

Runar Hernes

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer i fra arbeid i norsk sikkerhetspsykiatri

Masteroppgave i Psykisk helse

Veileder: Erik Søndena

Medveileder: Toril Anne Elstad

Juni 2021

Runar Hernes

En kvalitativ studie av helsepersonells erfaringer i fra arbeid i norsk sikkerhetspsykiatri

Masteroppgave i Psykisk helse
Veileder: Erik Søndena
Medveileder: Toril Anne Elstad
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Norsk sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunnen for denne studien er det stadig økende fokuset på recovery- og recoveryorienterte tjenester innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Da det er stort fokus på brukerinvolvering i alle nasjonale veiledere innenfor psykisk helsefeltet er det innenfor sikkerhetspsykiatrien beskrevet store utfordringer med å tilrettelegge for recovery for denne pasientgruppen. En sentral utfordring er tvangen som pasienter i sikkerhetspsykiatrien utsettes for. Tvangsbruken kan ses i sammenheng med fokuset på samfunnsvern og sikkerheten for pasienten og vedkommende sine omgivelser. Utfordringene kan også ses i sammenheng med kompleksiteten av følgeproblemer som er karakteristisk for denne pasientgruppen. Disse kan vise seg i form av økt risiko for å gjennomføre kriminelle/voldelige handlinger, utfordringer med å inngå/oppretholde sosiale relasjoner, manglende motivasjon eller evne til å motta hjelp, økonomiske vansker og rusproblemer.

Hensikt og problemstilling: Denne studien har til hensikt å belyse ulike forutsetninger og innsatsfaktorene som kan bidra til pasienters recovery innenfor norsk sikkerhetspsykiatri, ifølge ansatte i psykisk helsevern. Problemstillingen som blir benyttet i studien er «Hvilke forutsetninger og innsatsfaktorer kan styrke pasienters recoveryprosess i norsk sikkerhetspsykiatri?».

Metode: Studien er kvalitativ da den bygger på fire individuelle dybdeintervjuer av sykepleiere på to sykehus innenfor norsk sikkerhetspsykiatri. Fokuset var på å belyse forutsetninger og innsatsfaktorer som kan bidra til pasienters recoveryprosess, ifølge ansatte innenfor norsk sikkerhetspsykiatri. I analysearbeidet ble fremgangsmåten systematisk tekstkondensering brukt.

Resultat og konklusjon: Funn fra studien viser at flere momenter innenfor konteksten av sikkerhetspsykiatri kan bidra til pasienters recovery. Først og fremst må veien til sikker recovery betraktes som et samspill mellom fagperson og pasient, der veien til å redusere pasienters risiko skjer gjennom personlig vekst og mestring. Til dette kreves det at helsepersonell tar hensyn til hvor pasienter er i sitt behandlingsforløp og videre tilpasser seg til pasientens tilstand og møter pasienten der han er. Videre er det essensielt at pasienter får oppleve hverdagen som sammenhengende. Dette oppnås gjennom å tilrettelegge for aktiviteter etter pasientens ønsker og der pasienten får utfolde seg med sosial støtte i fra helsepersonell. En annen forutsetning for at pasienter skal kunne oppleve recovery innenfor sikkerhetspsykiatrien er følelsen av å være trygg og ivaretatt. Opplevelsen av trygghet kan videre ses i sammenheng med utviklingen av terapeutiske allianser mellom fagperson og pasient. Denne relasjonen er også essensiell i all form for endringsarbeid innenfor den sikkerhetspsykiatriske konteksten. Til sist innebærer arbeidet innenfor sikkerhetspsykiatrien en rekke utfordringer med å tilrettelegge for recovery. Disse utfordringene innebærer at recoverytilnærmingen må betraktes i et helhetlig perspektiv der fokuset ligger på å redusere pasienters risiko og symptomer, samtidig med at man arbeider aktivt med å fremme pasienten sine ressurser og aktivt bygger opp under pasientens positive sider for så å kunne bidra til at pasienten løsriver seg stigmaer og slik skaper seg et positivt selvbilde og derigjennom øker sin sosiale status.

English Abstract

Background: The background for this study is the ever-increasing focus on recovery and recovery-oriented services in the field of mental health and substance abuse. As there is a strong focus on user involvement in all national guidelines in the field of mental health, major challenges have been described within the domain of secure and forensic psychiatric setting in facilitating recovery for this patient group. A key challenge is the coercion to which patients within the secure and forensic psychiatry are exposed. The use of coercion can be seen in connection with the focus on social protection and the safety of the patient and the person's surroundings. The challenges can also be seen in connection with the complexity of consequential problems that are characteristic of this patient group. These can manifest themselves in the form of an increased risk of committing criminal / violent acts, challenges in entering into / maintaining social relationships, lack of motivation or inability to receive help, financial difficulties, and substance abuse problems.

Purpose/Issue: This study aims to shed light on various prerequisites and input factors that can contribute to patients' recovery within the Norwegian secure and forensic psychiatry, according to employees in mental health care. The problem formulation used in the study is "What prerequisites and input factors can strengthen patients' recovery process in Norwegian secure and forensic psychiatry?".

Method: The study is qualitative as it is based on four individual in-depth interviews of nurses at two hospitals within Norwegian secure and forensic psychiatry. The focus was on elucidating prerequisites and input factors that could contribute to patients' recovery process, according to employees within Norwegian secure and forensic psychiatry. In the analysis, the method of systematic text condensation was used.

Results/Conclusion: Findings from this study show that several factors within the context of secure and forensic psychiatry can contribute to patients' recovery. First and foremost, the path to safe recovery must be considered as an interaction between professional and patient, where the path to reducing patients', risk takes place through personal growth and coping. For this, it is required that healthcare professionals consider where the patient is in their course of treatment and further adapt to the patient's progress. Furthermore, it is essential that patients experience everyday life as coherent. This is achieved by arranging for activities according to the patient's wishes and where patients are allowed to develop with social support from health personnel. Another prerequisite for patients to be able to experience recovery in the secure setting is the feeling of being safe and taken care of. The experience of security can further be seen in connection with the development of therapeutic alliances between professional and patient. This relationship is also essential in all forms of work with change within the secure and forensic psychiatric context. Finally, the work within secure and forensic psychiatry involves several challenges in facilitating recovery. These challenges mean that the recovery approach must be viewed in a holistic perspective where the focus is on reducing patients' risks and symptoms, while actively working to promote the patient's resources and actively building under the patient's positive sides to contribute to the patient detaches stigmas and thus creates a positive self-image and thereby increases its social status.

Forord

Denne oppgaven presenter siste del i studiet: Master i psykisk helse ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Studiet bygger på en bachelor i sykepleie som ble gjennomført ved Høgskolen i Molde med avgangs-år 2014. Jeg har siden sykepleierstudiet jobbet ved en av landets regionale sikkerhetsavdelinger med pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidig voldsrisiko. Denne oppgaven har gitt meg mulighet til å utforske helsepersonells erfaringer i fra arbeid innenfor norsk sikkerhetspsykiatri i fra en «forskerrolles» ståsted. Arbeidet med oppgaven har vært både utfordrende og tidkrevende, men samtidig lærerikt og givende.

Det er flere personer som har bidratt til at denne oppgaven lot seg gjennomføre. Først og fremst vil jeg takke studiens informanter som har bidratt med sin tid slik at jeg har fått et innblikk i deres erfaringer, meninger og arbeidshverdag. Uten informantenes uvurderlige erfaringer og åpenhet hadde ikke denne studien vært praktisk gjennomførbar. Jeg vil også gi en stor takk til veileder, førsteamanuensis Toril Elstad, ved NTNU samtidig som jeg vil gratulere deg med en flott tilbakelagt yrkeskarriere. Samtidig vil jeg rette en stor takk til veileder, førsteamanuensis Erik Søndenaas ved NTNU som har hjulpet meg gjennom siste del av masterprosjektet. Takk for begge deres grundige og konstruktive tilbakemeldinger. Jeg vil også rette en takk til arbeidsgiver for at jeg har kunnet kombinere studiet ved siden av arbeidet i sengepost. Jeg vil også takke mine kollegaer for inspirasjon til å skrive oppgaven gjennom å få delta i et arbeidsmiljø med stort faglig engasjement. Til sist vil jeg takke familie og venner for moralsk støtte under hele dette studiet.

Avslutningsvis vil jeg bemerke at innholdet i oppgaven er basert på forfatters tolkning av helsepersonells erfaringer og at innholdet derfor står for forfatters regning.

Runar Hernes

Trondheim, juni 2021

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Egne erfaringer og bakgrunn for valg av tema	4
1.3 Problemstilling	4
2.0 Relevans, Begrepsavklaring og Teoretisk Rammeverk	5
2.1 Oppgavens relevans	5
2.2 Avgrensning	5
2.3 Recovery	6
2.3.1 Recovery innenfor retts- og sikkerhetspsykiatrien	7
2.3.2 Utfordringer og kritikk av recovery innenfor sikkerhetspsykiatrien	10
2.4 Salutogenese og opplevelse av sammenheng (Sense of coherence)	13
2.5 Annerkjennelse	14
2.6 Miljøterapi	15
3.0 Metode	18
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	18
3.1.1 Fenomenologi som vitenskapsteoretisk forankring	18
3.2 Valg av metode	18
3.3 Forskningsdesign	19
3.3.1 Litteratursøk	19
3.3.2 Utvalg og rekruttering	19
3.3.3 Datainnsamling	20
3.3.4 Anonymisering	20
3.4 Analyse	21
3.4.1 Utvikling av foreløpige temaer	21
3.4.2 Dekontekstualisering og koding av meningsbærende enheter	21
3.4.3 Utvikling av subgrupper og meningskondensering	22
3.4.4 Rekontekstualisering og sammenfatning	22
3.5 Metodediskusjon og Etske overveielser	23
3.5.1 Validitet	24
3.5.2 Etske overveielser knyttet til forskning på egen arbeidsplass	25
4.0 Resultater og drøfting	27
4.1. Vekstprinsipp, der fokuset var på å styrke pasientens ressurser	27
4.1.1 Tilrettelegging ut ifra sykdomsforløp	27
4.1.2 Mestring av hverdagslige utfordringer	29
4.1.3 Lære å leve med sykdom	31

4.2. Strukturell mening, ved å gi pasientene en opplevelse av sammenheng i hverdagen _____	33
4.2.1 Gi bekreftelse og innsikt gjennom sosial samhandling _____	33
4.2.2 Opplevelse av mening gjennom dagligdagse aktiviteter _____	36
4.3 Relasjonell trygghet gjennom tillit mellom fagperson og pasient _____	38
4.3.1 Trygghet som forutsetning for relasjonsbygging _____	38
4.3.2 Relasjon som verktøy for å oppnå bedring og for å motvirke tilbakefall _____	40
4.4 Begrensninger for sikkerhetspsykiatrien hvor mandat, lovverk og pasientgruppens egenart spiller inn _____	42
4.4.1 Manglende valgfrihet innenfor psykisk helsevern _____	42
4.4.2 Utfordringer med recovery for pasientpopulasjonen i sikkerhetspsykiatrien _____	44
5. Avslutning _____	47
5.1 Konklusjon _____	47
5.2 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning _____	48

Figurer

Figur 1: Antall personer under dom til tvungent psykisk helsevern (SIFER, 2019) _____	3
Figur 2: Systematisk tekstkondensering, trinnvis fremgangsmåte _____	21
Figur 3: Problemstilling og fremstilling av hovedtemaer med tilhørende undertemaer _____	23
Figur 4: Konklusjon, hovedpunkter _____	47

Vedlegg

Vedlegg 1: Søknad om tillatelse til å intervju ansatte i psykisk helsevern _____	53
Vedlegg 2: Svar på søknader om tillatelse til å få intervju ansatte i psykisk helsevern _____	55
Vedlegg 3: Svar på søknad om tillatelse til å få intervju ansatte i psykisk helsevern _____	56
Vedlegg 4: Svar fra Norsk senter for forskningsdata _____	57
Vedlegg 5: Informasjon- og samtykkeskjema for informanter _____	59
Vedlegg 6: Informasjonsskjema om recovery (utdelt til informanter før intervjuer) _____	63
Vedlegg 7: Intervjuguide _____	65

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Norsk sikkerhet- og rettspsykiatri er fagområder som har gjennomgått store endringer i løpet av historien. Fagområdenes begynnelse kan skimtes så tidlig som i 1842. Da slo kriminalloven fast at «galne og afsindige» ikke kunne straffes. Noen år senere i 1848 bestemte sinnssykeloven at kriminelle sinnssyke ikke kunne behandles sammen med ikke-kriminelle sinnssyke. Lovendringene kan sies å symbolisere et skille der det ble en aksept for at kriminelle og voldelige mennesker med alvorlige sinnslidelser ikke var strafferettslig tilregnelige i motsetning til kriminelle ikke-sinnslidende. I tillegg ble det erkjent at disse menneskene skulle ha tilhold i egne helseinstitusjoner (Aulie, 2015).

På tross av disse endringene ble likevel mennesker med psykiske lidelser og kriminell atferd oppbevart i lukkede institusjoner. Statistikk over gjennomsnittlig liggetid viser at det også var snakk om oppbevaring fremfor behandling da pasientene ofte ble værende i flere år i disse institusjonene. Ikke sjelden ble de også værende livet ut etter at de først ble innlagt (Pedersen & Kolstad, 2009). Siden starten av 70-tallet og frem til tusenårsskiftet skjedde det derimot en massiv nedbygging i antall sengeplasser innenfor psykisk helsevern. Samtidig har det skjedd en oppblomstring av kommunale bo- tilbud, treffsteder, poliklinikker, ambulerende tjenester og andre lavterskel-tilbud innenfor det psykiske helsearbeidet (Pedersen & Kolstad, 2009).

I tråd med disse endringene har også perspektiver som recovery hatt en oppblomstring da det er større oppmerksomhet rundt betydningen av det å være aktiv i samfunnsliv, samt betydningen dette har for den psykiske helsen vår. I tillegg er det i større grad enn før fokus på betydningen av at pasienter og brukere er medvirkende i egen behandling. Nasjonal faglig retningslinje for psykoselidelser er et styringsdokument som er utarbeidet av helsedirektoratet og som inneholder faglige normer for helsepersonell. Ved å støtte seg til disse retningslinjene kan helsepersonell være trygge på at de oppfyller lovverkets krav til faglig forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2013).

All god psykisk helsehjelp setter pasienten/brukeren og pårørende i fokus for å bidra til at pasienten/brukeren kan ta ansvar for seg selv og sin egen utvikling. Det må derfor legges til rette for at pasienten/brukeren kan få stor innflytelse på sin egen behandling og oppfølging, og at pårørende får den hjelpen og støtten de trenger. Medvirkning har i seg selv en verdi som terapeutisk virkemiddel, ettersom det kan gi større autonomi og bidra til at pasienten/brukeren opplever håp og større kontroll over eget liv. (Helsedirektoratet, 2013)

I tillegg sier disse retningslinjene at brukerperspektivet er sentralt da det bygger på prinsippet om at pasienten er kjernen og utgangspunktet i all helsehjelp som tilbys. Pasientens rett til medvirkning og informasjon følger naturlig av dette prinsippet, noe som også gjelder når pasienten er innlagt i tvungent psykisk helsevern. Videre står det

også at helsepersonell må lytte til pasienten og med utgangspunkt i hans eller hennes ønsker hjelpe pasienten til å ta gode og informerte valg (Helsedirektoratet, 2013).

I tillegg skrives det i pakkeforløpet for psykiske lidelser for voksne at behandling skal tilpasses pasientens behov, samtidig som brukertilfredshet og brukermedvirkning er sentrale mål. Videre skrives det at pasienten er ekspert på eget liv og at behandlingen følgelig skal baseres på pasientens synspunkter og behov, samtidig med at pasienten skal involveres i avgjørelser (Helsedirektoratet, 2020).

Pasienters rett til medvirkning er i tillegg til å være sentralt i recovery, også hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven:

Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1., 2021)

I dagens informasjonssamfunn er det sannsynlig at befolkningen er mer opplyst rundt psykisk helse og psykiske lidelser sammenliknet med tidligere. Som en følge av nedbyggingen av de store institusjonene lever mennesker med alvorlige psykiske lidelser i mye større grad enn før ute i samfunnet der de har mulighet til å delta i samfunnsarbeid- og skoleliv. I tråd med allmenngjøringen av psykisk helse og psykiske lidelser er også stigmaer knyttet til det å leve med psykiske helseplager mindre uttalt nå enn før. Der det tidligere eksempelvis eksisterte en del misoppfatninger om at mennesker med psykiske lidelser var uberegnelige og farlige peker forskning mot at dette ikke er tilfelle. Blant annet viser statistikk at de fleste mennesker med psykiske lidelser ikke har større tilbøyelighet til å bruke vold sammenliknet med allmennbefolkningen for øvrig, etter at man har tatt høyde for demografi og sosioøkonomisk status (Ose, Lilleeng, Pettersen, Ruud, & Weeghel, 2017).

På tross av en allmenngjøring av psykiske helse- og uhelse og en nedbryting av stigmaer knyttet til psykiske helseplager, er det som i befolkningen ellers en liten andel av de med psykiske lidelser som utøver vold. Ifølge en statusundersøkelse gjennomført av «Nasjonal koordineringsenhet for dom til psykisk helsevern ved Oslo Universitetssykehus» har det vært en jevn årlig stigning i antallet mennesker som til enhver tid er underlagt en tidsbestemt dom på overføring til tvungent psykisk helsevern. Siden loven ble innført i 2002 har det vært en jevn årlig økning opptil 231 mennesker per 2019 (SIFER, 2019). Samtidig viste en statistisk gjennomgang utført av politidirektoratet en økning i antall voldstilfeller utført av mennesker med psykiske lidelser i fra 2016 frem til 2020 (Politidirektoratet, 2021).



Figur 1: Data hentet fra (SIFER, 2019)

På tross av et økt fokus på recovery ved utarbeidelsen av nye faglige anbefalinger og retningslinjer i psykisk helsearbeid, er det mangler i kunnskapene om recovery tilknytning til pasientgruppen innenfor sikkerhetspsykiatrien (Pollak, Palmstjerna, Kald, & Ekstrand, 2018; Slade, et al., 2014). Recovery innenfor denne konteksten er også komplisert av at sikkerhetspsykiatrien befatter seg med mennesker med alvorlige sinnslidelser og samtidig voldsatferd. I tillegg har sikkerhetspsykiatrien en dobbelopp-gave der pasientene skal ytes god behandling, samtidig som samfunnsvernet skal ivaretas (SIFER, 2019). Disse aspektene leder derfor til et sentralt spørsmål om hvordan man kan ivareta recoveryperspektivet for denne gruppen av mennesker uten at dette går på bekostning av samfunnets behov for orden og beskyttelse fra kriminell og voldelig atferd.

Flere artikler påpeker at sikkerhet- og rettspsykiatrien har store utfordringer og hindringer for at det psykiske helsevernet skal kunne bidra til pasienters recovery (Cromar-Hayes & Chandley, 2015; Drennan, et al., 2014; Simpson & Penney, 2011). Ifølge forskningen ble det også fra ansattes side skildret store utfordringer. Flere studier ga blant annet også uttrykk for et motsetningsfylt forhold der rettslige føringer, og samfunnets behov for beskyttelse og trygghet satte klare begrensninger for pasienters autonomi og frihet til å ta egne valg. (Clarke, Lombard, Sambrook, & Kerr, 2016; McKeown, et al., 2016). Paradokset som ble skissert kan sies å bidra til å komplisere bildet ytterligere når det kommer til det å skulle få til en recovery-tilnærming innenfor sikkerhetspsykiatrien. Disse aspektene bidrar til å gjøre temaet og problemstillingen høyst aktuelt. Dette gjennom å se på om det er mulig å få til en recovery-orientering innenfor psykisk helsevern, men også hvordan en recoverytilnærming kan tilpasses de

rettslige bestemmelsene som ligger til grunn for de som er innlagt i sikkerhetsinstitusjoner.

