spurt etter gode møter og ikke de dårlige. Det å spørre etter dårlige møter også ville kanskje vært metodisk mindre begrensende og kunne gitt en større nyansering av resultatene? Å spørre etter dårlige møter er noe annet enn når de dårlige møtene viser seg av selv eller blir fortalt om uoppfordret. De møtene har jeg også sett noen av og hørt noe om, men de får ikke noen plass i denne framstillingen. Å etterspørre ubearbeidede dårlige møter kan tenkes å bli en retraumatisering for noen og ville sånn sett blitt etisk uforsvarlig i denne sammenheng.

5.8 Forskningsetiske overveielser

Det kan være en risiko for at det å spørre etter gode møter og egnethet kan oppfattes som evaluering av egnede og uegnede ansatte. Dette kan tenkes å skape utrygghet hos noen pasienter i forhold til hvem av de ansatte man kan ha tillit til eller ikke. Derfor understrekes det at det ikke er de ansattes egnethet i arbeidet som har blitt vurdert eller evaluert, men det er pasientenes og de ansattes beskrivelser av *den egnetheten som vises, oppleves og hvordan den kan knyttes til gode møter*. I tillegg vil mine observasjoner av gode møter være med på å bidra til å gi et helhetlig bilde. I feltarbeidet har det vært nødvendig med tett samhandling med fagpersonalet. Faglig leder/og eller enhetsleder har sammen med meg vurdert samtykkekompetansen hos pasienter som jeg ønsket å intervju.

Likevel kan det være en risiko for at en pasient kan oppleve ubehag ved en forskers tilstedeværelse. En forsker kan for mange, og kanskje spesielt for pasienter som er innlagt i sykehus representere en autoritet som både ønsker og har makt til å granske andre mennesker. En pasient som er avhengig av mennesker rundt seg vil lett kunne oppleve avmakt. I en slik situasjon er det lett å si ja til noe som man ellers ville sagt nei til (Storm, 2009).

Jeg vil nå gjøre en etisk vurdering av det å ha involvert innlagte pasienter i et forskningsprosjekt. Vurderingen vil omhandle dilemmaer rundt følgende prinsipper:

a) Informert samtykke, b) Respekt for personlig integritet, c) Retten til privatliv og d) Prinsippet om ikke-skade og ikke utnytting.

Jeg vil i denne vurderingen i hovedsak lene meg til Hummelvoll (2008) som beskriver etiske problemstillinger i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske lidelser. Når mennesker er involvert i forskningssamarbeid og spesielt i sårbare situasjoner vil en slik vurdering være aktuell. Opplevelse av psykisk lidelse i form av smerte, angst og spesielt psykose kan gjøre et menneske utsatt. Disse tilstandene kan påvirke det enkelte menneskets kognitive og emosjonelle kapasitet. Samtidig kan det også bety en

undervurdering hvis man tillegger sårbarheten ved å være pasient en kontinuerlig betydning.

Hem (2009) peker også på at evnen til å fatte beslutninger ikke er en stabil egenskap, men at den kan endre seg over tid og vil være avhengig av situasjon og sosiale relasjoner. Som tidligere nevnt er opparbeidelsen av tillit påkrevd for å komme i en posisjon der det er mulig å få innhentet et samtykke. Da kan det fort bli et etisk dilemma i forhold til hvordan man gjør dette. Ville pasientene gitt samtykke uten at de hadde tillit til meg? Sa de ja til deltakelse fordi et nei ville etter deres mening kunne fått mer uheldige konsekvenser? Disse spørsmålene kan jeg aldri få helt sikre svar på selv om alle de spurte gav uttrykk for at de satte pris på å få uttale seg. Den etiske vurderingen kan beskrives slik:

a) Informert samtykke:

Informert samtykke innebærer at deltakerne i et forskningsprosjekt får nødvendig informasjon slik at de vet hva de samtykker til. Informasjonen må omhandle hensikten med studien, plan for gjennomføringen og tenkelige fordeler og ulemper ved å delta i prosjektet. Hensikten med informert samtykke er å styrke den enkeltes autonomi.

Jeg ser at kravet til informert samtykke fra pasienter som er innlagt på sykehus byr på utfordringer. Pasienter som er innlagt i en lukket post, vil i stor grad være prisgitt andre mennesker. En del av det å imøtekomme kravet om informert samtykke var å utarbeide tydelige, men samtidig allment forståelige informasjonsskriv til de aktuelle deltakerne i studien.

Informasjonsskrivene/forespørlene (vedlegg nr.3 og 4) ble gitt til de berørte parter etter at REK hadde gitt sin godkjenning.

I forhold til deltakende observasjon var dilemmaene rundt informert samtykke i større grad problematisk. Hvordan kunne jeg vite at min tilstedeværelse alltid innebar et informert samtykke dersom det ikke til enhver tid hadde vært mulig å få informert alle? Eksemplet som ble nevnt tidligere om Jens som helst ville være i fred, illustrerer situasjoner der kravet til informert samtykke vanskelig kan

oppfylles. Jeg hadde et krav på meg om å informere om hvorfor jeg var i posten, men Jens ville være i fred. Dette var et dilemma og jeg valgte å gå ut fra stua.

b) Respekt for personlig integritet:

Respekt for personlig integritet betyr å ta pasientens signaler på alvor. Dette punktet handler om å respektere pasientens individuelle behov. Dette oppfatter jeg at jeg har respektert. Jeg har enten trukket meg unna eller informert en av de ansatte om situasjonen, som da jeg forlot stua den gangen Jens ikke ville hilse på meg.

c) Retten til privatliv:

Deltakerne i prosjektet har behov for privatliv og må sikres konfidensialitet. Dette har blitt overholdt ved at navn er blitt endret og at annen nødvendig anonymisering blir gjort. Alt materiale er blitt oppbevart nedlåst og vil bli makulert etter endt studie. Lydfilene av intervjuene ble av sikkerhetsgrunner slettet straks etter at de var transkribert.

d) Ikke-skade og ikke-utnyttingsprinsippet:

Jeg ser at et intervju kan komme til å ta form av en fortrolig samtale og at det da kan komme fram sensitiv informasjon. Et forskningsintervju skal ikke være terapi. Likevel kan grensene være uklare.

Samarbeidet og samhandlingen med fagmiljøet har vært en nødvendig forutsetning for forsvarlighet. Faglig ansvarlig/enhetsleder har tatt den endelige vurderingen av den enkeltes samtykkekompetanse.

Omkring dette, og prosjektet i sin helhet har det hele tiden underveis vært en åpen dialog mellom de involverte parter. Det har blitt gitt anledning til individuell støtte av den enkelte, noe som ble benyttet i liten grad. Etter denne etiske vurderingen vil jeg forsvare å ha gjennomført studien. Min antakelse er derfor fortsatt at det å ha sett etter gode møter mellom pasienter og ansatte har medført liten grad av risiko.

6.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funn fra studien og fortolkning av dem. Først presenterer jeg funn fra gruppa med pasienter etterfulgt av funn fra de ansatte og til slutt en fortolkning av dem. Gjennom analysen har jeg dekontekstualisert data gjennom meningsfortetninger og kategoriseringer for å finne meningsbærende tema.

Mens jeg i presentasjonen av gjennomføringen av datainnsamlingen først og fremst illustrerte med sitater fra feltnotater, vil jeg i dette kapitlet presentere funn i hovedsak fra materialet fra den transkriberte teksten fra intervjuene.

Fangen (2004) skriver at ved å kombinere ulike datainnsamlingsteknikker, vil intervjumaterialet lett få forrang som datakilde i forskningspublikasjonen. Mange kan oppleve det som lettere å bruke intervjusitater enn å gjengi observasjoner. Noen vil si at når det er brukt opptaker av lyden i intervjuene, så vil det gjøre dataene i større grad pålitelige. Andre vil si at det er naivt å ha for sterk tiltro til verbale data fra intervjuer, i forhold til samhandlingsdata fra feltarbeid.

Min begrunnelse ligger dels i det som er nevnt ovenfor og dels i kompleksiteten og omfanget av observasjonene. En fullstendig presentasjon av funn fra observasjonene ville sprengt rammene for denne framstillingen.

Jeg vil som omtalt i kapitlet om analyseprosessen først beskrive funnene i en selvforståelsekontekst. Disse vil jeg beskrive i kapittel 6.1.1 og i kapittel 6.1.2.

Funnene beskrives fenomennært og på samme måte fra hver gruppe.

Begrunnelsen for å velge en fenomennær framstilling er at på denne måten vil de intervjuedes egne stemmer høres best. Først presenteres de meningsbærende undertema med nøkkelord i boks nr. 4 og 5, dernest meningsfortetninger basert på alle de intervjuede, men i hver sin gruppe. Begge kapitlene avsluttes med hver sin litterære meningstolkning.

6.1 Funn fra gruppa med pasienter

6.1.1 Meningsbærende undertema og nøkkelord

Temaene i boksen under er basert på alle pasientintervjuene. Understrekninger av nøkkelord viser hva pasientene knytter særlig til hovedtema, som er *relasjoner*.

PASIENTENES OPPLEVELSER AV GODE MØTER OG EGNETHET

1. FYSISK MILJØ

Lyse rom/Hage/Pasientrom/Samtalerom/Soverom/Blomster/Natur/ Renhold

2. NØDVENDIG KUNNSKAP

Fagkunnskap/Livets skole/Praktisk/kunnskap/Pasientens kunnskap

3. HVORDAN VISES/MERKES EGNETHETEN?

Høflighet/Ydmykhet/Vennlighet/Gjensidighet gjennom Kroppsholdning/
Stemme/Øyne og særlig Ansiktsuttrykk

4. GODE MØTER

Respekt/Myndighet/Tid/Medmenneske/Informasjon

5. EGNETHET

Åpenhet/Forutsigbarhet/Tydighet/Ærlighet/Varme/Medmenneskelighet/
Omsorg

Boks nr. 4

6.1.2 Meningsfortetninger basert på alle pasient-intervjuene

Meningsfortetningene som vises under er essensen fra alle pasientintervjuene satt sammen til et utsagn og relatert til de meningsbærende undertema.

1. Det fysiske miljøets betydning er:

Det betyr mye å ha sitt eget rom som soverom og til privatliv. Det beste er at det kommer mye lys gjennom vinduene og at det fins en hage med blomster og trær. Ellers liker jeg å få komme ut i naturen, gå rundt vannet og mate fuglene eller plante blomster i hagen om våren. Når det blir gjort reint og det lukter godt, blir det straks finere. Derfor kan godt reinhold bety mye.

2. Nødvendig kunnskap er:

Det er nødvendig med fagkunnskap. Problemene må defineres. Praktisk kunnskap er det som vi ser blir gjort. Min kunnskap som pasient får betydning når jeg blir tatt på alvor. Det er jeg som kan min egen historie. Den må de ansatte lytte til. Det er helt klart en fordel at også de har gått i "livets skole".

