



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Empowerment i psykisk helsearbeid

Empowerment in mental health care

Bachelor i sosialt arbeid

BSV5-300

**Avdeling for samfunnsfag/institutt for barnevern, sosialt arbeid og
vernepleie/program sosialt arbeid**

26.05.2017

8775 ord

Kandidatnummer 120

Mari Skansberg Pedersen

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jfr. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Summary

Empowerment has become a central concept in health and social sciences. The theory of empowerment emphasizes that when focusing on the patient's resources, the patient could attain more control and power over his own life. This assignment addressed the following issues to explore this thesis: in what ways can empowerment as an approach contribute to the mastery and meaning of life for people who suffer from schizophrenia? Results from research has shown that strengthening of the patient's power and resources must be performed within a relational working ethic. Recognition and empathy is needed as a primary element of relational skills required to approach the patient in a good way. Reflecting on the resources of a human being is of great importance to facilitate the empowerment of the patient. Even so, how the framework and systems laid out within the respective institutions which the empowerment finds place is important. When facilitating new coping mechanisms the patients show an increase of comprehensibility and manageability. By Norwegian laws patients are entitled to participate in activities that increases their meaning in life, to which empowerment in itself should promote. Through empowerment and enhancing the patient's self esteem they should be able to turn shame into pride by decreasing their powerlessness.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
1.1. Sosialfaglig relevans	5
1.2. Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.3. Presentasjon av tema og problemstilling.....	6
2. Teori.....	7
2.1. Begrepsavklaring	7
2.2. Avgrensninger.....	7
2.3. Schizofreni	8
2.3.1. Endret virkelighetsoppfatning.....	9
2.4. Relasjonskompetanse.....	9
2.5. Empowerment.....	10
2.5.1. Individorientert tilnærming i en terapeutisk situasjon	11
2.5.2. Emosjonell energi.....	11
2.6. Salutogenese og Sense of Coherence	11
3. Metode	12
3.1. Valg av metode.....	12
3.2. Fremgangsmåte.....	13
3.3. Etikk og kildekritikk.....	14
4. Resultat fra forskning	14
4.1. Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse.....	14
4.2. Refleksjon over praksis i lys av empowerment	16
4.3. Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid	17
5. Drøfting.....	19
5.1. Personalet- og systemets betydning for empowerment	19
5.1.1. Refleksjon i personalgruppen.....	19

5.1.2. Systemets rammer for utførelsen av empowerment	20
5.2. Bærende relasjoner	21
5.2.1. Forståelse og anerkjennelse	22
5.2.2. Relasjoner	22
5.3. Salutogenese som perspektiv.....	23
5.3.1. Fra utfordringer til ressurser	24
5.3.2. Mestring og mening	25
6. Konklusjon	26
7. Litteraturliste.....	28

1. Innledning

Tema for denne oppgaven er empowerment i psykisk helsearbeid. Mennesker som lider av schizofreni befinner seg ofte i en avmaktssposisjon (Askheim, 2015, s. 12). Hvordan kan dette motarbeides? Det kan være vanskelig å oppleve verden uforståelig da vurderinger av realiteten svekkes, noe som ofte preger schizofreni lidelsen (Dahl & Aarre, 2012, s. 129). Hvordan kan de profesjonelle bidra til mestring og mening i pasientens liv? For å finne svar på disse spørsmålene, er det essensielt å snakke om relasjoner. Alle mennesker trenger å bli møtt med empati og anerkjennelse. En må møte pasienten med et ønske om å gjøre noe godt for den andre. Miljøterapeuter kan ikke kurere schizofreni, men jobbe for at pasientens liv skal bli best mulig.

Schizofreni er et begrep som ofte misbrukes i dagligtalen, mange tror lidelsen grunner i en splittet personlighet. Store norske leksikon definerer schizofreni som «...spaltet sinn...», noe som kan underbygge misoppfatningen (Malt, 2016). De siste tiårene har det blitt mer åpenhet rundt lettere psykiske lidelser. En ser en økning av kjente personer som forteller om sine psykiske problemer i media, slik Kjell Magne Bondevik gjorde i 1998. Tunge psykiske lidelser derimot, som schizofreni, ser ut til å være mer tabubelagt og snakkes lite om i samfunnet (Lunde, 2001). I et livsløpsperspektiv vil cirka 25 % få depresjon eller annen stemningslidelse, mens forekomsten av psykoselidelser, deriblant schizofreni, ligger på 1-2 % (Folkehelseinstituttet, 2015, 09.04.). Selv om forekomsten av schizofreni kan synes liten, mener jeg at lidelsen bør møte aksept blant befolkningen på lik linje med lettere psykiske lidelser.

1.1. Sosiofaglig relevans

Sosionomer har stor breddekunnskap og kan derfor arbeide i NAV, psykiatri, barnevern og i eldreomsorgen for å nevne noe. Psykiske lidelser kan ramme mennesker i alle aldre i ulike livssituasjoner. Derfor er det sannsynlig at sosionomer i løpet av karrieren vil arbeide med mennesker som har en form for psykisk lidelse. Sosionomer arbeider med mennesker og må forholde seg til individets ønsker og hjelpebehov. For å gjøre dette på en god måte kreves det at sosionomen har god relasjonskompetanse. Betydningen av relasjoner vil derfor være gjennomgående i oppgaven. Hvordan en møter mennesker på en god måte, bør være hovedtyngden i sosialt arbeid. Formålet med denne oppgaven er å gi et innblikk i hvordan empowerment som tilnærming kan bidra til mestring og mening gjennom et relasjonelt arbeid.

1.2. Bakgrunn for valg av tema

Psykisatri har lenge fasinert meg og interessen slo for alvor inn da jeg hadde praksis i en psykiatritjeneste vårsemesteret 2016. Der jobbet de miljøterapeutisk med vekt på pasientenes ressurser og realistiske mål, og styrket sosiale og hverdagslige ferdigheter. Fokuseringen på å styrke ferdighetene grunnet i å hjelpe pasienten til å ta kontroll over eget liv. Dette ser jeg i sammenheng med selvbestemmelse. Det er nedfelt i loven at individets selvbestemmelse skal ivaretas så godt det lar seg gjøre, ved innleggelse i en institusjon (psykisk helsevernloven, 1999). Det skal legges til rette for at pasienten kan ivareta interesser, ha mulighet til å delta på aktiviteter og å medvirke i forhold som omhandler en selv (psykisk helsevernloven, 1999). Opptrappingsplanen for psykisk helse viser til at mennesket skal ses som en helhet av kropp, sjel og helse. Videre peker de på at formålet i psykisk helsearbeid må være å ruste pasienten til å mestre eget liv (St. prop, nr 63 (1997-98) kap.1.2). På bakgrunn av dette ser jeg det hensiktsmessig å bruke empowerment teori i oppgaven. Relasjonenes betydning i arbeid med mennesker er en sentral del av oppgaven, da erfaringer fra psykiatritjenesten tyder på at dette er essensielt for å hjelpe pasienten til å gjenvinne selvtillit og dermed ta kontroll over eget liv. Videre vil jeg presentere tema og problemstilling.

1.3. Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for oppgaven er empowerment som tilnærming i psykisk helsearbeid. Jeg ønsker å finne ut på hvilken måte empowerment kan bidra til økt mestring og mening for mennesker som lider av schizofreni. På bakgrunn av dette kom jeg frem til følgende problemstilling: *på hvilken måte kan empowerment som tilnærming bidra til mestring og mening for mennesker som lider av schizofreni?* Som nevnt tidligere har jeg valgt å bruke teori om empowerment, samt teori om relasjonskompetanse for å utdype betydningen av gode relasjoner. Oppgaven er skrevet fra et miljøterapeutisk perspektiv. Dette grunner i personlig arbeidserfaring, samt at jeg ved dette kan sette drøftingen inn i en kontekst. Videre er salutogenese og *Sense of Coherence*, brukt som faglig innfallsvinkel på mestring og mening.