1.2 Egne erfaringer og bakgrunn for valg av tema

Min bakgrunn er gjennom arbeid og utdanning forankret i sykepleiefaget. Etter uteksamineringen fra sykepleiestudiet ved Høgskolen i Molde i 2014 har jeg hatt fast ansettelse som sykepleier ved en av landets regionale sikkerhetsavdelinger. Parallelt med arbeidet i regional sikkerhetsavdeling har jeg i tillegg gjennomført to videreutdanninger i henholdsvis volds- risikovurdering- og håndtering i fra Høgskolen i Molde, i tillegg til videreutdanning i psykisk helsearbeid i fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, i henholdsvis 2016 og i 2017.

Jeg ble først kjent med begrepet «recovery» gjennom videreutdanning i psykisk helsearbeid i 2017. Jeg har også lært at flere psykiske helsetilbud og rustjenester har utviklet seg til å i større grad drive recovery-orientert behandling. Jeg kjenner også igjen utfordringene som blir beskrevet i litteraturen, da det kan oppleves motsetningsfullt å skulle tilrettelegge for recovery i en sikkerhetspsykiatrisk kontekst der det er fokus på sikkerhet, og der pasienter mottar behandling med tvang.

Utfordringen som ble skildret i forskningslitteraturen og som jeg selv hadde erfart, gjorde at jeg ble nysgjerrig på hvordan man kunne få til en recovery-orientering innenfor sikkerhetspsykiatrien. For å undersøke dette anså jeg det som helt essensielt å intervjuer de som jobber tettest på pasientene, ansatte innenfor norsk sikkerhetspsykiatri.

Hovedformålet med studien har vært å finne ut hvilke forutsetninger og innsatsfaktorer som kunne bidra til å understøtte pasienters recoveryprosess innenfor rammene av norsk sikkerhetspsykiatri. Til å finne ut av dette ønsket jeg å intervjuer helsepersonell i norsk sikkerhetspsykiatri.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen jeg vil bruke i den påfølgende studien er som følger: *hvilke forutsetninger og innsatsfaktorer kan styrke pasienters recovery-prosess i norsk sikkerhetspsykiatri?*

I den følgende delen av oppgaven vil jeg gjøre rede for begreper som er sentrale og avklare betydningen av disse. Samtidig vil gjøre rede for studiens teoretiske rammeverk (kapittel 2). Deretter vil jeg gjøre rede for studiens metodiske fremgangsmåte og vitenskapssyn for å vise til hvordan jeg kom frem til de funnene og slutningene som jeg gjorde (kapittel 3). Deretter vil jeg legge frem studiens funn og drøfte disse opp mot studiens teori i kapittel 4. Til sist vil jeg legge frem konklusjon og implikasjoner for praksis sammen med innspill til ny forskning i kapittel 5.

2.0 Relevans, Begrepsavklaring og Teoretisk Rammeverk

2.1 Oppgavens relevans

En statusrapport viste at det foreligger en økning i antall mennesker som til enhver tid sitter på dom på overføring til tvungent psykisk helsevern, der omtrent halvparten av disse var dømt for drap eller drapsforsøk (SIFER, 2019). En undersøkelse utført av Nasjonalt Kompetansenettverk for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri viste også at så mange som 4 av 10 søknader om henvisning til sikkerhetsavdeling blir avslått (Aulie, 2015). Dette illustrerer et jevnt påtrykk av pasienter som har behov for opphold i sikkerhetspsykiatrien.

Samtidig er det en uttalt målsetting og prioritet i fra både helsedepartement og nasjonale veiledere at disse menneskene skal rehabiliteres til å bli aktive i samfunnsliv gjennom deltakelse i arbeid-, skoleliv og i lokalsamfunn (Karlsson & Borg, 2017; Helsedirektoratet, 2013). I tillegg blir recovery beskrevet som en prosess som er kontinuerlig pågående på tross av alvorlig sykdom og sykehusinnleggelse (Cromar-Hayes & Chandley, 2015; Chandley & Rouski, 2014; McKenna, Furness, Dhital, Park, & Connaly, 2014).

Disse momentene bidrar til å gjøre problemstillingen høyst relevant da de illustrerer et behov for en recoverytilnærming innenfor sikkerhetspsykiatrien på linje med andre områder innenfor det psykiske helsearbeidet.

2.2 Avgrensning

I denne studien har jeg valgt å ha søkelys på pasienters recoveryprosess. Recoveryprosessen vil i denne sammenhengen bli brukt om prosessen der pasienten i større grad opplever økt livskvalitet, mestring, myndiggjøring og der han/henne blir bedre rustet til å håndtere egen sykdom og risiko (Karlsson & Borg, 2017).

Da masterstudiet bygger på et helse- og sosialfaglig teorigrunnlag vurderte jeg at teorier fra pensumlitteratur i videreutdanning i psykisk helsearbeid og master i psykisk helse ville være velegnet til å belyse problemstillingen. Da recoveryperspektivet i stor grad omhandler individets egne opplevelser vurderte jeg at Antonovskys salutogeneseperspektiv var godt egnet til å belyse problemstillingen. I tillegg vurderte jeg at Axel Honneths anerkjennelsesteori var relevant da denne teorien, i motsetning til Antonovskys salutogene modell kunne bidra til å belyse de interpersonlige aspektene ved å være psykisk lidende. Jeg anså at anerkjennelsesbegrepet var relevant da egen arbeidserfaring er nært knyttet opp til miljøterapibegrepet der psykisk sykdom i stor grad betraktes som et interpersonlig og sosialt fenomen (Thorgaard & Haga, 2014). Jeg vurderte derfor at disse teoriene kunne komplementere hverandre da de hadde vært sitt fokus på bedring, både som et intra- men også interpersonlig fenomen.

Miljøterapeutiske tiltak vil i denne oppgaven bli brukt slik begrepet blir definert av Thorgaard og Haga, der fokuset er på de interpersonlige og sosiale prosessene som

foregår innenfor konteksten av en lukket psykiatrisk sengepost. (Thorgaard & Haga, 2014). I tillegg til at fokuset ligger på de interpersonlige og relasjonelle aspektene tar miljøterapien utgangspunkt i handlingsrommet til miljøpersonale, når rettslige føringer og forpliktelser er lagt til grunn.

Med norsk sikkerhetspsykiatri menes «Et fagfelt som forholder seg til voldelige personer, alvorlig sinnslidende personer og/ eller personer som har begått overgrep som befinner seg på en sikkerhetsavdeling. Personene kan være til fare for seg selv og/ eller andre». (SIFER, 2019, ss. 3,4)

Datamaterialet er hentet i fra to lukkede døgnavdelinger i norsk sikkerhetspsykiatri, hvorav en fra øverste sikkerhetsnivå innenfor psykisk helsevern: regional sikkerhetsavdeling. Flesteparten av pasientene på dette nivået har et komorbid sykdomsbilde, der om lag to tredeler av de inneliggende pasientene har en schizofrenidiagnose, hvorav over halvparten av disse også hadde en tilleggsdiagnose med rus (SIFER, 2019). Den andre sengeposten er en forsterket behandlingspost rettet mot personer med dobbeltdiagnose rus/psykose med behov for omfattende behandling på sykehusnivå.

I den følgende masteroppgaven vil pasientbegrepet bli brukt om de menneskene som er innlagt i døgnavdeling innenfor det psykiske helsevernet. Det må derimot presiseres at disse menneskene foruten å være pasienter, først og fremst er samfunnsborgere, selvstendige individer og ikke minst medmennesker med egenverdi på lik linje med alle andre. I eksempler der det benyttes pronomen vil hankjønns-formen bli benyttet. Dette for å gjøre språket lettere og fordi sikkerhetspsykiatrien hovedsakelig befatter seg med mannlige pasienter.

2.3 Recovery

Recovery som kunnskaps- og forskningsfelt har utviklet seg i Norge i løpet av de siste 20 årene, særlig innenfor psykisk helse- og rusfeltet. Begrepet stammer derimot fra 1960-tallets USA da man i større grad ble opptatt av innbyggernes rettigheter og plikter som samfunnsborgere, og ikke ene og alene som pasienter eller brukere. William Anthony sin definisjon av begrepet regnes som presist beskrivende for fenomenet recovery, her oversatt av Solfrid Vatne, professor ved avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Molde:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv (Anthony, 1993. Oversatt av: (Vatne, 2021)).

Recovery slik det beskrives av Anthony, kan sies å være en personlig prosess som kjennetegnes av økt mestring, livskvalitet, og som gir håp og mening, på tross av

eventuell sykdom og sykehusinnleggelse. Recovery er også en prosess drevet av individets egeninnsats (Karlsson & Borg, 2017). I en nylig utført doktorgradsavhandling fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet ble recovery også beskrevet som en unik innsats som involverer mange bidragsyttere. Denne prosessen var drevet av et mangfold av åpne, flertydige og meningssskapende prosesser. I så måte kan recovery beskrives som en unik prosess som er personlig og sosial da den engasjeres av en kollektiv innsats innrettet på å skape en felles narrativ mening (Petersen Reed, 2020).

I tråd med Petersen Reed sine beskrivelser av recoveryprosessen skriver Karlsson og Borg at recovery er en prosess som er individuell, så vel som sosial - og som bidrar til økt deltakelse i arbeids- og skole- og samfunnsnivå. I tillegg kjennetegnes recovery av økt annerkjennelse og en nedbryting av stigma knyttet til rollen som pasient eller bruker. Et viktig aspekt innenfor recoveryperspektivet er derfor å bli sett på som medmenneske og samfunnsborger fremfor psykisk syk (Karlsson & Borg, 2017).

Andre sentrale aspekter innenfor recovery slik de er beskrevet av foregangsfiguren Patricia Deegan (2001) er viktigheten av å ha rollemodeller å se opp til, muligheten til å ta valg, utviklingen av en positiv selv-verdsetting, håp og det å ta ansvar for eget liv (Deegan, 2001). Innenfor recovery- perspektivet trekkes også viktigheten av relasjoner, utdanning, arbeid, lokalmiljø, deltakelse i storsamfunn og dyrking av egne interesser frem som helt essensielle momenter (Norvoll, 2013).

I dette prosjektet vil begrepet recovery bli relatert til en personlig prosess kjennetegnet av personlig vekst og økt livsmestring med eller uten eventuelle symptomer på psykiske lidelser. Likeledes er denne prosessen ledsaget av en økt sosial status og inkludering i samfunnsnivå. Andre viktige momenter er nedbryting av stigmaer knyttet til psykiske lidelser og pasient-rollen, samt økt annerkjennelse og utvikling av en positiv selvidentitet (Karlsson & Borg, 2017).

2.3.1 Recovery innenfor retts- og sikkerhetspsykiatrien

Da recovery er et stort og mangfoldig begrep er det utfordrende å spesifisere hva en recovery-orientering innenfor psykisk helsevern innebærer. Forskningslitteraturen peker likevel på noen sentrale aspekter som går igjen og som må regnes som sentrale for å lykkes dersom man skal gå mot et recovery-orientert psykisk helsevern. En britisk studie har identifisert fem avgjørende elementer og samlet de under akronymet – CHIME (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011).

Connectedness – tilknytning og samhørighet

Hope and optimism – håp og optimisme

Identify – identitet og selvværd

Meaning of life – mening og mestring

Empowerment – Empowerment og selvstendighet

Brukererfaringer har visst at disse elementene er essensielle dersom psykiatrien skal lykkes med å understøtte den enkeltes recoveryprosess (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011; Møllerhøj, 2019).

En kvalitativ litteraturgjennomgang utført i England i 2016 pekte på fem sentrale aspekter for å lykkes med å understøtte pasienters recoveryprosess innenfor psykisk helsevern (Shepherd, Doyle, Sanders, & Shaw, 2016).

1. opplevelse av trygghet og beskyttelse
2. følelse av håp
3. støttende relasjoner
4. utvikling av en personlig identitet
5. opplevelse av mening

I likhet med funnene i fra Shepherd med flere sin litteratur-studie (2016) ble også håp trukket frem som et sentralt aspekt i flere brukerundersøkelser med tanke på recoveryprosessen (Corlett & Miles, 2010; Cromar-Hayes & Chandley, 2015; McKenna, Furness, Dhital, Park, & Connaly, 2014; Salzman-Erikson, Rydlo, & Gustin, 2016). Målsetting var igjen oppgitt til å være et viktig aspekt for å formidle håp. Dersom de langsiktige målene var lite realistiske var det desto viktigere med flere delmål på veien.

I en svensk pasientsentrert studie konkluderte Olsson med flere at recovery ble opplevd gjennom såkalte «turning points». Dette kunne manifestere seg som vendepunkter eller innfall av økt innsikt i egen sykdom (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2013). På samme måte så man i en undersøkelse fra England at recovery ble beskrevet som en stadig progredierende prosess. Dette viste seg som konkrete bevis på progresjon, i form av økte muligheter for ulike aktiviteter og mindre innskrenking av frihet (Drennan, et al., 2014).

Brukerinvolvering ble oppgitt til å være helt sentralt dersom slik målsetting skulle bidra til håp og recovery (McKenna, Furness, Dhital, Park, & Connaly, 2014). Brukerinvolvering regnes som essensielt i recovery-litteraturen da endring ikke kan påføres utenfra, men må være tuftet på individets egen vilje og ønske om å komme seg. En recoverytilnærming forutsetter derfor en maktforskyvning der fagpersonells ekspertise må vike for pasientens, da individet selv regnes som ekspert på eget liv. Dette premisset peker derfor mot en endring i roller der fagpersoner blir å regne som tilretteleggere og hjelpere mens pasienten får større ansvar for egen bedring (Karlsson & Borg, 2017).

I tråd med recovery slik prosessen blir beskrevet av Drennan med flere (2014) og Petersen Reed (2020) beskriver antropologen Tim Ingold menneskelig eksistens som noe som blir til i et samspill med omgivelsene, fremfor noe som er. Han tar derfor til orde for en paradigmeendring; fra mennesket som noe som er (human being) til noe som blir til

(human becoming). Han beskriver videre menneskelig liv og eksistens som vedvarende endring i samspill med andre.

Menneskelig tilblivelse og eksistens kan forstås som så innvevd i andre mennesker og i omgivelser at det ikke er mulig verken å identifisere psykiske helseproblemer på et individuelt nivå alene, eller å se dem som noe som kan «repareres utenfra med spesifikke metoder. (Tim Ingold, 2013. oversatt i (Bøe & Thomassen, 2007, s. 31)

I forskningslitteraturen om recovery innenfor sikkerhets- og rettspsykiatri er det sterke holdepunkter som peker mot at sikkerhet ikke må ses som en motvekt til recovery, men heller at recovery, rehabilitering, god behandling og sikkerhet må betraktes som flere sider av samme sak.

Viewing security and treatment as requirements of one another, rather than dichotomous goals, is necessary to align the recovery paradigm with forensic mental health care. (Simpson & Penney, 2011, s. 304)

Drennan og Alred skriver at sikker recovery kan forstås som en anerkjennelse av de utfordringene som oppstår i recoveryprosessen som følge av psykisk sykdom og de følelsesmessige utfordringene som igjen kan lede til risikabel og kriminell atferd. Videre skriver de at håndtering av risiko er nødvendig for å hjelpe pasienter til recovery, men at dette kan skje samtidig med at man jobber for at pasienten skal kunne få leve et meningsfullt, trygt og tilfredsstillende liv (Drennan & Alred, 2012).

Drennan og Alred skriver videre at risiko må forstås som et aspekt av atferd og erfaringer og at det derfor er noe som kan endres eller modifiseres. Forfatterne betoner derfor viktigheten av at risikohåndtering ikke kan håndteres utelukkende av helsepersonell, men at det håndteres i et samspill mellom pasient og personal i fellesskap (Drennan & Alred, 2012).

Recovery-orientert praksis har vært utforsket i noen nylige norske studier hentet fra ulike avdelinger innen sikkerhetspsykiatrien i Norge. Funn publisert i år viste at både pasienter og ansatte rapporterte økt brukerinvolvering etter implementering av recovery-orientert praksis (Hauso, Alsaker, & Senneseth, 2021). I studien ble to avdelinger knyttet til et opplegg av recovery-orientert praksis basert på prinsippene i CHIME, mens to andre avdelinger ble fulgt opp som kontrollgruppe. Intervensjonen ble fulgt opp over ett år og ved siden av å vise økt brukerinvolvering kunne studien oppgi at dette ikke virket uheldig inn på personalets sikkerhet.

En annen norsk studie fokuserte på hvordan økt fokus på pasientperspektivet og pasientinvolvering i behandling har virket inn på voldelige hendelser i

sikkerhetspsykiatrien. Over 17 år ble 55 pasienter studert og forskerne fant at endringen mot individualisert pasientrettet behandling fra fagfolk med økende kompetanse var relatert til en redusert forekomst av voldshendelser i sikkerhetspsykiatrien (Urheim, et al., 2020).

2.3.2 Utfordringer og kritikk av recovery innenfor sikkerhetspsykiatrien

Recoveryorienterte rus- og psykiske helsetjenester har fått positive tilbakemeldinger fra både helsepersonell og brukere av psykiske helsetjenester. På tross av dette har det visst seg at det er store utfordringer med å tilrettelegge for recovery innenfor konteksten av sikkerhetspsykiatri. (Cromar-Hayes & Chandley, 2015; Livingston, Nijdam-Jones, & Brink, 2012). Utfordringer som er spesifikke for sikkerhetspsykiatrien er blant annet dobbeltroller knyttet til behandling og samfunnsvern, uklare målsetninger, kulturelle motstrømmer og stigma knyttet til rollen som psykisk syk.

Et paradoks når det kommer til recovery innenfor retts- og sikkerhetspsykiatri er at helsepersonell opptrer med en dobbeltrolle. Dette i form av at sikkerhetspsykiatrien både skal beskytte storsamfunnet mot potensiell voldelig og kriminell atferd, samtidig med at pasientene skal motta god behandling der målet er å styrke pasientens ressurser og kapasiteter til å håndtere egen risiko (SIFER, 2019).

Disse aspektene gjør innføringen av recovery utfordrende da disse målene ikke alltid harmonerer. Det kan eksempelvis forekomme at pasienter legges inn i institusjon mot egen vilje, og at de også må motta behandling medikamentelt uten samtykke. I enkelte tilfeller er det også slik at pasienter må oppholde seg på eget avsnitt adskilt fra det øvrige fellesmiljøet i avdelingen, såkalt skjermede avsnitt. Alle virkemidler som må sies å være motstridende til det som går under recovery, men som av og til regnes som nødvendig for å beskytte pasienten selv og omgivelsene fra potensiell skade (Møllerhøj, 2019).

Opphold i institusjon legger også en rekke andre føringer som kan tenkes å motvirke til pasientens egne behov og ønsker. Disse føringene er der for å sikre hensynet til de som ferdes i avdelingen i form av forutsigbarhet, beskyttelse, og struktur. Eksempler på slike føringer er husordensregler med rammer for døgnrytme, gjennom avslåing av lys, stille-tid og vekking. Det samme gjelder for måltider som serveres til faste tidspunkt i tillegg til en rekke påbud om hvilken bekledning som er tillatt, samt regler for besøk og når ulike aktiviteter skal gjennomføres.