3. Egnetheten merker og ser jeg:

Jeg ser det når de ser ok ut i ansiktet. Jeg ser det på øynene deres. Jeg ser at de ser snille ut. Jeg hører det på stemmene at de ikke er sinte. Jeg får en følelse at de vil meg vel. De hilser på meg. De smiler til meg. Jeg kjenner dem og liker dem. Jeg merker at de tror på det jeg forteller.

4. Gode møter er når jeg:

Blir behandlet med respekt. Det betyr at jeg blir tatt på alvor og får anledning til å bevare min myndighet og blir behandlet som et voksent menneske. Når de ansatte tror på meg og holder avtaler og når jeg ikke må sitte aleine å vente. Når jeg kjenner noen som jeg liker, og som jeg kan stole på, og så det at de har tid til å være sammen med meg.

5. Egnetheten er at:

De ansatte ikke er forutinntatte. De ser på meg som et medmenneske. De er forutsigbare og tydelige. De er ærlige.

6.1.3 En litterær meningstolkning om gode møter

Jeg vil avslutte denne presentasjonen fra pasientene med en litterær meningstolkning av en form for innsikt jeg fikk i forbindelse med et intervju. Det var noe som tilsynelatende var så lite, ubetydelig og nesten usynlig på nært hold. Senere da jeg så det på avstand, samtidig med mye annet, ble det til noe klart, og med en tydelig mening:

Det lille

Det er jo så lite som skal til

Det enkle og det lille

Ble til mine beste møter

Med andre

De andre forstod det

Det trenger ikke være så mye, vet du

Og så kunne jeg igjen bli meg selv



6.2 Funn fra gruppa med ansatte

I boks nr. 5 under, vises de meningsbærende undertema som kom fram i løpet av analysen av de transkriberte intervjuene med de ansatte. Her kom det fram nye tema og spørsmål. De nye handlet blant annet om hva det betyr å forholde seg til andres lidelse over lang tid. Jeg fant her to nye undertemaer som jeg har kalt for egen sårbarhet og veiledning. Hva betyr det å måtte kjenne på egen sårbarhet? Hva er mitt eget og hva er pasientens? Hvordan kan vi utvikle de grunnleggende elementer vi trenger for å være egnet? Disse spørsmålene har for meg blitt interessante. Under vises undertema og nøkkelord som ble funnet i gruppa av de ansatte. Understrekede nøkkelord markerer linjer til hovedtemaet; *relasjoner*.

6.2.1 Meningsbærende undertema og nøkkelord

ANSATTES OPPLEVELSER AV GODE MØTER OG EGNETHET

1. FYSISK MILJØ

Økonomi/rammer/sikkerhet/skjerming/dilemmaer/estetikk/blomster

Kunst/møbler/klær

2. KUNNSKAP

Mangfold/språk/kommunikasjon/relasjoner/psykologiske/prosesser/
menneskekunnskap/psykiatri/sykdom/praktisk kunnskap/

erfaringskunnskap

3. GODE MØTER

Høflighet/respekt/omsorg/folkeskikk/informasjon/valgfrihet/gjensidighet

4. EGNETHET

Talent/kreativitet/kommunikasjon/engasjement/interesse/ydmykhet

Medmenneskelighet/tydelighet/trygghet/forutsigbarhet/refleksjonsevne

Selvinnsikt/nysgjerrighet/menneskeverd

5. EGEN SÅRBARHET

Spenningsfelt/tvang/kritikk/lidelse

6. VEILEDNING

Hjelp/støtte/vekst/forståelse/klokskap

Boks nr. 5

6.2.2 Meningsfortetninger basert på alle ansatte- intervjuene

Jeg vil videre presentere essensen av hva jeg fant i intervjuene fra alle de ansatte. Det vil jeg også her gjøre ved å presentere den samlet som en meningsfortetning basert på alle intervjuene fra ansatte og relatert til de meningsbærende tema som ble vist i boks nr. 5.

1. Betydningen av det fysiske miljøet er:

Det er hele tiden diskusjoner rundt det fysiske miljøet. Det er dilemmaer rundt sikkerhet og estetikk og det er en kamp i forhold til de økonomiske rammene vi har. Mange hensyn må tas når det gjelder utformingen av det fysiske miljøet. Her var det ombygning for noen år siden. Alt ble ikke sånn som vi kunne ønsket oss. Enhetsleders kontor er midt i posten og det er vi veldig fornøyd med. Der står døra nesten alltid åpen og det betyr at vi føler oss velkommen. Vi mener vår egen påkledning også er en del av det fysiske miljøet, derfor er det ikke likegyldig hvordan vi kler oss. Vi er forsiktig med bruk av spesielle symboler som vi vet kan skape sterke reaksjoner. Det var en stund det var moderne med dødninghoder på t-skjorter. Disse var det for eksempel ingen som gikk med på jobb. Vi kler oss litt alminnelig og kanskje litt kjedelig.

2. Nødvendig kunnskap er:

*Kommunikativ kompetanse, noe som innbefatter kompetanse om betydningen av det verbale språket, kroppsspråket og framferd. Relasjonskompetanse og kunnskap om psykologiske prosesser, også kalt menneskekunnskap. Basiskunnskap om sykdom/psykiatri og kunnskap om hvordan samfunnet fungerer. I tillegg er praktisk kunnskap viktig. Alt dette og det du ellers har erfart i livet kan du ta med deg inn i det som blir kalt den profesjonelle kunnskapen. Hvis du skal kunne gjøre en god jobb må du **vite når du skal bruke hva.***

3. Gode møter er:

Når jeg klarer å vise respekt ved høflighet og vennlighet. Når jeg kan tilby mat og drikke og være hos pasienten. Når jeg kan gi et tilbud og et valg. Når jeg kjenner pasienten fra før og vi har et godt forhold. Når jeg kan ta pasienten på alvor. Når jeg kjenner på ydmykhet og pasienten viser meg tillit. Da kan ting "løsne" og det er gode møter.

4. Egnethet er:

Å være talentfull og ha ferdigheter i forhold til å vise respekt ved å ha ydmykhet for at folk har rett til å definere egne plager og at de er et resultat av sin egen historie. Å ha evne til empati og godhet og samtidig være seg bevisst sin egen makt. Å ha en viss personlig trygghet som vises gjennom tydelighet og forutsigbarhet. Å ha en evne og vilje til selvrefleksjon og forståelse for at "egne ting" kan spille seg ut i møtet med andre. Å samtidig ha nysgjerrighet og ønske om innsikt i "egne ting". Egnethet viser seg i praktisk handlemåte gjennom det å være høflig, varm og vennlig. Oppsummert kan det sies at det er mer hvordan eller på hvilken måte enn hva som gjøres.

5. Egen sårbarhet er:

Å være vitne til sterk grad av lidelse over lang tid kan gjøre egen sårbarhet synlig for en sjøl og andre. Å måtte forholde seg til sterke følelsesmessige uttrykk kan gjøre en redd, irritert og sint. Å måtte forholde seg til kritikk fra andre, spesielt fra pressen og føle skyld fordi pasienten har det vondt. Å ønske så veldig å gjøre det som er bra, men ikke klare det og ikke orke det. Det oppleves som å være i et spenningsfelt. Det er da det er lett å kjenne på egen sårbarhet.

6. Betydning av veiledning er:

Det å kunne gå igjennom en situasjon sammen med andre og å lære av det. Det er vesentlig for å kunne utvikle seg. Det betyr å være åpen i forhold til kritikk eller forslag om endring. Egnethet er også evnen til å etterspørre andre: Hva synes du om det og det? Derfor er det viktig å innse at du kan ta feil. Alle har jo vurdert feil. Det må man også kunne innrømme overfor pasienten. På den måten kan du få kunnskap om hvordan du virker på andre mennesker og hvordan de virker på deg. På den måten kan veiledning være med på å bidra til økt forståelse av de psykologiske prosessene som skjer i og mellom folk. Akkurat som relasjonen mellom pasientene og de ansatte kan ha en helende betydning for den enkelte og hele miljøet i posten, vil det samme kunne gjelde for den betydningen veiledning kan ha for kolleger i mellom.

6.2.3 En litterær meningstolkning om egnethet

Til slutt som en oppsummering av denne presentasjonen velger jeg å ta med en litterær meningstolkning av et intervju fra en av de ansatte:

Om egnethet

Egnethet vises i de gode møtene

I de fysiske rommene

Og bygger på

Den kunnskapen vi til enhver tid

Har tilegnet oss og som vi

Mer eller mindre bevisst

Velger å benytte oss av



Den videre framstilling

I den videre framstillingen vil jeg gjøre rede for tolkning av funn. Hva finnes av likheter og samsvar og hva finnes av forskjeller og kontraster mellom gruppene av pasienter og ansatte? Er det noe som ikke fins hos den ene eller den andre gruppa? Jeg har allerede vist i boksene at det er forskjeller mellom temaene hos pasienter og ansatte. Pasientene sier mer om når *egnetheten* vises eller merkes. De ansatte sier mer om hva de tenker at det er. De ansatte er opptatt av egen sårbarhet og behov for veiledning. Jeg undrer meg om noen stemmer er sterkere eller svakere enn andre? Kan det finnes en syntese i tolkningen, og i tilfelle hva forteller den?

6.3 Fortolkning av funn

Funn fra studien tyder på stor grad av sammenfall i opplevelser og erfaringer hos pasienter og ansatte om hva som oppleves som gode møter. Jeg vil nå gå inn i en dypere meningstolkning av funnene i forhold til de ulike nivåer beskrevet av Kvale (2001). Jeg vil tilstrebe å vise nyanser i betydningen av temaene nevnt i kapitlet ovenfor. Tolkningen starter fenomenært for hvert av temaene og beveger seg videre mot fornuft og teorinivå mot slutten. Jeg velger å tolke temaene som er vist under. De er valgt fordi de kan belyse ulike sider av det som pasienter og ansatte har beskrevet som betydningsfulle betingelser for gode møter og egnethet.

Rekkefølgen er valgt ut i fra en tanke om logikk. Det første som møter mennesker når de kommer til et sted er det fysiske miljøet. Det har på mange måter vært noe som har hatt en ”tatt for gitt kunnskap” og har bare ”vært der”. Senere tids forskning har vært med på å sette fokus på betydningen av fysiske rom og menneskers psykiske helse (Larsen, 2009).

Det neste som logisk følger er hvilken kunnskap vi trenger for å utøve egnethet i de fysiske rommene. Når det er gjort, kan det beskrives hvordan vi kan gjenkjenne den. Det neste punktet som er valgt er egen sårbarhet. Her ligger nøkkelen til hvor og hvordan ta fatt på egne refleksjoner og på den måten bli kjent med, utvikle og bevare egne muligheter. Til slutt skal det oppsummeres hvordan pasienter og ansatte beskriver egnetheten og hvordan den og gode møter kan settes inn i det som Kvale (2001) kaller den teoretiske kontekst. Tolkningen vil derfor komme i følgende rekkefølge:

1. Det fysiske miljøet
2. Kunnskap med betydning for gode møter
3. Hvordan merkes/vises egnethet?
4. Ansattes egen sårbarhet
5. Hva er gode møter og egnethet, og hvordan kan det forstås i en større sammenheng?