Videre vil jeg presentere de relevante teoriene jeg mener belyser problemstillingen godt. Herunder finner en teori om schizofreni, relasjonskompetanse, empowerment som tilnærming og salutogenese. Videre tar jeg for meg metode hvor det er beskrevet hvordan jeg valgte ut forskningsartikler, samt hva jeg vektla i denne prosessen. Dette fører meg videre til presentasjon av funn, hvor jeg legger frem resultatene fra artiklene. Deretter drøfter jeg disse

resultatene og de ulike teoriene, mot problemstillingen. Oppgaven avrundes med en konklusjon.

2. Teori

Miljøterapi er brukt som et bakteppe i oppgaven. Miljøterapi tar utgangspunkt i omgivelsene til pasienten, med fokus på nåtiden og den aktuelle situasjonen (Snoek & Engedal, 2006, s. 53). Noe av det mest elementære i miljøterapi er å arbeide for å øke mestring og selvfølelse hos pasientene, gjennom å styrke pasientens praktiske- og sosiale ferdigheter. Andre viktige element er relasjoner, forutsigbarhet, empati, struktur og tillit (Vatne, 2007, s. 27-29). Dette er element en finner igjen i annen teori jeg har valgt, og på bakgrunn av dette må denne oppgaven leses i lys av en miljøterapeutisk kontekst.

Før jeg tar for meg de ulike teoriene jeg benytter i oppgaven vil jeg definere to sentrale begrep; profesjonell og pasient. Videre vil jeg kort legge frem avgrensninger, før jeg presenterer teorier.

2.1. Begrepsavklaring

Profesjonell: person som er ansatt i en tjeneste eller institusjon som utfører arbeid rettet mot mennesker som lider av schizofreni. «Personal» er også brukt i noen sammenhenger, da spesielt når jeg refererer til forskningsartikler.

Pasient: person som lider av schizofreni og som mottar hjelp av profesjonelle. «Pasient» kan være misvisende i den grad at det ofte er kontekstuel avhengig og derfor nyttes om mennesker som behandles for en sykdom, blir friske, og dermed ikke lenger er pasient. Schizofreni derimot er en lidelse med et langvarig sykdomsforløp. Valget falt allikevel på ordet «pasient» da dette gir bedre flyt og sammenheng i språket, samt at det tydeliggjøres hvem jeg skriver om.

2.2. Avgrensninger

Jeg måtte foreta en rekke avgrensninger da jeg skrev denne oppgaven. Det var flere interessante funn i både teori og forskning som jeg ønsket å se nærmere på, men på grunn av

oppgavens formelle rammer i henhold til antall ord, var ikke dette mulig. Jeg vil først peke på at empowerment ses i sammenheng med individet, ikke på samfunnsnivå. Videre har jeg også måtte utelate brukermedvirkning, da dette foregår innenfor rammene av et komplekst systemhierarki. Innenfor salutogenese er det flere faktorer som kan utdype og forklare Sense of Coherence, heretter kalt SOC, men jeg måtte velge vekk motstandsressurser og grenser selv om dette kunne vært spennende å se i sammenheng med relasjoner og empowerment arbeid. I prosessen med å skrive bacheloroppgave har jeg undret meg over hvordan den profesjonelles krenkbarhet og egen sårbarhet kunne påvirke empowerment av pasienten. Jeg mener det er viktig at den profesjonelle har et erkjent og avklart forhold til dette, samt et bevisst forhold til hvem sitt behov som uttrykkes i samhandlingen. Dette ville vært interessant å drøfte, men oppgavens rammer tillot ikke dette. Ethiske dilemma i arbeid med å styrke empowerment av pasienter som lider av schizofreni var også et interessant funn, men dette fikk ikke plass innenfor oppgavens rammer.

2.3. Schizofreni

Schizofreni er kategorisert som en psykoselidelse og er den vanligste formen for psykose. Sykdommen kan ramme mennesker i alle aldre, men sykdomsdebut inntreffer oftest tidlig i tjuårene (Snoek & Engedal, 2006, s. 70). Det skilles mellom positive og negative symptomer. Når lidelsen har tilført noe som vanligvis ikke er til stede, slik som hallusinasjoner, betegnes det som positive symptomer. Negative symptomer er motsatt, pasienten mister eller får redusert noe en tidligere har hatt. Eksempel på dette kan være manglende motivasjon til å utføre aktiviteter som tidligere ble gjennomført med engasjement (Dahl & Aarre, 2012, s. 129). For å stille diagnosen schizofreni kreves det at pasienten har flere av de ti viktigste symptomene over minst en måned. Eksempel på slike symptomer er tankeforstyrrelser, hallusinasjoner og tilbaketrekking fra kontakt (Snoek & Engedal, 2006, s. 73). Tidligere var det vanlig å dele schizofreni inn i undergrupper, men dette anses ikke lenger som nødvendig (Dahl & Aarre, 2012, s. 134). Litteratur viser også at mennesker som lider av schizofreni ofte har funksjonstap. Her vil det være viktig at de profesjonelle legger til rette for mestring, ved å tilpasse aktivitetene til pasienten (Snoek & Engedal, 2006, s. 75).

2.3.1. Endret virkelighetsoppfatning

Å være psykotisk har blitt beskrevet som et mareritt en ikke våkner fra (Jordahl & Repål, 2010, s. 20). Mennesker som lider av schizofreni har ofte en endret og fordreid virkelighetsoppfatning. Denne endrede virkelighetsoppfatningen kan blant annet grunne i hallusinasjoner og vrangforestillinger. Ved hallusinasjoner kan ikke pasienten «stole på» sansene sine, de kan for eksempel se noe ingen andre ser. Vrangforestillinger forklares som feiloppfatninger eller mistolking av situasjoner og mennesker, ofte med negative motiver. Dette kalles paranoide vrangforestillinger (Snoek & Engedal, 2006, s. 71-72).

2.4. Relasjonskompetanse

Gode relasjoner tar tid å bygge, dette fordi gjensidig tillit må vektlegges (Fellesorganisasjonen, 2015). Relasjonskompetanse beskrives som den profesjonelles evne til «...å forstå og å samhandle med de menneskene vi møter i yrkessammenheng på en god og hensiktsmessig måte...» (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 7). En god relasjon preges av den profesjonelles væremåte, samt evnen til å vise empati og anerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 158). Mennesker skal betraktes som selvstendige individer, da selvbestemmelse er en menneskerett. For å ivareta dette må pasienten ha reelle valgmuligheter. Det kan derfor være utfordrende for den profesjonelle å ivareta individets selvbestemmelse, hvis arbeidet har liten fremgang. Her vil det være gunstig med åpne spørsmål, perspektivutvidelse og parafrasering, å gjengi det du har forstått med egne ord, for å legge føringer for videre utvikling uten å overkjøre pasienten (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 244-246). Respekt og trygghet er derfor sentralt i relasjonskompetanse. Alle mennesker har behov for å bli anerkjent som menneske, samt å føle at ens tilstedeværelse har en mening og en verdi (Almvik & Borge, 2006, s. 34). På grunnlag av dette snakker en ikke om å arbeide med mennesker, men å samarbeide og på denne måten ivareta pasientens integritet. Dette er også nedfelt i FOs yrkesetiske grunnlagsdokument. Den profesjonelle må ivareta integriteten ved å anerkjenne pasientens ønske om hvordan han eller hun vil leve livet, i samsvar med pasientens muligheter og begrensninger (Fellesorganisasjonen, 2015). Den profesjonelle må være bevisst på egen forforståelse som grunner i erfaringer, bakgrunn og følelser. Forforståelsen former holdningene en møter pasienten med og en forstår andre på bakgrunn av oss selv (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 137). Anerkjennelse av egne holdninger er derfor viktig.