Flere pleiere i et fokusgruppe-intervju utført av McKenna med flere ga uttrykk for at det var problematisk at de skulle oppfordre pasienter til å ta egne beslutninger der de samme pasientene i realiteten ikke hadde noe rom for valgfrihet (McKenna, Furness, Dhital, Park, & Connaly, 2014). Dilemmaene som illustreres i denne studien kan peke mot en uoverensstemmelse mellom recovery-tilnærmingen, det rettslige systemet og det øvrige samfunnet sitt behov for orden og beskyttelse mot skadelig atferd.

I en fokusgruppe-undersøkelse i fra et rettssykehus England ga flere pleiere uttrykk for at recovery ble definert forskjellig i fra helsepersonell og pasienter. Helsepersonell ga også uttrykk for bekymring knyttet til om pasientenes målsetting var ensbetydende med å fortsette med egen risikoatferd og kriminelle løpebane. Helsepersonell stilte også spørsmål om i hvilken grad pasienters recoveryprosess var sammenfallende med helsepersonells tanker om recovery, og om hvorvidt recovery var sammenfallende med gjenvinning av helse, eller om det pekte mot en reduksjon av risikoatferd (Cromar-Hayes & Chandley, 2015).

Pleiere i samme studie ga også uttrykk for bekymring over hvorvidt pasientene faktisk var motiverte til å gjenvinne god helse da bortfall av sykdom førte til at pasientene ble stilt til ansvar og straffeforfulgt for tidligere handlinger (Cromar-Hayes & Chandley, 2015). I en annen studie ga pasienter uttrykk for en ambivalens og engstelse knyttet til det å bli frisk, da bortfall av symptomer medførte nedtrapping av omsorg og en reduksjon i terapeutiske tiltak (McKeown, et al., 2016). Det er gjennom flere studier rapportert at enkelte pasienter har det bedre i sin psykotiske virkelighet, sammenliknet med når de mottok aktiv behandling (Cromar-Hayes & Chandley, 2015; Korsbek, 2013). Helsepersonell har også rapportert at pasienter brukte vold for å unngå å bli skrevet ut, eller overført til lavere omsorgsnivå (Cromar-Hayes & Chandley, 2015). Disse aspektene bidrar til å komplisere bildet av recovery innenfor den sikkerhetspsykiatriske konteksten.

Til tross for utfordringer må recoveryprosessen anerkjennes som en sosial prosess, kjennetegnet av økt mestring og deltakelse i sosialt samfunnsliv (Karlsson & Borg, 2017). Recovery må også forstås som en prosess der individet løsriver seg fra stigmaer knyttet til rollen som forbryter og pasient, og der mennesket finner konstruktive måter å hanskles med hverdagslige utfordringer. I tråd med et slikt perspektiv på recovery fant Bouman med flere at brukere under oppfølging av tvungent psykisk helsevern hadde bedre livskvalitet i de periodene der det var mindre tendenser til kriminell atferd (Bouman, Schene, & De Ruiters, 2009).

En annen hindring for recovery for pasientpopulasjonene innenfor sikkerhetspsykiatrien er pessimistiske holdninger i fra storsamfunn og ifra psykiatrien. Samfunnsforskeren Erving Goffman var sentral i tenkningen rundt omgivelsenes betydning knyttet til sosiale avvik og psykiske lidelser. Han beskrev hvordan stigma og stigmatisering fører til sosial eksklusjon (Elstad & Norvoll, 2013).

...vi tror at et menneske med stigma ikke er riktig menneskelig (...) På grunn av det diskriminerer vi personen på en mengde ulike måter og minsker derigjennom - selv om det ofte skjer ubevisst - hans utfoldelsesmuligheter (...) Vi kan dessuten oppfatte vedkommendes defensive holdning som et direkte uttrykk for selve defekten. Goffman, 1963, oversatt og hentet fra (Elstad & Norvoll, 2013, s. 120)

Pessimistiske holdninger fra omgivelsene kan også vise seg å bli så dypt forankret i personen at det fører til dehumanisering og at personen med lidelsen blir redusert til en sykdom eller tilstand. Dette har også visst seg som svært utfordrende for mennesker i sikkerhetspsykiatrien da disse menneskene opplever en dobbel stigmatisering på bakgrunn av sykdom og deres voldshistorikk (Drennan, et al., 2014; Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou, & Wright, 2010).

Avsky-holdninger og dehumanisering av pasienter skjer også innenfor rammene av psykisk helsevern. Dette kan være bunnet i enten redsel, eller behov for distansering i fra miljøpersonell. Det kan også forekomme at helsepersonell ikke klarer å skille pasienten i fra vedkommende sine tidligere voldelige handlinger. Det er også beskrevet at slike indre bilder av pasienten lar seg internalisere i pasienten slik at det blir snakk om selvstigmatisering og selvoppfyllende profetier. Mekanismer som må sies å være direkte hindringer for at pasienten skal kunne oppleve håp, selvverd og for å gjenoppbygge en positiv identitet (Møllerhøj, 2019). Krøvel, Rishovd Rund og Rør trekker blant annet frem viktigheten av å kunne mestre egen angst og redsel i møte med pasienter med aggressiv og voldelig atferd. De skriver også at terapeutisk miljøterapi forutsetter at man evner å ta disse følelsene på alvor. De trekker blant annet frem disse egenskapene som en nødvendighet dersom man skal kunne forholde seg til denne pasientgruppen profesjonelt og dersom man skal kunne se mennesket bak atferden (Krøvel, Rishovd Rund, & Rør, 1997). En må også som miljøterapeut ha kapasitet og evne til å være bevisst og håndtere vanskelige følelser, såkalte motoverføringer som kan oppstå ovenfor pasientene. Disse følelsene oppstår mer eller mindre ubevisst og kan potensielt være til hinder for den empatiske forståelsen og den terapeutiske relasjonen mellom pasient og pleier dersom de ikke blir håndtert riktig (Krøvel, Rishovd Rund, & Rør, 1997). Jette Møllerhøj påpeker i sin rapport om recovery i dansk rettspsykiatri at det må jobbes aktivt med miljøpersonale både i form av samtaler med psykolog, i tillegg til debrief for å motvirke motoverføringer og dehumaniseringstendenser som kan oppstå når man jobber med pasienter med voldelig atferd (Møllerhøj, 2019).

Litteraturen visste at trygghet og sikkerhet både for pasienter og ansatte var essensielt for å lykkes med en recovery- orientering i psykisk helsevern (Shepherd, Sanders, & Shaw, 2017). Det kom også frem i samme avhandling at det var essensielt at pasientene ble inkludert når det gjaldt håndtering av egen risiko slik at pasienten lærte å forstå egne sårbarhet-sammenhenger, slik at de lettere kunne motstå vanskelige følelser og unngå situasjoner som tidligere har hatt voldelig utfall. I tråd med disse funnene skriver Thorgaard og Haga at trygge rammer og beskyttelse fra skade og tap av selvkontroll er essensielt dersom man skal lykkes med miljøterapien (Thorgaard & Haga, 2014). Det er også av stor betydning at man jobber med å minimere risiko for ny vold. Dette fordi voldsatferd er til stort hinder for recovery da det fører til avmakt, restriksjoner i tillegg til at vold er direkte skadelig for trygge relasjoner (Bjørkly, 2001).

En annen innfallsvinkel ble beskrevet til å jobbe aktivt med alternative mestringsstrategier slik at pasienten kunne finne andre mer konstruktive måter å hanskles med sårbare situasjoner enn å bruke vold. Det ble dermed rapportert at det var viktig å jobbe systematisk både med å styrke pasientens ressurser, i tillegg til å jobbe

med å redusere eller kompensere for pasientenes sårbarheter for å utøve vold (Møllerhøj, 2019).

I en britisk studie fra McLean (2015) om ledelse og recovery ble lederstøtte trukket frem som helt sentralt for å kunne bidra til økt samhandling mellom fagperson og pasient. Det blir også trukket frem i forskning at støtte fra ledelse og forankring av recovery som behandlingsprinsipp er nødvendig dersom man skulle få økt oppslutning om endring og for å fremheve engasjement både for fagpersonell i psykisk helsearbeid og for brukerne av psykiske helsetjenester (McLean, 2015; Slade, et al., 2014).

2.4 Salutogenese og opplevelse av sammenheng (Sense of coherence)

Et litteratursøk om recovery innenfor sikkerhets- og rettspsykiatri viste at opplevelse av sammenheng hadde stor betydning for recoveryprosessen. En sentral idealist innenfor dette aspektet av recovery er filosofen Aaron Antonovsky. Sentrale modeller i Antonovskys samfunnsteori er den salutogeneseperspektivet. Der patogenese handler om sykdom og årsaker til at sykdom oppstår, så dreier salutogenese seg om utviklingen av god helse, mestring og velvære. Salutogenese kan derfor sies å være en motvekt mot sykdomstenkningen som tidligere har vært dominerende i all form for helsevitenskap (Antonovsky, 2012).

Helse må også ifølge Antonovsky ses på som et kontinuum og ikke som en dikotomi. I et salutogenisk perspektiv har vi derfor alle en psykisk helse. På samme måte kan vi derfor tenkes å befinne oss på et sted i dette kontinuumet mellom god og dårlig psykisk helse. For psykisk helsearbeid betyr dette at lidelser ikke kun må betraktes som kategoriske variabler, men som variasjoner innenfor dette kontinuumet. Dette betyr også at det blir desto viktigere å fokusere på de tiltakene som fremmer god helse, i motsetning til kun å tenke sykdomsforebygging. Innenfor det salutogene perspektivet kan også styrking av psykisk helse ses på som en buffer mot å utvikle psykiske helseproblemer. Disse momentene bidrar dermed til å understreke betydningen av helsefremmende aspekter som livsmestring, sunnhet, deltakelse i arbeid og sosialt samfunnsliv (Bøe & Thomassen, 2007).

Den salutogene forståelsesrammen har også med holdninger til livet, og dets utfordringer å gjøre. Holdninger som Antonovsky kaller sense of coherence (SoC), eller opplevelse av sammenheng. Opplevelse av sammenheng betyr hvorvidt vi tror at en uønsket situasjon er påvirkbar, om vi mener at det er en mening, eller naturlig forklaring bak det som skjer, og om vi tror situasjonen er overkommelig. En høy grad av SoC betyr at vi tror at vi har stor påvirkningskraft, samtidig som det er en forklaring bak det som skjer i tillegg til at vi har tru på egne ressurser nok til at vi kan mestre de utfordringene vi står ovenfor. SoC er også sterkt knyttet til Empowerment- begrepet som betyr å opparbeide seg en bedre helse gjennom å ta styring, og kontroll over de faktorene som er av betydning for eget liv (Antonovsky, 2012).

I en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse utført i et rettspsykiatrisk sykehus i England der pasienter skulle rangere viktigheten av 24 forskjellige elementer innenfor recovery ble opplevelse av mening trukket frem som et av de viktigste aspektene, sammen med håp og utviklingen av personlig identitet (Corlett & Miles, 2010). Undersøkelsen understøtter viktigheten av å se mening i situasjoner som ellers kan fremstå som uoversiktlige, sårbare og traumatiserende.

I Shephard med flere sin litteraturstudie ble opplevelse av mening knyttet til tidligere erfaringer rapportert til å være et kjerneelement i utviklingen av personlig identitet. Kunnskap om hvordan disse faktorene påvirket egen atferd ble dermed oppgitt til å være helt essensielt. Innsikt i egen sykdom ble trukket frem som sentralt, i tillegg til konstruksjon av en ny identitet gjennom å løsrive seg i fra stigmaer forbundet med rollen som lovbrøyer og pasient (Shepherd, Sanders, & Shaw, 2017).

Jette Møllerhøj skriver i sin rapport at forsoning med tidligere voldelige og kriminelle handlinger er en viktig del av recoveryprosessen, samtidig som det bidrar til gjenvinning av selvkontroll, ansvar og fremtidshåp (Møllerhøj, 2019). I tråd med Møllerhøj sin rapport så ble det funnet i en pasientsentrert intervjustudie fra England at forståelse rundt tidligere erfaringer og hendelser, samtidig med gjenoppbygging av positiv identitet var helt essensielt for å oppleve recovery (Shepherd, Sanders, & Shaw, 2017)

2.5 Annerkjennelse

Annerkjennelse beskrives som en sentral del av recovery, der annerkjennelse er like mye en rettslig og sosial prosess, som et individuelt og privat fenomen. Som en følge er også den psykiske helsen vår gitt av de ulike mulighetene for annerkjennelse som finnes. Det å bli møtt med annerkjennelse innebærer at en blir verdsatt for ens kvaliteter og iboende ressurser. En måte å forstå begrepet annerkjennelse er gjennom filosof og professor Axel Honneths kritiske samfunnsteori. Han betrakter mennesket som anerkjennessøkende. Videre trekker han frem anerkjennelse som essensielt for utviklingen av mellommenneskelige relasjoner (Bøe & Thomassen, 2007; Karlsson & Borg, 2017).

I tilfeller der anerkjennelsen uteblir leder dette til sosiale og mellommenneskelige konflikter. Honneth beskriver flere forhold ved storsamfunnet som virker hemmende på menneskets søken etter annerkjennelse. Disse forholdene som han beskriver på makronivå lar seg også overføre til mindre samfunn som sykehus, eller en døgnavdeling (Falkum, Hytten, & Olavesen, 2011).

Axel Honneth definerer mennesket som et intersubjektivt vesen. Vår selvbevissthet kan ikke løsrives i fra andres, og egen selvbevissthet kan kun oppstå gjennom en forståelse om at verden består av andres selvstendige selvbevisstheter. Vi eksisterer derfor som selvstendige subjekter kun i relasjon til andre. I denne sammenhengen blir derfor mennesket kroppslig sårbart og avhengig av andre. Anerkjennelse blir dermed et grunnleggende behov. Teorien bygger ut ifra en forståelse av at anerkjennelse innehar tre til dels overlappende men ulike domener; Kjærlighet, rettigheter og solidaritet.

Kjærlighet i denne sammenhengen henviser til bånd i nære relasjoner. Denne formen for anerkjennelse gir en erfart selvtillit ovenfor en selv, samtidig som en lettere opplever tillit ovenfor andre. Når denne formen for anerkjennelse uteblir, opplever en krenkelser av selvet (Nørgaard, 2005).

Rettigheter som anerkjennelsesform handler om grunnleggende menneskerettigheter, samt sivile borgerrettigheter som for eksempel rett på helsetjenester og diverse trygdeytelser. Denne anerkjennelsesformen er en forutsetning for utvikling av selvrespekt da den innebærer en visshet om at individet kan respektere seg selv, fordi vedkommende blir respektert av alle andre. Med *solidaritet* som anerkjennelsesform menes behovet for å bidra til fellesskapet ut ifra sine evner og kapasiteter. *Solidaritet* som anerkjennelsesform bidrar til økt selvfølelse, og selvverd. I motsatt fall oppleves marginalisering og stigmatisering med tap av selv-følelse og selv-verdsetting som konsekvens (Bøe & Thomassen, 2007; Karlsson & Borg, 2017). Særlig den rettslige anerkjennelsesformen anses som aktuell innenfor psykisk helsearbeid da dette domenet innehar et potensiale for tilegning av økt selvrespekt gjennom å få innfridd sine pasient- og brukerreteigheter. Likeledes er også solidaritetsbegrepet høyst relevant da det i psykisk helsearbeid ligger et potensiale for å anskaffelse av økt sosial status og økt selvverd gjennom løsrivelse av stigmaer knyttet til pasientrollen, gjennom tillæring av nye ferdigheter og opparbeiding av en positiv identitet (Falkum, Hytten, & Olavesen, 2011; Nørgaard, 2005).

2.6 Miljøterapi

I motsetning til recoveryprosessen som har utgangspunkt i pasientens egne iboende ressurser, er miljøterapi summen av alle de terapeutiske tiltakene som baserer seg på helsepersonells kapasiteter og evner til å fremme helse og til å motvirke utfordringer som potensielt står til hinder for at pasienter skal kunne oppleve bedring (Thorgaard & Haga, 2014). Veien til recovery for pasienter som er inneliggende i sikkerhetspsykiatriske avdelinger må derfor forstås innenfor rammene av miljøterapi.

Thorgaard og Haga beskriver i likhet med den recoveryorienterte tilgangen at moderne miljøterapi må springe ut ifra sikre og trygge omgivelser. De skriver også at beskyttelse fra skade på seg selv og andre, i tillegg til beskyttelse fra tap av selvkontroll er viktige momenter i den moderne miljøterapien (Thorgaard & Haga, 2014).

Miljøterapi-begrepet ble beskrevet i England allerede på 40-tallet da psykoanalytiker, og psykiater Thomas Main beskrev «hospitalet som terapeutisk samfunn». Main utfordret asyl-tankegangen og påpekte at institusjonene ble brukt og oppfattet som tilfluktssted, og at det fratok pasientene deres status som ansvarlige individer. Kombinasjonen av streng disiplin og kjærlig omsorg som til da hadde vært rådende på sykehusene ble ansett som viktige verktøy for at pasientene skulle bli passive og maktesløse for så å bli lettere å ha med å gjøre. Main hadde derimot som mål at pasientene skulle engasjeres til å bli aktive i det daglige liv, i tillegg til at pasientene skulle resosialiseres til livet ute i storsamfunnet (Thorgaard & Haga, 2014). På tidspunktet da Main skrev om miljøterapi, hadde recovery- bevegelsen til gode å enda slå ut i full blomst. Man kan derfor si en si at

Main allerede på denne tiden hadde ideer som skulle komme til å få gjenklang innenfor recovery-miljøet, og som skulle komme til å prege psykisk helse- og rusfeltet i tiårene fremover frem til i dag, da aktivt samfunnsliv og viktigheten av å engasjere pasienter tilbake til samfunnet utvilsomt regnes som noen av grunnpilarene innenfor recovery-tankegangen (Karlsson & Borg, 2017; Norvoll, 2013).

Maxwell Jones i fra Skottland hadde liknende tanker da han ga uttrykk for at alle sosiale og interpersonlige prosesser innenfor avdelingen er viktige og relevante for behandlingen av individet. Han skrev også at alt samvær må regnes som potensielt terapeutisk. Psykisk sykdom ble dermed sett på som et interpersonlig og sosialt fenomen som viser seg i forholdet til pasientens omgivelser, og i samspillet med andre mennesker (Thorgaard & Haga, 2014).

Moderne miljøterapi i dag bygger på en antakelse om at ikke bare medisin, men frisk luft, arbeid/studier, meningsfulle fritidssystemer, trening og psykoterapi påvirker pasienters holdninger og atferd. Det fysiske miljøet påvirkes også bevisst gjennom bygningers arkitektur, rominndeling og møblering. I tillegg planlegges en systematisk strukturering av de omgangsformene der personal møter pasienter og der pasienter møter andre pasienter (Thorgaard & Haga, 2014).

Et viktig miljøterapeutisk aspekt i arbeidet med mennesker i sikkerhetsavdeling er; beskyttelse i fra skade på seg selv og andre, beskyttelse mot forfall og beskyttelse mot tap av selvkontroll. Dette sikres gjennom skjerming, sikre og trygge omgivelser og aktiviteter som kan virke angstdempende og beroligende (Thorgaard & Haga, 2014). Et annet moment av betydning er struktur gjennom rutiner, dagsplaner, ukeplaner, avtaler og eksempelvis økonomistyring.

