

Randi Einarson og Karl Henry Jacobsen

Samfunnspsykologiens bidrag til helsefremmende strukturer i arbeid med mennesker med psykisk utviklingshemming og psykisk lidelse

Samfunnspsykologi er en måte å beskrive hvordan psykologisk kunnskap blir anvendt på områder der mennesker befinner seg. Den har røtter i blant annet klinisk psykologi, organisasjonspsykologi, sosialpsykologi, humanistisk psykologi, helsepsykologi og sosiologi (Orford, 1992). Samfunnspsykologi er rettet både mot individ og system og kan virksomhetsmessig plasseres mellom klinisk psykologi og organisasjonspsykologi. Å ha et samfunnsperspektiv med seg som fagperson og terapeut blir viktig for å kunne være bevisst de samfunnsideologier psykologien som fag og profesjon er flettet inn i. Enhver klient eksisterer i en større samfunnskontekst, og en terapeut som tar et samfunnsperspektiv, vil også ta høyde for dette i sitt arbeid. Psykologisk kunnskap har stor innflytelse på hvordan vi ser oss selv og andre, den kan for eksempel bidra til å redusere samfunnsmessige og kulturelle fenomener til psykologiske fenomener. På samme måte kan det tenkes at det finnes regjerende ideologier i dag som har et undertrykkende potensial, og som allikevel tas for gitt som sanne.

Randi Einarson

Nidaros DPS, St.Olavs Hospital. Randi.Einarson@stolav.no

Karl Henry Jacobsen

Institutt for psykologi, NTNU. Karl.Jacobsen@ntnu.no

HVPU-reformen (ansvarsreformen i helsevernet for mennesker med psykisk utviklingshemming) som ble gjennomført i 1991, kan sies å være et eksempel på en reform som kom som følge av at stemmer stilte spørsmål ved de ideologiske antagelsene for HVPU og datidens institusjonstenkning, og førte til at ansvar for mennesker med psykisk utviklingshemming ble overført til kommunene. Institusjoner ble nedlagt, og intensjonen var at de som hadde bodd der, skulle flytte til alminnelige boliger i sine hjemstedskommuner, og motta kommunale tjenester på linje med befolkningen for øvrig, en normaliseringstankegang. I den sammenheng ble habiliteringstjenesten opprettet som en fylkeskommunal spesialisthelsetjeneste som inkluderer mennesker med utviklingshemming.

Samfunnspsykologene Nelson og Prilleltensky (2010) beskriver det som sentralt for samfunnspsykologien å skape sosial endring for å forbedre menneskers livskvalitet og livsvilkår, nemlig å utfordre antagelser som tas for gitt, redefinere problemer, bevisstgjøring rundt problemenes opphav og å gjøre det usynlige synlig. Deretter er det opp til mottakeren – enten det er politikere, organisasjoner, ledere, eller klienter – å bruke eller forkaste de foreslåtte sammenhengene. (Opp. Sit.)

Sammenhengene kan handle om forholdet mellom hvordan personalet har det på jobb og helsemessige utfordringer hos pasienten de jobber med, forholdet mellom pasientens høye angstnivå, kaosfølelse og uro, og personalets trygghet/kompetanse og evne til å stå i situasjoner over tid med høyt spenningsnivå. Ved å fokusere på slike sammenhenger tones nøytraliteten ned, og eget ståsted synliggjøres, noe som er en viktig kvalitet for veiledere for personalgruppen i prosjektet beskrevet under.

HELSEFREMMENDE ARBEID

To perspektiver er fremtredende når det gjelder arbeid med forbedring av helse: det sykdomsforebyggende og det helsefremmende. Sykdomsforebyggende arbeid er tiltak som har som siktemål å hindre utvikling av sykdommer, redusere risikoen for skade og redusere dødeligheten. Helsefremmende arbeid er definert som “den prosess som gjør folk i stand