De profesjonelle skal skape åpenhet og trygghet slik at pasienten føler seg viktig og anerkjent, og den profesjonelle må legge til rette for mestring. Teorien peker på at selve relasjonen har større betydning i hjelpearbeidet enn teknikkene og metodene som blir benyttet (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 16). Bærende relasjoner er viktig. Dette betyr at hjelpen som gis skal være i samsvar med relasjonen. Eksempel på dette kan være at en profesjonell gir råd i henhold til personlig hygiene, som for mange er et sårt tema. Hvis den profesjonelle og pasienten har en tillitsfull og likeverdig relasjon, vil relasjonen bære hjelpen. Hvis de på en annen side er i blikkjent fasen kan dette oppleves krenkende for pasienten og skade relasjonen (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 22-23). Den profesjonelle må møte pasienten som et medmenneske og selvstendig individ, det er derfor viktig å ivareta pasientens selvbestemmelse. Ved å møte pasienten med disse holdningene, kan pasienten føle seg betydningsfull.

2.5. Empowerment

Empowerment er et begrep som har fått en sentral plass innenfor helse- og sosialfag. Begrepet oversettes ofte til myndiggjøring, men styrking og mestring er også brukt. Jeg vil påpeke at jeg benytter meg av empowerment som et samlebegrep hvor autonomi og myndiggjøring også er viktige begrep. Autonomi defineres som selvstyre, og brukes i betydningen av å klare å foreta selvstendige valg uten påvirkning fra omgivelsene (Bø & Helle, 2010, s. 29). FOs yrkesetiske grunnlagsdokument viser også til at pasienten må få mulighet til å ta kontroll over eget liv ved å mobilisere ressurser, noe som gjøres ved at den profesjonelle kan synliggjøre kompetansen til pasienten (Fellesorganisasjonen, 2015). Det er på bakgrunn av dette at det er viktig å finne ut av pasientens egne ønsker og mål, slik at pasienten selv kan finne løsninger. Begrepet empowerment blir brukt i forbindelse med mennesker som er i en avmaktsposisjon og som ved hjelp av empowerment skal komme seg ut av denne avmakten (Askheim, 2015, s. 11). Empowerment har et humanistisk menneskesyn, en ser mennesket som et handlende og aktivt individ. Teorien sier at gjennom å styrke individet kan en få bedre selvbilde og selvtillit, samt økte ferdigheter, som igjen vil føre til at individet får mer makt og kontroll over eget liv (Askheim, 2015, s. 12). Empowerment teorien skiller mellom ulike tilnærminger. I denne oppgaven har jeg valgt å forholde meg til den individorienterte tilnærmingen i en terapeutisk posisjon.

2.5.1. Individorientert tilnærming i en terapeutisk situasjon

Individorientert tilnærming vektlegger å styrke individet slik at en kan mestre egen livssituasjon. For at et individ skal få mer makt og kontroll i eget liv må dette gjøres gjennom å styrke individets selvtillit (Askheim, 2015, s. 35). Videre er andre viktige faktorer samarbeid, engasjement, fokus på pasientens ressurser og ønsker, samt maktutjevning. Det er viktig at individet er motivert til endring. Dette må ligge til grunn for at det er realistisk å forvente endring (Askheim, 2015, s. 50). Den profesjonelle må i prosessen være en hjelp gjennom dialog, hvor en sammen mobiliserer individets ressurser som øker pågangsmotet til å foreta en endring. En vender oppmerksomheten til pasientens hjelpebehov og ressurser. En skal derfor tenke muligheter, fremfor begrensninger eller problemer. Pasienten skal betraktes som eksperten og en må derfor lytter til deres opplevelser og mening (Askheim, 2015, s. 51). Oppsummert har empowerment et subjektsyn på mennesket og er ressursorientert, med fokus på å mobilisere pasientens styrke og kraft for å få mer kontroll og makt i eget liv.

2.5.2. Emosjonell energi

Et viktig element i empowerment er emosjonell energi. I sosiale kontekster kan man enten fylles med emosjonell energi, eller tømmes for emosjonell energi. Når en trives fylles en med emosjonell energi, dette fører med seg selvtillit, handlekraft og entusiasme. På den andre siden kan en tømmes for emosjonell energi om en ikke føler seg til rette, noe som bærer med seg følelser av dårlig selvfølelse, mislykkethet og usikkerhet (Askheim, 2015, s. 17). En snakker også om skam og stolthet forbundet til dette. Skam gir lav emosjonell energi og stolthet gir mye emosjonell energi. En kan derfor tenke at mennesker i en avmaktssposisjon opplever skam, fordi en ser seg selv som noe negativt, eller tror at andre gjør det. Et viktig element i empowerment er derfor å jobbe for å snu skammen til stolthet. Det er viktig å kjenne på stolthet når en jobber i prosessen med å ta kontroll og makt over eget liv (Askheim, 2015, s. 18).

2.6. Salutogenese og Sense of Coherence

Salutogenese er et perspektiv og en tilnærming utviklet av Aaron Antonovsky, som en motsats til patologisk tilnærming. Salutogenese fokuserer på hva som er årsaker til helse, mens patologi vektlegger årsaker til sykdom (Antonovsky, 2012, s. 26). Salutogenese

betrakter helse som et kontinuum hvor helse og uhelse er ytterpunktene. Alle mennesker befinner seg et sted mellom de to ytterpunktene, og beskriver menneskets grad av helse. En må finne ut hvor på kontinuumet individet befinner seg, samt hvilke faktorer som fører til at en beveger seg mot helsepolen (Antonovsky, 2012, s. 27-28). Videre vektlegges det i salutogenese at en må ta pasientens historie i betraktning, da dette kan forklare årsakssammenhenger. Dette er viktig for å få en dypere forståelse av pasienten, samtidig som en også får et helhetsbilde av pasienten og på denne måten kan se fremgang på andre områder enn selve sykdommen eller lidelsen (Antonovsky, 2012, s. 28-29). Med andre ord, salutogenese er opptatt av å fremme helse heller enn å behandle sykdom. Et sentralt begrep er SOC, som kan oversettes til opplevelse av sammenheng. Dette begrepet kan anvendes når en skal fremme helse, fordi det beskriver hvilke faktorer som må være tilstede for å bevege seg mot helseenden på kontinuumet. SOC inneholder tre momenter: begripelighet (1), håndterbarhet (2) og meningsfullhet (3). Antonovsky definerer begrepet slik:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s. 41).

3. Metode

I dette kapittelet presenterer jeg bakgrunn for valg av metode og fremgangsmåten jeg benyttet for å finne relevante forskningsartikler til drøfting av problemstillingen.

3.1. Valg av metode

I følge Dalland (2012) er det viktig å reflektere over valg av metode, dette er noe jeg derfor har brukt mye tid på. Jeg anså kvalitativt forskningsintervju som den ideelle metoden for å finne eksisterende empiri på feltet. På en annen side anså jeg at tiden jeg trengte for å sette meg inn i metoden for å kunne gjennomføre intervjuene på en faglig og etisk forsvarlig måte, ikke var praktisk gjennomførbar. Dette ville påvirket reliabiliteten i oppgaven. På grunnlag av

dette valgte jeg litteraturstudium som viste seg å være hensiktsmessig da jeg tidlig fant flere interessante artikler og bøker. Samtidig mener jeg at objektiviteten er mer pålitelig og etterprøvable i et litteraturstudium, kontra en kvalitativ studie.

3.2. Fremgangsmåte

Da jeg bestemte meg for litteraturstudie måtte jeg finne ut hvilke databaser jeg ønsket å benytte for å finne relevant litteratur til problemstillingen. Databasene jeg har valgt å bruke er Oria, Cinahl, Norart og Academic Search Elite. Bakgrunn for valg av databasene har vært at de er enkle å orientere seg i og at jeg her er sikret å finne litteratur både fra Norge og Norden. I utgangspunktet har jeg brukt søkeordene *psykiatri*, *psykose* og *schizofreni* da dette er grunnmuren i oppgaven min. Videre har jeg brukt *empowerment*, *selvbestemmelse*, *myndiggjøring* og *autonomi*, da disse begrepene ofte brukes om hverandre. I drøftingskapittelet tar jeg for meg på hvilken måte empowerment kan føre til økt mestring og mening for de som lider av schizofreni, her blir det naturlig at utfordringer ved denne tilnærmingen blir diskutert. Derfor har jeg også brukt søkeordene *dilemma*, *utfordring* og *vurdering*. Alle søkeordene er oversatt på engelsk og foretatt egne søk på, samt at jeg har foretatt søk på kombinasjoner med ulike søkeord.