Strukturering av hverdagens aktiviteter bidrar til å gjøre miljøet mindre kaotisk og mer trygt og forutsigbart. I tillegg bidrar struktureringen til å fremme konstruktive endringer hos pasienter gjennom styrking av evnen til å tenke konsekvenser, samt å motstå tilbøyeligheten til å reagere på uhensiktsmessige impulser (Thorgaard & Haga, 2014). Like fullt som beskyttelse og struktur er viktige aspekter innenfor miljøterapi så må også disse momentene tilpasses pasientens behov da for høy grad av begge disse faktorer kan føre til undertrykkelse av initiativ og håp, samt følelse av isolasjon og avsondring fra sosiale fellesskap (Thorgaard & Haga, 2014).

Som både Thomas Main og Maxwell Jones var inne på er det gode holdepunkter for å mene at miljøterapi nettopp er relasjonsarbeid. Det er i alle fall hevet over enhver rimelig tvil at relasjoner er nøkkelen til å hjelpe mennesker i sikkerhetspsykiatrien i deres bedringsprosesser. Thorgaard og Haga definerer relasjon som et bærende element i behandlingen, i tillegg til at relasjonen er helt essensielt dersom en skal lykkes med andre intervensjoner som farmakologisk behandling og sosial ferdighetstrening (Thorgaard & Haga, 2014).

Thorgaard og Haga (2014) fremhever også det profesjonelle da de skriver at profesjonalitet og med-menneskelighet viser seg som to sider av samme sak, i motsetning til en tidligere oppfatning av at disse begrepene er motsetninger. De beskriver videre profesjonalitet som det å være tydelig og klar over hvem man er og hva man står for, for derved å fremstå som et autentisk menneske. De beskriver videre en slik tilnærming som en forutsetning for at pasienten skal tørre å åpne seg og for at man skal kunne lage trygge tillitsbaserte relasjoner mellom fagperson og pasient.

Flere undersøkelser peker også mot viktigheten av relasjoner for mennesker innlagt i sikkerhetspsykiatrien (Cromar-Hayes & Chandley, 2015; McKeown, et al., 2016; Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones, & Brink, 2015). Samarbeid ble også trukket frem som en forutsetning for utviklingen av den terapeutiske relasjonen mellom pasient og pleier (Cromar-Hayes & Chandley, 2015).

Et aspekt som også ble understreket i flere studier er viktigheten av å delta i meningsfull aktivitet (Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones, & Brink, 2015; McKenna, Furness, Dhital, Park, & Connaly, 2014; McKeown, et al., 2016). Respondentene i McKeown med flere sin undersøkelse ga uttrykk for flere positive sider med å delta i arbeidssimulerende tiltak. Det ble blant annet rapportert at det å få avledning for destruktive tankemønstre var en viktig del av det å være i arbeid. Det ble i tillegg påpekt at den sosiale dimensjonen var vel så viktig som det å lære seg nye ferdigheter. Pasienter og helsepersonell har i forskning vist at aktiviteter som var felles for pasienter og helsepersonell bidrar til bedring av pasienters selvfølelse tillegg til at det ble en lettere stemning mellom fagpersoner og pasienter (McKeown, et al., 2016; Olsson H. , Strand, Asplund, & Kristiansen, 2014).

3.0 Metode

For å belyse problemstillingen så utfyllende som mulig vil jeg benytte meg av et kvalitativt forskningsdesign. I det følgende kapittelet vil jeg gjøre rede for mitt vitenskapelige ståsted, bakgrunn for valg av metode, forskningsdesign, analyseprosessen og drøfting av metode.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne studien er empirisk da den bygger på systematisk innhenting, analyse og presentasjon av data basert på fire individuelle intervjuer med sykepleiere innenfor psykisk helsevern. Som et teoretisk utgangspunkt benyttes det fenomenologiske vitenskapssynet der fokuset er på opplevelser og erfaringer med arbeid i sikkerhetspsykiatrien ifra perspektivet til helsepersonell som jobber i sengepost.

3.1.1 Fenomenologi som vitenskapsteoretisk forankring

Jeg vurderte at en fenomenologisk tilnærming var best egnet i denne oppgaven da det var informantene sine erfaringer og opplevelser som var utgangspunktet for oppgaven. Fenomenologi er en humanistisk filosofisk bevegelse og vitenskapelig retning. Fenomenologien tar utgangspunkt i menneskers opplevelse av verden. Den søker å forstå hvordan ulike objekter og fenomener fremstår for vår bevissthet. Fenomenologien bygger på prinsippet om at ethvert fenomen eller objekt ikke kan betraktes, uten å bli betraktet av noe. (Kvale & Brinkmann, 2015). Studien bygger på helsepersonells erfaringer og opplevelser. Fenomenologien blir å regne som en induktiv metode for innhenting av data, og kunnskapsformidling. En søker gjennom fenomenologien å forstå ethvert fenomen sett i lys av dets opprinnelige kontekst og ikke adskilt i fra det. (Kvale & Brinkmann, 2015). Resultater i fra denne studien kan derfor ikke automatisk overføres til å gjelde andre enheter enn de som er utgangspunkt for studien. En styrke med det fenomenologiske vitenskapssynet er at det er velegnet til å utvikle kunnskap og til å sette søkelys på ulike fenomener i fra forskjellige vinklinger for så å utvikle dybdeforståelse for fenomenene som blir studert.

Videre søker studien gjennom en fenomenologisk forankring å forstå hvordan ulike fenomener og mekanismer fremstår for helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien. Da studiens problemstilling og tematikk er nært knyttet opp til forfatters eget arbeid og erfaringsgrunnlag blir en slik tilsidesetting av forforståelse å regne som uoppnåelig. Det blir desto viktigere at forfatter har et bevisst og reflektert forhold til sin egen forforståelse og sine egne fordommer, i tillegg til at denne forforståelsen blir delt med leseren, noe som jeg har tilstrebet under arbeidet med denne oppgaven.

3.2 Valg av metode

Denne studien hadde som mål å utvikle kunnskap basert på helsepersonells erfaringer med arbeid innenfor sikkerhetspsykiatri. For å gjøre dette gjennomførte jeg individuelle kvalitative intervjuer med sykepleiere som arbeider innenfor sikkerhetspsykiatrien. Jeg vurderte at denne metoden var best egnet til å få frem ulike perspektiver og vinklinger på ulike fenomener slik de fremstår for studiens informanter. En overordnet målsetting

med studien var å bidra til fagutvikling gjennom å utforske helsepersonells erfaringer og holdninger til recovery innenfor konteksten av norsk sikkerhetspsykiatri. En annen målsetting var å bidra til økt innsikt, samt å stimulere til refleksjon og diskusjon rundt recovery innenfor sikkerhetspsykiatrien. For å oppnå disse målsettingene vurderte jeg at kvalitativ metode var den beste innfallsvinkelen. Dette vurderte jeg på bakgrunn av at kvalitativ metode søker å utvikle dybdekunnskap om temaet, i motsetning til kvantitativ metode som er bedre egnet til å utvikle kunnskap om omfang, fordelinger og statistikk (Malterud, 2011).

3.3 Forskningsdesign

Studien tar utgangspunkt i fire dybdeintervjuer gjennomført innenfor samme organisasjon. Metoden som er benyttet er hentet fra systematisk tekstkondensering av Kirsti Malterud (2011). Systematisk tekstkondensering er en metode som er velegnet til å hente ut det som skiller seg ut som meningsbærende i den teksten som skal analyseres. I tillegg følger metoden en tydelig og strukturert fremgangsmåte. I tillegg til systematisk tekstkondensering er det også i analysedelen av undersøkelsen hentet inspirasjon ifra fenomenologisk metode som beskrevet i Kvale og Brinkmann (2015).

3.3.1 Litteratursøk

I starten av prosessen med å skrive oppgaven søkte jeg etter artikler som omhandlet recovery innenfor retts- og sikkerhetspsykiatrien. Dette for å innhente funn fra tidligere forskning om recoveryperspektivet innenfor fagfeltet retts- og sikkerhetspsykiatri og for å belyse i hvilken grad dette perspektivet inngår som en del av måten å arbeide på innenfor dette fagfeltet. Jeg fant en rekke artikler, både fra pasient- og ansatteperspektiv, som belyser min problemstilling. Artikkene som jeg anså som relevante var alle fra vestlige land med helsevesen og rettssystemer ikke ulikt de vi har i Norge. Artikkene jeg anvendte har jeg videre gjort rede for i kapittelet om teori og begrepsavklaring.

3.3.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget består av helsepersonell i fra totalt to sengeposter fra to psykiatriske sykehus, som er underlagt samme helseforetak. En av postene er en regional sikkerhetsavdeling som er det øverste sikkerhetsnivå innenfor norsk sikkerhetspsykiatri, mens den andre er en forsterket behandlingspost for mennesker med dobbeltdiagnose rus/psykose med behov for omfattende behandling på sykehusnivå. Begge avdelinger er lokalisert i samme by i Norge. Jeg vurderte at innhenting av data i fra ulike sykehus ga bedre forutsetninger for å få et bredere datagrunnlag. Kriterier for å delta var fast ansettelse som helsepersonell, med minimum tre års erfaring i psykiatrisk sengepost. For å rekruttere informanter sørget jeg for å holde en kort presentasjon av prosjektet mitt for disse avdelingene.

Presentasjonene ble avholdt på tidspunkter der flest mulig i målgruppen hadde mulighet for å delta. Jeg la også igjen et informasjonsskriv på hvert enkelt posts rapportrom med informasjon om prosjektet, slik at de som skulle være borte fra avdelingen fikk anledning til å bli informert i ettertid. Jeg la også igjen kontaktinformasjon slik at de som hadde

interesse kunne ta kontakt, enten for å få mer informasjon, eller for å melde seg til prosjektet. Jeg intervjuet totalt fire ansatte i fra disse to sengepostene. Informantene i studien er alle sykepleiere, tre av fire hadde i tillegg videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Det må også presiseres at jeg er ansatt på samme sykehus som en av disse postene, men på en annen sengepost enn den der to av informantene jobbet. Jeg vil gjøre rede for fordelene og ulempene med å forske på eget arbeidsmiljø i et eget avsnitt under metodediskusjonen.

3.3.3 Datainnsamling

I forkant av intervjuer fikk hver enkelt informant tilsendt et samtykkeskjema (vedlegg 5) som de skrev under på. I tillegg til dette fikk hver informant et kort sammenfattet informasjonsskjema (vedlegg 6) der det ble gjort rede for begrepet recovery. Dette for å sikre en viss felles forståelse av begrepet recovery.

Gjennom intervjuene la jeg vekt på noen av de viktigste aspektene innenfor recovery slik fenomenet er beskrevet i forskningslitteraturen. Under intervjuer søkte jeg derfor å utforske temaene: opplevelse av trygghet og beskyttelse, følelse av håp, støttende relasjoner, utvikling av personlig identitet, i tillegg til opplevelse av mening. (Shepherd, Doyle, Sanders, & Shaw, 2016).

Mening, håp, personlig identitet, og positive relasjoner ble også trukket frem som de viktigste aspektene i en kvantitativ pasientundersøkelse utført av Corlett og Miles (2010), sammen med respekt for rettigheter. På bakgrunn av disse funnene hadde jeg også fokus på temaene: trygghet, mening, håp, personlig identitet, og relasjoner i informasjonsskrivet og i intervjuer.

Under intervjuene ble det brukt en intervjuguide (vedlegg 7). Intervjuguiden hadde en halvstrukturert form der utgangspunktet var å innhente rikholdige beskrivelser rundt de viktigste temaene innenfor recovery, slik begrepet er beskrevet i litteraturen og i pasientsentrert forskning. Intervjuguiden var halvstrukturert, slik at den var åpen nok til også å ha rom for relevante tema informantene kunne komme til å nevne som intervjuer ikke spurte om. Intervjuene ble gjennomført i en seanse og de tok mellom 28 og 47 minutter og gjennomføre. Intervjuene ble gjennomført i egnete arbeidsrom i tilknytning til sykehuset der forsker og informant fikk sitte alene og snakke mest mulig uforstyrret. Det ble også benyttet lydopptaker under disse intervjurundene, noe det også ble informert om på forhånd.

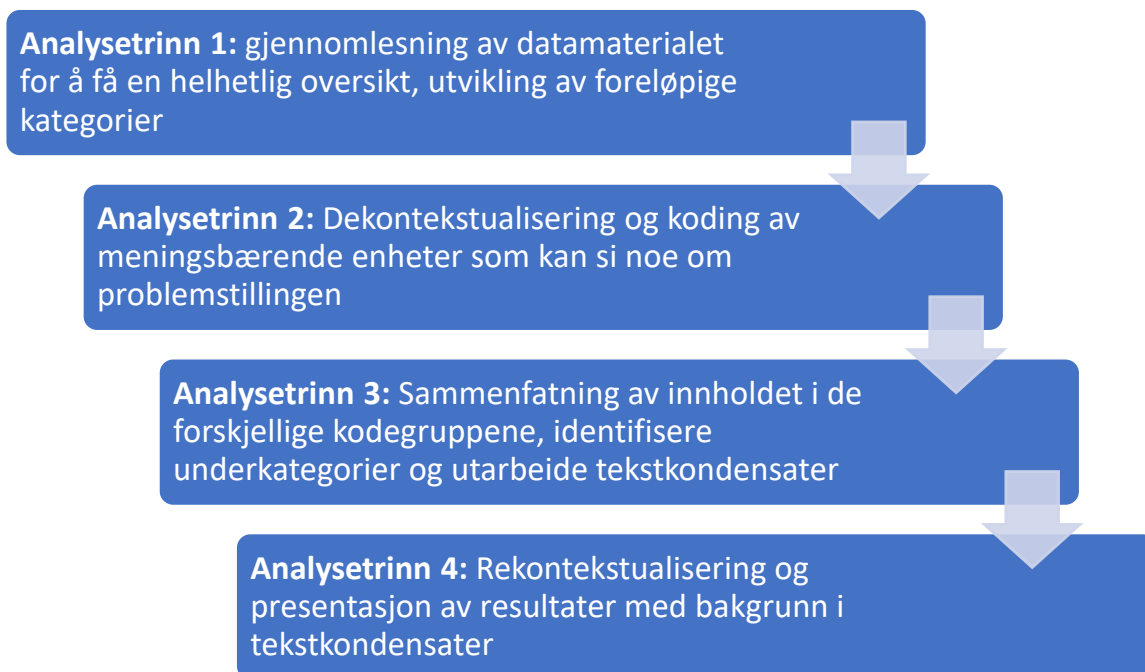
3.3.4 Anonymisering

Det ble tilstrebet å gjøre undersøkelsen så anonym som mulig for informantene med tanke på personopplysningssikkerhet. Navn ble under transkribering erstattet av nummer; eksempelvis respondent 1, og 2 osv. Samtykkeerklæringer, lydfiler og annen

eventuell personlig informasjon ble i tillegg oppbevart i henhold til prosedyrer gitt av Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU, 2021) og Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2021).

3.4 Analyse

I transkriberingsarbeidet ble hvert intervju transkribert mest mulig ordrett. I analysearbeidet brukte jeg metoden systematisk tekstkondensering; utviklet av Kirsti Malterud. Metoden er spesielt utviklet for å hente frem meningsinnhold i den teksten eller transkriptet som skal analyseres. I tillegg til å være datastyrt er også metoden velegnet for nybegynnere da den følger en klar og strukturert fremgangsmåte (Malterud, 2011). Som tilleggslitteratur hentet jeg også inspirasjon fra Giorgis fenomenologiske forskningsmetodikk slik denne blir beskrevet i Kvale og Brinkmann (2015).



Figur 2: Systematisk tekstkondensering, trinnvis fremgangsmåte

3.4.1 Utvikling av foreløpige temaer

I første trinn leste jeg gjennom de transkriberte intervjuene i sin helhet, for så å lage noen hovedtemaer som utpekte seg som sentrale og som jeg vurderte til å ha relevans for problemstillingen.

3.4.2 Dekontekstualisering og koding av meningsbærende enheter

Etter å ha kommet frem til fire kategorier i første trinn startet arbeidet med å identifisere ut såkalte meningsbærende enheter. Dette var de delene av transkripsjonene som jeg vurderte til å ha betydning for studiens problemstilling. Jeg sorterte derfor ut disse enhetene fra transkriptet for så å sette de inn under hvert hovedtema (Malterud, 2011).

3.4.3 Utvikling av subgrupper og meningskondensering

I det tredje analysetrinn satt jeg med fire ulike temaer med tilhørende meningsbærende enheter som hver for seg var løsrevet fra sin opprinnelige kontekst. På dette stadiet i prosessen sammenfattet jeg hvert undertema som et kunstig sitat, eller «kondensat» (Malterud, 2011). Dette er karakteristisk for systematisk tekstkondensering. Her oppsummerer man meningsinnholdet i hvert undertema i første-person. Dette bidrar som en påminner om at kondensatet representerer en gjenfortelling med opphav ifra informantene sine perspektiver (Malterud, 2011).

3.4.4 Rekontekstualisering og sammenfatning

Siste trinn i analyseprosessen resulterte i det som ble resultatpresentasjonen (kapittel 4). Her laget jeg en fortolkende sammenfatning av hvert enkelt undertema basert på kondensatene ifra tredje trinn i systematisk tekstkondensering. I motsetning til tidligere i analysen der jeg jobbet med dekontekstualiserte tekstelementer, vurderte jeg nå den analytiske teksten opp imot opprinnelig kontekst (Malterud, 2011).

I dette trinnet ble resultatene presentert i tredje person. Dette for å vise at teksten er basert på forfatters tolkning av flere informanternes utsagn. Jeg valgte å feste meg ved likheter mellom informantenes oppfatninger, i tillegg til ulike synspunkter og vinklinger rundt samme tematikk. Jeg anså det som fordelaktig å aktivt gå inn se på det opprinnelige råmaterialet for å se etter mulige funn som ikke stemte overens med egen tolkning av resultatet. Dette fant jeg flere ganger i løpet av dette trinnet noe som også gjenspeiler seg i oppgaveteksten. Denne fleksibiliteten er også typisk for kvalitativ metode (Malterud, 2011).

Etter å ha gjennomført analysen systematisk tekstkondensering kom jeg frem til følgende fire temaer med til sammen ni undertemaer (figur 3) som jeg vil presentere i kapittel 4. Hver underkategori vil bli presentert og drøftet hver for seg.

Hvilke forutsetninger og innsatsfaktorer kan styrke pasienters recoveryprosess i norsk sikkerhetspsykiatri?

4.1 Vekstprinsipp, der fokuset var på å styrke pasientens ressurser

- 4.1.1 Tilrettelegging ut ifra sykdomsforløp
- 4.1.2 Mestring av hverdagslige utfordringer
- 4.1.3 Lære å leve med sykdom

4.2 Strukturell mening, ved å gi pasientene en opplevelse av sammenheng i hverdagen

- 4.2.1 Gi bekreftelse og innsikt gjennom sosial samhandling
- 4.2.2 Opplevelse av mening gjennom dagligdagse aktiviteter

4.3 Relasjonell trygghet gjennom tillit mellom fagperson og pasient

- 4.3.1 Trygghet som forutsetning for relasjonsbygging
- 4.3.2 Relasjon som verktøy for å oppnå bedring og for å motvirke tilbakefall

4.4 Begrensninger for sikkerhetspsykiatrien hvor mandat, lovverk og pasientgruppens egenart spiller inn

- 4.4.1 Manglende valgfrihet innenfor psykisk helsevern
- 4.4.2 Utfordringer med recovery for pasientpopulasjonen i sikkerhetspsykiatrien

Figur 3: Problemstilling og fremstilling av hovedtemaer med tilhørende undertemaer

3.5 Metodediskusjon og Ethiske overveielser

I alle kliniske studier, så vel innenfor kvalitativ som i kvantitativ forskning er det en rekke kriterier som må fylles før man kan si noe om gyldigheten på den kunnskapen som bringes frem. Viktige grunnlagsprinsipper som kan si noe om gyldigheten til en studie er: relevans, validitet og refleksivitet (Malterud, 2011).