til å bedre og bevare sin helse” (Ottawa-charteret; WHO, 1986 i Helsedirektoratet, 1987). Helsefremmende tiltak har med andre ord til hensikt å fremme livskvalitet, overskudd og trivsel (St.meld. 37; Norges forskningsråd, 2001). Helsefremmende arbeid er, slik det er nedfelt i sentrale føringsdokumenter i Norge og internasjonalt, en dynamisk prosess som krever aktiv deltakelse fra målgruppen – hvor målet er å bedre helsen (NOU, 1998:18). Det handler om å øke målgruppens kontroll og mestring av forhold som virker inn på deres overskudd av livsglede og energi, samt deres muligheter til å løse de oppgaver de stilles overfor (Klepp, Aarø og Rimpela, 1997; Klepp, Thuen og Wilhelmsen). De to perspektivene – sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid – har ulike vitenskapsteoretiske forankring. I det sykdomsforebyggende perspektivet baseres tenkningen på positivismen, som hevder at en kan studere og forstå menneskelig atferd og sosiale systemer etter mønster fra naturvitenskapen. Det helsefremmende perspektivet harmonerer i større grad med hermeneutikken, der en baserer seg på tolkning og forståelse, en forsøker å forstå/fortolke handlinger/fenomener ved å knytte dem til en hensikt/intensjon. De vitenskapsteoretiske grunnpilarene har konsekvenser for hva en oppfatter som sant og virksomt – også når det gjelder strategier og konkrete tiltak, herunder synet på hvordan helse, sykdom og forebygging defineres (Schancke, 2005).

I prosjektet under er det et sterkt fokus på å fremme livskvalitet og trivsel hos personalet og pasienten, basert på en bredspektret tilnærming ved å kartlegge, rammer, pasientens ressurser, personalets ressurser, personalets tanker, følelser, holdninger, og på å etterstrebe en felles forståelse av pasientens handlinger og fortolkninger knyttet til pasientens antatte intensjon. Empowerment er et mål og en metode i dette arbeidet.

Dersom man ønsker en slagkraftig kvalitetsutvikling av praksis, er det ofte nødvendig å endre de grunnleggende strukturelle forholdene i systemet og avdelingsstrukturene (Gidden (1979). Det vil også være nødvendig å tilrettelegge organisatorisk for at personalet kan opprettholde sitt engasjement for

pasientene, og for at de skal ha den tålmodighet og utholdenhet som kreves i møte med mennesker med stor angst, kaosfølelse og uro over tid. Betydningen av organisatoriske perspektiver kommer også til syne i forskning som viser at helsepersonell kan "løse" opplevelser av avmakt knyttet til dårlige organisatoriske forhold i helsevesenet ved å skyve problemene nedover i systemet – til pasienten eller pårørende. I stedet for at problemene meldes oppover i systemet til det organisatoriske nivået der de hører hjemme, får heller pasienter eller pårørende status som vanskelig; Merleau-Ponty (1961) og Norvoll (2014).

EMPOWERMENT

Empowerment viser til hvordan de samfunnsmessige forklaringene og intervensjonene bør tas med i psykologisk praksis. "Det handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette er nødvendig for at folk skal bli friske og beholde helsen, og for å motvirke effekten av samfunnsbetinget undertrykking. Kunnskap om makt, en styrkende holdning samt ferdigheter i å hjelpe pasienten til å motvirke avmakt fremmende krefter er viktig for at folk skal bli friske og beholde helsen". (Thesen og Malterud, 2001.) Empowerment benyttes ofte på gruppenivå, men kan også være individuelt. Ved hjelp av psykologisk empowerment kan selvbildet endres. Pasientens egne krefter styrkes og kan motvirke undertrykking på ulike plan. I prosjektet beskrevet under skal veiledere bidra til å styrke boligpersonalet og bidra til at de igjen kan styrke pasienten, avgi makt og styring, slik at pasienten selv i størst mulig grad kan påvirke situasjonen. I prosjektet dreier det seg om en person med alvorlig psykisk utviklingshemming og autisme, som ikke har verbalt språk og har svært begrensede muligheter til å uttrykke hva hun tenker eller føler. Pasienten er helt avhengig av personalets forståelse, tolkninger og holdninger til henne. Empowerment er her sentralt både som mål og metode, både for personalet og for pasienten. Kieffer, (1987) sier at begrepet har en todelt betydning og utgjør både målet og veien. Målet er kompetanse til å delta og påvirke, veien er utvikling av ferdigheter som skal til for å nå dette

målet. Vår hypotese er at gode rammer og god veiledning med fokus på empowerment vil gi gode fagfolk, med økt tillit til seg selv. Det kan virke forebyggende på sykdom i personalgruppen, og bidra til økt trivsel, bedre motivasjon og bedre trivsel på arbeid. Dette er faktorer som virker klart helsefremmende for personalet, som igjen med sannsynlighet kan gi bedre livsvilkår for pasienten.