Et av kriteriene for valg av forskningsartikler har vært at artiklene bygger på en psykiatrisk kontekst, da dette er grunnmuren i oppgaven som nevnt tidligere. Videre bestemte jeg meg for å avgrense i henhold til årstall og satte 10 år som maksgrense, da psykisk helsearbeid har gjennomgått forandringer siden opptrappingsplanen for psykisk helse. Da mitt fokus i denne oppgaven bygger på relasjonskompetanse og holdninger, bestemte jeg meg for at jeg måtte ha kriterier hva gjelder geografi. Holdninger overfor for eksempel psykisk syke kan ha store variasjoner i ulike land. Derfor bestemte jeg meg for å finne forskning fra Norden. Det er allmenn kjent at holdninger hva angår eksemplet ovenfor er stort sett i overensstemmelse i de nordiske landene. Det siste kriteriet jeg ønsket å avgrense søket med var fagfellevurderte artikler, dette for å sikre kvaliteten av artiklene. Jeg hadde derimot ingen kriterier hva angår kjønn, alder og etnisitet da det ikke er av betydning i henhold til problemstillingen.

3.3. Etikk og kildekritikk

Det er naturlig at både utvalg av forskningsartikler og tolking av resultatene kan bære preg av mine erfaringer fra psykiatrien (Dalland, 2012, s. 117-118). Dette kan påvirke reliabiliteten og validiteten i oppgaven. På en annen side er artiklene nøytral informasjon fordi de er uavhengig av mine fordommer. Samtidig vil min forforståelse påvirke oppfatningen av det jeg leser uavhengig av metode. Videre vil jeg bemerke at to av forskningsartiklene er publisert i sykepleie tidsskrifter, den tredje artikkelen har funnet sted på et sykehus og forfatterne består stort sett av sykepleiere. Dette betyr at forskningen baserer seg på helsearbeid og kan dermed ha betydning for overføringsverdien til sosialt arbeid. Allikevel mener jeg at overføringsverdien og gyldigheten er god fordi artiklene bygger på verdier, holdninger og relasjoner som er min innfallsvinkel i oppgaven. Jeg vil også påpeke at artiklene undersøker verken medisinbruk eller legebehandling, men intervjuer miljøterapeuter som kan styrke overføringsverdien. Videre vil jeg påpeke betydningen av at jeg har valgt tre norske forskningsartikler. Det viste seg å være tre norske artikler som belyste problemstillingen aller best og derfor falt valget på disse. Dette kan være både en styrke og en svakhet. En styrke fordi holdninger, menneskesyn og verdier som tydeliggjøres i forskningen kan stemme bedre overens med den stort sett norske litteraturen jeg har valgt. På en annen side kan det føre til at overføringsverdien og reliabiliteten til andre land er liten, fordi min oppgave ene og alene bygger på norsk forskning.

4. Resultat fra forskning

I dette kapitlet vil jeg presentere resultat fra forskningen. Når en videreformidler andre sitt arbeid vil det alltid være en fare for at ens forforståelse kan sette preg på fremleggelsen, noe jeg har tatt høyde for ved å forsøke å presentere resultatene nøytralt.

4.1. Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse

Denne studien utførte en kvalitativ studie ved en institusjon som eies av en stiftelse. Institusjonen hadde cirka 50 plasser og de fleste pasientene hadde en form for psykoselidelse (Sanna & Granerud, 2009, s. 38). Studiens formål var å undersøke og kartlegge personalets opplevelse av selvbestemmelse og meningsfulle dager for mennesker som har en psykisk lidelse. I tillegg ønsket de å klargjøre personalets opplevelse av å arbeide i spenningsfeltet

mellom egen fagkunnskap og empiri, og pasientens selvbestemmelse. Videre belyste de hvordan institusjonens verdigrunnlag, respekt, glede og frihet, la føringer for arbeidet (Sanna & Granerud, 2009, s. 38).

Kriteriene for å delta i studien var at personalet hadde arbeidet på institusjonen i minst ett år, i tillegg til minst to års relevant praksis, samt utdanning innen helse- og sosialfag. Ut i fra dette ble det foretatt et utvalg på tolv personer. Gruppen besto av flere sykepleiere og andre helse- og sosialfaglige profesjoner (Sanna & Granerud, 2009, s. 38).

Resultatet viser at selvbestemmelse og verdighet er viktig i psykisk helsearbeid, dette er en menneskerett (Sanna & Granerud, 2009, s. 38). Pasientene må gjøre så mye de kan selv, men det er ikke alltid mulig hvis pasienten er i psykisk dårlig form. Dette belyser tvetydigheten av omsorgen, noen ganger må en fire på kravene selv om en ikke synes det er rett. Det pekes også på balansen mellom å ta ansvar *for* og ansvar *fra* en pasient (Sanna & Granerud, 2009, s. 38). Det betraktes som sunt at pasient har ønsker og behov som de klarer å uttrykke. Det pekes på at ikke alle er vant til å ta del i beslutninger som omhandler en selv. Det kan være utfordrende når den profesjonelle ikke deler samme virkelighetsoppfatning som pasienten. Det legges vekt på å legge til rette for mestring i nye situasjoner. Pasientens funksjonsnivå og samhandlingsevne varierer og det kan være utfordrende å forholde seg til (Sanna & Granerud, 2009, s.39).

Institusjonens utforming kan være et hinder, men også til hjelp for selvbestemmelsen for pasientene. Tidsaspektet blir nevnt. En positiv side ved tidsaspektet er at pasientene har «tid til å leve», fordi det ikke er fastsatt en behandlingstid (Sanna & Granerud, 2009, s. 39). Derimot kan det føre til at en mister bedringsperspektivet. Tiden brukes til relasjonsbygging og kartlegging av den enkeltes behov og ønsker. Pasientene må omgås mennesker de ikke selv har valgt, noe som kan være vanskelig. Veiledning, rapporter og arbeidsmiljø er av betydning for hvordan en legger til rette for selvbestemmelse. Dette forklares blant annet med at en i slike dialoger kan forstå hvorfor ting er som de er. Slike samtaler fører også til at samhandlingen styrkes og kompetansen heves (Sanna & Granerud, 2009, s. 39).

Den enkeltes personlige egenskaper sammen med verdigrunnlag og faglig kunnskap utgjør kompetansen for personale. Samtidig kan de ulike kompetansene medføre utfordringer i arbeidet. En skal være forsiktig med å tilrettelegge for mye for pasienten, da dette kan føre til lært hjelpeløshet. Det er derfor viktig å mobilisere ressursene pasienten har. Personlige

egenskaper er også viktig, fleksibilitet og kreativitet nevnes. Det vises til at ulikheter i den enkeltes personlige egenskaper og verdier kan være grunnlag for at de ansatte forstår utfordringer på ulike måter. Vektlegging av mening og mestring i hverdagen er i fokus, det er viktig å føle at en får til noe, det trenger ikke være «noe stort» (Sanna & Granerud, 2009, s. 39). Det kan være vanskelig å balansere idealer og realiteter, her er avvisning brukt som eksempel. Sist viser det seg at det er ikke nødvendigvis hva en gjør eller sier som har størst betydning, men på hvilken måte en gjør det. (s. 39).