Før jeg gjør dette vil jeg som en innledning påpeke forskjellen i mengde tekst som vises visuelt i boks nr. 4 og nr. 5. Intervjuene av de ansatte genererte dobbel mengde tekst som intervjuene fra pasientene. Et pasientintervju ble foretatt uten lydband. Likevel, skyldes forskjellen i mengde tekst mest sannsynlig andre forhold.

Kan det tenkes at forskjellen i verbalitet skyldes det fenomenet at pasienter naturlig nok har en annen status enn ansatte? Tidligere er pasienter benevnt som *gjester* og ansatte som *beboere*.

Beboere vil som regel ha stor grad av eierforhold til den konteksten de er *beboere* av. Dermed kan de uttale seg med større grad av sikkerhet om forhold i kulturen som de er en del av. De har ofte utviklet et velutviklet ordforråd, og tar lett og naturlig mye ”plass”. Er *beboere* flinke til å ”rydde plass” til *gjestene* sine? Eller er det **for** uvanlig å tenke på pasienter som *gjester*?

Hvis pasienter er *gjester*, da skal de vel få det beste og bli lyttet oppmerksomt til hva de har å si? Eller er *gjestenes* stemmer bare som en ”hviskning”? Eller er ikke *beboere* trent til å høre hva de sier? Eller oppfattes de som så svekket og syke, at de derfor ikke tenker klart og heller ikke evner å ordlegge seg? Betyr det at brukermedvirkning i en akuttpost er krevende og fortsatt står svakt?

Allerede på slutten av nitti-tallet ble brukermedvirkning lansert som et helsefaglig og politisk tema. I *Opptrappingsplanen* vektlegges brukermedvirkning i det psykiske helsefeltet. Brukeren skal delta i utformingen av tjenestetilbudet og dette skal fremme brukerens selvstendighet og mestringsevne. *Pasientrettighetsloven* har dessuten lovfestet retten til informasjon.

Disse lovbestemte rettighetene som skal verne om autonomi og medbestemmelse, bygger på anerkjente humanistiske verdier. Disse rettighetene står samtidig i et kontrastfylt spenningsfelt der pasienten med hjemmel i andre lover, som *Psykisk helsevernloven*⁶, på vesentlige områder blir fratatt det samme vernet. I dette

⁶ LOV-1991-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Kapittel 3 og 4 inneholder bestemmelser om tvungen psykisk helsevern.

spenningsfeltet skal brukermedvirkning og humanisme bli noe annet enn honnørord. Dette feltet omhandler med andre ord både om ønskelige idealer og hverdagens faktiske realiteter.

Hovedrapporten BAT (Sintef, 2008) får kritikk fra representanter i menneskerettighetsutvalget i brukerorganisasjonene for ikke i tilstrekkelig grad å ta brukermedvirkningen på alvor. Kritikken retter seg mot fraværet av førstehåndskunnskap fra brukerne, og savnet av det de mener er den nødvendige ideologiske diskusjonen omkring grunnlaget for tvang. Denne kritikken fra brukerrepresentantene underbygger kritikken om at det fortsatt er et ”stykke vei” å gå før intensjoner om reell brukermedvirkning er oppfylt.

Påviste forskjeller i meningsinnholdet i funn i min studie kan ha sin årsak av flere grunner. Hovedgrunnen er mest sannsynlig forskjeller i typer agenda og status. Som tidligere nevnt vil status som *gjest* medføre en annen agenda enn for en *beboer*. Hva trenger for eksempel en *gjest* å prioritere, i motsetning til en *beboer*? Hva har den mest betydningsfulle verdi for den ene eller den andre? Dette speiles i funn, hvordan de blir presentert og hvordan de tolkes.

Den videre teksten vil omhandle meningstolkning av tema og undertema som framkom i analysen. Her vises til nyanser i det som er forskjeller og kontraster, men også til nyanser i det som er likheter og dermed sammenfaller.

6.3.1 Det fysiske miljøet

Det første temaet jeg vil tolke handler om betydningen av det fysiske miljøet. De ansatte er først og fremst opptatt av dilemmaer knyttet til sikkerhet og estetikk. Kravet til sikkerhet er stort i en akuttpost, og samtidig vet de ansatte av erfaring at alt som blir gjort i sikkerhetens navn fort får slagsider og paradoksale effekter. Miljøet sikres med sluser og låsing av dører med det mål å skape trygghet for noen. Den samme hensikten kan skape følelser som klaustrofobi og innestengthet hos andre. Miljøet ”scannes” for ”farlige ting”, samtidig som det ikke er mulig å

se alt”. Noen vil mene at det gjøres for mye for sikkerhets skyld, andre vil mene at det gjøres for lite.

Behovet for estetiske omgivelser og naturlige krav om nødvendige utbedringer kolliderer lett med økonomiske rammer og oppleves som enda et dilemma. Det kan være et ønske om å gjøre skjermet avsnitt hyggeligere med nytt inventar. Dette og andre lignende behov er stadig på dagsorden.

Samlet sett ga ansatte likevel uttrykk for at det fysiske miljøet ikke er av det dårligste slaget, og det er når de nå sammenlikner med andre akuttposter i landet. De påpeker likevel nødvendigheten av målbevisst tenkning omkring vedlikehold og utbedringer, for å unngå forfallet som ellers kommer.

Pasientene har også meninger om det fysiske miljøet og den opplevelsen de får av å være der. Selv om pasientene er en slags *gjester* for en kort stund, er de ikke *gjester* som kan komme og gå som de vil. De er prisgitt det miljøet de befinner seg i. Overalt møter de stengsler og låste dører. Hva er det de da setter mest pris på?

Alt som kan minne om frihet. Lys, natur, blomster, hage og et godt reinhold. Alt dette kan bli uttrykk for omtenksomhet og god omsorg. Det å få hjelp til vask av kropp og klær og rom kan nok virke hverdagslig, selvfølgelig og så lite. Det var slike praktiske gjøremål i det fysiske miljøet som jeg oppfattet at hadde betydning for gode møter. Det var når noen av de ansatte gjorde seg ekstra flid med vask av rommene, reining av senger og det luktet av nybakte rundstykker om kvelden.

Som beskrivelsene viser, vil opplevelsen av det fysiske miljøets betydning være mangfoldig, nyansert og ha motstridende behov knyttet til seg. På *en måte* for de som må være der hele døgnet, men drar om noen dager eller uker, og på *en annen måte* av de som kan gå hjem når arbeidsdagen er slutt, men har stedet som arbeidsplass over flere år. Det å være der frivillig eller i mot sin vilje kan bety opplevelser som spenner fra et *fristed* til et *fengsel*. Disse kontrastene illustrerer det komplekse i opplevelser og samtidig det paradoksale og problematiske i det å skulle tolke og analysere dem.

6.3.2 Kunnskap med betydning for gode møter

Det andre meningsbærende undertema som framkom og som jeg vil finne en dypere mening i er hvilken kunnskap som kan anses å ha betydning for gode møter. Pasientene sier at ansatte må kunne prate med folk. Da er det en fordel å ha ”gått i livets skole” for da blir det lett ”mer” å snakke om. Pasientene er også opptatt av at de ansatte må ha greie på psykiatri og ha nødvendig utdanning på området. Ellers kan det fort bli veldig feil. Dette sa en pasient følgende om:

De er avhengig av å vite diagnosen slik at ting ikke blir lagt opp helt feil. Hvis du for eksempel sliter med sosial angst blir det helt feil og plutselig skulle sitte i en stor gruppe å spille gitar (...) derfor er det viktig at de har en grundig utdanning slik at de kan vite hva de snakker om. Etterpå kan de bygge på dette med praktisk erfaring. Det får man jo etter hvert. De ansatte har en krevende jobb. Det kommer jo alle slags pasienter. Det er et hardt psykisk press.

En annen pasient fremhever det å være et medmenneske:

Ja, det er å ha omsorg for en person, for pasienten, høre på pasienten. At en ikke tenker bare; at jeg er så og så utdanna, og kan alt ting. De burde høre litt på en pasient, sånn som meg for eksempel. Etter så mange år har jeg jo kunnskap om min egen sykdom (...) jeg har jo hatt angst i mange år.

Her vises to eksempler på ulike former for kunnskap som pasientene tillegger betydning; fagkunnskaper og det å kunne være et medmenneske. Noen pasienter kaller det å være et medmenneske for *menneskekunnskap*, andre vil kanskje bruke begrep som *relasjonskunnskap*. I det siste sitatet over vektlegges tydelig betydningen av det å lytte til hva pasienten sier, på denne måten; hva er det pasienten formidler av egne tanker om sine plager? Hva slags kunnskap trengs det for å få tak i meningen i pasientens budskap?

De ansattes vektlegging av kunnskap tolker jeg som et funn som dreier mot betydningsfull humanistisk kunnskap; *relasjon går foran metode!* Dette kan bli syntesen. En av de ansatte sier om dette:

Jeg tenker at relasjonen i seg selv har en helende betydning og kraft for mennesket. Jeg tenker nok at det har ikke psykiatrien tatt nok innover seg.

Men så er det jo litt sånn; hvis man tenker at den relasjonen; hva skal vi bruke den til da? Det er jo så mye snakk om allianse og. Altså det at vi bruker bevisste strategier for å få pasientene ”på lag”, slik at vi kan få de dit vi vil. Det er jo kritisert.

Har Wackerhausen rett i at empatien lett kan bli en retorisk humanistisk glasure? Eller betyr det virkelig at kunnskap om det medmenneskelige og relasjonelle er av grunnleggende betydning? Hva betyr dette i praksis?

Kunnskap om egne relasjonelle ferdigheter er ingen lettveit vei å gå og krever kontinuerlig innsats fra den det gjelder. I følge Statens Helsetilsyn (2001) kan grunnleggende elementer (boks nr.1) ved personlig egnethet knyttes til den relasjonelle kompetansen. De viktigste elementene er både evne og vilje til selvinnsett og selvrefleksjon, og det å kunne nyttiggjøre seg av det i sitt arbeide. Samtidig må det finnes en grunnleggende evne til empatisk refleksjon, til å sette seg inn i andres tenkemåte, følelsesliv og handlinger.

6.3.3 Hvordan merkes/vises egnetheten?

Det fjerde meningsbærende undertema fører oss over på hvordan egnetheten kan vises eller merkes. Dette temaet har pasientene sagt mest om. De fleste sier at de ”ser” det på kroppsholdningen, og på ansiktsuttrykket om folk ser ”snille” eller ”slemme” ut. To sitater fra pasientene illustrerer dette best:

Jeg merker det når de ser ok ut i ansiktet (...) jeg ser det i øya på dem. Om de virker koselige og pålitelige.

De må snakke pent og ikke være barske i stemmen eller se skumle ut.