Et annet viktig prinsipp i all vitenskapelig forskning er at forskeren er kritisk til egen forskerprosess og aktivt og systematisk søker å hente frem kunnskap som kan motbevise eller stille egen forforståelse i et annet lys. Forskeren må også tilkjenne de veivalgene som er tatt underveis. Dette er viktig for å bevisstgjøre overfor leseren hvordan forskerens referanser og bakgrunn kan har påvirket resultatene i studien. Det er også viktig å påpeke at forskeren gjennom hele prosessen må ta valg som bryter med grunnlagsprinsippene for gyldighet. En total innfrielse av disse premissene anses derfor å være uoppnåelig. Kunnskap om disse premissene er likevel viktige, da forskeren må være bevisst over hvordan manglende innfrielse av disse målene påvirker resultatet (Malterud, 2011).

I tråd med det fenomenologiske perspektivet skal også teorien ha sitt utspring ifra informantenes egne betraktninger, uten påvirkning ifra forskerens teoretiske referanseramme. Dette innebærer en streben mot å sette egen forforståelse til side (Kvale & Brinkmann, 2015). Da denne øvelsen er uoppnåelig i seg selv, er det derimot viktigere at forskeren har et reflektert og bevisst forhold til eget erfarings- og verdigrunnlag og at dette så langt det lar seg gjøre deles med leseren (Malterud, 2011).

Et annet viktig budskap er at resultatene er basert på egen tolkning. Her vil utvilsomt forfatters holdninger og bakgrunn i regional sikkerhetsavdeling spille inn. Det kan for eksempel tenkes at en forsker med annen profesjonsbakgrunn, eller med praksiserfaring fra andre former for psykisk helsearbeid ville kunne ha kommet frem til andre konklusjoner. Ikke minst er det viktig å påpeke at denne studien er basert på helsepersonells erfaringer vedrørende pasienter sine bedringsprosesser.

3.5.1 Validitet

Innen kvalitativ forskning er det ingen kunnskap som er gyldig til enhver kontekst og til et hvert formål. Validitet er derfor et viktig begrep som kan si noe om; i hvilken grad funnene gir et riktig bilde av virkeligheten. Begrepet kan videre deles inn i intern og ekstern validitet. Den interne validiteten går ut på å belyse det metoden og datamaterialet kan si noe om. Det er i så måte helt essensielt at forskeren gjennom hele prosessen er bevisst egne valg og stadig reflekterer rundt hvilke fremgangsmåter som er best egnet til å si noe om problemstillingen (Malterud, 2011). I denne studien kom jeg frem til at individuelle dybdeintervjuer med ansatte i sikkerhetspsykiatrien var den beste fremgangsmåten for å få frem kunnskap basert på helsepersonell erfaringer. Jeg kom også frem til at en halvstrukturert intervjustil var best egnet da jeg ville ha enkelte temaer relatert til recovery belyst.

I analysearbeidet anså jeg at systematisk tekstkondensering var et velegnet verktøy som kunne bidra til å sikre en stor grad av indre validitet. Metoden er innrettet på å hente frem meningsinnhold hos de som blir intervjuet basert på informantenes opplevelser. Jeg anså derfor at denne metoden var velegnet da det var nettopp informantenes opplevelser jeg var ute etter.

Ekstern validitet derimot sier noe om studiens overførbarhet ut over den konteksten og det utvalget som er utgangspunkt for studien. Studiens overførbarhet avhenger i stor grad av problemstilling og metodikk (Malterud, 2011). I kvalitative fenomenologiske studier er man særlig opptatt av hvordan ulike fenomener fremstår fra informantenes perspektiv. Det er derfor ikke et uttalt krav at andre forskere skal kunne komme frem til samme konklusjoner (repeterbarhet) ved bruk av samme fremgangsmåte. En styrke med fenomenologisk forskning derimot er at dette perspektivet er velegnet på å utvikle dybdekunnskap om enkelte fenomener slik de fremstår for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015). Temaet, problemstillingen og metodikken som jeg har anvendt i dette prosjektet vurderes til å være relevant i sikkerhetspsykiatrien, men kan også være relevant innenfor andre deler av psykisk helsearbeid som berører samme pasientgruppe med voldshistorikk og som er underlagt tvungent vern, enten i institusjon eller under poliklinisk oppfølging.

Det må påpekes at funnene gjenspeiler helsepersonells i sikkerhetspsykiatrien sine erfaringer rundt pasienters bedringsprosesser. I tillegg er funn og drøfting basert på egne tolkninger av informantenes synspunkter, noe som igjen representerer en potensiell feilkilde. Det er derfor viktig at funn og betraktninger i fra studien må forstås i forhold til og ikke løsrevet i fra denne konteksten.

Et annet viktig prinsipp er at forsker er åpen om egne motiver og eventuelle egeninteresser. Som representant for helsepersonell innenfor sikkerhetspsykiatrien er denne studien drevet av et ønske om å kunne bidra til fagutvikling gjennom klinisk forskning. Dette anser jeg som et viktig ledd for å øke kvaliteten på de ulike tjenestene innenfor psykisk helsearbeid og for at helsearbeidet som utøves skal være tilpasset tiden vi lever i. Kvalitativ forskning som tar utgangspunkt i pasientens og/eller ansattes perspektiver gir viktige bidrag til å belyse ulike problemstillinger fra ulike vinklinger.

3.5.2 Ethiske overveielser knyttet til forskning på egen arbeidsplass

Et viktig moment med undersøkelsen som jeg innledningsvis i kapittelet har gjort leseren oppmerksom på, er at deler av datainnsamlingen er gjort på egen arbeidsplass. Dette anser jeg både som en styrke og som en potensiell svakhet. En fordel er at jeg i bedriften er et kjent ansikt og at jeg kan dra fordel av å ha en allerede opparbeidet tillit i fra starten av prosjektet. Dette muliggjør at informantene kan tørre å åpne seg mer i intervjuet enn det de ville gjort ovenfor en «utenforstående» og ekstern forsker. Opparbeiding av tillit ser jeg også på som en aspekt som alle forskere uansett må jobbe med når de driver med intervjuforskning. Sosialantropologen Cato Wadel (1991) gjengitt i (Nielsen & Repstad, 1993) skriver på samme måte at en forsker aldri bare må oppleves som forsker. Han beskriver videre en rekke karakteristikk som f. eks medmenneske, kollega, venn, fiende, overlegen, usympatisk etc. Hovedpoenget er at «den rene forskerrolle» i samfunns- og humaniora- forskning er en illusjon (Nielsen & Repstad, 1993).

Å gjennomføre en studie innenfor sin egen organisasjon blir derfor ikke så forskjellig fra det andre forskere gjør når de bruker kvalitative metoder, da disse også må ha et minstemål av opparbeidet tillit til sine intervjuobjekter for å kunne innhente relevante data (Nielsen & Repstad, 1993). Forskjellen i mitt tilfelle er at jeg allerede har en form for opparbeidet tillit i utgangspunktet når det gjelder den ene av postene der jeg har gjennomført datainnsamlingen. Dette fordi jeg er ansatt på samme sykehus og dermed hadde kjennskap til to av informantene i studien. Til tross for at jeg kjente til to av informantene i studien opplevde jeg ikke disse to som verken mer eller mindre tilbakeholdne under intervjuene, sammenliknet med de to informantene som jeg ikke kjente til fra før. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at to av informantene i studien kan ha gitt ulik respons på bakgrunn av min rolle som ansatt på samme sykehus.

En annen potensiell fordel med å forske på egen arbeidsplass er at jeg kjenner virksomheten. I tillegg deler jeg samme fagspråk og fagsjargong. På den ene siden setter dette meg i en bedre posisjon til å forstå informantenes utsagn og til å sette utsagnene i riktig kontekst. Det at jeg kjenner virksomhet og språket gjør det også lettere for meg som forsker å stille presise spørsmål. En mulig ulempe med dette er at egen refleksivitet kan bli svekket. Med det menes at egen forutinntatthet og egne tolkninger og erfaringer kan komme til å farge informantenes utsagn og at jeg ikke blir i stand til å fange opp betraktninger og skildringer som ikke stemmer overens med egen forutinntatthet (Nielsen & Repstad, 1993). Et annet viktig moment innenfor kvalitativ forskning på egne fagområder er risikoen for å forbigå relevante fenomener og funn på bakgrunn av at disse blir ansett som selvfølger, og som andre utenforstående forskere kanskje ville ha

fokusert på. Dette er et aspekter forskeren må være bevisst over gjennom hele forskerprosessen, både under datainnsamling, analyse og drøfting. Denne ulempen kan imidlertid kompenseres for gjennom å ha en god veileder som kan bidra som støtte under prosessen og som kan bidra med å komme med andre perspektiver og innspill på aspekter som forskeren har oversett, eller tolket på egen måte som følge av egen forforståelse.

I studier innenfor egen arbeidsplass er det viktig at forsker er åpen om eventuelle lojalitetskonflikter som kan komme til å farge resultatene av undersøkelsen. Dette kan eksempelvis være situasjoner der forsker avdekker kritikkverdige forhold ved organisasjonen eller ved enkeltpersoner i virksomheten. Her settes forskerrollens objektivitet i et konfliktfylt motsatsforhold opp mot arbeidstakerens og kollegaens rolle om å være tilbakeholden med opplysninger som kan komme til å sette bedriften eller enkeltindivider i et lite flatterende lys. I tillegg kan man ubevisst komme til å tillegge informantene mer empatiske holdninger og tiltalende egenskaper enn det som kommer til syne i intervjusituasjon, i og med at man skal omgås med og samarbeide med disse personene i ettertid (Nielsen & Repstad, 1993).

For å unngå å havne i lojalitetskonflikter med egen arbeidsgiver og kollegaer i psykisk helsevern, forsøkte jeg etter beste evne å ha en mest mulig åpen og verdinøytral intervjustil. Jeg forsøkte også å unngå kritiske og konfronterende spørsmål. Jeg anså i tillegg at en slik åpen tilnærming var best egnet i denne studien da det var informantenes opplevelser rundt recovery jeg var ute etter.

Dersom jeg skulle komme i situasjoner der funn fra undersøkelsen skulle kunne skade virksomhetens eller informantenes omdømme ville utvilsomt vernet av informantene i undersøkelsen veie tyngre enn behovet for kunnskap. Et viktig premiss i intervjuforskning er at informantene har gitt sitt informerte samtykke til å delta på frivillig basis. Dette stiller krav om at informantene blir mest mulig korrekt gjengitt. I tillegg er det viktig at informantene skal få unngå å få sine holdninger og betraktninger stilt i et dårlig lys. Dette er essensielt da også fremtidig intervjuforskning er prisgitt tilliten til helsepersonell og andre som skulle gi av tiden sin til å bidra med utviklingen av ny kunnskap (Nielsen & Repstad, 1993). Det må presiseres at det ikke kom til syne hverken betraktninger eller holdninger hos informantene som kunne bidra til lojalitetskonflikter som de nevnt over. Jeg vurderte derfor at det ikke var behov for å holde tilbake funn fra å bli presentert av slike årsaker.

4.0 Resultater og drøfting

I det følgende kapittelet vil jeg presentere de fire ulike temaene: 4.1) Vekstprinsipp, der fokuset var på å styrke pasientens ressurser, 4.2) Strukturell mening, ved å gi pasientene en opplevelse av sammenheng i hverdagen, 4.3) Relasjonell trygghet gjennom tillit mellom fagperson og pasient og 4.4) Begrensninger for sikkerhetspsykiatrien hvor mandat, lovverk og pasientgruppens egenart spiller inn. Temaene presenteres gjennom totalt 9 undertemaer. Jeg vil følgelig også drøfte resultatene opp imot bakgrunns-teori og annen relevant forskning. Drøftingen vil foregå under og i sammenheng med hvert enkelt undertema.

4.1. Vekstprinsipp, der fokuset var på å styrke pasientens ressurser

Et hovedtema som utpekte seg i intervjuene var fokuset på å styrke pasientens ressurser. Jeg vil følgelig greie ut om dette temaet gjennom undertemaene: *tilrettelegging ut ifra sykdomsforløp, mestring av hverdagslige utfordringer og lære å leve med sykdom.*

4.1.1 Tilrettelegging ut ifra sykdomsforløp

På spørsmål om hvordan man kunne bidra til å bygge opp under pasientens ressurser, trakk flere av informantene frem viktigheten av å ta hensyn til pasientens sykdomsforløp og funksjonsnivå. To av fire informanter nevnte at det var viktig å i første omgang jobbe med å få pasienten psykisk stabil. Dette fordi nyinnlagte pasienter ble rapportert til å ha en stor grad av sårbarhet for utøvelse av ny vold, da de hadde massive symptomer. Mange hadde også utført voldshandlinger nylig. Ofte som følge av disse symptomene.

Flere informanter sa at pasienter mistet grunnleggende livsmestringsferdigheter når de var i den mest akutte fasen av sin sykdom. Flere informanter understreket betydningen av å bidra til at pasienten fikk dekket sine grunnleggende behov som: søvn, ernæring og personlig hygiene. Videre sa flere informanter sa at det var viktig å sikre at pasientene fikk tilstrekkelig med søvn, og at de kom inn i en tilnærmet normal døgnrytme. Adekvat ernæring ble også trukket frem som et viktig moment i denne fasen, gjennom å sikre at pasientene fikk spist variert kost til faste måltidstidspunkter. Viktigheten av å ta foreskrevne medisiner ble også trukket frem som et viktig bidrag i denne fasen for at pasientene skulle kunne oppleve bedring. Viktige virkemidler for å tilrettelegge for disse behovene var aktiv miljøterapi i form av relasjonsbygging og motivasjonsarbeid i tillegg til enkle psykoedukative tilnærminger. Eksempelvis kunne slike tilnærminger gå ut på å informere pasientene om viktigheten av tilstrekkelig med søvn.

Drøfting (Tilrettelegging ut ifra sykdomsforløp)

Samtlige informanter understreket betydningen av å tilpasse behandlingen etter hvor pasienten var i sitt sykdomsforløp. Dette ble eksemplifisert med at man blant annet tok høyde for hvor plaget pasientene var av sine symptomer og hvordan symptomene påvirket pasientenes funksjonsnivå. I motsetning til recoveryperspektivet der fokus er på bedring på tross av symptomer (Karlsson & Borg, 2017), ble symptomene ifølge flere informanter ansett som så fremtredende at de hadde en negativ påvirkning på pasienten sin fungering og evne til å samhandle med andre. En informant sa blant annet at

symptomene var noe som kom inn og forstyrret. En annen informant ga uttrykk for at pasienter ikke sjelden utførte voldelige handlinger på grunn av sine symptomer.

En måte å betrakte dette funnet på er gjennom en forståelse av at symptomreduksjon representerer et essensielt bidrag for å komme i posisjon til å jobbe med relasjon, og for å videre hjelpe pasienter i sin bedringsprosess. Dette sammenfaller med en intervjustudie av pasienter i sikkerhetspsykiatrien som ga uttrykk for at symptomreduksjon var helt nødvendig, selv om det ikke var tilstrekkelig for å oppleve recovery (Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou, & Wright, 2010). En slik måte å forstå psykisk helsearbeid på kan derfor sies å stå i et motsetningsforhold til recoveryperspektivet, der fokus er på bedring på tross av symptomer (Karlsson & Borg, 2017). En annen måte å forstå funnene på er gjennom en forståelse av at recoveryperspektivet alene ikke er tilstrekkelig for å kunne hjelpe pasientene i denne fasen av sin sykdom. Dette fordi symptomreduksjon oppleves helt nødvendig for å kunne hjelpe pasienter til å unngå unødig lidelse med potensielt voldelige utfall. Drennan med flere beskrev den samme utfordringen med recovery da pasienters vold ikke sjelden var motivert av symptomer på alvorlig psykisk lidelse. I de tilfellene der pasienters voldsutøvelse er psykotisk motivert blir recoveryperspektivet utfordret. I motsetning til recoveryperspektivets manglede fokusering på sykdom, blir her symptomlindring sett på som et forpliktende og obligatorisk ledd for å redusere pasienters risiko for gjentakelse av kriminelle og voldelige handlinger (Drennan, et al., 2014). Informantenes betraktninger knyttet til pasienters voldsrisiko som følge av symptomer, er i tråd med Drennan mfl. sin beskrivelse av at symptomreduksjon er et nødvendig og påkrevd ledd i arbeidet med at pasienten skal kunne oppnå recovery. I så måte utfordres det tradisjonelle recoveryperspektivet. Symptomreduksjon må derfor forstås som en integrert del av pasientens bedringsprosesser, og som et ledd i arbeidet med å styrke pasientens ressurser og muligheter for å leve mest mulig selvstendig.

En slik måte å betrakte recovery på finner også støtte gjennom andre funn fra studien. Flere informanter ga eksplisitt uttrykk for at recovery-tilnærming fordret at pasienten var stabil nok, videre sa også en informant at det ble mer fokus på recovery etter at pasienten hadde fått lettelse fra noe av de mest uttalte symptomene. En annen informant delte samme oppfatning da vedkommende sa at behandlingen av mennesker med alvorlig sinnslidelse i sin mest sårbare fase skilte seg vesentlig fra behandlingen av mennesker som hadde kommet forbi denne fasen. Utfordringene med å skulle ha en recoverytilnærming ovenfor mennesker med alvorlige sinnslidelser som var i sin mest sårbare fase finner også støtte i forskningslitteraturen. I en studie fra Storbritannia ga blant annet flere helsepersonell uttrykk for at en recoverytilnærming var uoppnåelig for enkelte pasienter som var i denne fasen (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008).

Utfordringene med å tilrettelegge for recovery for denne pasientgruppen, slik de ble definert av informantene og i forskningslitteraturen kan forstås som en moralsk konflikt knyttet til hvor stor grad av innflytelse pasientene skal ha til å treffe egne beslutninger som omhandler eget liv. Et paradoks er at recoveryperspektivet tilbyr lite handlingsrom for helsepersonell i de situasjonene der pasientens tilstand anses som potensielt skadelig for pasienten selv eller hans omgivelser. Begreper fra den miljøterapeutiske modellen slik

den blir beskrevet av Thorgaard og Haga (2014) står derimot i kontrast til recoveryperspektivet da bedring forutsetter en ansvarsdeling mellom pasient og fagperson. Bedring kan i henhold til de miljøterapeutiske prinsippene utledes fra tiltak som: skjerming, sikre og trygge omgivelser, fysisk omsorg og aktiviteter som kan tenkes å dempe angst og uro (Thorgaard & Haga, 2014). I tråd med disse miljøterapeutiske tiltakene ble det i Olsson og Schön sin studie av helsepersonells erfaringer vist til at skjerming fra stimuli var nødvendig i møte med pasienter med psykose og voldsatferd (Olsson & Schön, 2016). Den miljøterapeutiske modellen kan derfor tenkes å representere en mer helhetlig måte å forstå denne pasientgruppen på, der helsepersonells inngripen i pasientens autonomi i større grad tar hensyn til kontekstuelle utfordringer som kan vise seg i form av voldelig eller annen potensiell skadelig atferd.