4.2. Refleksjon over praksis i lys av empowerment

Denne studien fant sted på et distriktpsykiatrisk senter i Norge (Tveiten, Onstad & Haukland, 2015, s. 136-137) Formålet med studien var å undersøke de ansattes erfaring med hvordan det er å jobbe empowerment fokusert. Problemstillingen var: «hva er fagpersonenes meninger om og erfaringer med å praktisere empowerment?» (Tveiten et al., 2015, s. 137). Kriteriene for deltakelse var at den ansatte måtte ha arbeidet innen psykisk helsearbeid i minst ett år, samt frivillighet og tverrfaglighet. Tretten profesjonelle ble invitert til å delta, blant disse sykepleiere, ergoterapeuter, vernepleiere og hjelpepleiere. Intervjuobjektene hadde mulighet for å kommentere oppsummeringene, for å sikre at resultatet stemte overens med de svarene de hadde avgitt (Tveiten et al., 2015, s. 137).

Mulighetene for å fremme empowerment for pasientene kan påvirkes av systemets rammer, regler og rutiner er eksempel på dette. For pasienter i en psykose er trygghet nødvendig, dette gis ved forutsigbarhet og strukturer. Dette kan dempe pasientens symptomer. Tidligere hadde pasientene mulighet for å dele sine meninger om rutinene og reglene i avdelingen. Dette er det blitt en slutt på og begrunnelsen er at pasientene har mye kortere opphold på institusjonen enn tidligere. Nå er de mer opptatt av å ivareta brukermedvirkningen for pasientene når det gjelder egen behandling (Tveiten et al., 2015, s. 138).

Organiseringen av tjenesten kan påvirke empowerment for pasientene. De ansatte har lite slingringsmann på grunn av ytre rammer de må forholde seg til, noe som påvirker muligheten for empowerment. Tidspress betraktes som en begrensning, pasientene oppholder seg på institusjonen i bare 3-4 uker (Tveiten et al., 2015, s. 138). Tidspresset fører til at pasientene ikke rekker å medvirke. Tidligere kjente de ofte pasientene før innleggelse, gjennom forvern. Nå som forvern er avvirket, går de ansatte glipp av mye og de mener det har påvirkning på

samhandlingen mellom pasient og profesjonell. Forhold vedrørende ansettelse, slik som mange deltidsansatte og lite bemanning påvirker også samhandling og empowerment (Tveiten et al., 2015, s. 139).

Kunnskap om pasienten er viktig for å få oversikt over hvilken kompetanse pasienten har samt mål, ønsker, behov og mestringsevne. En har et godt grunnlag for faglig utførelse av handlinger når en hører på hva pasienten har å fortelle. Det er viktig å betrakte pasienten som ekspert på seg selv for at pasienten skal kunne medvirke. De ansatte må også ha kunnskap om pasientens diagnose og behandling. Maktaspekter er også nevnt, da spesielt de ansattes definisjonsmakt. Pasientene blir behandlet med respekt, som når de noen ganger må bestemme uten å overkjøre pasienten. Det pekes på at en må legge vekt på å skape trygghet, å lytte og å skape en allianse (Tveiten et al., 2015, s. 139).

4.3. Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid

Denne artikkelen tar for seg relasjoner og holdninger i psykisk helsearbeid og hvordan refleksjon rundt pasientens mestring og livshistorie kan bidra til økt empati for pasienten. Videre fokuserer de på helse fremfor sykdom. Artikkelen belyser hvordan dette kan påvirke profesjonelles holdninger, empati og møte med pasienten (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014, s. 329). Problemstillingen var: «hvordan påvirker systematisk refleksjon rundt tema som symptom og mestring relasjonen og holdningen til pasienten?» (Torbjørnsen et al., 2014, s. 330).

Informantene besto av åtte profesjonelle. Informantene hadde lang erfaring innen psykisk helsearbeid og hadde jobbet på avdelingen i minst ett år. Gruppen besto av sju sykepleiere og en hjelpepleier. Tema som holdninger til pasienten og vektlegging av symptomer var sentralt i intervjuene, samt hvordan dette kunne påvirke relasjonen til pasienten (Torbjørnsen et al., 2014, s. 331). Forskerne forsikret seg om at de forsto informantenes utsagn korrekt ved å stille oppklarende spørsmål og ved å oppsummere.

Studien ble gjennomført på en DPS avdeling lokalisert under Helse Vest. Avdelingen har møter hvor de reflekterer rundt pasientens livshistorie, pasientens mestring og håndterbarhet i hverdagen er viktig her. Objektive observasjoner av dette legges frem i personalgruppen og danner grunnlag for refleksjon rundt pasientens mestringsforsøk. Deretter reflekteres det over

hva de ansatte har oppdaget og hvordan de kan benytte disse funnene i det videre arbeidet med pasienten (Torbjørnsen et al., 2014, s. 331).

Funn fra intervjuene ble tematisert under holdning, mestring og symptom. systematisert i ulike kategorier. Kategoriene var holdning, mestring og symptom (Torbjørnsen et al., 2014, s. 332). «Ønske om å forstå pasientens livsverden» var sentralt (Torbjørnsen et al., 2014, s. 333). Informantenes tilstrebet å bli kjent med personen, ikke bare pasienten med sin diagnose. Holdningene til pasienten har hatt en positiv utvikling etter at de begynte å se symptomer som forsøk på mestring. Dette har ført til at de har blitt mer observante på personen og ved å fokusere på hvorfor en pasient gjør som en gjør vil det føre til økt forståelse (Torbjørnsen et al., 2014, s. 333).

Personalet har makt i språket. Ord og uttrykk de bruker om pasienten kan påvirke holdningene overfor pasientene (Torbjørnsen et al., 2014, s. 333). De har gått bort fra ord som oppfattes negativt og benytter seg av andre, mer positivt ladde ord, på tross av at betydningen fortsatt er det samme. Mestring og forsøk på mestring var viktige element. Noen mente at å bruke begrepet mestring om uhensiktsmessige handlinger kunne være problematisk. Dette ble nå betraktet som forsøk på mestring. Symptom er eksempel på ord som kan oppfattes negativt, men det er også et uttrykk for pasientene og symptom er dermed ikke nødvendigvis et negativt ord. Personalet har fått en større forståelse av pasientenes handlinger etter at de fokuserte på mestring og pasientens historie. På grunn av dette har de nå større fokus og oppmerksomhet rettet til årsaken til problemet (Torbjørnsen et al., 2014, s. 334).

Fokuset på å betrakte symptomer som forsøk på mestring har forbedret personalets holdninger til pasienten. Personalet har sett ulike sider ved pasienten, noe som danner et helhetlig bilde av pasienten. En må derfor anerkjenne alle observasjoner (Torbjørnsen et al., 2014, s. 334). Fokus på mestring har gitt økt motivasjon til omsorg og ny giv innad i personalgruppen. En informant beskriver dette som «empati for hvorfor» (Torbjørnsen et al., 2014, s. 335). Ved å fokusere på pasientens mestring, vil det føre til at en får en større forståelse for pasientens handlinger og dette vil ha innvirkning på hvordan de ansatte møter pasienten (Torbjørnsen et al., 2014, s. 335).

5. Drøfting

I drøftingskapittelet skal jeg drøfte funn i forskningen og teorien jeg har valgt opp mot problemstillingen min: på hvilken måte kan empowerment som tilnærming bidra til mestring og mening for mennesker som lider av schizofreni? For å strukturere og gjøre drøftingen mer oversiktlig har jeg valgt å inndele drøftingen etter tema og undertema. Temaene er som følger: 1. Personalets og systemets betydning for empowerment, 2. Bærende relasjoner og 3. Salutogenese som perspektiv.

5.1. Personalet- og systemets betydning for empowerment

Et interessant funn jeg fant i forskningen var at refleksjon innad i personalgruppen og systemets rammer hadde stor betydning for hvordan personalet la til rette for empowerment. Da dette var et uventet funn har jeg ingen litteratur om organisasjonsteori som jeg kan bruke i drøftingen av tema, noe som kan svekke validiteten. Allikevel var vektleggingen av refleksjon så elementær og gjennomgående i alle artiklene at jeg ser det som viktig å løfte frem og reflektere rundt, noe som styrker reliabiliteten. Artiklene viste tydelig at dette hadde stor betydning for både holdninger, tilrettelegging for selvbestemmelse og hvordan en møter pasientene.