Flere av pasientene sier at de setter pris på når de merker at de ansatte forstår hvordan de har det. En forteller at når hun går på rommet og blir der lenge, kommer som regel kontakten og spør hvordan det går. Det oppleves positivt at noen ”fanger” opp at noen prøver å ”bure seg inne”, og særlig når de viser at de forstår hvorfor. Det merkes når de ansatte tror på det som blir sagt. Da blir det også lettere å merke hva den andre tenker og føler, og man blir bedre kjent. Med

andre ord kan man si at egnetheten vises i konkrete handlinger gjennom måten man kommuniserer på.

De ansatte framhever betydningen av grunnleggende kommunikative evner. Det betyr evne til å oppfatte hvordan ens egen kommunikasjon virker på andre, og etterspørre andre; hvordan var jeg da og da? Det å ha kommunikative evner betyr også å ha en forståelse for at det går an å oppleve ting annerledes. Samtidig må det du viser av deg selv være ekte.

Skau (2008) sier om ekthet og samsvar at det er et spørsmål om kongruens. Et blick eller en gest kan forsterke eller undergrave det vi sier. Vi må være oppmerksomme på våre væremåter eller framferd. For å være kongruent må følelsene være tilgjengelige for oss, noe som betyr å kjenne seg sjøl. Hvis noen blir irritert, sinte eller redde er det bedre å si noe om det enn å forsøke å skjule det.

En nøkkel til kongruens kan være å trene opp evnen til tilstedeværelse, som i positiv psykologi også blir kalt *mindfulness*. Brudal (2006) omtaler dette som en fleksibel bevissthetstilstand der vi er opptatt av det som er her og nå. Denne bevissthetstilstanden kan trenes opp og kan ha en positiv effekt på den empatiske forståelsen vi har av andre.

Jeg vil oppsummere dette kapitlet med å si at egnethet kan merkes og komme til uttrykk på utallige måter. Det som kjennetegner ekte og dermed egnet kommunikasjon er at den forteller den andre hvem du er som person.

6.3.4 Ansattes egen sårbarhet

Med dette går jeg rett inn i det tredje temaområdet som omhandler de ansattes egen erkjente sårbarhet. Sårbarhet er allmenmenneskelig. Det er en del av det å være menneske og synet på det vil prege våre verdier og holdninger. Vi er som mennesker alle sårbare og utsatt for lidelse. Det å anerkjenne og åpne for egen sårbarhet kan øke muligheten for å gjenkjenne den hos andre.

Min vektlegging av dette bygger både på erfaring av egen sårbarhet som ansatt, men også på det å være vitne til og høre om hva kolleger har opplevd. Dette temaet kom fram som et funn hos de intervjuede ansatte. Noen var veldig tydelige på dette, andre var i mindre grad opptatt av det.

En av de ansatte mener det er helt sentralt med veiledning for å bli bevisst på de prosessene som gjør seg gjeldende i folk. Det kan også innebære en slags personlig veiledning i forhold til egne ting. Det illustreres best med følgende sitat fra den samme ansatte:

En ting er at du bruker det du har opplevd i livet, men man bør ha en bevisst holdning til det og hva det betyr i praksis (...) enkelte ting kan jo irritere, gjøre deg redd og sint. Man bør ha en viss nysgjerrighet på disse tingene.

En annen beskriver den vonde følelsen det går an å få når man strever for å hjelpe og gjøre det beste, men at strevet likevel blir misforstått og omtalt av andre som om at man ikke kan noen ting, med den følge at pasientene lider. De sterke etiske dilemmaene ansatte står i på en akuttpsykiatrisk post utfordrer egen sårbarhet. Samtidig vet vi at egen empatisk evne er den viktigste ressursen vi har.

Empatisk evne kan i følge Brudal (2006) læres gjennom spesielle veiledningsprogrammer som tilrettelegger en bevisstgjøring av empatisk kommunikasjon. Her må menneskeverdet være basis for dialogen. Ansatte trenger å bygge ned holdningen av at det er de som ”vet best” og de trenger å bli mer ydmyke for det at pasienten har verdifulle kunnskaper om eget liv. Det må videre vektlegges å gripe de øyeblikkene der ”samskaping av to virkeligheter” finner sted.

Dette er empati. Til dette kreves emosjonell intelligens og refleksjon som kan utvikles gjennom veiledning i grupper. Gruppesamtaler kan bli en form for selvobservasjon.

Ansatte må bli gitt tid og mulighet til å bli kjent med seg selv og andre de samarbeider med. Hvordan kan de ansatte utvikle evne til å tåle uforutsigbarhet, avvísning og sterke følelsesuttrykk? Gruppesamtaler kan fremme motstandskraft eller resilience i form av blant annet økt grad av fleksibilitet over tid.

Brudal (2006) hevder at slik motstandskraft kan betraktes som en buffer mot utbrenthet og at den kan utvikles gjennom tre forhold:

1. Den enkelte blir bevisst egne følelser
2. Den enkelte får anledning til å sette ord på følelser
3. Følelsene blir formidlet til en annen person, eller i en gruppe

En slik motstandskraft kan også bane vei for utvikling av kreativitet. Brudal (2006) beskriver kreativitet som toleranse for paradokser. Det betyr å kunne tåle og forholde seg til motsetninger. Med en slik oppøvd evne kan man tenke seg at nivået av konflikter kan dempes. Går det for eksempel an å være lekende og disiplinert samtidig? Og går det an å legge til rette for gode møter i en lukket akuttpost? Å strekke seg mot humanistiske idealer i det samme øyeblikket som man har visshet om at andre realiteter fort kan bremse det hele. Dette spenningsfeltet som fins i akuttpsykiatrien kan nok både skremme og fascinere.

Sårbarhet kan også omtales som sensibilitet. Etymologisk kommer ordet sensibilitet fra det latinske ordet *sensibilis*, som betyr mottagelighet og følsomhet. Sensibilitet er forstått som en særegen form for innsikt eller forståelse. Denne rommer både innlevelse og etisk bevissthet. Sensibiliteten er en slags åpenhet både for egen og andres sårbarhet. Dette er empati som er betydningsfull både i utførelsen av de konkrete handlinger og i refleksjonen over dem (Grimen, 2004).

Schön (1987) omtaler begrepene *knowing-in-action* og *reflection-on-action* som refleksjoner i og over handlinger. Han henviser i den sammenheng til en kunstner som skaper et kunstverk og hvordan dette krever en særegen form for innsikt. Molander utdyper denne tenkningen ved å peke på at *kunnskap i handling* tar form av en stadig uavsluttet dialog med ulike spenningsfelt og veksling i disse. Grimen (2004) viser på sin side hvordan sensibilitet og refleksjon henger uløselig sammen og utgjør samlet en etisk bevissthet. Min oppfatning er at nettopp den kan danne fundamentet for den type humanisme som er noe annet enn retorisk glaser.

For å bevare, utvikle og benytte den egne sårbarheten/sensibiliteten med dens iboende muligheter for empatiske handlinger trengs det mer enn forståelse. For at

sensibiliteten ikke skal forvitte til handlingslammelse trengs det trening og kontinuerlig veiledning.

6.3.5 Hva er gode møter og egnethet?

Hva er gode møter og egnethet, og hvordan kan det forstås i en større sammenheng? Når jeg skal svare på dette spørsmålet, vil jeg ta utgangspunkt i hva begge grupper av pasienter og ansatte sa. Fokuset skal være der leseren kan få et innblikk i hva gode møter og egnethet kan være. Er det mulig å skape en begrepsmessig/teoretisk sammenheng? (Kvale, 2001).

Disse temaene viser størst grad av samsvar mellom pasienter og ansatte.

Hovedspørsmålet i temaguiden (boks nr. 3) var:

Hvordan ville du ønske å bli møtt dersom du kom hit for første gang? Du er pasient og det er kan hende mot din vilje?

Dette spørsmålet ble stilt til alle informantene. Svarene sier først og fremst noe om væremåte og framferd. Alle ønsker å bli møtt med høflighet, vennlighet og varme. De ønsker å bli sett, informert og ikke bli sittende aleine. Det aller beste er når det blir vist omsorg ved for eksempel at det å bli tilbudt noe så selvfølgelig som mat og drikke.

Egnede ansatte tar ansvar for å legge til rette for gode møter under krevende forhold. Egnede ansatte blir beskrevet som trygge, tydelige og er til å stole på. De viser medmenneskelighet og byr på seg selv som person uten å være påtrengende. De kan faget sitt og hvis de er usikre er de ikke redde for å vise det og be andre om hjelp. De er opptatt av gjensidighet og ser pasienten som en likeverdig person. Til slutt er det nødvendig å understreke at alle kan være eller bli egnet på sitt vis.

Likevel er det noe som kjennetegner de spesielt egnede. Det er evnen til å kunne ta i bruk "limet" eller refleksjonen. Både evnen og viljen til dette må være tilstede.

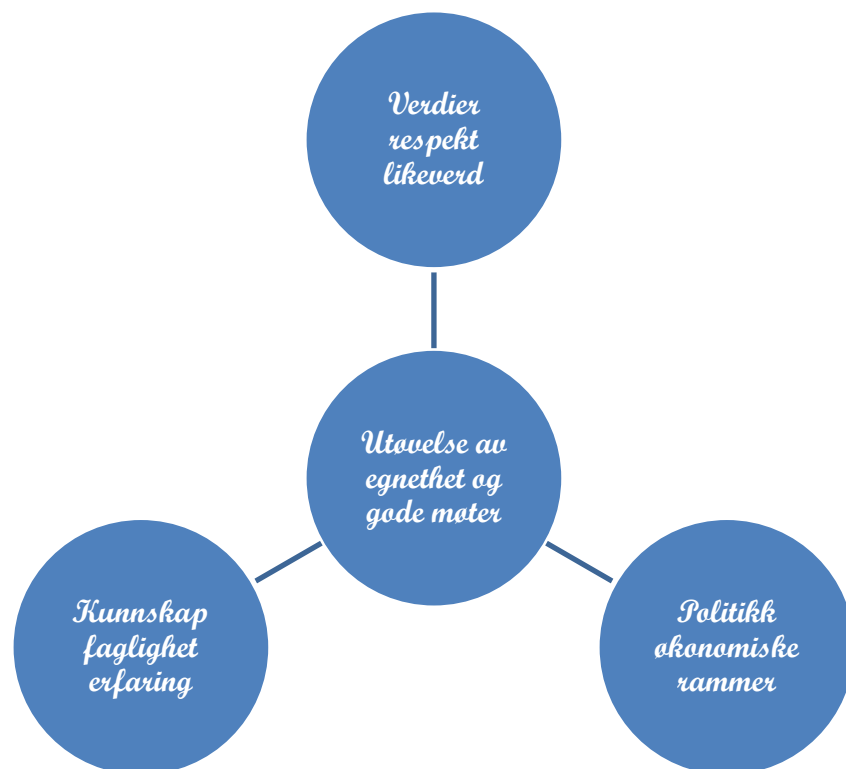
En av de ansatte sa det på denne måten:

Jeg synes du må ha empatien. Men samtidig må du ha evnen til å tenke gjennom det du gjør og hvorfor du gjør ting. Du kan ha utrolig mye empati, men det kan bli mye surr likevel.