KASUS

Kasus her er en kvinne med kjent infantil autisme og alvorlig psykisk utviklingshemming med betydelige forekomst av utfordrende atferd i form av selvskading og utagering mot andre. I oppstarten av prosjektet bodde hun i et bofelleskap med en til en-oppfølging, to til en-oppfølging ved stell. Boligen hadde en lite egnet beliggenhet med mange forstyrrelser i nærmiljøet. Den bar preg av å være en institusjon med mange andre beboere, som og virket forstyrrende for pasienten. Personalgruppen hadde en base i et rom med store glassvindu som lå i midten av fellesarealet for beboerne. Det var en stor personalgruppe som skulle bistå mange beboere, det var høyt sykefravær i personalgruppen og mye bruk av vikarer. Pasienten hadde tydelige angstanfall, hun var utagerende mot personalet, og det ble beskrevet alvorlig selvskading som påførte pasienten store, potensielt livstruende skader i hodet. Det hadde blitt gjennomført en funksjonskartlegging og en psykiatrisk utredning ved habiliteringstjenesten for voksne (HAVO). Funksjonskartleggingen bekreftet diagnosen alvorlig psykisk utviklingshemming og autisme. Den psykiatriske utredningen konkluderte med omfattende psykiske vansker, med høye skårer innenfor områdene angst, depresjon, impulsivitet, utfordrende atferd og tvang/stereotypier. Gjennom årene ble det prøvd behandling med ulike psykofarmaka som neuroleptika, antidepressiva og anxyolitika, med varierende og kortvarig effekt. Det var nødvendig med utstrakt bruk av beskyttende utstyr (hjelmer, armskinner og tidvis bruk av ankelstøtter) for å forhindre selvskading. Tiltaket er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kap. 9A, sammen med tiltak for å begrense inntak av

mat og drikke. Det har over flere år, i samarbeid mellom habiliteringstjenesten for voksne og kommunen, vært forsøkt ulike miljøtiltak, og i samarbeid med Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemning/autisme ved Oslo Universitetssykehus, Dikemark. Det har vært undervist om psykisk utviklingshemming og autisme knyttet opp mot hvordan forstå, kommunisere og samhandle med pasienten. En har sett at det er store belastninger i personalgruppen, og personalet har hatt tilbud om debrifing etter ekstra belastende hendelser med pasienten. Pasienten hadde en særdeles vanskelig livssituasjon, og personalet i boligen var utslitt av en langvarig belastende arbeids-situasjon og hadde ingen løsning på situasjonen. Situasjonen førte også til konflikter mellom personer i personalgruppen. Flere var blitt sykemeldte pga. store belastninger i forbindelse med jobben.

PROSJEKTORGANISERING SOM EN MÅTE Å MØTE STORE OG SAMMENSATTE UTFORDRINGER PÅ

Situasjonen ble etter hvert ansett å være så alvorlig for pasienten, og belastningen så store for personalet, at en kom fram til at det måtte iverksettes mer omfattende tiltak i tjenestetilbudet. Dette innebar flytting til en mer egnet bolig og ny start med en mindre personalgruppe som var villige til å spesialisere seg i forhold til å jobbe med denne pasienten. Dette arbeidet ble organisert som prosjekt der overordnet målsetting var å etablere et godt omsorgsmiljø for pasienten og godt arbeidsmiljø for personalet. Prosjektet var et samarbeid mellom kommunen, HAVO v/St. Olavs Hospital, Østmarka psykiatriske sykehus og Regional seksjon for psykiatri, utviklingshemning/autisme ved Oslo Universitetssykehus, Dikemark. Prosjektgruppen bestod av: Vedtaksansvarlig i kommunen, fagansvarlig i boligen/kommunen, primærkontakt for pasienten i kommunen, spesialvernepleier og pasientkoordinator ved HAVO, spesialkonsulent, ansvarlig for multisenterstudie ved HAVO, psykolog ved HAVO. Prosjektet forankres i kommunen. Prosjektleder er psykolog ved HAVO. Pasientens pårørende ble holdt kontinuerlig orientert, og ble hørt etter ønske.