På tross av at flere informanter eksplisitt ga uttrykk for at de ikke hadde recovery som prioritet når pasientene var i denne fasen av sin sykdom, kan likevel flere aspekter med behandlingen sies å bygge opp under pasienters recovery. Særlig fokus på reduksjon av symptomer og basale behov som søvn, ernæring og forutsigbare rammer kan tenkes å bidra til pasienters recovery gjennom stabilisering av psykisk tilstand, med følger som mindre risiko for vold. På samme måte blir beskyttelse, støtte og struktur beskrevet som miljøterapeutiske prosesser der formålet er å hjelpe pasienten til å oppnå en bedre sosial fungering (Thorgaard & Haga, 2014). Likeledes ble det i Olsson med flere sin pasientsentrerte studie funnet at støtte og rolige og forutsigbare omgivelser førte til opplevelse av recovery for mennesker som hadde kommet videre fra den mest akutte fasen av sin sykdom (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2013).

4.1.2 Mestring av hverdagslige utfordringer

Flere informanter uttrykte at det var viktig å få på plass normale rutiner til pasientene. Dette kunne bidra til å få fokus på andre ting enn kun sykdom. Dersom de grunnleggende behovene som søvn, ernæring, og personlig hygiene var på plass sa flere informanter at fokus ble flyttet til mer avanserte oppgaver som å vaske eget rom, skifte på seng og sette på en vask med klær. Slike oppgaver ble av flere informanter rapportert som viktige for den psykiske helsen, i tillegg til at utførelsen av slike oppgaver kunne bidra til mestring. Eksempelet med klesvask ble også av en informant trukket frem som et eksempel på en tilpassing til pasientens funksjonsnivå og sykdomsprosess.

Dersom de grunnleggende ferdighetene var på plass, kunne man tilrettelegge for mer utadrettede oppgaver som matlaging, arbeidstrening og kursing/skole. Alle informantene ga uttrykk for at det var viktig å at pasientene var aktive og at de hadde noen faste gjøremål i løpet av dagen. Det ble også gitt uttrykk for at det var viktig at pasientene ble inkludert og at de i størst mulig grad fikk sette sine egne mål og bestemme aktivitet selv ut ifra egne interesser og ambisjoner. Flere informanter rapportert at motivasjon og egeninteresse var helt essensielt dersom aktiviteten skulle oppleves meningsfull for pasientene.

En av informantene rapporterte at rusbruk var utbredt for mennesker innlagt i sikkerhetspsykiatrien. Rusbruken ble i tillegg oppfattet til å være en mestringsstrategi for

å kompensere for mangler innenfor det sosiale livet, samt tidligere feiling i skole- og arbeids-sammenheng. Rusbruken ble i så måte tolket til å være noe som pasienter med uttalt rusmisbruk mestret og rusbruken ble derfor oppfattet som noe trygt og velkjent. Følgelig var det derfor viktig å motivere pasientene til å lære nye ferdigheter og til å gjøre aktiviteter som lå utenom komfortsonen. Dette på tross av tidligere opplevelser med feiling. Eksempler på slike ferdigheter kunne være knyttet til arbeidstrening, andre aktiviteter.

Underveis i pasientforløpet ble fokuset i større grad rettet mot sosiale interaksjoner, gruppeaktiviteter, matlaging, arbeidstrening og friluftsliv. Målet med miljøterapien var at pasientene skulle lære seg grunnleggende ferdigheter som behøvdes for å fungere når de ble skrevet ut. Informanten nevnte også flere materielle og eksterne aspekter som bolig, personlig økonomi, utredning av hjelpebehov ved utskrivelse, jobbrelaterte spørsmål eller eventuell videre skoling. Disse aspektene ble trukket frem av stor betydning for pasienters recovery og som man startet å jobbe med allerede når pasientene var inneliggende.

Drøfting (Mestring av hverdagslige utfordringer)

Viktige momenter med pasientenes aktivitet var at disse tok utgangspunkt i pasientens funksjonsnivå. Det ble også lagt opp til en gradvis progresjon, med stadig større utfordringer etter hvert som pasientene gjenvant funksjon. Denne tilpasningen til funksjonsnivå og til at pasientene skulle oppleve mestring kan forstås som recovery-fremmende. I tråd med dette funnet ble det også i Olsson, Strand og Kristiansen sin studie funnet at pasienter opplevde recovery gjennom «turning points». Dette var såkalte vendepunkter med synlige tegn på bedring og økt håp for fremtiden. Disse vendepunktene var knyttet både til indre faktorer som det å føle et behov for endring, men også av ytre faktorer som det å utvikle relasjoner med fagpersonell (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2013). I en svensk studie av helsepersonells erfaringer fra samme forfatter (Olsson H. , Strand, Asplund, & Kristiansen, 2014) ble det også rapportert at varhet overfor pasientene sin bedring var en viktig forutsetning for pasienters recovery. Eksemplene med personlig hygiene og klesvask ble også her trukket frem som eksempler på bedringsprosesser. Dette kunne vise seg i form av at pasientene ble mer opptatt av hygiene og det å ha det ryddig rundt seg. I Olsson med flere sin studie ble det i tråd med funn fra denne undersøkelsen rapportert at det var viktig at helsepersonell evnet å gjenkjenne de små tegnene på bedring og tok hensyn til dette i behandlingen (Olsson H. , Strand, Asplund, & Kristiansen, 2014).

I tråd med funn i fra Olsson med flere sin studie ble det også i en engelsk studie gitt uttrykk for at synlige bevis på fremskritt var viktig for å bevare håp, men også for å holde motet oppe. Dette var særlig viktig i de tilfellene der pasienter var inneliggende over lang tid. Behovet for å oppleve fremskritt ble også forsterket dersom innleggelsene var preget av hyppige tilbakefall. (Drennan, et al., 2014). Oppfordring til å se lyst på fremtiden ble også trukket frem av en av informantene i denne studien. Vedkommende trakk frem at det uansett situasjon er håp for at tilværelsen kan bli bedre enn status per nå.

I et salutogenese-perspektiv kan fokuset på å styrke pasientenes ressurser ses på som et ledd i å fremme recovery, men også som et ledd i å motvirke tilbakefall. Informantenes betraktninger knyttet til å fremme søvn, medisinsoppfølging, samt enkle ting som å ivareta personlig hygiene kan derfor ses på som styrkende i den forstand at disse tiltakene fremmer pasientens psykiske helse. I så måte kan salutogenese-perspektivet bidra til å underbygge viktigheten av å ikke bare forebygge psykisk lidelse, men også å gi pasienten rom for vekst gjennom aktivitet, prøving og feiling.

4.1.3 Lære å leve med sykdom

Parallelt med fokuset på mestring av de daglige aktivitetene uttrykte informantene at det var viktig å ha fokus på psykoedukasjon og at pasientene lærte seg å håndtere egen sykdom. Viktige momenter i psykoedukasjon ble oppgitt til å være gjenkjenning av egne symptomer, konsekvenser ved å ikke følge legens forordninger (autoseponering) i tillegg til å lære om konsekvenser ved rusbruk. Relasjonsarbeid og opparbeiding av tillit mellom pasient og helsepersonell ble rapportert til å være helt nødvendig dersom pasienter skulle ta kontakt med hjelpeapparatet ved tilbakefall eller forverring av symptomer. En informant sa at det å ha en åpen tilnærming, med åpne spørsmålsformuleringer ofte var en effektiv måte å bidra til at pasienter kunne tilegne seg innsikt, i motsetning til å være konfronterende og lite aksepterende til pasientene sine opplevelser.

Det er utfordrende fordi man kan føle seg litt krenket eller korrigert hvis man får beskjed om at man ikke har innsikt. Først og fremst må man jo snakke om sykdommen om de tingene som pasienten synes er utfordrende og hvorfor, så må man kanskje prøve litt forsiktig og egentlig stille spørsmål, fremfor å fortelle at sånn er det, og at sånn er det ikke, og at du tar feil. Heller la de prøve å resonnerer seg frem til det selv hvis det er mulig, det mener jeg er bedre.

Ved en seinere anledning så kan det jo være at innsikten kommer naturlig, at pasienten sier at han husker tilbake på da og da, da skjønnte jeg ikke noe mye, men nå skjønner jeg mer. Informasjon om sykdommen og det å støtte dem i det de står i, det tror jeg er med på å hjelpe dem å til å få innsikt.

Som sitatene fra informantene over viser, uttrykte de at det var viktig at pasientene fikk tid og rom til å lære seg å kjenne igjen egne symptomer. Det ble også gitt uttrykk for at det å være støttespillere for pasientene var en viktig del av det å lære de å tilegne seg innsikt i sin egen situasjon.

Drøfting (Lære å leve med sykdom)

Flere informanter fremhevet viktigheten av å nå inn med psykoedukasjon til pasientene. Tillit og relasjon ble nevnt som forutsetninger for at psykoedukasjon skulle være virksomt. En informant sa at opparbeidet tillit og god psykoedukasjon kunne forebygge tilbakefall. Dette gjennom at pasientene tidligere tok kontakt med hjelpeapparatet når de kjente på symptomer. Dette funnet finner også støtte i flere pasientsentrerte studier av mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Jensen, Eplow, Gammelgaard, Mueser, &

Petersen, 2019; Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou, & Wright, 2010). Her ble også psykoedukasjon og tillitsfulle relasjoner sett på som sentralt for at disse menneskene skulle ta kontakt med hjelpeapparatet ved symptomer på tilbakefall. Et annet viktig funn i Jensen med flere sin studie var at pasientene opplevde recovery gjennom å få økt innsikt i egen sykdom. (Jensen, Eplov, Gammelgaard, Mueser, & Petersen, 2019).

Viktigheten av at pasienten lærer seg å kjenne igjen egne symptomer kan forstås innenfor konteksten av den salutogene modellen. Forståelse av egen sykdom økes gjennom at indre og ytre stimuli er kognitivt forståelig og velordnet. I følge Antonovsky leder en slik forståelse til en økt opplevelse av sammenheng. I motsatt tilfelle vil stimuli som oppleves kaotisk, usammenhengende og fragmentert lede til lav grad av opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). I en pasientsentrert studie av mennesker innenfor sikkerhetspsykiatrien ga pasienter uttrykk for at den mest sårbare fasen var preget av et høyt indre stressnivå og med lav grad av opplevelse av sammenheng. Pasienter ga i denne fasen uttrykk for at tilværelsen opplevdes usammenhengende, fragmentert i tillegg til at de ofte mistet begrep om både fortid og fremtid. Disse opplevelsene ledet igjen til frykt og maktesløshet noe som igjen førte til episoder med selvskading og voldelige utfall. (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2013). Disse funnene underbygger igjen viktigheten av å ta hensyn til pasientens tilstand og symptomer ved avveiningen om hvor mye stimuli pasienten skal utsettes for i det ytre miljøet, samt omfanget og innholdet i pasientens aktivitetstilbud.

Informantenes beretninger knyttet til å være støttende og la innsikten komme naturlig kan forstås som det Bøe og Thomassen kaller «å skape rom for hverandre». Det å stille åpne spørsmål og være en form for støttespiller fremfor å blankt avvise pasientens erfaringer og livsverden finner også støtte i forskningslitteraturen. Særlig i Olsson med flere sin studie fra 2013 ga flere pasienter uttrykk for at innsikt var noe pasientene selv måtte erfare, uten at dette kunne bli påført utenifra (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2013). En slik støttende holdning finner også støtte i recoverylitteraturen der Karlsson og Borg skriver at «Ingen kan forandres utenfra, og forandringen kjenner sine egne veier» (Karlsson & Borg, 2017, s. 27). I tråd med dette perspektivet skriver også Bøe og Thomassen at forståelse skjer i samhandlingen mellom mennesker, noe som fremhever møtet mellom pasient og fagperson (Bøe & Thomassen, 2007).

I tråd med informantenes opplevelser av å ta seg tid til å snakke med pasientene, men også at pasientene fikk tid til å utvikle innsikt ble det i forskningslitteraturen funnet at tid som fenomen ble ansett som et viktig bidrag i recoveryprosessen (Olsson H. , Strand, Asplund, & Kristiansen, 2014; Pollak, Palmstjerna, Kald, & Ekstrand, 2018). Tiden ble av pasienter ansett som viktig da den representerte en mulighet for refleksjon (Pollak, Palmstjerna, Kald, & Ekstrand, 2018). Et annet funn som ble trukket frem av en informant var at tiden pasientene var på sengepost ble trukket frem som et positivt bidrag. Dette fordi det ga mulighet til å utvikle gode, tillitsfulle relasjoner mellom fagperson og pasient. Likeledes ble det også i en studie av helsepersonells erfaringer funnet at tiden på sengepost ble ansett som en viktig faktor med tanke på å utvikle relasjon (Olsson H. , Strand, Asplund, & Kristiansen, 2014).

Gjennom den salutogene modellen kan sikre og trygge omgivelser, og minimering av inntrykk gjennom færre og forutsigbare kontaktpersoner ses på som en innfallsvinkel for å gjøre tilværelsen mer begripelig og sammenhengende (Antonovsky, 2012). Beskyttende miljøterapeutiske tiltak i form av sikre og trygge omgivelser kan derfor forstås som en innfallsvinkel til å hjelpe pasienter med å gjenvinne selvkontroll, for så å bidra til deres recoveryprosess på. I tråd med en slik forståelse ga også pasientene i Olsson sin undersøkelse uttrykk for at recovery i fra denne fasen ble oppnådd gjennom ro og samvær med trygge og forutsigbare miljøkontakter (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2013). Viktige momenter i dette arbeidet var at fagpersonell utviste varhet og oppmerksomhet ovenfor pasientens fremskritt. I sammenheng med disse betraktningene ble det også i en studie av helsepersonells erfaringer i svensk rettspsykiatri gitt uttrykk for at følsomhet, tålmodighet og refleksivitet knyttet til pasientens endringer var helt sentralt for å utvikle en form for allianse (Olsson H. , Strand, Asplund, & Kristiansen, 2014).

4.2. Strukturell mening, ved å gi pasientene en opplevelse av sammenheng i hverdagen

Det andre hovedtemaet som utpekte seg, var strukturell mening, ved å gi pasientene en opplevelse av sammenheng i hverdagen. Jeg vil videre gjøre rede for begrepet gjennom undertemaene: *gi bekreftelse og innsikt gjennom sosial samhandling og opplevelse av mening gjennom dagligdagse aktiviteter.*

4.2.1 Gi bekreftelse og innsikt gjennom sosial samhandling

Samtlige av informantene uttrykte viktigheten av å snakke med pasientene for å kunne hjelpe dem til å finne en form for mening. Dette ble tydeliggjort av en informant som sa at det å ta seg tid til å snakke med pasientene var en forutsetning for å komme i posisjon til å få en slags forståelse av pasientens tanker og holdninger. En annen informant sa at det var viktig å snakke med pasientene for å få en opplevelse av hvordan de hadde det, hvilke bekymringer de hadde og hva de eventuelt ønsket å få hjelp til. Flere informanter ga uttrykk for at slike åpne formulerte spørsmål var viktig verktøy for å innhente kunnskap om pasientens opplevelser, samt deres virkelighetsoppfatning, men også for å stimulere til refleksjoner hos pasientene. En åpen tilnærming var også egnet til å formidle trygghet, i tillegg til at det bidro til at pasientene følte seg sett og anerkjent.

Det ble av en informant sagt at det å stille åpne spørsmål var en fin måte å få pasientene til å prøve å se seg selv utenifra. Dette ble eksemplifisert ved følgende utsagn:

hva om du hadde ropt sånn der nå, til en som hadde sittet siden av deg på bussen, hvordan tror du vedkommende hadde reagert?

En annen innfallsvinkel som ble nevnt i intervjuer var speiling. Det ble gitt uttrykk for at dette var en effektiv måte å få pasientene til å reflektere over egen atferd på. En slik

tilnærming kunne også bidra til refleksjon og opplevelse av mening. Dette ble eksemplifisert gjennom utsagnet:

Nå når du skriker sånn, så opplever jeg at du er sint.

En informant sa også at opplevelse av trygghet var en forutsetning for å kunne få en opplevelse av mening. Trygghet ble også trukket frem av samtlige som et viktig bidrag i bedringsprosessen. En innfallsvinkel er å forstå en slik bekreftende holdning som trygghetsskapende. En informant nevnte at ansvarliggjøring og speiling var en essensiell del av det med å bidra til en form for trygghet. Det ble også nevnt at formidling av hvordan pasienten opplevdes fra omgivelsene var et viktig bidrag til dette. Likeledes var grensesetting nødvendig for å kunne skape både trygge rammer for pasienten og for å kunne opparbeide en form for relasjon. En informant ga uttrykk for at det med å klargjøre forventninger og tydeliggjøre hva som var tillatt og hva som var ikke- tillatt var helt essensielt for å kunne skape trygghet. Samtidig ble det understreket at det var viktig å bevisstgjøre ovenfor pasienten hvilke reaksjoner det ville medføre dersom de brøt disse normene. Disse momentene ble oppgitt til å være meningsbærende gjennom at de så langt det lot seg gjøre forsøkte å gjenspeile samfunnet utenfor sengepost, med de forventningene og normene som gjelder der.

Drøfting (Gi bekræftelse og innsikt gjennom sosial samhandling)

Samtlige informanter uttrykte at sosial samhandling med pasientene var den viktigste delen av arbeidet i sikkerhetspost. Uttalelsene støttes opp under av Bøe og Thomassens (2007) sine beskrivelser av psykisk helsearbeid. Forfatterne skriver at arbeidet med å finne veier ut av psykiske vansker er noe som skjer gjennom mellommenneskelige møter og gjennom mellommenneskelige erfaringer. Likeledes skriver Thorgaard og Haga om miljøterapi, der de blant annet trekker frem at alle interpersonlige og sosiale prosesser i en avdeling er viktige og relevante for behandlingen av individet. Videre skriver de at alt samvær på samme måte er potensielt terapeutisk (Thorgaard & Haga, 2014).

Fokuset på den sosiale samhandlingen, i lys i av Bøe og Thomassens sine beskrivelser av psykisk helsearbeid danner et bilde av at møtet mellom fagperson og pasient rommer et potensiale for vekst og personlig utvikling. Dette sammenfaller likeledes med recoveryperspektivet slik det defineres av (Karlsson & Borg, 2017) og (Møllerhøj, 2019). Forfatterne beskriver recovery som en kontinuerlig personlig og sosial prosess ubetinget av eventuelle sykdomsprosesser og innleggelse. I tillegg til å fremheve møtene mellom fagperson og pasient bidrar funnet til å svekke eventuelle oppfatninger av at recovery er noe som utelukkende skjer i settinger utenfor institusjon.

Viktigheten av å være til stede med pasientene ble rapportert som svært viktig av alle informantene. En informant uttrykte dette som særlig betydningsfullt for å kunne innhente kunnskap om hva pasienten tenkte og hvordan vedkommende hadde det, men også for å få en opplevelse av pasientens virkelighetsoppfatning. En måte å forstå utsagnet på er å se på kunnskap om psykiske lidelser gjennom en kontekstuell

tilnærming. I et slikt perspektiv blir det medisinskvitenskapelige perspektivet underordnet gjennom at en søker å forstå individet ut ifra hvordan pasienten selv opplever sine bekymringer, problemer, erfaringer og sin virkelighetsoppfatning. I et slikt perspektiv kan de medisinsk-faglige kunnskapene først komme til sin rett gjennom å tilby ulike forklaringsmodeller og muligheter. Veien mot endring og recovery blir først og fremst alltid kontekstavhengig og basert på kunnskapene pasienten har om sin livssituasjon, sine problemer, verdier og oppfatninger (Bøe & Thomassen, 2007).