I *figuren* på neste side er det forsøkt å gi et samlet bilde av hvordan gode møter og egnethet står i en kompleks kontekst. Egnethet og gode møter står midt i et *spenningsfelt*. Et *spenningsfelt* hvor både idealer som respekt og likeverd og faktiske realiteter som politikk og økonomi møtes. *Figuren* er tenkt som en inngangsport til en diskusjon om hvordan egnethet og gode møter kan få plass i dette feltet. Både pasienter og ansatte var opptatt av medmenneskelighet og gjensidighet som forutsetninger for gode møter, og da kan det tenkes at man er avhengig av et humanistisk perspektiv for å få dette til. Det første spørsmålet er derfor: Hvor eller hvordan står humanismen i dagens psykiatri? Det neste naturlige spørsmålet blir: Hvilken betydning kan det humanistiske perspektivet få for praksis, for verdier og holdninger som speiles i konkrete møter? Til slutt: Er det mulig å oppnå humanistiske idealer og samtidig leve opp til myndighetspålagte krav?

Gode møter og egnethet

Omgitt av kontekstuelle faktorer



Figuren viser den komplekse konteksten i det psykiske helsefeltet.

Midtfeltet handler om utøvelse av egnethet og forutsetninger for gode møter.

7.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere noen utfordringer som ligger i *spenningsfeltet* nevnt foran. Hensikten er å belyse problemstillingen ytterligere. På den måten vil et utvidet perspektiv utfylle svarene på de forskningsspørsmål som studien reiser. Funn som har framkommet vil også være styrende for det som blir diskutert.

Hovedfunnet i studien er *relasjonens* betydning for gode møter og hvordan egnethet synliggjøres i disse møtene. Et viktig undertema er egen *sårbarhet* hos ansatte. Jeg har valgt å ta dette undertemaet med i diskusjonen og det vil handle om sårbarhet og faglighet og hvilken betydning det kan ha for gode møter.

Relasjonens betydning kan sammenfattes i det som også kalles for *menneskekunnskap*. Det handler om hva pasienter og ansatte har beskrevet som medmenneskelighet, gjensidighet, klokskap og erfaring. Dette er kunnskap verdsatt av både pasienter og ansatte og den kan plasseres i det som betegnes som humanistiske idealer. De humanistiske idealer må slåss med de faktiske realiter. Diskusjonen i neste kapittel vil derfor dreie seg om gode møter i psykiatrien og medmenneskelige og samfunnsmessige faktorer som påvirker dem (Norvoll, 2002).

7.1 Gode møter i psykiatrien

Et spenningsfelt mellom humanistiske idealer og faktiske realiteter

De påfølgende punkter under er valgt ut fra en vurdering av hva som har betydning for gode møter sett i en utvidet sammenheng. Nivået for diskusjonen er den tredje teoretiske konteksten tidligere beskrevet hos Kvale (2001). Denne diskusjonen skal illustrere det å "løfte bikket". Samtidig vil jeg understreke betydningen av å "senke" det. Denne vekslingen gir nyttige og forskjellige perspektiver på hvordan og om idealer og realiteter lar seg forene.

I de neste kapitlene vil jeg diskutere verdier i humanisme sammen med nødvendig kunnskap om menneskelighet. Jeg vil også peke på faktiske realiteter som ansattes egen sårbarhet, politikk og økonomi.

Oversikten som nå følger viser områder som skal diskuteres. Rekkefølgen er valgt ut fra en tanke om en bevegelse fra det ideologiske til det konkrete merkbare i det daglige. Idealer og realiteter vil bli omtalt om hverandre under de enkelte områder.

1. Humanisme som fundament for gode møter og egnethet
2. Politiske føringer og økonomiske rammer
3. Utøvelse av det gode skjønn med egnethet
4. Faglighet og sårbarhet

7.1.1 Humanisme som fundament for gode møter og egnethet

På bakgrunn av at humanistiske verdier som respekt og likeverd ble påpekt som en forutsetning for gode møter og egnethet, både av pasienter og ansatte, vil jeg i dette kapitlet at det teoretiske bakteppet igjen kommer tilsyne. Wackerhausen peker på hva ”den hodeløse pasient” kan bety. Det betyr et menneske som er et resultat av en forestilling om at sykdommer kan defineres i sitt eget objektive rom. Et objektive rom uten verdimesig og historisk forankring. Gir det noen mening? Ingen er vel i mot et humanistisk menneskesyn? Men er humanisme noe annet enn et honnørord til bruk i festtaler? Humanismen er som tidligere sagt tidløse holdninger og fordringer og respekten for det enkelte subjekt. Som Wackerhausen (2003) skriver:

Hos Francesco Petrarca (1304-74), finder vi tanken om menneskets *verdighed, dets egenverd, dets positive utviklingsmuligheder og dets relativt åbne og autonome karakter* (Wackerhausen, 2003, s.15).

Har disse tidløse verdier og fordringer noen betydning for gode møter og egnethet? Man kan tenke seg at humanismen kan være tilstede på flere måter, både som uttalte og ikke uttalte ønskelige holdninger, ord og handlinger. Men blir det mer enn ord, festtaler og verdigrunnlag? Er det kun en tynn retorisk glasure? Man sier noe, men gjør noe annet? Ikke av vond vilje, men på grunn av sakens kompleksitet (Wackerhausen 2003). Det er heller ingen garanti for humanisme selv med en ”ytre sett” empatisk kommunikasjon. Selv om det blir vist alle mulige tegn på vennlighet, høflighet og respekt, er det ikke sikkert at empatien stikker særlig dypt.

Wackerhausen (2003) betegner det som mulig ”humanistisk pynt”. Han stiller spørsmål om hvor og hvordan det er faglig forankret. Han kaller dette spørsmålet faglighetens kjerne.

Mennesker lever som engasjerte og levende vesener i en betydningssammenheng. Det er dette pasienter og ansatte også uttrykker. De ønsker å bli sett, møtt og respektert for den personen de selv mener at de er. Derfor er det viktigere å bli møtt med forståelse enn forklaringer. Jeg vil i denne sammenheng henvise til følgende utsagn av Schei (2007), referert av Watne i *Tidsskrift for Den norske legeforening*:

”Forståing i ein praktisk situasjon er ikkje som i matematikk, der sanninga er universell og tidlaus. I menneskelivet er det alltid noko, ofte mykje, som er annleis, ukjent, ope og uvisst” (*Tidsskrift for Den norske legeforening*, vol. 127. s. 3277).

Humanisme er noe som skal inngå i en etisk-faglig beredskap med et ønske om human solidaritet. Det er det levende livets perspektiv. Humanismen er derfor ikke en vitenskaplig disiplin, men en normativ posisjon. Derfor er det viktig for meg å understreke at dette som nå er sagt ikke betyr noen underkjenning av naturvitenskapen, men at det tvert i mot er en anerkjennelse av at mennesket er både natur og kultur.

Mennesket er i denne sammenhengen den høyeste instans. Humanismen er det felles menneskelige. Derfor kan humanismen være et fundament for gode møter og egnethet

7.1.2 Politiske føringer og økonomiske rammer

Hvordan kan politiske føringer og økonomiske rammer påvirke gode møter og egnethet? Politiske føringer har som nevnt i introduksjonskapitlet gitt resultater som *Opptrappingsplanen* og *Pasientrettighetsloven*. I kjølvannet av disse føringer har vi fått en rekke utredninger, rapporter og veiledere. Denne satsningen skulle ha resultert i en både kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser med følger som større grad av åpenhet og brukermedvirkning. Har det blitt bedre? Etter helsereformen der staten gikk inn og overtok eierskapet

og styringen av hele spesialisthelsetjenesten, var det mange som uttrykte begeistring. Nå skulle det bli ”orden” på ting. Hva har skjedd?

Flere stemmer uttrykker etter hvert bekymring og kommer med utsagn som at ”etikk er blitt butikk”. *New Public Management*⁷ fremmer statlig styring og åpner for en mer aktiv og synlig kontroll med prosesser og resultater i helseforetakene. Samtidig har vi fått *evidensen*, her i denne sammenhengen benevnt som *evidensbasert medisin*⁸. Intensjonen har vært å beskytte pasienter mot vilkårlig behandling. Men hva er evidensbasert psykoterapi? Hvilken grad av autonomi gir denne evidensen for praksis?

Hva med innføringen av ny enhetlig ledelse? Ledelse er blitt en egen selvstendig profesjon. Lederen forventes å være lojal først og fremst overfor organisasjonen. Introduksjon av enhetlig ledelse kan dermed øke faren for avstand mellom ledelse og det praktisk-kliniske arbeidet. EBM kan fungere som styringsgrunnlag. Videre kan man skille mellom de effektive og de mindre effektive behandlingsmetoder og ledelsen får dermed hva de trenger for å fatte sine beslutninger (Johannessen, 2004).

Kravene som fulgte med *Opptappingsplanen* var *åpenhet og helhet*. Er svarene på disse kravene NPM og EBM? Jeg kan ikke gi noe fullstendig svar på dette spørsmålet, men den politikken som legger føringene for økonomi, de forskjellige retningslinjer for behandling og organiseringen av tjenestene får helt klart betydning for konkrete møter og de muligheter som gis til ansatte for å utvikle egnethet. Jeg vil i den neste omtalen av spenningsfeltet, peke på andre former for *evidens*, blant annet utøvelsen av *skjønn*.

⁷ *New Public Management*, heretter kalt NPM er enkelt sagt en reformbevegelse som har sitt utspring fra angloamerikanske land og har videre spredd seg over den vestlige verden de siste to tiår. Hovedvekten er på økonomisk effektivitet, markedstenkning, fristilling, økt bruk av kontrakter og økt vekt på brukerhensyn (Johannessen 2004).

⁸ *Evidensbasert Medisin*, heretter kalt EBM, ”best mulig” behandling vurdert etter standardiserte vitenskapelige og samtidig kontekstfrie metoder (Ekeland 2009).

7.1.3 Utøvelse av det gode skjønn med egnethet

Tilretteleggelse av gode møter under krevende forhold forutsetter egnethet og dermed evner til utøvelse av det gode skjønn. Hva er her skjønn med egnethet?

Alvsvåg (2009) skriver at skjønn og kunnskapsbasert praksis ikke er noe nytt. *Evidens* eller kunnskapsbasert praksis har vært gjenstand for diskusjon i flere tiår. Alvsvåg beskriver nye begreper som kan belyse kunnskapsfeltet ytterligere. *Personorientert profesjonalitet* og *Formidlende instanser* er eksempler på dette.

Når *Personorientert profesjonalitet* beskrives, refererer hun til Martinsen (2005) som sier at når denne profesjonaliteten uttrykkes, arbeider skjønnen, etikken, kunnen og refleksiviteten sammen. I denne profesjonaliteten kommer det fram en dømmekraft som har bevart aktelsen for livet. Egnethet vil her være det samme som faglighet omsatt til reflekterte og skjønnsbaserte handlinger. Denne type profesjonalitet finnes også i begrepet *en annen profesjonalitet* (Borg og Topor, 2007), enkelt vist der Susanne forteller om hjelperen som blir der selv om han kunne gått sin vei. Hjelperen utøver dermed skjønn.