MÅL

Målet med prosjektet var å bedre pasientens livskvalitet gjennom at hun skulle oppleve at hun kunne påvirke sin egen tilværelse i høyere grad (empowerment). Dette søkte en å oppnå ved å forstå henne bedre, og tilrettelegge i forhold til denne forståelsen.

METODE OG ENDRINGER I ULIKE FASER

Empowerment som metode jf. Kieffer (1987).

Kieffer deler empowermentprosessen inn i fem faser:

- 1 *Det må først inntre en mobiliserende episode som utgjør en trussel mot det som oppleves som viktig og bra i livet. Gjennom dette vekkes bevissthet og engasjement.*

Det mobiliserende var i denne situasjonen at personalet og ledelsen innså at det måtte en endring til for å bedre situasjonen for alle parter. Det ble prioritert og satt av ressurser til dette.

- 2 *Man går over i en fase preget av usikkerhet og begynnende analyse av situasjonen.*

Etter en begynnende analyse av situasjonen, der en så klart behovet for en grunnleggende kvalitetsutvikling, ble det konkludert med at det var nødvendig med en endring av de grunnleggende strukturelle forhold i systemet og avdelingsstrukturene. Det var nødvendig å tilrettelegge organisatorisk for at personalet skulle kunne opprettholde sitt engasjement for pasienten, og for at de skulle kunne ha den tålmodighet og utholdenhet som kreves i arbeidet med henne, med så stor angst og uro over tid. Det ble kartlagt hvem som syntes best egnet og hadde et ønske om å være med i videre arbeid rundt pasienten, i tillegg til at det ble ansatt noen nye. Det ble besluttet at pasienten skulle flytte til en mer egnet bolig, med bedre oversikt både fysisk, organisatorisk og strukturelt. I denne fasen ble det lagt vekt på å gi god informasjon om prosessen til hele personalgruppen, både de som skulle følge pasienten videre og de som skulle være igjen.

- 3 *Tredje fase utgjør en prosess som skal ende i en forståelse av situasjonen av hvilke ressurser og muligheter man har til rådighet. Veilederens oppgave er å gi faktisk informasjon, være støt-*

tende og bidra til å kartlegge situasjonen og tilgjengelige ressurser.

Det ble holdt en fagdag med undervisning om autisme, utviklingshemming, sårbarhet og emosjonsregulering, og en påfølgende dag der en sammen med personalgruppen konkretiserte kunnskapen fra undervisningen og relaterte den til dem selv og deres egen arbeids hverdag. Det ble i prosessveiledning med personalgruppen foretatt en kartlegging av pasientens initiativ/ressurs, en kartlegging av personalets ressurser i forhold til pasienten og en kartlegging av rammer og fysiske miljøbetingelser i den nye boligen, samt en tydeliggjøring av spesialisthelsetjenestens ressurser og rolle i prosjektet. Målet var å tydeliggjøre og etablere en felles forståelse av situasjonen og hvilke ressurser og muligheter vi hadde til rådighet.

4 I fjerde fase veksles det mellom å prøve ut kunnskapene og sammen med veiledere reflektere over nye erfaringer.

Det er ofte nødvendig å gå mange runder over tid. Vi hadde to dager med fokus på teambygging. Det foregikk en kontinuerlig veiledningsprosess annenhver uke med refleksjon over nye erfaringer, med spesielt oppmerksomhet på å tilrettelegge for initiativ, og å følge opp initiativ fra pasienten, den enkeltes relasjon til vedkommende ble vektlagt. I veiledningen ble det lagt vekt på økt selvbestemmelse og mestring både for personalet og pasienten. Personalets subjektive opplevelse og erfaringer ble i stor grad vektlagt, sammen med evidensbasert kunnskap om autisme, utviklingshemming og emosjonsregulering.

5 I siste fase innehar man nye ferdigheter med evne til deltakende kompetanse.

Målet her var å få økt tillit til hverandre, og til egne vurderinger, samt få respekt for hverandres erfaringer og forskjellighet. Det var også et mål å styrke personalets relasjon til pasienten og få økt felles forståelse av pasienten og hverandres situasjon. Pasienten opplever å bli sett og hørt, og har så langt det er mulig påvirknings- og bestemmelsesmuligheter i forhold til egen hverdag.