5.1.1. Refleksjon i personalgruppen

Sanna & Granerud (2009, s. 39) viser til at rapporter og veiledninger er gode forum å kunne snakke om utfordringer i arbeidet, hvor samarbeid og kompetanse øker. Å jobbe miljøterapeutisk stiller krav til samarbeid med andre profesjonelle og ved å benytte refleksjon i personalgruppen kan en derfor lettere samkjøre arbeidet. Refleksjon over pasientens forsøk på mestring fører til endrede og mer positive holdninger overfor pasienten (Torbjørnsen et al., 2014, s. 333). Dette bidrar til å holde motivasjonen oppe, samt at det øker personalets forståelse for «..hvorfor det skal være sånn» (Sanna & Granerud, 2009, s. 39). Ved å benytte refleksjon i personalgruppen vil en øke forståelsen og dermed ha et bedre grunnlag for å planlegge videre behandlingsopplegg for den enkelte pasient (Snoek & Engedal, 2006, s. 54).

Videre synes definisjonsmakten å være av betydning for holdninger. Det er makt i språk. Når en beskriver og snakker om en pasient vil begrepene man bruker ha betydning for hvordan en

ser pasienten, og dermed også holdningene (Torbjørnsen et al., 2014, s. 333-334). Vatne viser til at definisjonsmakten kan føre til at en definerer pasientens behov uten å snakke med pasienten, på bakgrunn av egen tolking (Vatne, 2007, s. 121). Ved at den profesjonelle bruker mer positivt ladde ord, kan det derfor endre synet på pasienten. Samtidig vil betydningen av begrep være den samme, selv om en går vekk fra negativt ladde ord. På en annen side vil refleksjon rundt dette føre til positiv holdningsendring, som har betydning for hvordan en møter pasienten (Torbjørnsen et al., 2014, s. 334). Videre vil det føre til økt empati for pasienten som er en av de grunnleggende elementene i relasjonskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 158).

Å anerkjenne personalets opplevelser med pasienten er viktig. Alle mennesker er ulike og utøver derfor arbeidet på forskjellige måter. Kompetansen til den profesjonelle bygger på personlighet, verdier og faglig kunnskap (Sanna & Granerud, 2009, s. 39). Dette setter preg på hvordan en forstår og tolker pasientens atferdsuttrykk. Alle profesjonelle som arbeider med en pasient har sett deler av en sannhet og ulike sider ved pasienten. Ved å reflektere over dette i personalgruppen vil personalet få et helhetsbilde av pasienten (Torbjørnsen et al., 2014, s. 334). Pasienter som er innlagt, eller beboere, på en institusjon har ofte mange ansatte å forholde seg til. Det kan være utfordrende for pasientene å måtte omgås mennesker en selv ikke har valgt. Det kan være positivt at de profesjonelle har ulike måter å utføre arbeidet på med bakgrunn i deres samlede kompetanse, da det er allmenn kjent at en ikke går like godt overens med alle. Jeg vil derfor argumentere for at de ulike profesjonsutøverne skaper mangfold for pasienten. På en annen side har de profesjonelle stort fokus på å samkjøre arbeidet og jobber etter like verdier og holdninger. Dette setter systemet rammer for.

5.1.2. Systemets rammer for utførelsen av empowerment

Funn i forskningen viser at systemet kan være til hjelp og til hinder for utøvelsen av empowerment arbeid. Det mest sentrale funnet er tidsaspektet. Knapphet av tid rammer selvbestemmelsen til pasientene, de «får ikke tid» til å medvirke (Tveiten et al., 2015, s. 138-139). Det vises til forvern. Gjennom forvern hadde de profesjonelle kjennskap til pasientene før innleggelse. Da ordningen ble avvirket følte personalet at de gikk glipp av mye, fordi de til dels kjente pasientene tidligere, i motsetning til nå (Tveiten et al., 2015, s. 139).

Relasjonsbyggingen starter når pasienten blir innlagt. Dette kan være utfordrende fordi relasjonsbygging tar tid, og pasientene har en gjennomsnittlig innleggesperiode på 4-6 uker

(Tveiten et al., 2015, s. 139). På en annen side kan et langt opphold også kan være utfordrende. En kan miste bedringsperspektivet av synet fordi pasientene oppholder seg på institusjonen over lengre tid. Samtidig vil det være positivt at det ikke er tidspress på behandlingen, pasientene får «hjelp til å leve» (Sanna & Granerud, 2009, s. 39). Her vil det være viktig med refleksjon i personalgruppen, som drøftet tidligere, for å øke motivasjonen og klargjøre felles mål.

Drøftingen tidligere viste betydningen av refleksjon, derfor er det viktig at ledelsen setter av tid til dette. Hvis det ikke er avsatt tid til refleksjon, kan det medføre at personalet handler med ulike holdninger. Et stort gap mellom holdningene i personalgruppen vil kunne medføre liten forutsigbarhet og struktur for pasientene. Ressurser kan sette begrensninger for empowerment arbeidet. Blant annet er mange deltidsstillinger en medvirkende faktor (Tveiten et al., 2015, s. 139). Som nevnt tidligere kan mangfold av profesjonelle være positivt for pasientene. På en annen side kan det være utfordrende for pasienten når en har enda en ansatt å forholde seg til og bygge en relasjon med. Spesielt psykotiske pasienter trenger forutsigbarhet og klare rammer for at symptomene skal dempes, i tillegg til begrenset stimuli (Snoek & Engedal, 2006, s. 54). Det kan derfor være spesielt utfordrende for psykotiske pasienter å forholde seg til nytt personale. Dette kan videre tolkes som at flere ansatte vil føre til dårligere struktur og uforutsigbarhet for pasientene. På en annen side kan det være en positiv opplevelse for pasienten hvis den profesjonelle klarer å fylle pasienten med emosjonell energi, og dermed kan danne en bærende relasjon. Selvtilliten og pågangsmotet øker, og ved at den profesjonelle styrker denne kraften, vil dette øke empowerment av pasienten (Askheim, 2015, s. 35). Samtidig tilsier min erfaring at når en jobber med en pasient over lenger tid vil en bli kjent med hverandre på godt og vondt. Det kan derfor tenkes at pasienten er bevisst på hvordan en kan få det som en vil, samt hvem en kan «utnytte» mer enn andre. Jeg tolker derfor at en god balansegang her er viktig.

5.2. Bærende relasjoner

Sentrale element i forskningsartiklene var empati og anerkjennelse av pasientens opplevelser. Dette er grunnleggende element i relasjonskompetanse, som viste seg å være av stor betydning i arbeid med pasientene. Jeg har derfor valgt å dele tema i to undertema: Forståelse og anerkjennelse, og Relasjoner.

5.2.1. Forståelse og anerkjennelse

Mennesker som lider av schizofreni kan ha forfølgelsestanker, hallusinasjoner eller vrangforestillinger (Snoek & Engedal, 2006, s. 71). Et gjennomgående funn i forskningene var et ønske om å forstå pasientens virkelighetsoppfatning, hvor pasientens ønsker, problemer og behov var sentralt. Dette preges av et ønske om å bli kjent med personen bak lidelsen. Det er viktig å vise et ønske om å forstå pasientens opplevelser ved å være empatisk og kongruent i kommunikasjonen. Dette danner grunnlag for en god relasjon (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 17). Det å ikke dele samme virkelighetsoppfatning som pasienten kan være vanskelig. Jeg vil argumentere for at det nettopp på grunn av dette er viktig å sette seg inn i pasientens opplevelse av verden, slik at en får en større forståelse for hvorfor pasienten gjør som en gjør (Torbjørnsen et al., 2014, s. 333). Å forstå den andre handler ikke nødvendigvis om å løse ett problem, men kan betraktes som et mål i seg selv (Røkenes og Hansen, 2006, s. 30). Parafrasering er et godt hjelpemiddel her. Askheim (2015, s. 51) viser til viktigheten med å betrakte pasienten som ekspert, en må lytte til pasienten for å forstå ønsker og behov, slik at pasienten blir subjekt i eget liv.