Formidlende instanser er skjønn og dannelses. Her presiserer Alvsvåg (2009) at det å befinne seg i spenningsfelt i ulike komplekse situasjoner nettopp fordrer skjønn. Spenningene er det levende livet vi må stå i. Skjønnen handler om de rette og kloke handlingene, det vil si en dømmekraft som preger den kloke. Martinsen (2005) omtaler den *reflekterte praktiker* som faglig dyktig. Hun sier at den faglige dyktige sykepleieren med sitt skjønn kan handle innenfor en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Den faglige dyktige sykepleier vil også være en kritisk sykepleier. Det betyr å ha et reflektert forhold til verdier og prioriteringer i praksis. Martinsen (2005) bygger på Schön (1987) i hennes omtale av hvordan den *reflekterte praktiker* vil være. Schön's begrep *Knowing- in- action*, *Reflection- on- action* og Molander's begrep *kunnskap i handling*, gir mye av den samme mening som Martinsen (2005) legger i skjønnen.

Menneskekunnskap er et tema som må være en slags grunnmur for det foran nevnte. Hva var det pasienter og ansatte sa om dette? Ansatte omtalte det som relasjonskompetanse og kunnskap om psykologiske prosesser. Pasienter merker

det som høflighet og vennlighet uttrykt gjennom kroppsholdning og særlig ansiktsuttrykk. Derfor blir *menneskekunnskap* igjen dette med at *hvordan* betyr mer enn *hva*. For å utdype hva det betyr å utvikle egnethet og dermed faglig og personlig vekst, vil jeg igjen rette blikket mot de grunnleggende elementer beskrevet i boks nr. 1. Samtidig som jeg gjør det, vil jeg se nærmere på de utfordringer som ligger i å forstå, videreutvikle og bevare egnetheten. For å komme dit er det nødvendig å vedkjenne og utforske egen sårbarhet. Fordi i anerkjennelsen av egen sårbarhet og følelser, ligger nøkkelen til den nødvendige empatien. Dette bringer meg inn i det siste av områdene i spenningsfeltet mellom humanistiske idealer og faktiske realiteter, nemlig faglighet og sårbarhet.

7.1.4 Faglighet og sårbarhet

I dette kapitlet vil jeg se tilbake på det å forstå hva som skjer i folk og mellom folk under krevende forhold. Det er sagt mye om betydningen av å bygge en allianse med pasienten gjennom relasjonelle og kommunikative ferdigheter. Men hva når disse ferdighetene blir satt på den ytterste prøve i ekstreme situasjoner, eksempelvis ved bruk av tvang i spørsmål der det handler om liv eller død? I slike dilemmaer hvor manglende eller feilslåtte handlinger lett kan få tragiske konsekvenser. Det kan være hverdagen i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Slike situasjoner kan forståelig nok lett skape både sterke og forvirrede følelser for alle involverte parter. At dette er traumatisk og krevende for pasienter er heldigvis noe som etter hvert har fått større allmenn aksept, selv om det fortsatt gjenstår mye før ”folk flest” kan begripe hva det vil si å være i eller å ha gjennomlevd en psykose.

Etter hvert har man også fått mer kunnskap om hva det innebærer å være vitne til lidelse. Det brukes begreper som å være *sekundært traumatisert* (Bang 2003). Dette begrepet har fått gyldighet i forhold til traumatiserte barn som har vokst opp med vold og psykiske lidelse i nære relasjoner. Kan det tenkes at ansatte som ”står” i lignende situasjoner i årevis, eksempelvis i akuttpsykiatrien, kan være utsatt for noe av det samme? At de kan bli de ”traumatiserte” ansatte? De har jo sin faglighet. Men er det nok? De ansatte har også en sårbarhet. Den er både

betydningsfull og utsatt. Sårbarheten og sensibiliteten er det som både gir næring til empatien og som samtidig kan ”brenne” den ut. I arbeidet med andre menneskers lidelser ligger det derfor både utfordringer og muligheter.

Sædberg (2010) intervjuer Schauenborg i bladet *Psykopp*. Schauenborg som også var foreleser på *Schizofrenidagene* i Stavanger 2009, er klinisk psykolog og seminarleder ved Universitetet i København. Han er en av flere som har vært opptatt av profesjonelle relasjonsutøvere og deres toleransegrense for nærhet. Han mener deres toleransegrense fort kan bli overskredet om det ikke gis andre rammer. Han kaller den nødvendige nærheten som empatien fordrer for en *gordisk knute*. Han sier til bladet *Psykopp*, i følgende sitat:

Vi er fanget i en gordisk knute: Hvis vi skal forstå vårt lidende medmenneske skikkelig, må vi være åpne og empatiske, merke dem inne i oss selv. Disse speilingslidelsene kan vi ikke bare spytte ut igjen- de hopper seg opp i oss, uke etter uke. År etter år. Hvis vi holder den såkalte profesjonelle distansen i kontakten, møter vi dem ikke der de er, og det merker de. Det går utover kvaliteten i nærværet, og utover forståelsen. Ren intellektuell innlevelse finnes ikke. Vi kan ikke konstruere oss ut av at nærhet og distanse er hverandres motsetninger.
(*Psykopp* nr. 1. vol. 17. s. 32-35.).

Schauenborg har en antakelse om at hvert menneske har en grense for evne til nærvær. Selv om han kaller balanseringen mellom nærhet og avstand for en *gordisk knute*, konkluderer han forsiktig optimistisk med konkrete forslag til omstruktureringer. Disse forslagene går i korthet ut på endring av organisering og ledelse og kan minne mye om hva kvinner i kvinneyrker alltid har gjort. Eksempler på dette er blant annet kortere arbeidstid og at man ikke bør være profesjonell relasjonsarbeider i mer enn ti år.

Schauenborgs viktigste bidrag i denne omgang er nok at han har satt søkelys på viktige, til dels fortiede og kanskje ikke helt ”stuereine” utfordringer som fins ved relasjonelt arbeid. I dette søkelyset kommer det til syne mye uklarhet. Denne samme uklarheten gjør behovet for framtidig forskning på området tydelig.

Den svenske psykologen Belin (2007) har kommet med betydningsfulle bidrag omkring temaer som knytter seg til relasjonsarbeid. Han setter relasjon foran metode samtidig som han ikke undervurderer utfordringene det er med å engasjere

seg i det han kaller for *människor med svårare psykisk ohälsa*. Han bygger sin forståelse på det han kaller for et moderne psykodynamisk perspektiv. Han tar til orde for at det er mer som forener de ulike perspektivene på psykisk lidelse enn det er som skiller dem. Han fremholder også at vi alle tvinges til å følge det uunngåelige, nemlig det at relasjonen går alltid foran metoden.

Han begynner med å si at for å holde ut, så må vi forstå. For å komme dit ber han oss se på den indre dynamikken som skjer i folk. Vi som prøver å hjelpe har vel et altfor smalt normalitetsbegrep? Og vi tenker at andre vi prøver å hjelpe lett kan dra nytte av den hjelpen vi tilbyr. Når det viser seg å ikke stemme kan det vekke en rekke ubehag hos oss selv. For å forstå det som skjer mellom de som hjelper og de som skal hjelpes, viser han oss hvordan objektrelasjonsteorien fortsatt kan ha sin relevans. Forståelsen av hvordan barnets indre objekter dannes, kan bidra til forståelse av hvordan grunnleggende trygghet/utrygghet etableres og følger det enkelte menneske videre i livet.

Han bidrar også til kunnskap om hvordan mennesket modnes gjennom økende eksistensiell bevissthet med de muligheter som det gir for både frihet og ansvar. Muligheter som gir frie og myndige mennesker gjennom vekst og utvikling. For mennesker som derimot har gjennomlevd mye smerte og ensomhet tidlig i livet, kan frihet og ansvar på samme tid være både uoppnåelige og skremmende krav. Som en følge av dette fins det bare en bedringens vei.

Den går gjennom relasjonen. Et menneske trenger nære relasjoner for å kunne føle seg trygt, kunne vokse og holde seg friskt, og enda mer når det strever med helsa. Hvordan kan de ansatte være eller bli egnet til å bidra til bærekraftige relasjoner som skal romme så mye? Hvem har ikke opplevd å bli sterkt berørt ved endelig å ha forstått noe av den dypere meningen i hva grufulle psykotiske forestillinger har betydd for et menneske? Hvordan er det mulig å se det og samtidig tåle den smerten? Jeg vil her slutte med de ordene Belin (2007) selv avslutter sin bok *Relation före Metod*:

När vi får insikt i bakomliggande faktorerers betydelse får vi ibland plötsligt tillgång till lindrande och lugnande motmedel mot de (parallella) överväldigande, tyngande och stressande känslorna i den omedvetna

identifikasjonsprosessen. Vi börjar då å kunna tänka klart igjen och vår aktivitet styrs inte längre primärt av våra försök undkomma de svårburna känslor som kommunicerats och uppladdats i oss. Därmed kan vi få kraft att hålla ut i en behandlingsprocess (Belin, 2007, s. 225-226).

At *relasjon går foran metode* ble også syntesen av analysen. Funnet *relasjoner* samsvarte hos pasienter og ansatte. Selv om begrepsbruken ikke alltid var den samme, tilsvarte meningsinnholdet det samme. Det bekrefter betydningen av de medmenneskelige forhold og det å ta sårbarheten like fullt som fagligheten på alvor. Hva kan bidra til at det blir gjort? Den forannevnte forståelse og innsikt kommer ikke av seg selv og er heller ikke noe man kan lese seg til. Den kommer gjennom nysgjerrig utforskning av egen og andres erfaringer, reaksjoner og gjennom de muligheter som finnes for bearbeiding i nettopp de trygge relasjoner.

7.1.5 Oppsummering av diskusjonen

Jeg har i dette hovedkapitlet diskutert mulige faktorer i spenningsfeltet mellom humanistiske idealer og faktiske realiteter. Hele feltet påvirker hvordan gode møter og egnethet kan bli. Finnes det en plass for humanismen i psykiatrien?

Det *må* finnes plass til levende og engasjerte mennesker. Mennesker som våger å stille kritiske spørsmål både til det som har vært, er og skal bli. Det *må* også finnes plass til romslighet, noe som betyr at mennesker kan være slik de selv mener de må være. Er det mulig å beholde og videreutvikle det som Martinsen (2005) benevner som skjønnnet, etikken, kunnen og refleksiviteten? Hvordan er det pasienter og ansatte ønsker å bli møtt? De ønsker seg respekt, varme og vennlighet. Da må *skjønn med egnethet* få en selvsagt plass i de gode møter.