EVALUERING AV PROSJEKT

Etter 1 ½ år ble det gjennomført et evalueringsmøte med personalet og prosjektgruppen, der målene ble gjennomgått. Det ble bekreftet at en hadde klart å etablere et kvalitativt bedre omsorgsmiljø, med økt trivsel, mindre selvskading, økt aktivitet og flere gode dager igjennom for pasienten. Personalet observerte flere positive initiativ fra pasienten, som de fulgte opp. De opplevde pasienten som mer fornøyd, fleksibel og mobil, og selvskading var nesten fraværende. Vi tok tidlig en avgjørelse på at vi ikke først og fremst ville sette søkelyset på å identifisere trigger for selvskading og det å ha felles tenkning om, og prosedyre for håndtering av selvskading, men heller fokusere på relasjonsbygging, og å identifisere og følge opp positive initiativ fra pasienten. Etter hvert dreide diskusjonen seg om behovet for å fjerne armskinner, fordi pasienten ble hindret i aktivitet på grunn av disse, heller enn hvordan håndtere selvskading. Dette fordi det var blitt betraktelig mindre selvskading, og personalet var etter hvert blitt gode til å bistå pasienten i å regulere seg selv med ulike tiltak når de så at hun ble tiltakende urolig.

Personalet opplevde også at det var blitt etablert et godt fag- og arbeidsmiljø for personalet. På spørsmål om hva de anså som den viktigste årsaken til at en hadde lyktes i å nå målene, var det en klar holdning i gruppen om at det å få tillit fra veiledere var viktig, og at det var greit å gjøre ting forskjellig; det at personalets subjektive opplevelse og erfaringer i så stor grad ble vektlagt, førte til økt tillit til egne vurderinger og økt tillit til hverandre. Dette mente de hadde vært, og er, avgjørende faktorer for å lykkes. Det var også en klar holdning at det var viktig med en mer nærværende ledelse, og det at personalets innspill i forhold til organiseringen av tiltaket ble ansett som viktig og tatt på alvor av leder. Det var ellers full enighet om at pasienten hadde fått en mer egnet bolig.

Det som ikke fungerte så godt, var at det etter hvert som problemene avtok, ble mindre oppmøte på veiledningsmøtene, selv om personalet signaliserte at de var fornøyd med veiledningen og at de anså det som nyttig. Det er en sårbarhet i systemet i forhold til møtetid, da det

er opp til den enkelte som ikke er på jobb, å bruke fritiden sin til å møte til veiledning. Det ble besluttet at det heretter skal være mindre hyppig veiledning med habiliteringstjenesten, men at en da bruker lengre tid når en møtes, og at personalet melder inn tema det er behov for å fokusere på. Videre ble det besluttet at en skulle opprettholde brukermøter hver 14. dag med personalgruppen og leder.

Det er nødvendig å jobbe for en fast og god møtstruktur som blir anerkjent som en viktig del av jobben, også i perioder hvor det går bra med pasienten. En god møtstruktur med en åpen dialog er nødvendig kvalitetssikring i omsorgen for en person med store utfordringer både når det gjelder funksjonsnivå og psykisk helse.

DISKUSJON

Fokus i dette prosjektet har vært eksplisitt på helsefremmende tiltak og empowerment, med bredspektret tilnærming – en nedenfra-og-oppstrategi, der en har hørt på personalets opplevelse av situasjon og relasjon til pasienten. Pasienten er selv ikke i stand til å beskrive sine tanker, følelser og opplevelser, og vi anså dermed personalet og foreldre som de beste informantene. *Pasienten blir så å si ikke bedre enn personalgruppen tillater henne å bli.* Vi satte fokus på begreper som respekt, tillit, åpenhet og makt i den hensikt å etablere og opprettholde dette som grunnverdier i personalgruppen, og at dette skulle være verdier som preget det psykososiale miljøet. Vi anså dette som et helsefremmende arbeid for pasienten og for personalgruppen, en dynamisk prosess som krevde aktiv deltakelse fra personalgruppen, og med forventning om at det skulle kunne overføres til personalets arbeid i deres relasjon til pasienten. Det ble fokusert på emosjonsregulering hos pasienten og på hvordan personalet kunne regulere seg selv når spenningsnivået ble høyt.