I et recoveryperspektiv kan en slik åpen tilnærming forstås som et verktøy for å få til en endring i maktforholdet mellom fagperson og pasient. Ikke ulikt Bøe og Thomassens sine beskrivelser av det kontekstuelle perspektivet skriver Karlsson og Borg at recovery innebærer en maktforskyvning. Denne endringen skjer gjennom at pasientens opplevelser og ekspertise får fortrinnsrett, samtidig som fagkunnskapen til helsepersonell kommer i andre rekke. Spørsmålsformuleringer som for eksempel «hva er det som er utfordrende for deg?» kan videre forstås som det Karlsson og Borg beskriver som en klient- og resultatstyrt praksis. Som en informant sa så innebærer dette en åpen tilnærming og innhenting av kunnskap om hva som er viktig for pasienten, hvilke ambisjoner han har og videre hva vedkommende ønsker hjelp til. Svarene danner så rammeverket for den videre behandlingen. En slik tilnærming kan også forstås som en synliggjøring av ansvar og videre danne grunnlag for et samarbeid mellom fagperson og pasient (Karlsson & Borg, 2017).

Bøe og Thomassen skriver om tvetydigheter knyttet til kunnskap og betrakter fagkunnskap som potensielle hindre for å se menneskets individuelle behov. De spør også om fagkunnskap gjør at man i for stor grad trekker paralleller til tidligere erfaringer og generaliserer, slik at man ikke evner å fange opp det som gjør pasienten unik og særegen (Bøe & Thomassen, 2007). Recoveryperspektivet deler også noen av de samme betraktningene knyttet til fagprofesjonenes kunnskapsgrunnlag, der perspektivet toner ned helsepersonells rolle knyttet til det psykiske helsearbeidet. Både Bøe og Thomassen (2007) sine betraktninger i tillegg til recoveryperspektivet slik det beskrives av Karlsson og Borg (2017) kan forstås som et dikotomisk syn på de erfaringene og opplevelsene som pasientene besitter i motsetning til fagprofesjonenes kunnskaper om sykdommer og behandling. I motsetning til disse perspektivene fremhever Thorgaard og Haga yrkesrollen der de hevder at god profesjonsutøvelse kjennetegnes av at terapeutens fagkunnskaper kommer til syne gjennom følelsesmessig involvering og engasjement. De beskriver videre profesjonalitet som evnen til å utnytte relasjonsnærværet best mulig, noe som blant annet innebærer at man hjelper pasienten til å finne sin egen vei, samt følger opp med å gå den veien med han/henne. På tross av at også disse forfatterne fremhever den åpne tilnærmingen, anerkjenner de likevel behovet for fagkunnskapenes ekspertise gjennom at man kan plassere og forstå pasientens uttalelser og atferd i en faglig kontekst (Thorgaard & Haga, 2014). Til dette kreves fagkunnskap, noe som igjen bidrar til å skille fagprofesjon mot kun det å være medmenneske. I lys av Thorgaard og Hagas perspektiver knyttet til profesjonsutøvelse kan informantens beskrivelser av den åpne tilnærmingen forstås både som genuine medmenneskelige intervensjoner samtidig som denne tilnærmingen representerer en profesjonell fagutøvelse.

Noe som gikk igjen hos alle informantene var at felles samhandling og samtaler ble beskrevet som essensielt for å hjelpe pasienter med å finne mening. Dette funnet kan forstås gjennom (Bøe & Thomassen, 2007) sine beskrivelser av meningstilblivelse; som en prosess som oppstår gjennom dialog, og der vi i fellesskap finner ord for verden og sammen gir den mening. En informant rapporterte at dialog var den viktigste innfallsvinkelen for å få en forståelse for hvordan pasienten tenkte og hadde det. Denne uttalelsen kan tenkes å understøtte beskrivelsen av meningstilblivelse som en gjensidig påvirkbar prosess som oppstår i møtet mellom mennesker (Bøe & Thomassen, 2007).

4.2.2 Opplevelse av mening gjennom dagligdagse aktiviteter

Alle informantene understreket viktigheten av at pasientene hadde noe fornuftig å bruke tiden sin på som helt grunnleggende for å kunne oppleve mening. Enten det var arbeid, skole, arbeidstrening eller eksempelvis matlaging. Flere informanter fremhevet også som av stor betydning at pasientene hadde en form for dags- og ukes-struktur for at pasientene skulle få en meningsfull hverdag. Det å ha noe å våkne opp til ble nevnt som essensielt og informantene understreket at det var viktig å ha noe som er fast og som bidrar til å gi dagene en form for struktur.

Alle informantene understreket i løpet av intervjuet at det var særdeles betydningsfullt at pasientene hadde regien med å utforme sine egne planer. Det var også viktig at aktiviteten hadde utgangspunkt i pasientens egne interesser og ønsker. En informant ga uttrykk for at det ofte var en utfordring å få overført disse vanene etter at pasientene hadde blitt skrevet ut. Samtidig sa flere informanter at nøkkelen for å lykkes lå i at pasientene hadde noen faste holdepunkter og fornuftige fritidssysler å bruke tiden sin på etter utskrivelse.

En informant understreket hvor viktig det var at pasientene fikk bestemme sine egne dag-aktiviteter og trakk frem et eksempel der en pasient med utenlandsk opprinnelse fikk anledning til å planlegge, handle inn og lage autentisk mat etter oppskrift fra eget hjemland. Informanten sa videre at slike eksempler på individuell tilpasning bidro til at pasientene fikk blomstre. Samme informant ga uttrykk for en endring til det positive med hele det psykiske helsetilbudet da det i mye større grad enn før er lagt opp til mer individuelt tilpassede aktivitetstilbud. Informanten sa også at det tidligere var lite fleksibilitet og pasientinvolvering rundt aktivitetstilbudet for mennesker innlagt i psykisk helsevern, og at det er mye mer fokus på dette i dag. Vedkommende hevdet også at pasientene tok mer ansvar og ble mindre passive når de fikk gjøre aktiviteter som var basert på deres egne interesser.

Viktigheten av å ha noe meningsfullt og bruke tiden sin på ble også understreket av en annen informant. Vedkommende trakk frem et eksempel der en pasient viste tydelig engasjement og endring til det positive etter at vedkommende hadde vært i en form for jobb-tiltak. I tillegg til at jobben ble ansett som et positivt tilskudd for pasienten, fikk dette også ringvirkninger da flere andre pasienter så opp til vedkommende.

Drøfting (Opplevelse av mening gjennom dagligdagse aktiviteter)

Det ble trukket frem som særlig viktig av alle informantene at pasientene fikk bestemme og planlegge sitt eget aktivitetstilbud, så lenge dette var praktisk gjennomførbart. Dette ble fremhevet for at pasienten skulle oppleve sin hverdag som meningsfull. Funnet kan ses i sammenheng med Antonovskys salutogenese-modell der *håndterbarhet* viser til at nettopp det å ha ressurser og innflytelse til å påvirke egen hverdag er en sentral del av det å oppleve tilværelsen sin som meningsfull (Antonovsky, 2012).

En av informantene beskrev at det legges mye mer vekt på pasientenes egne ønsker ved utarbeiding av aktivitetstilbud og innholdet i dette innenfor det psykiske helsevernet nå enn tidligere. Vedkommende ga også uttrykk for at pasientene ble mer engasjerte når de fikk bestemme og forme sitt eget aktivitetstilbud. Disse momentene kan videre forstås som et uttrykk for en større vektlegging av pasientinvolvering innenfor psykisk helsevern og noen endringer som er mer i tråd med en recovery-tilnærming. Dette momentet ble også trukket frem som særlig betydningsfullt av helsepersonell i en rapport om nytt rettspsykiatrisk sykehus. I denne rapporten ble det også trukket frem som viktig at pasientene ville få større tilgang til å bevege seg innenfor sykehusområdet etter eget tilpassede sikkerhetsnivå. Slik kunne de benytte seg av aktivitetstilbud som verksted, terapibad, treningsfasiliteter og aktivitetspark ved flere tider av døgnet. Denne utviklingen med et mer tilpasset aktivitetstilbud for pasientene ble ifølge denne rapporten satt i sammenheng med en mer recoveryorientert måte å jobbe på. (Nielsen C. B., 2021). Ifølge samme rapport ble det også påpekt at pasientene fikk egne bad i tilknytning til pasientrom. Det ble også sagt at dette kunne føre til styrking av pasientenes selvbestemmelse og integritet (Nielsen C. B., 2021). Disse betraktningene om de bygningsmessige fasilitetenes påvirkning kan settes i sammenheng med Thorgaard og Haga sine beskrivelser av at også det fysiske miljøet er en påvirkende faktor på pasientens bedringsprosess (Thorgaard & Haga, 2014).

Den tyske samfunnsfilosofen Axel Honneths kritiske samfunnssteori kan også bidra til å kaste lys over viktigheten av å kunne bestemme over sin egen hverdag. En måte å betrakte funnet på er at pasienten øker sin status innenfor det solidariske anerkjennelses-domenet. Viktige aspekter innenfor denne anerkjennelsesformen er likeverdighet, deltakelse og bidragsytelse til det sosiale fellesskapet. Andre viktige spørsmål innenfor dette domenet omhandler hvordan man blir sett på av omverdenen og spørsmål vedørende normalitet og avvik (Bøe & Thomassen, 2007). Herunder kan man derfor anta at økt innflytelse over egen hverdag bidrar til økt selvfølelse og derigjennom til en opparbeidelse av økt sosial status.

Et annet sentralt funn fra studien kan videre sies å bygge opp under Honneths anerkjennelsesteori, der en informant blant annet beskriver en pasient som stolt etter å ha kommet tilbake til sengepost etter å ha vært på jobb. På tilsvarende måte understreket flere informanter viktigheten av å gjøre aktiviteter med pasientene. Eksempler som blir nevnt er det med å gå tur, dra ut i skogen for så å tenne bål og grille pølser. Martin Salzmann-Erikson med flere fant i en intervjustudie med pleieperspektiv at det å gjøre aktiviteter sammen med pasientene bidro til at samhandlingen ble noe lettere, samtidig som den løser omgangstonen som karakteriserte aktiviteten fungerte

som en brobygger mellom pasient og fagperson (Salzmann-Erikson, Rydlo, & Gustin, 2016).

I tillegg til at arbeid, skole, og ulike aktiviteter bidrar til mestring kan disse aktivitetene bidra til å flytte fokus bort i fra sykdom og avvik. Dette ble også ble også understreket i forskningslitteraturen da pasienter i en undersøkelse ga uttrykk for viktigheten av å delta i meningsfulle aktiviteter som ble opplevd som givende ved at de flyttet fokus bort fra sykdom, samt at det bidro til normalitet i hverdagen (Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones, & Brink, 2015; Salzmann-Erikson, Rydlo, & Gustin, 2016).

Karlsson og Borg hevder i tråd med Honneth at recovery innebærer en form for involvering i meningsfulle aktiviteter. I tillegg er følelsen av at man er velkommen og akseptert sentralt for å oppleve recovery, sammen med løsrivelsen av stigmaer knyttet til det å ha psykiske helse-utfordringer (Karlsson & Borg, 2017). Da informantene uttrykte viktigheten av aktiviteter som kjøkkentrening og turgåing i naturlige omgivelser kan slike aktiviteter forstås som det Karlsson og Borg (2017) og Korsbek (2013) omtaler som å løsrive seg fra stigmaer knyttet til det å være pasient eller psykisk syk. Likeledes kan informantens betraktninger knyttet til stolthetsfølelsen som pasienten fikk i forbindelse med jobb relateres til det å tilegne seg nye roller, som eksempelvis det å være arbeidstaker og bidragsyter. Dette funnet er også sentralt i Honneths samfunnsteori der det å være bidragsytende i det sosiale fellesskapet er et sentralt moment for å kunne tilegne seg en positiv selvfølelse og selvverdsetting (Bøe & Thomassen, 2007).

4.3 Relasjonell trygghet gjennom tillit mellom fagperson og pasient

Tredje hovedtema som utpekte seg, var viktigheten av å oppnå tillitsfulle relasjoner mellom fagperson og pasient. Dette temaet var helt sentralt og ble også satt i sammenheng med oppnåelsen av trygghet. Følgende to undertemaer til dette hovedfunnet blir presentert i det følgende: *Trygghet som forutsetning for relasjonsbygging* og *relasjon som verktøy for å oppnå bedring og for å motvirke tilbakefall*.

4.3.1 Trygghet som forutsetning for relasjonsbygging

Flere informanter nevnte at det å møte mennesker med respekt, medmenneskelighet og omsorg var en forutsetning for å gjøre pasientene trygge, og for å kunne danne en form for relasjon. Det ble også sagt at det å bruke tid, være til stede og lytte til det pasientene hadde å si ble også var viktige momenter for å få til dette. Flere informanter nevnte det med å utvise trygghet som en viktig egenskap. En informant sa at dette kunne gjøres gjennom å vise følelsesmessig robusthet og tilstedeværelse. Det var også viktig å anerkjenne pasienten både når han hadde det vanskelig, men også når han hadde det bra. Flere informanter understreket viktigheten av at personal sto for det de sa, gjennom eksempelvis å følge opp avtaler som ble gjort med pasientene. Dette kunne bidra til å opparbeide en tillit gjennom at pasientene kunne få erfare at personalet var til å stole på.

En informant sa at det med å sette grenser var relasjonsbyggende i form av at det bidro til å tydeliggjøre rammer over hva som var grei og ikke grei oppførsel. Det ble også understreket at det å snakke til pasientene med tydelighet, men også respekt var viktig for å skape relasjon.

Drøfting (Trygghet som forutsetning for relasjonsbygging)

Flere informanter nevnte at trygghet var essensielt for å kunne skape en form for relasjon og for å hjelpe pasientene i deres bedringsprosesser. Dette funnet samsvarer med en pasientsentrert studie fra England (Shepherd, Sanders, & Shaw, 2017). Trygghet ble oppnådd gjennom å møte pasientene med omsorg, dialog og samhandling. I lys av Bøe og Thomassen (2017) kan dialog her forstås som et verktøy for å organisere og finne mening med tilværelsen. Likeledes beskriver de samme forfatterne menneskelig eksistens og tilblivelse som et resultat av samhandling og noe som oppstår i samspill med andre. Relasjon ble også fremhevet som essensielt for å kunne oppleve bedring og for å oppleve tilværelsen som trygg i en pasientsentrert studie fra Sverige (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2013). Disse funnene viser seg også å stemme overens med den salutogene modellen der *begripelighet* viser seg å være viktig. Begripelighet forstås i den salutogene modellen som en evne til å plassere ytre og/eller indre stimuli i en velordnet og strukturert sammenheng (Antonovsky, 2012). Modellen tar utgangspunkt i at mennesker med evne til å plassere inntrykk i en logisk, velstrukturert og sammenhengende kontekst også har en høyere grad av opplevelse av sammenheng. I motsatt tilfelle der mennesker med liten evne til å plassere sanseintrykk i en klar kontekst, vil både ytre og indre stimuli kunne oppleves som forvirrende, kaotiske og tilfeldig, noe som igjen vil medføre til en svekket opplevelse av sammenheng. Med den salutogene modellen som bakteppe kan begripelighet i denne sammenhengen føre til en opplevd trygghet gjennom økt opplevelse av sammenheng. Begripeligheten i denne sammenhengen blir da fremmet av dialogen og gjennom skapelsen av en felles forståelse mellom fagperson og pasient.

Trygghet slik det blir referert til av informantene kan også forstås som *håndterbarhet* slik det defineres innenfor den salutogene forståelsesrammen. Håndterbarhet forstås som; i hvilken grad mennesket har tru på at de har ressurser til å overkomme de utfordringene de står ovenfor. Håndterbarhet viser seg også i form av de ressursene og motivene som kontrolleres av en legitim annen (Antonovsky, 2012). Dette betinger igjen en grunnleggende tillit mellom individet og den eller de som er rådende over disse ressursene, eksempelvis helsepersonell. I en salutogen forståelse, kan derfor en grunnleggende tillit til helsepersonell lede til økt håndterbarhet gjennom at pasienten har tillit til at helsepersonell har evne og vilje til å håndtere de utfordringene pasienten ikke mestrer på egen hånd. Motsatt vil en grunnleggende mistillit til helsepersonell sies å kunne lede til en følelse av at man som pasient er offer for omstendighetenes tilfeldigheter, noe som igjen leder til en lav grad av opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012).

Flere informanter ga uttrykk for viktigheten av at pasienter fikk lov til å uttrykke sine egne tanker og holdninger. Det var også ifølge informantene viktig at pasientene fikk lov til å prøve og feile. På en annen side sa en informant at faste rammer og grensesetting

var nødvendig for å skape trygghet for pasientene som var innlagt i sengepost. I et recoveryperspektiv kan disse uttalelsene forstås som at klare grenser og trygge rammer er nødvendig for at pasienter skal kunne oppleve tilværelsen som sammenhengende. Trygghet kan derfor forstås som en balanse mellom det å kunne få utfolde seg fritt, men innenfor visse trygge rammer. Som en informant sa var det også viktig at normene i sengeposten så langt det var mulig gjenspeilte samfunnet ellers. I en salutogen forståelsesramme kan normer og reaksjoner på eksempelvis voldelig eller annen grenseoverskridende atferd tenkes å bidra til en økt bevissthet og forståelse over samfunnets normer, noe som igjen kan lede til økt opplevelse av sammenheng. I tråd med et slik perspektiv fant man i en pasientsentrert studie ifra Kanadisk sikkerhetspsykiatri at regler potensielt kunne bidra til recovery da de sørget for at miljøet i sengepost var trygt og forutsigbart (Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones, & Brink, 2015).

For praksisfeltet kan en slik innfallsvinkel til å forstå utviklingen av trygghet på, ikke bare føre til at faste rammer bidrar til å ivareta orden og struktur i sengepost, men at disse rammene også er til for å gi økt kunnskap og bevissthet hos pasientene om hva som er riktig og galt. Forstått på denne måten kan faste rammer lede til en økt opplevelse av sammenheng og i tillegg bidra til at disse rammene så langt som mulig speiler normene som gjelder i samfunnet ellers.

Informantenes understreking av viktigheten med å oppnå en relasjon med pasienter kan forstås i lys av Bøe og Thomassen (2007) som skriver at endringsarbeidet skjer i møtet mellom fagperson og pasient. Dette funnet kan derfor ses på som et uttrykk for at ansvaret med å håndtere pasientens risiko skjer innenfor dette samspillet. Ikke ulikt dette synet skriver også Perkins og Repper at risikohåndtering må forstås innenfor samhandlingen mellom fagperson og pasient og at dette ansvaret ikke kan håndteres av hverken fagperson eller pasient alene. Videre skriver de at tillitsfulle relasjoner er den viktigste nøkkelen for å lykkes med å redusere pasientens voldsrisiko (Perkins & Repper, 2016).

4.3.2 Relasjon som verktøy for å oppnå bedring og for å motvirke tilbakefall

Informantene beskrev at relasjon var grunnleggende for å kunne bidra til recovery. Flere informanter sa at en god relasjon var viktig for at pasientene skulle kunne åpne seg. Det ble også understreket som betydningsfullt med en god relasjon mellom fagperson og pasient, for at man som helsepersonell kunne komme i posisjon til å motivere og veilede pasienter til å ta sunne valg. Relasjon ble også trukket frem som nødvendig for at pasientene skulle ta kontakt med hjelpeapparatet når de kjente på symptomer og forverring av sin psykiske tilstand.

Flere informanter understreket også viktigheten av å oppnå kjemi som et viktig bidrag til å skape en trygg tillitsbasert relasjon med pasientene. Flere informanter ga uttrykk for at det var vanskelig å nevne med ord hva som skulle til for å opparbeide kjemi. En informant sa at dette var en slags taus kunnskap som vanskelig lot seg formalisere. Flere informanter sa at det var viktig å bruke seg selv aktivt. Det ble også ansett som viktig å spille på personalets styrker da dette var et viktig bidrag for å opparbeide en form for

kjemi og trygg relasjon. Viktigheten av å spille på personal og pasienters felles interesser ble nevnt som en innfallsvinkel til å oppnå kontakt. Fiske, bil og trening ble nevnt som eksempler på interesser som kunne åpne for kontakt mellom pasient og ansatt.