8.0 Avsluttende refleksjoner

I dette kapitlet vil jeg avslutte med refleksjoner rundt fire områder. Det første vil dreie seg om en helhetsvalidering av studien gjort etter kriterier gitt i kapittel 5.6. Det neste er en oppsummering av studiens funn og svar på problemstillingen. Det tredje området skal omhandle mulig betydning for praksis. Det fjerde og siste vil peke på noe av det som kan bli aktuelt for videre forskning. Områdene for den avsluttende refleksjonen blir presentert i denne rekkefølgen:

1. Validering av studien.
2. Oppsummering av funn og svar på problemstillingen
3. Betydning for praksis
4. Anbefalinger for videre forskning

1. Validering av studien.

Her vil jeg benytte inndelingen som vist i kapittel 5.6. Jeg vil først og fremst ta utgangspunkt i de nevnte forhold som der legges til grunn ved en vurdering av kvaliteten som helhet; perspektivbevissthet, intern logikk og etisk bevissthet. Samtidig som jeg holder fast på disse tre forhold, vil jeg ta med i vurderingen de fem ulike og mer spesifikke validitetskriterier, også omtalt i kapittel 5.6 (diskurskriteriet, heuristisk verdi, empirisk forankring, konsistens og det pragmatiske kriteriet).

Når det gjelder det første forholdet med perspektivbevissthet mener jeg det er ivaretatt gjennom tydeliggjøring av det valgte humanistiske vitenskapsteoretiske perspektiv. Min egen forforståelse er også et perspektiv og en synliggjøring av dette vil også være en validering. Denne forforståelsen er beskrevet i kapittel 5.3.4 og omhandler min rolle i feltet. Å forske i eget felt kan være både et innenfra og et utenfra perspektiv.

En videre og naturlig fortsettelse er å synliggjøre perspektivet til dem det gjelder og der de er, på den måten at pasienters og ansattes stemmer blir hørt.

Det neste forholdet handler om studien viser en intern logikk. Dette har vært den største utfordringen grunnet min sparsomme erfaring i forskningsmetode og med den akademiske sjanger.

Det siste forholdet dreier seg om etisk bevissthet. Det er det forholdet jeg selv mener å ha vektlagt mest.

Har jeg har lyktes i å kommunisere disse forhold? Har studien gitt leseren noe fornyet syn på praksis? Har studien empirisk forankring og en indre logikk? Kan den få praktisk betydning?

Disse spørsmål kan ikke besvares eksplisitt. Jeg overlater derfor til leseren å gjøre videre refleksjoner omkring dette. Avslutningsvis vil jeg gjenta at mitt mål har vært at studien skal speile kvalitet i tolkninger og refleksjoner som en gjennomgående prosess.

2. Oppsummering av funn og svar på problemstilling

Studien hadde i utgangspunktet fire forsknings spørsmål. Disse kan sammenfattes i følgende to av dem:

1. Hva kjennetegner gode møter mellom pasienter og ansatte?
2. Hvordan viser egnethet seg i gode møter?

Oppsummering av funn kan gjøres kort ved å peke på hva som kjennetegner gode møter og hvordan egnethet synliggjøres i disse. Det som kjennetegner egnethet og gode møter er hvordan medmenneskelige kvaliteter som respekt, ydmykhet og gjensidighet kommer til uttrykk i *relasjoner*. Dette kan settes inn i et humanistisk perspektiv som omhandler humanistiske idealer i praksis. Psykiatrien blir også omtalt som et spenningsfelt. Et felt som rommer motsetningsfylte dilemmaer, men som samtidig kan være en arena for gode møter.

Funnene viser at mennesker i krevende situasjoner både ønsker og faktisk *kan* møte hverandre med medmenneskelighet. Både pasienter og ansatte beskriver ønsker om og erfaring med møter preget av varme og vennlighet. Disse beskrivelsene er forskningsspørsmålenes og problemstillingens besvarelser.

3. Betydning for praksis

Denne studien har gitt et bilde av gode møter og egnede ansatte i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Det er dem det gjelder som har blitt spurt hva egnethet er. På denne måten blir deres stemmer hørt. Deres stemmer har betydning for praksis. Mange andre har tidligere sagt mye om hvordan praksis bør være, hva som skal prioriteres og hvilken kunnskap som skal dominere.

Mitt ønske er at studien kan bli et bidrag som forsterker pasienters og ansattes stemmer. Med den selvfølkelige rett de har til å uttrykke egne ønsker og en like selvfølgelig rett til å bli hørt. Jeg har også et håp om å ha synliggjort hvor vesentlig refleksjon over egen yrkesutøvelse er, og at det må medføre en klar prioritering av ressurser til kontinuerlig veiledning. En slik prioritering vil ha avgjørende betydning for kvaliteten i praksis.

4. Anbefalinger for videre forskning

Videre forskning må dreie seg mer om *hvordan* enn *hva*, et hvordan gir mer kraft enn et hva. Hvordan få økt status for gode møter og egnethet? Hvordan få gyldiggjort erfaringskunnskap som både pasienter, pårørende og ansatte har? Kan det tenkes at egen erfaring kan tilføre feltet mye som ikke andre har? Hvordan er det mulig å forstå dette?

Det å ansette mennesker med egen erfaring fra behandling i psykiatrien er fortsatt ikke vanlig. Brukerperspektivet er likevel ingen ny tanke. Anbefalinger for videre forskning må derfor bli at det må satses mer på det som nå kalles medforskning omkring muligheter for pasienters og ansattes vektlegging av nødvendige rammer for gode møter. Det handler om å forske sammen for kunnskap om psykisk helse. Det er den type forskning som gir kunnskapen en fornyet, nødvendig og demokratisk retning (Borg og Kristiansen, 2009).

LITTERATURLISTE

Alvsvåg, H. (2009). Kunnskapsbasert praksis er ikke nytt. *Tidsskriftet Sykepleien Forskning*. vol. 03. nr. 09.

Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Belin, S. (2007). *Relation före metod*. Ludvika: Dualis.

Borg, M. og Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.

Brudal, L.F. (2006). *Positiv psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bøe, T.D. og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Fangen, K. (2004). *Deltakende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Grimen, H. (2009). *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, S. et al. (2006). *Perspektiver på psykisk lidelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hem, M.H. (2009). Personer med psykisk lidelse. *Forskningsetisk Bibliotek*. Hentet 06.09.09 fra:

<http://www.etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Personer-m>,

Hjort, P.F. (2009). Vil ha grepa sykepleiere. *Tidsskriftet Sykepleien*, vol. 97. nr. 15.

Hummelvoll, J.K. (2008). Etske problemstillinger i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske lidelser. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, vol. 5. nr. 2.

Johannesen, B.F. (2004). *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. Notat 22-2004. Bergen: Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier.

Karlsson, B. (2004). *Mani som fenomen og lidelse- pasient-og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Avhandling for graden Phd. Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag.

Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Forlag AS.

Lundstøl, J. (2008). *Den reflekterte praktiker*. Forelesningsnotater om Schön. Ved Masterstudiet i psykisk helsearbeid. Arendal: Universitetet i Agder.

Larsen, I.B. (2009). "*Det sitter i veggene*". Materialitet og mennesker i distriktpsykiatriske sentra. Avhandling for graden Phd. Universitetet i Bergen. Det medisinsk-odontologiske fakultet. Institutt for samfunnsmedisin.

Larsen, I.B. (2009). *Validitetsbegrepet i kvalitativ forskning. Styrker, begrensninger og utfordringer*. Prøveforelesning for graden Phd. Universitetet i Bergen. Det medisinsk-odontologiske fakultet. Institutt for samfunnsmedisin. Også gitt ved Masterstudiet i psykisk helsearbeid. Arendal: Universitetet i Agder.

Larsson, S. (2005). Om kvalitet i kvalitative studier. *Nordisk Pedagogikk*. Hentet 26.08.09 fra:

[http://www.idunn.no/ts/np/2005/01/om ...](http://www.idunn.no/ts/np/2005/01/om...),

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. *Psykisk Helsevernloven*. Lov av 2. juli 1999 nr. 62. Hentet 23.04.10 fra:

<http://www.lovdatab.no>,

Lov om pasientrettigheter. *Pasientrettighetsloven*. Lov av 2. Juli 1999 nr. 63. Hentet 23.04.10 fra:

<http://www.lovdatab.no>,

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Mehren, S. (1998). Dikt: Bønn (Ikon). I: Eide, S.B. et al. (2003). *Fordi vi er mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Bokforlaget Daidalos AB.
- Nerland, M. (2006). Vilkår for reflektert praksis i utdanningsinstitusjoner. *Nordisk Pedagogikk*, vol. 26. s. 48-60. Oslo.
- Nordtvedt, P. og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon. Filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norvoll, R. et al. (2002). *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskaplige perspektiver- en introduksjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen*. Oslo: Spartacus Forlag AS.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sintef Helse. (2008). "Det er nå det begynner!" Hovedrapport fra prosjektet: "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)". Hentet 27.03.10 fra: http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF_A8450_Hovedrapp_BAT.pdf.
- Skau, G.M. (2008). *Gode fagfolk vokser*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Statens helsetilsyn. (2001). *Kompetansebehov i psykisk helsevern*. Utredningsserien 4:2001.
- Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi. Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoser*. Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og idrettsfag. Rapport nr. 7-2007.
- St. meld. nr. 25. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

SSHF, (2003). *Verdigrunnlaget for Sørlandet Sykehus: Respekt, faglig dyktighet og tilgjengelighet*. Hentet 24.04.10 fra:

<http://www.sshf.no/klinikk>

St. prp. nr. 63. (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sædberg, L.T. (2010). Medfølelse på helsa løs. *Magasinet Psykopp Nytt*. vol. 17. nr. 1.

Sædberg, L.T. (2009). Et forsvar for maktbruken. *Magasinet Psykopp Nytt*. vol. 16. nr. 4.

Thagaard, T. (2006). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wackerhausen, S. (2002). *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse- i sundhedsområdet*. København: Hans Reitzels Forlag.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur; en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Watne, L.O. (2007). Kva er medisin, Schei? *Tidsskrift for Den norske Legeforening*. Vol. 127. nr. 24.



Sørlandet sykehus HF
Psykiatrisk sykehusavdeling

HELSE  SØR-ØST

Vår dato
02.10.2009
Deres dato

Vår referanse
VEDLEGG
NR. 1

Hilde Østerholt
Kystveien 257 B
48 41 Arendal

Forespørsel om tillatelse til å gjøre feltarbeid i Psykiatrisk sykehusavdeling, post

Det vises til ditt brev datert 14.08.09, samt senere møte om saken.

Med dette bekreftes det at du får anledning til å gjennomføre omsøkte feltarbeid hos oss i forbindelse med ditt pågående studie – master i psykisk helsearbeid.

Din kontaktperson hos oss er rådgiver _____

Med vennlig hilsen



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Vedlegg nr.2

Førsteamanuensis Inger Beate Larsen
Universitetet i Agder
Sykehusveien 4
4809 Arendal

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk Sør-Øst D (REK Sør-Øst D)
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Dato: 09.12.09
Deres ref.:
Vår ref.: 2009/278

Telefon: 22 85 05 93
Telefaks: 22 85 05 90
E-post: i.m.middelthon@medisin.uio.no
Nettadresse:
<http://helseforskning.etikkom.no/xnet/public>

Egnethet i psykisk helsearbeid

Vi viser til søknad av 16.06.09 og svar på merknader 05.11.09 i forbindelse med godkjenning av det ovenfor nevnte forskningsprosjektet.