Et viktig prinsipp er at opplevelsen av mulighet og myndighet er nært knyttet opp til psykisk helse. Å øke personens opplevelse av å ha påvirknings- og bestemmelsesmuligheter i forhold til eget liv og livssituasjon (empowerment) er viktig for å bedre psykisk helse og forebygge psykiske problemer. Det er like viktig å se etter

og søke å frigjøre personens egen kompetanse, ressurser og styrke som det er å kartlegge mangler og svakheter. Noen ekspertløsninger kan være mer problemskapende og umyndiggjørende enn det opprinnelige problemet, for mange er de profesjonelle ekspertene med på å bekrefte og dermed opprettholde problemet. Ressurser til å løse problemet kan like gjerne finnes hos pasientgruppen selv, eller som her, hos personalgruppen selv, heller enn utenfor den. Vi jobbet med å kartlegge pasientens interesser og ressurser, og det samme i personalgruppen gjennom en kontinuerlig veiledningsprosess, der søkelyset først og fremst ble satt på å bistå personalet i å se sine egne og pasientens ressurser, og å få tillit til sine egne ressurser i forhold til pasienten. Vi satte fokus på mestring, ressurser og den enkeltes iboende evne til å hjelpe seg selv og pasienten.

Et annet viktig prinsipp i samfunnspsykologi er jmf. Fryer, (1998) at alle mennesker strever for å oppnå meningsfullhet og forstå sammenhenger i sin livssituasjon og dermed også arbeidssituasjon. De vil søke å oppnå påvirkning og mestring i forhold til sine egne normer, verdier og forventninger. En forutsetning for å få gode tjenester for den aktuelle pasienten er at hun har et trygt personale å forholde seg til, som trives og opplever jobben sin som meningsfull, som kan stå i situasjoner over tid med sterk angst og uro, som ser henne og kan identifisere og imøtekomme hennes initiativ. Det er et klart forhold mellom hvordan personalet har det på jobb og helsemessige utfordringer hos pasienten de jobber for: individualisering, forholdet mellom pasientens angst og uro og personalets trygghet/kompetanse/opplevelse av mening og evne til å stå i situasjoner over tid med høyt spenningsnivå. Ved å sette søkelyset på slike sammenhenger må eget ståsted synliggjøres. Vi anså det som viktig, i denne prosessen, å få fram individualiteten og forskjelligheten i gruppen. Det ble fokusert på empowerment, - å mobilisere og styrke personalets egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt. Dette syntes å være viktig for at personalet skulle beholde troen på seg selv som gode fagpersoner og styrke tilliten til seg selv og hverandre i

gruppen.

Samfunnspsykologien har overordnede begreper som helsefremmende arbeid og empowerment i seg, men den står ikke på egne bein når en jobber i direkte relasjoner. Helsefremmende samfunnspsykologi i habiliteringsarbeid må sees i sammenheng med utviklingspsykologi, positiv psykologi og kunnskap om utviklingshemming og autisme. Dette perspektivet ligger i bunnen. Det viktige med å ha et samfunnspsykologisk perspektiv er at samfunnspsykologien bringer inn en ramme som er styrende for hvordan en tenker, samme hvem det er, der fokus er at en skal ha styring og påvirkning på eget liv – et livskvalitetsperspektiv. Å ha et overordnet fokus på helsefremmende arbeid, sammen med livskvalitetstenkning, bidrar til å sikre at man ikke går seg vill i det daglige arbeidet, her og nå. Det bidrar til å hindre at en jobber med løsevne tiltak der en ikke ser hva en holder på med, med enkeltvedtak som ikke henger sammen med en mer overordnet tenkning, og at man holder fokus på det som er viktig når det gjelder god livskvalitet. Det at en i arbeidet vektlegger helsefremmende arbeid og empowerment er viktig både for personalet og pasienten. Det gir et overordnet nivå på diskusjonene, og det blir som en ramme som styrer hvordan en tenker og jobber med folk for at de skal få mest mulig påvirkning på eget liv. Det gjør det lettere å ha øye for det som er viktig, og bidrar til at det blir mindre sårbart for pasientene eller de som mottar bistand, og det at personalet har felles rammer å tenke i, gir en felles plattform og skaper et samhold. Det viktigste med de samfunnspsykologiske begrepene og tenkemåten, i denne sammenhengen, er at den sørger for en overvåking av at endringsprosessene holder høy etisk, faglig og menneskelig standard.