Videre er anerkjennelse viktig. Som nevnt over er det utfordrende å ikke dele samme virkelighetsoppfatning, men den fordreide virkeligheten oppleves realistisk for den som lider av schizofreni. Selv om den profesjonelle ikke hører den kommanderende stemmen, oppleves stemmen realistisk for pasienten. Ved å anerkjenne pasientens opplevelser, dannes det et grunnlag for en god relasjon. Det er også viktig at den profesjonelle erkjenner overfor seg selv at en ikke kan forstå alt, det er bare pasienten selv som virkelig vet hvordan det er å være han eller henne. Dette forklarer hvorfor det er nødvendig å betrakte pasienten som ekspert på seg selv. Konsekvenser av å ikke bli anerkjent er at pasienten kan føle skam og mislykkethet (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 167).

5.2.2. Relasjoner

Bærende relasjoner er viktig i miljøterapeutisk arbeid. Her jobber en tett på pasienten og an dermed oppleve ubehagelige situasjoner. Personlig hygiene er eksempel på dette. Hvis relasjonen er preget av trygghet og tillit vil rådene tas imot av pasienten. Derimot kan det oppleves som at den profesjonelle trækker over grensen hvis relasjonen er ny eller preget av mistillit. Det kan være sårt for pasienten (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 23). Her tydeliggjøres viktigheten med relasjonsbygging. I en undersøkelse peker pasienter på at det er relasjonen i

seg selv som har størst betydning, ikke hvilke teknikker den profesjonelle benytter seg av (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 157). Funn i forskningen belyser noe av det samme, det er ikke nødvendigvis det en gjør som er det viktigste, men på hvilken måte en gjør det (Sanna & Granerud, 2009, s. 39). Dette kan tolkes i den retning at det er på bakgrunn av hvor godt en kjenner pasienten som er viktig, fordi den profesjonelle vet hva som er forventet av en i ulike situasjoner.

Det kan være vanskelig å forstå symptomer og forholde seg til pasientens ulike atferdsuttrykk. Vrangforestillinger er eksempel på symptom som også oppleves utfordrende og kaotisk for pasienten. Samtaler omkring dette med vekt på anerkjennelse, empati og tid til å lytte vil styrke pasientens selvfølelse (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 160). Ved å reflektere sammen med pasienten om ens egen oppfatning om vrangforestillingen, kan det føre til at pasienten får en følelse av begripelighet overfor egen situasjon. Salutogenese forklarer begripelighet som evnen til å tolke hendelser og situasjoner som forståelig, klar informasjon (Antonovsky, 2012, s. 39-40). For mennesker som lider av schizofreni kan dette være utfordrende, fordi lidelsen kan bærer preg av kaos da de opplever en virkelighetsbrist (Dahl & Aarre, 2012, s. 129). Videre er det viktig å vektlegge pasientens mestringsressurser, da begripelighet og håndterbarhet ofte er gjensidig avhengig av hverandre (Antonovsky, 2012, s. 43). Dette vil jeg komme tilbake til i neste tema. Begripelighet kan også ses i sammenheng med empowerment, da den individuelle tilnærmingen vektlegger å arbeide for at pasienten skal kunne definere egen helsesituasjon og problemer, for deretter å ta kontroll over dette (Askheim, 2015, s. 12). Her er det viktig med emosjonell energi. For at pasienten skal fylles med emosjonell energi er det viktig at pasienten føler seg til rette (Askheim, 2015, s. 17). Den profesjonelle må jobbe for å styrke pasientens engasjement og selvtillit. Dette vil føre til at pasienten kan kjenne på stolthet. Med andre ord, når pasienten er i en prosess om å ta kontroll over eget liv vil det være viktig at den profesjonelle anerkjennes pasientens forsøk på mestring og styrker ens stolthet og selvfølelse.

5.3. Salutogenese som perspektiv

Studiene pekte på betydningen av å flytte fokus fra problemer til mestring og hvordan dette påvirket hvordan en forstår pasienten. Videre tilstreber de ansatte å legge til rette for mestring. Her har jeg delt tema i følgende undertema: Fra utfordringer til ressurser, og mestring og mening.

5.3.1. Fra utfordringer til ressurser

Når en benytter salutogenese som perspektiv i arbeid med mennesker ser en ikke sykdommen eller symptomer som det sentrale, men hvilke faktorer som kan føre til økt helse (Antonovsky, 2012). Ved å fokusere på pasientens mestring fremfor symptomer, vil det føre til en positiv holdningsendring, som tidligere nevnt. Dette fører også til at en blir mer observant på årsaken til problemet, noe som er i tråd med Antonovskys fokus på pasientens livshistorie (Antonovsky, 2012, s. 28-29). Dette strider imot miljøterapi som tar utgangspunkt i en her-og-nå tilnærming (Snoek & Engedal, 2006, s. 53). Ved å fokusere på pasientens ressurser og jobbe for å styrke selvtilliten kan pasienten ta mer kontroll over eget liv og derfor kan en se paralleller mellom miljøterapi og empowerment. Miljøterapi legger vekt på å ruste pasienten til å mestre egen livssituasjon ved å hjelpe pasientene til selvstendighet (Snoek & Engedal, 2006, s. 53).

Det kan være utfordrende å arbeide i skjæringspunktet mellom pasientens autonomi og den profesjonelles empiri og faglige kunnskap (Sanna & Granerud, 2009, s. 38). Autonomi er en menneskerett og det er viktig at mennesker føler de har myndighet til å fatte beslutninger i eget liv. Gjennom denne prosessen kan pasienten utvikle seg til et handlende, aktivt individ i eget liv (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 231). Autonomi er også sentralt i utøvelsen av empowerment. Det pekes på at det er mennesket selv som skal stå ansvarlig for valg knyttet til egen helse (Askheim, 2015, s. 66). Samtidig kan det være problematisk for pasienten da det i praksis betyr at en også står ansvarlig for de dårlige, eller lite hensiktsmessige valgene en tar. Hvis pasienten er preget av vrangforestillinger og hallusinasjoner er det ikke en selvfølge at man klarer å ta ansvar for seg selv. Det er et viktig skille på å ta ansvar *fra* noen, og det å ta ansvar *for* noen. I slike tilfeller er det nødvendigvis viktig å ta ansvar *for* pasienten. På en annen side er oppfatningen om hva som er «riktig» eller «feil» valg, avhengig av hvem en spør. Igjen vil jeg påpeke viktigheten av å bruke tid på å bli kjent med pasienten, hva er individets ønsker eller mål? Pasientens valg må derfor forstås på bakgrunn av dette. Den profesjonelle må legge fra seg egne ønsker og behov, og anerkjenne pasientens ønske om hvordan en vil leve livet. Et godt liv defineres av pasienten selv, derfor må den profesjonelle respektere pasientens valg på tross av at en ikke nødvendigvis er enig i valgene (Almvik & Borge, 2006, s. 47). Som nevnt tidligere bør en forsøke å forstå pasientens handlinger på bakgrunn av deres historie og personlighet. Ved å rose og oppmuntre pasienten vil det styrke

pasientens selvtillit og pågangsmot, og ved å anerkjenne handlinger vil en styrke pasientens selvfølelse (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 160). Dette kan utdypes nærmere ved å se sammenhengen med håndterbarhet. Den profesjonelle må mobilisere pasientens ressurser og ved hjelp av oppmuntring, ros og anerkjennelse bidra til at pasienten føler mestring.