Prosjektleder er PhD Inger Beate Larsen.

Komiteen forutsetter at forskningsansvarlig er Universitetet i Agder. Det gjøres oppmerksom på at forskningsansvarlig etter helseforskningsloven § 4 e) er institusjon eller annen juridisk eller fysisk person som har det overordnede ansvaret for forskningsprosjektet, og som har de nødvendige forutsetningene for å kunne oppfylle den forskningsansvarliges plikter etter denne loven.

Prosjekttema:

Formålet med studien er å øke kunnskapen om og tydeliggjøre begrepet egnethet i psykisk helsearbeid. Pasienter som er innlagt i en akuttpsykiatrisk post og ansatte/ledere skal beskrive hva de legger i begrepet. Data skal samles inn ved hjelp av feltarbeid med observasjon og intervju. 30 ansatte og 10 pasienter skal inkluderes i studien.

Komiteen har vurdert søknaden og svar på merknader og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Godkjenningen omfatter tillatelse til å opprette forskningsprosjekt, helseforskningsloven § 10. I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, svar på merknader, protokollen og de betingelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Ut fra det ovenfor nevnte setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

Vilkår vedrørende informasjonsskrivet:

I informasjonsskrivet knyttet til intervjudelen i prosjektet skal det under overskriften settes inn: "Det kan tenkes at det er pasienter og ansatte som også er til stede som ikke har gitt et direkte samtykke, eller at de kan ha gitt direkte uttrykk for at de ikke vil delta. Dette vil bli tatt hensyn til ved at jeg vil samarbeide med, og følge de anbefalinger som blir gitt av fagpersonalet. Dersom det er den minste tvil om hva som er ønskelig, vil jeg trekke meg tilbake og avbryte intervjuet."

Vedlegg nr.2

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», <http://www.norsk-helsenett.no/informasjonnssikkerhet/bransjenormen/Personvern%20og%20informasjonssikkerhet%20i%20forskningsprosjekter%20v1.pdf>

Tillatelsen gjelder til 31.12.2010. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2011. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen 31.12.2011.

Prosjektet skal sende sluttmelding, se helseforskningsloven § 12, senest 31.06.2011.

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

Vedtak:

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at vilkåret som er anført ovenfor blir innarbeidet før prosjektet settes i gang.

Vedtaket var enstemmig

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. forvaltningsloven 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst D. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

REK har gått over til elektronisk saksbehandling og fått ny saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no>. Vi ber om at svar på merknader og henvendelser til REK sendes inn via denne portalen eller på epost: post@helseforskning.etikkom.no. Vennligst oppgi REKs saksnummer.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)
Professor dr.med.
leder

Ingrid Middelthon
seniorrådgiver

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Egnethet i psykisk helsearbeid

Del 1.-feltarbeid

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til dere som er pasienter og ansatte ved Psykiatrisk Sykehusavdeling Post SSHF om å delta i et forskningsprosjekt for å øke kunnskapen om og tydeliggjøre begrepet *Egnethet i psykisk helsearbeid*. Hovedvekten skal ligge på beskrivelser av de opplevelsene dere har av gode møter i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Behandlingsapparatet vil på den måten få viktig kunnskap basert på erfaringene til deres.

Følgende spørsmål ønskes belyst:

1. Hva kjennetegner de gode møtene mellom ansatte og pasienter?
2. Hva kan disse kjennetegnene fortelle om egnethet i psykisk helsearbeid?

Hva innebærer prosjektet?

Prosjektet innebærer feltarbeid, eller deltakende observasjon. Det betyr at jeg vil være tilstede sammen med dere, men uten å ta noen direkte del i eller ha noen innflytelse på behandlingen til den enkelte. I tillegg til det dagligdagse samværet kan det bli aktuelt å snakke mer med enkelte i form av et intervju. Hvem som vil bli spurt vil være avtalt med faglig ansvarlig eller lederen på posten og den enkelte på forhånd. Prosjektets varighet er planlagt til 4-6 uker fra begynnelsen av januar 2010.

Mulige fordeler og ulemper

Prosjektet ønsker å løfte fram de gode eksemplene. Tanken er at pasientenes og de ansattes beskrivelser og mine observasjoner av gode møter vil kunne bidra til viktig kunnskap basert på erfaringene til dem det gjelder. Det vil kunne være en risiko for at spørsmål omkring gode møter kan oppfattes som at jeg vil at dere skal evaluere egnede og uegnede ansatte og at det igjen kan føre til utrygghet hos noen. Det understrekes derfor at det ikke er de ansattes egnethet som skal evalueres, men at det er hva som kjennetegner de gode møtene og de gode eksemplene som skal løftes fram for forhåpentligvis å kunne være med på å gi inspirasjon til å skape et enda bedre tilbud i akuttpsykiatriske poster.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det betyr at opplysningene er anonymisert. Opplysningene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet, og senest innen utgangen av 2011. Det skal så langt det er mulig søkes å publisere resultatene slik at identiteten til de inkluderte ikke kommer fram.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. Dette vil ikke få konsekvenser for de av dere som er under 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 prosjektet, kan du kontakte:

Vedlegg nr.3

Hilde Borch Østerholt, tlf.mob.41046519

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

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva prosjektet innebærer

Mulige ubehag/ulempes

Feltarbeid, eller deltakende observasjon innebærer at jeg vil være ofte tilstede på det som kan kalles fellesrom/areal. Det kan tenkes at det er pasienter og ansatte som også er tilstede og at de ikke har gitt et direkte samtykke eller at de kan ha gitt direkte uttrykk for at de ikke vil delta. Dette vil det bli tatt hensyn til ved at jeg vil samarbeide med og følge de anbefalinger som blir gitt av fagpersonalet. Dersom det er den minste tvil om hva som er ønskelig, vil jeg trekke meg tilbake.

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er anonymisert og vil bli oppbevart kodet fra starten av i låsbar skap. Samtykkeerklæringene vil bli makulert når prosjektet er avsluttet, og senest innen utgangen av 2011.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i, gir du også ditt samtykke til at anonymiserte opplysninger utleveres til formålet for dette prosjektet.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta, 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 er registrert. Dersom du trekker deg, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av prosjektet

De som deltar har rett til å få informasjon om resultatet/utfallet av prosjektet.

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Vedlegg nr.3

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

(Signert, rolle i prosjektet, dato)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Egnethet i psykisk helsearbeid

Del 2.-Intervju

"Det kan tenkes at det er pasienter og ansatte som også er tilstede og ikke har gitt sitt direkte samtykke, eller at de kan ha gitt uttrykk for at de ikke vil delta. Dette vil bli tatt hensyn til ved at jeg vil samarbeide med, og følge de anbefalinger som blir gitt av fagpersonalet. Dersom det er den minste tvil om hva som er ønskelig, vil jeg trekke meg tilbake og avbryte intervjuet".

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til dere som er pasienter og ansatte ved Psykiatrisk Sykehusavdeling Post SSHF om å delta i et forskningsprosjekt. Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om hva *Egnethet i psykisk helsearbeid* er, og da spesielt i en akuttpsykiatrisk sykehuspost. Jeg ønsker å få vite hva dere mener om dette. Fordi egnethet er mye benyttet i stillingsannonser og i diskusjoner i det daglige liv, vil jeg gjerne høre hva de det gjelder har å si. Jeg ønsker å spørre både dere som er pasienter og dere som er ansatte for å se om det som pasienter oppfatter som gode møter også kan være det samme for de ansatte.

Følgende spørsmål ønskes belyst:

1. Hva kjennetegner de gode møtene mellom pasienter og ansatte?
2. Hva kan disse kjennetegnene fortelle om egnethet i psykisk helsearbeid?

Hva innebærer prosjektet?

Denne delen av prosjektet innebærer et intervju. Jeg ønsker å snakke mer med noen av dere som er i posten til daglig. Dette for å få et så nøyaktig inntrykk som mulig om hva meningene om *egnethet* er. Hvem som kan bli spurt i forhold til å delta i et intervju vil være avklart med den enkelte og faglig ansvarlig eller eventuelt lederen på posten på forhånd. Tidspunktet og stedet vil også være planlagt. Det vil være ønskelig at selve intervjuet blir tatt opp på lydbånd. Tidligere erfaring viser at svært mye av meningen i det som blir sagt kan bli borte dersom lydbånd ikke blir brukt. Dersom dette viser seg å være vanskelig å gjennomføre, kan det tenkes at andre løsninger kan være aktuelle, som for eksempel å ha med seg en ledsager som kan notere.

Et slikt intervju er beregnet til å vare ca. 1 time. Det er ønskelig med et så åpent intervju som mulig, gjerne i form av en samtale. Noen tema kan være gitt på forhånd. Et eksempel på dette kan være:

Hvordan vises: -Respekt-tillit-trygghet-tålmodighet-tid-innlevelse-i det som er det gode møtet for deg?

Dersom du takker nei på spørsmålet om å delta i et intervju så vil det ikke få noen konsekvenser i forhold til den behandlingen som du eventuelt får mens du er i posten.

Mulige fordeler og ulemper

En av fordelene med et intervju på det stedet der folk befinner seg, er at stemmene til de det gjelder blir hørt der de er. Tanken er også at dere det vet best hvordan det er og hva dere ønsker. Gjennom å få høre om de gode eksemplene, kan de som skal hjelpe andre lære av det og bli inspirert videre i sitt arbeid. Selv om det ikke er meningen, så kan det noen ganger være uklare grenser mellom et intervju og en fortrolig samtale. Det kan derfor i enkelte tilfeller kanskje føre til at noen kan komme til å si noe som man angrep på senere. Hvis dette skulle oppstå, er det muligheter for samtaler med meg eller noen av de ansatte i etterkant.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene du gir vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Det betyr at opplysningene er anonymisert. Eventuelle lydbånd vil bli oppbevart på sykehuset etter sykehusets regler for oppbevaring av konfidensielle opplysninger. Disse og eventuell annen informasjon om deg vil bli slettet ved prosjektets avslutning og senest innen utgangen av 2011.

Det skal så langt det er mulig søkes å publisere resultatene slik at identiteten til de inkluderte ikke kommer fram.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta. 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, kan du kontakte:

Hilde Borch Østerholt, tlf. mob. 41046519

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – Personvern.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B

Kapittel B - Personvern

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er anonymisert og vil bli oppbevart kodet fra starten av i låsbart skap. Samtykkeerklæringene vil bli makulert når prosjektet er avsluttet og senest innen utgangen av 2011.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i prosjektet, gir du også ditt samtykke til at anonymiserte opplysninger utleveres til formålet med dette prosjektet.

Retten til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta, 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 som er registrert. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet opplysningene, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av prosjektet

De som deltar i prosjektet har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av prosjektet.

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i prosjektet, dato)