Referanser:

Aarø, Leif Edvard,

(2013). Invitasjon til samfunnspsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*. Utgave 5-2013.

Cooper, S., Nicholas, L. J., Seedat, M. & Statman, J. M.

(1990). *Psychology and Apartheid: The*

struggle for Psychology in South Africa. I. L. J. Nicholas & S. Cooper (red.), *Psychology and Apartheid (s. 1–21)* Cape Town: Vision.

Ekeland, T-J,

(2009), *Psykologi – den gode kunnskapen?*

I H. E. Nafstad & R. M. Blakar,

Fellesskap og individualisme. (Oslo: Gyldendal Akademisk.)

Fagutvalget for Samfunnspsykologi.

Utdanningshåndbok, (1997).

Forbonne, Eric.

(1999, 2003, 2005) *Oppsummeringsartikler om autismelidelser*.

Fryer, D.:

Community Psychology; Practicing what we (don't) teach. *Clinical Psychology Forum*. Vol. 12, (1998).

Giddens, A.

(1979) *Central Problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analyses*. Basingstoke: Macmillan.

Habiliteringstjenesten for voksne.

Kvalitetssystem Nivå 3. Dokumentkategori: Presentasjon av virksomhet (2009)

Hem, Karl-Gerhard og Husum, Tonje Lossius,

(2008) *Prevalens av autisme. SINTEF Helse. Sintef Rapport, Rapportnr.: A7249*.

Helsedirektoratets veileder. IS - 1739 - HAVO

<https://no.wikipedia.org/wiki/HVPU-reformen>. (2016)

Norvoll, R.

(2014) *Samfunn og psykisk helse*.

Samfunnsvitenskapelige perspektiver. Gyldendal Akademisk.

Isaksen, J., Diseth, T.H., Schjølberg, S. &

Skjeldal, O.H.

(2012). *Observed prevalence of autism spectrum disorders in two Norwegian counties*. *European Journal of Paediatric Neurology*.

Kieffer, C. C.

(1987) *Citizen empowerment. A developmental perspective*. *Prevention in Human Services*. (1984) Taylor & Francis

Merleau-Ponty, M.

(1961). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge and Kegan Paul.

Nelson, G. & Prilleltensky, I.

(2010). *Community Psychology – in pursuit of liberation and wellbeing (s. 25–47, 227–249)*.

Palgrave Macmillan.

NOU : 1998-18.

Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeid i kommunene. Sosial- og helsedepartementet. (1998).

Ottawa-charteret WHO, (1986) *I helsedirektoratet* (1987)

Orford, J. (1992) *Community Psychology. Theory and Practice*, Willey.

Prilleltensky, I. (2008). The role of power in wellness, oppression and liberation: The promise of psychological validity. *Journal of Community Psychology*, 38 (2),

Rapaport (1985). *The power of empowerment language.* Social Policy.

Repstad, P. (1997). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere.* Oslo: Tano Aschehoug.

Schancke, V. A (2005). *Forebygging og helsefremmende arbeid,*

fra forskning til praksis – en kunnskapsoppsummering med råd og anbefalinger. Nordnorsk Kompetansesenter – Rus, ved Nordlandsklinikken.

SINTEF Helse, (Juni 2008). Hem, K. G. & Husum T. L. *Prevalens av autisme.* Sintef.

Stenberg, N (2012) Identifisering av autismspekterforstyrrelser: Tidlige tegn og differensialdiagnostiske utfordringer. *Autisme i dag*, nr. 39

Stortingsmelding, 37: Klepp, Aarø og Rimpela, 1997; Mikkelsen, 1999; Iversen, 1999. *Norges Forskningsråd*, (2001).

Thesen, J. & Malterud, K. (2001). "Empowerment" og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121:1624–1628.

Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Utgave 5, (2013).

Randi Einarson

Nidaros DPS, St.Olavs Hospital
Randi.Einarson@stolav.no

Karl Henry Jacobsen

Institutt for psykologi, NTNU.
Karl.Jacobsen@ntnu.no