5.3.2. Mestring og mening

Det er viktig å tilrettelegge for mestringsopplevelser i nye kontekster. Dersom den profesjonelle oppfordrer pasienten til å oppsøke situasjoner som de kan mestre og pasienten gjør det, tyder det på at dette i seg selv kan styrke pasientens SOC som i denne sammenhengen dreier seg om håndterbarhet (Antonovsky, 2012, s. 137). Som nevnt tidligere er håndterbarhet og begripelighet ofte avhengig av hverandre. Dette tyder det på at ved å oppsøke situasjoner som pasienten kan mestre, vil pasientens håndterbarhet og begripelighet øke. På en annen side kan pasientens samarbeidsevne variere etter psykisk dagsform. Her kan det være utfordrende å fremme empowerment. Det er viktig å tilrettelegge for pasienten ut i fra dagsformen, men for mye tilrettelegging kan føre til lært hjelpeløshet (Sanna & Granerud, 2009, s. 39). Det kan være vanskelig for den profesjonelle å fire på kravene hvis ens empiri og faglige kunnskap strider imot pasientens ønske. Her er det viktig å være fleksibel og å anvende skjønn. Videre må pasienten føle seg ivaretatt og tatt på alvor, den profesjonelle må derfor forsøke å forstå og gjøre det en kan for at pasienten skal få det bedre. Har pasienten en dårlig dag kan det være bedre å vise fleksibilitet ved å fire på rammene for dagen og ved å forsøke å sette seg inn i pasientens følelser. Dette kan videre ses i sammenheng med hvor rigide de profesjonelle er i henhold til institusjonens rammer. Hvis den profesjonelle har stort regelfokus og dermed ikke tilpasser seg etter pasienten, kan det derfor føre til lite handlingsrom. Jeg vil derfor argumentere for at det er viktigere å vise fleksibilitet og empati når pasienten har en «dårlig dag», da gode relasjoner bærer preg av trygghet og gjensidig tillit. På sikt vil det derfor være mer gunstig å ta opp igjen eventuelle gjøremål en annen dag, da pasienten føler seg bedre og er mer motivert (Askheim, 2015, s. 50).

Det er viktig å føle at livet har en mening, de profesjonelle må derfor legge til rette for meningsfylte aktiviteter i tråd med loven (psykisk helsevernloven, 1999). Slike aktiviteter kan være alt fra sysselsetting i form av arbeid, eller å spille fotball. Poenget er at pasienten skal finne noe å engasjere seg i, noe som oppleves viktig og betydningsfullt. Her vil det være en stor fordel å kjenne pasienten godt, har pasienten noen interesser eller mål for hva en ønsker å

bruke tiden sin på? Hvis pasienten har et ønske må den profesjonelle anerkjenne og styrker dette, det er sunt at pasienten har egne ønsker (Sanna & Granerud, 2009, s. 39).

Meningsfullhet må forstås i sammenheng med motivasjon (Antonovsky, 2012, s. 41).

Pasienten må med andre ord være motivert for å finne mening i ulike aktiviteter, om så hverdagslige. Høy meningsfullhet innebærer at pasienten finner en følelsesmessig mening og forståelse i livet, og betrakter det som meningsfullt å engasjere seg i det (Antonovsky, 2012, s. 41). En dyktig profesjonell møter hele mennesket, og søker å bli kjent med personen bak lidelsen og en naturlig følge av det innebærer å bli kjent med pasientens ressurser, ønsker og mål. Ved å bevisst jobbe for å styrke pasientens empowerment vil det føre til at pasienten etter hvert får større kontroll og forståelse over egen livssituasjon. Som nevnt tidligere kan det være SOC-fremmende å la pasienten erfare mestringssituasjoner i nye kontekster (Antonovsky, 2012, s. 137). Dette kan være svært betydningsfullt for mennesker som lider av schizofreni, da de ofte har en sterk reduksjon i både praktiske- og sosiale ferdigheter (Snoek & Engedal, 2006, s. 75).

Som påpekt innledningsvis er mennesker som lider av schizofreni ofte i en avmaktsposisjon. Misbruket av begrepet schizofreni og følelsen av skam kan være noe av grunnen til dette. Ved å arbeide målrettet for å styrke pasientens kontroll og makt over eget liv, kan den profesjonelle snu skammen til stolthet ved å fylle pasienten med emosjonell energi. Dette kan gjøres ved å påpeke og mobilisere pasientens ressurser og å styrke og rose selvstendige valg. Samtidig må den profesjonelle styrke pasientens selvfølelse ved å støtte og anerkjenne pasientens opplevelser (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 160). Samlet kan dette øke mening for pasienten, da selvbestemmelse over eget liv er viktig for ens menneskeverd og livskvalitet (Røkenes & Hanssen, 2006, s. 13). Dette kan danne grunnlag for å snu skam til stolthet og dermed hjelpe pasienten ut av den avmaktsposisjonen en befinner seg i. Jeg tolker dette i den retning at økt empowerment i seg selv derfor vil føre til økt meningsfullhet for mennesker som lider av schizofreni.

6. Konklusjon

Det er grunnleggende å betrakte pasienten som et selvstendig individ for å styrke empowerment. Ved å bruke tid på relasjonsbygging oppnår en tillit og forståelse. Dette er viktig i en god relasjon som fungerer som en hjelp i seg selv. Pasientens samarbeidsevne varierer og en må derfor vise fleksibilitet ved å tilrettelegge. Anerkjenne og empati er viktig,

da dette styrker pasientens selvfølelse. Videre har refleksjon i personalgruppen stor betydning for empowerment av pasienten. Ved å tolke pasientens handlinger som forsøk på mestring, vil det øke empati overfor pasienten. Det kan være utfordrende for pasienten å møte nye profesjonelle, men hvis relasjonsbyggingen mestres vil det være positiv for pasientens håndterbarhet. Empowerment av pasientene kan være utfordrende fordi pasienten må ta ansvar for alle valg en tar. Samtidig er det viktig å styrke de hensiktsmessige valgene pasienten tar, da dette øker mestringsfølelsen. Den profesjonelle må legge vekk egne behov og anerkjenne pasientens ønske om hvordan en vil leve sitt liv. Ved å arbeide for å snu skam til stolthet kan pasienten ta kontroll og makt over eget liv. Pasienten må være motivert til å finne mening i livet, gjennom aktiviteter og å oppsøke mestringssituasjoner. Min konklusjon er dermed at empowerment i seg selv øker pasientens mestring og mening. Videre forskning om refleksjon i personalgruppen vil være hensiktsmessig, da resultatene peker på hvordan dette er til hjelp for empowerment av mennesker med en psykisk lidelse. Systemets rammer påvirker også empowerment og dette bør utforskes mer. Ethiske dilemma og de profesjonelles sårbarhet og egne behov, bør belyses mer. trenger også å belyses mer. Hvordan dette påvirker empowerment for pasienten, synes å være viktig å forske mer på.

7. Litteraturliste

- Almvik, A., & Borge, L. (Red.). (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modell*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Askheim, O.P. (2015). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bø, I., & Helle, L. (2010). *Pedagogisk ordbok: Praktisk oppslagsverk i pedagogikk, psykologi og sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dahl, A.A., & Aarre, T.F. (Red.). (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og andre velferdsarbeidere [brosjyre]. Oslo: Fellesorganisasjonen.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 09.04). Psykisk helse hos voksne. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/>
- Jordahl, H., & Repål, A. (2010). *Mestring av psykoser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lunde, E. S. (2001). Større åpenhet om psykiske lidelser. *Samfunnspeilet*, 2001(5). Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>.
- Malt, U. (2016). schizofreni. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/schizofreni>
- Prop. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>
- Røkenes, O.H., & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sanna, H. K., & Granerud, A. (2009). Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse. -En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid i førstelinjetjenesten, sett fra et personalperspektiv. *VÅRD I NORDEN*, 29(3),37-41. Hentet fra: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740830902900309>

Snoek, J.S., & Engedal, K. (2006). *Psykiatri: Kunnskap, Forståelse, Utfordringer*. Oslo: Akribe.

Torbjørnsen, A. B. E., Strømstad, J. V., Aasland, A. M. K., & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), 328-338. Hentet fra: https://www.idunn.no/file/pdf/66739447/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ.pdf

Tveiten, S., Onstad, R. F., & Haukland, M. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 136-143. doi: 10.1177/0107408315579812.

Vatne, S. (2007). *Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.