Flere informanter ga uttrykk for at det var viktig å ikke kun se sykdommen, men og se personene bak. Flere sa også at man måtte jobbe parallelt med å lindre symptomer, samtidig som man fokuserte på det som var bra og det som ble ansett som friskt og «normalt» hos pasientene.

vi ser jo at pasientene her har mye tillit til oss som jobber her, i og med at de er her så lenge. Det gjør at vi også får hjulpet dem med veldig mye, Både med økonomi, få etablert trygge boforhold og med å få gjenvunnet trygghet og stabilitet.

Som sitatet over illustrerer ble også tidsfaktoren trukket frem som et positivt moment, noe flere informanter ga uttrykk for. Dette fordi tiden i sengepost ble ansett som et viktig bidrag til at fagpersonell og pasienter kunne utvikle gode relasjoner.

Relasjonen ble også av flere informanter trukket frem som essensiell for at pasientene skulle kunne dra nytte av psykoedukasjon og få tillit til hjelpeapparatet og for å senke terskelen for at de tok kontakt dersom de kjente på tilbakefall eller symptomforverring.

Drøfting (Relasjon som verktøy for å oppnå bedring og for å motvirke tilbakefall)

Et aspekt som i enkelte studier har blitt trukket frem som en utfordring med recovery er tidsaspektet og uvissheten knyttet til den tiden pasientene måtte tilbringe i sikkerhetsavdeling. Årsakene til dette er at dom til tvungent psykisk helsevern ofte pågikk over lang tid, samtidig med at tidsubestemt dom til psykisk helsevern representerte en uvisshet i hvor lang tid pasientene måtte ha tilhold i lukket sengepost (Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones, & Brink, 2015). På en annen side ga flere informanter i denne studien uttrykk for at tidsperspektivet på innleggelsene heller ble sett på som en mulighet for dannelsen av tillitsbaserte relasjoner mellom fagpersonell og pasient. I så måte representerte tiden i sengepost en mulighet for endring og personlig vekst. I tråd med dette funnet fant man også i en studie av helsepersonells erfaringer fra svensk rettspsykiatri at tiden i sengepost ble ansett som en positiv faktor for recovery-prosessen fordi den gjorde det mulig å jobbe sammen med pasienten. I tillegg gjorde tiden det mulig å jobbe sammen for å bygge terapeutiske allianser med potensielt helsefremmende utfall (Olsson H. , Strand, Asplund, & Kristiansen, 2014).

Flere informanter sa at det var viktig å se sykdommen, men også å se personene bak. Flere sa også at det var fullt mulig å jobbe med symptomene, samtidig som man anerkjente det som var bra og støttet opp under de mer positive sidene ved pasienten. Dette kan forstås som en helhetlig måte å betrakte individet på. Uttalelsene kan videre tolkes som eksempler på at recovery, rehabilitering og sikkerhet representerer flere sider av samme sak. Dette sammenfaller også med Simpson og Penney (2011) sine betraktninger. Informantenes betraktninger bidrar også til å understreke viktigheten av at en helhetlig anerkjennelse av pasienten innebærer en aksept for både de friske sidene

med pasienten, samtidig som man anerkjenner de følelsesmessige utfordringene som utledes av den psykiske lidelsen (Drennan & Alred, 2012).

Informantenes opplevelser av at det var viktig å bruke tid på å snakke med pasientene; både om det som var vanskelig og om mer dagligdagse temaer ble også trukket frem i en studie av helsepersonells erfaringer med arbeid i sikkerhetspsykiatrien (Salzmann-Erikson, Rydlo, & Gustin, 2016). Her ble sofaen sett på som et viktig verktøy der daglige samtaler om løst og fast kunne bidra til å redusere skillet mellom fagperson og pasient i tillegg til at slik samhandling bidro til at pasientene fremsto som mer helhetlige mennesker fremfor kun en «diagnose» (Salzmann-Erikson, Rydlo, & Gustin, 2016). I tråd med informantene i denne studien ble det også i Salzmann-Erikson med flere sin studie gitt uttrykk for at det var viktig å snakke med pasientene om det som var vondt og vanskelig, men også om hverdagslige temaer (Salzmann-Erikson, Rydlo, & Gustin, 2016).

4.4 Begrensninger for sikkerhetspsykiatrien hvor mandat, lovverk og pasientgruppens egenart spiller inn

Fjerde og siste hovedtema omhandler begrensningene med å tilrettelegge for recovery innenfor den sikkerhetspsykiatriske konteksten. Temaet blir presentert gjennom følgende to undertemaer: *manglende valgfrihet innenfor psykisk helsevern* og *utfordringer med recovery for pasientgruppen i den sikkerhetspsykiatriske konteksten*.

4.4.1 Manglende valgfrihet innenfor psykisk helsevern

Informantene hadde delte oppfatninger med tanke på utfordringene knyttet til å oppfordre pasientene til å ta egne valg. Områder som ble nevnt der pasientenes valgfrihet var begrenset var blant annet de mer grunnleggende aspektene ved en innleggelse som det å bli lagt inn og motta behandling på tvang, til de mer generelle husordensreglene som var innordnet for å skape forutsigbarhet, ro og orden i sengeposten. Slike regler var eksempelvis alt fra tidspunkter for vekking, aktivitetstider, regler for bekledning, samt enkle ting som når kaffen ble satt ut og tatt inn igjen på kvelden.

Noen informanter problematiserte det å skulle oppfordre til pasienters egenbestemmelse når så mye i hverdagen var preget av tvang. På en annen side ga en informant uttrykk for at vedkommende så annerledes på disse utfordringene. Informanten sa videre at rammene var satt, samtidig som vedkommende fokuserte på mulighetene man faktisk hadde til å drive miljøterapi innenfor disse rammene. Samtidig som at noen informanter ga uttrykk for at det var utfordrende å oppfordre til valgfrihet, så sa flere informanter at faste rutiner og husordensregler var nødvendige da de bidro til å ivareta sikkerheten både for pasientene og for personalet, samtidig som de bidro til forutsigbarhet, ro og orden i avdelingen.

En informant sa at for stor grad av individuelle tilpasninger ofte kunne bidra til misnøye mellom pasienter. I et eksempel ble det trukket frem at det var uheldig der en pasient fikk unntak fra husordensreglene ved å drikke kaffe sent på kvelden, mens kaffen ble tatt inn for de øvrige pasientene. I slike tilfeller ble det sagt at klare husordensregler var

enkelt å forholde seg til for å slippe diskusjon. Samtidig ble misforholdet mellom hensynet til individets frihet og resten av avdelingen problematisert.

En av informantene sa at inkludering av pasienter ved utarbeidelse av behandlingsplan var et viktig moment for å engasjere pasientene og for å inkludere de i sin egen behandling. Likevel ble dette kun gjort for et utvalg av pasientene. Dette var fordi det ble vurdert at et minstemål av innsikt var nødvendig dersom pasientene skulle kunne delta ved utarbeidelsen av en slik behandlingsplan.

Når han er stabilisert og vi tenker at pasienten er klar for det, så har vi med pasienten i de mini-teamene. Da blir vi opp behandlingsplan på storskjerm. Da er pasienten med på å evaluere og sette sine egne mål. Så kan pasienten si, «dette er jeg enig i, og dette er jeg ikke enig i» og sånt. Så det er måten vi har gjort det på og det ser jeg fungerer veldig bra. Men så må det også sies at det ikke er alle pasienter vi kan gjøre det med. For det er ikke alle som klarer å være med på den tankegangen å se sine egne problemer. Men de som vi gjør det med, der fungerer det bra.

En informant ga uttrykk for at recovery kanskje burde bli løftet frem som en behandlingstilnærming innenfor det psykiske helsearbeidet, også i sikkerhetspsykiatrien. Det ble likevel påpekt at det var nødvendig med sikkerhetstiltak og at det derfor ikke var oppnåelig med for stor grad av frihet for denne pasientgruppen.

Drøfting (Manglende valgfrihet innenfor psykisk helsevern)

Ifølge både forskningslitteraturen og funn fra undersøkelsen er det flere utfordringer knyttet til det å legge til rette for recovery i den sikkerhetspsykiatriske konteksten. En hovedutfordring er knyttet til det å oppfordre til pasienters egenbestemmelse i en hverdag preget av tvang og der rettslige bestemmelser bidrar til å begrense individets frihet. I følge flere kvalitative studier ble det rapportert i fra helsepersonell at det var vanskelig å skulle oppfordre pasienter til å ta egne valg når mulighetene for å ta egne valg i realiteten var få (McKenna, Furness, Dhital, Park, & Connaly, 2014).

Funn fra denne studien antyder at informantene var noe delt i synet på om dette var problematisk. En informant fokuserte på de mulighetene man hadde for å tilrettelegge for bedring innenfor de rammebetingelsene som var satt. I tråd med dette funnet ble det i en undersøkelse fra dansk rettspsykiatri understreket som betydningsfullt av en spesialsykepleier at det er viktig å tenke muligheter innenfor de rammene som er satt. Videre ble det sagt at det er viktig å sørge for et mest mulig fritt og åpent miljø for pasientene der de føler seg trygge, samtidig med at man passer på enkelte pasienter ekstra godt for å ivareta både deres egen og andre sin sikkerhet. Fokuset med å tenke på muligheter innenfor de rammene som er satt ble også satt i sammenheng med å utvikle pasientens ressurser og ferdigheter, samtidig som man møter pasienten der han er (Nielsen C. B., 2021).

En interessant bemerkning var at samme informant også påpekte at ansvarliggjøring og åpenhet rundt konsekvensene ved å bryte samfunnets normer var viktige bidrag for å hjelpe pasienter til å få økt innsikt. Samtidig sa også vedkommende at det var et viktig relasjonsbyggende element i det å sette grenser. En innfallsvinkel til å forstå dette funnet kan være at en slik synliggjøring av konsekvensene ved å bryte samfunnets normer bidrar til å ansvarliggjøre individet gjennom å gi en form for innsikt over hva som er akseptabel og ikke-akseptabel atferd. I så måte kan individet tenkes å bli bedre rustet til å ta egne veloverveide valg rundt eksempelvis det å skulle gjennomføre handlinger som bryter med samfunnets normer.

En sentral utfordring med å skulle få til en recoverytilnærming i sikkerhetspsykiatrien omhandler hvordan man skulle oppnå dette rent praktisk. Det var ingen klar oppfatning blant informantene rundt hva en slik tilnærming skulle innebære. En åpenbar utfordring som skiller sikkerhetspsykiatrien fra det allmenne psykiske helsearbeidet, er det at pasientene mottar behandling med tvang. I tillegg er flere pasienter underlagt dom til tvungent psykisk helsevern, ofte på ubestemt tid (SIFER, 2019).

En utfordring med å skulle få til en recoverytilnærming i sikkerhetspsykiatrien ligger i at recovery som fenomen bygger på en subjektiv erfaring som vanskelig lar seg måle, da det er like mange recovery-historier som det er pasienter i psykisk helsevern. En potensiell fallgrube med en recoverytilnærming er at tjenester innenfor det psykiske helsearbeidet kan påta seg å ha en recoverytilnærming med visshet om at en slik påstand ikke kunne blitt tilbakevist eller etterprøvd (Meehan, King, Beavis, & Robinson, 2008).

En annen utfordring med å kunngjøre en recoverytilnærming i sikkerhetspsykiatrien er at en slik tilnærming kan tenkes å føre til en manglende bevisstgjøring for helsepersonell over den ustabile maktbalansen som gjenspeiler seg i forholdet mellom fagperson og pasient. Dette viser seg som formell makt som går på vedtaksberettigede tiltak og håndheving av husordensregler, men også som uformell makt der pasienter må spørre personal om mat/drikke, tilpasse aktivitet-tidspunkt til når det passer for avdelingens struktur, samt at pasientene ikke får anledning til å velge hva de vil spise til middag for å nevne noen eksempler. En bevisstgjøring og erkjennelse av denne ustabile maktbalansen er derfor vesentlig dersom helsepersonell skal kunne kompensere for skadevirkningene av denne ubalansen og hjelpe pasienter til å oppnå pasient- og brukermedvirkning. Det er derfor viktigere å arbeide aktivt med å kompensere for denne ubalansen i maktforhold mellom pasient og fagpersonell fremfor å ta til orde for en recoverytilnærming som vanskelig lar seg etterprøve.

4.4.2 Utfordringer med recovery for pasientpopulasjonen i sikkerhetspsykiatrien

Et sentralt funn var at det ikke var noen stor felles sammenfallende oppfatning av hva en recovery-tilnærming ville innebære. Et par informanter ga uttrykk for at recovery ikke var aktuelt for alle pasientene. En informant ga også uttrykk for at fokuset på recovery var preget av ideologi og at det ikke alltid var realistisk å tenke recovery i arbeidet med pasientpopulasjonen i den sikkerhetspsykiatriske konteksten. En hovedutfordring som ble

trukket frem med å tilrettelegge for recovery var at pasientene i sikkerhetspsykiatrien representerte en gruppe mennesker med høy problemkompleksitet og følgeproblemer som høyt symptomtrykk, rusproblematikk og tilbøyeligheter til å gjennomføre voldelige og kriminelle handlinger.

min virkelighet er at jeg jobber med de håndfullene som er veldig dårlige, med et lavt funksjonsnivå, høyt symptomtrykk, og med følgeproblemer i form av rus og som ofte havner i trøbbel og som gjør kriminelle handlinger og havner innafør.

Et annet funn var at det ble sett på som utfordrende å tilrettelegge for recovery for pasienter som var innlagt på dom til tvungent psykisk helsevern.

vi kan kanskje ikke helt 100 prosent akkurat følger det som en idealistisk sett skulle ønske var mulig, for her er det folk som er på tvungent psykisk helsevern og folk som soner dommer.

En annen sentral utfordring med å tenke recovery lå på de mer grunnleggende systemiske faktorene som lå som rammeverk for virksomheten. Slike rammer var blant annet lovverk og husordensregler. Det ble også gitt uttrykk for at det hadde vært lettere å jobbe recoveryorientert dersom det ble forankret i virksomhetens ideologi og gjennom ledelse

på systemnivå så blir det jo satt grenser for oss også, med tanke på hva vi kan drive av recoveryorientert tilnærming. Samtidig så er det jo slik at hvis det blir forankret i ledelse, at det er den behandlingsformen vi skal drive etter så er det lettere å få gjort ting i avdelingen også.

En sentral utfordring som ble rapportert var at pasienter ofte ikke så sine egne problemer og at de manglet innsikt rundt egen sykdom og egne sårbarhetssammenhenger.

På tross av en felles oppfatning av at recovery var noe som var positivt, ga flere informanter uttrykk for utfordringer knyttet til det å skulle jobbe recoveryorientert innenfor sikkerhetspsykiatrien. En informant sa at recovery var en fin ideologi, men at recovery nødvendigvis ikke gagnet alle pasientene. Dette var særlig knyttet til pasienter med rusproblematikk, lav grad av sykdomsinnsikt og økt risiko for å gjennomføre kriminelle og voldelige handlinger.

En annen informant ga uttrykk en utfordring knyttet til pasienter med rusproblematikk. Vedkommende beskrev utfordringer i de tilfellene der pasientens motivasjon for å slutte å ruse seg var lav. Recoveryperspektivet var særlig utfordrende de gangene der

pasientene ble skrevet ut og i stor grad ble overlatt til seg selv. Samme informant sa at en recoverytilnærming måtte tilpasses de rammene som var gjeldene innenfor sikkerhetspsykiatrien.

Drøfting (Utfordringer med recovery for pasientpopulasjonen i sikkerhetspsykiatrien)

Til tross for at informantene var overveiende positive til recovery, ga flere informanter uttrykk for at recovery-perspektivet ikke var like hensiktsmessig til enhver kontekst. Utfordringene med å tilrettelegge for recoveryprosessen var spesielt knyttet til pasientene som var i sin mest sårbare fase og der de hadde følgeproblemer som massive psykosesyntomer, rusmisbruk og voldsatferd.

Motsetningene mellom det uttalte positive synet på recovery og disse utfordringene gjør det nødvendig å skille mellom recovery som prosess og recovery som utfall. Et slikt skille er nødvendig da recovery med større grad av individuell frihet ikke nødvendigvis leder til recovery i form av økt deltakelse i sosialt samfunnsnivå ifølge informanter i denne studien. Tvert imot fremhevet enkelte informanter at noen pasienter opplevde tilbakefall når de ble utskrevet. Dette utartet i form av at de sluttet å møte opp til samtaler med helsepersonell, arbeidstiltak, i tillegg startet flere med rus med de følgeproblemene som dette medførte. Slike følgeproblemer kunne være økning av symptomer og gjentakende kriminell og voldelig atferd.

En av informantene i studien ga også uttrykk for at recovery måtte bli forankret i ledelse og som en del av verdigrunnlaget i virksomheten. Disse momentene ble også funnet sentrale i en britisk studie om ledelse og recovery utført av McLean. Her ble lederstøtte funnet som helt sentralt for å kunne bidra til økt brukermedvirkning, likeverdig samarbeid og engasjement både for fagpersonell og pasienter/brukere (McLean, 2015). I tråd med disse betraktningene skriver Slade med flere at en recovery-orientering måtte bli fastsatt i organisasjonskultur og i ledelse (Slade, et al., 2014).

5. Avslutning

I dette kapitlet oppsummeres de viktigste funnene for undersøkelsen. Deretter presenteres det hvordan denne undersøkelsen kan bidra til praksisfeltet og til sist vil det bli gjort rede for hvilke områder som peker seg ut som relevante for videre forskning.

5.1 Konklusjon

Denne masteroppgaven har forsøkt å besvare problemstillingen «hvilke forutsetninger og innsatsfaktorer kan styrke pasienters recovery-prosess i norsk sikkerhetspsykiatri?»

Svarene ble tematisert over fire tema som synes særlig viktige og detaljert beskrevet under disse undertemaene:

1. Vekstprinsipp, styrking av ressurser	2. Strukturell mening, gi pasienten en opplevelse av mening i hverdagen	3. Relasjonell trygghet gjennom tillit mellom fagperson og pasient	4. Begrensninger i sikkerhetspsykiatrien gjennom mandat, lovverk, og pasientgruppens egenart.
✓ Tilrettelegging ✓ Hverdagsmestring ✓ Leve med sykdom	✓ Gi bekreftelse i sosialt samspill ✓ Aktiviteter og struktur i hverdagen	✓ Trygghet for å skape relasjon ✓ Relasjon som verktøy for å oppnå bedring og for å motvirke tilbakefall	✓ Manglende valgfrihet ✓ Utfordringer for pasientgruppen

Figur 4: Konklusjon, hovedpunkter

Funnene viser at recovery oppnås gjennom vekstprinsippet. Hvordan dette oppnås er kontekstuekt avhengig av pasientens tilstand. Stabilisering og primære behov er viktig i første omgang. Dette i form av søvn, medisiner, faste måltider og personlig hygiene. Parallelt med fokuset på å fremme primære behov og mestring er det også viktig å bidra med kunnskap om sykdom. Dette oppnås ved å gi tilpasset informasjon samtidig som man anerkjenner pasientens opplevelser og livsverden.

En annen forutsetning for å fremme pasienters recoveryprosess er gjennom strukturell mening, ved å gi pasientene en opplevelse av sammenheng i hverdagen. Dette oppnås gjennom bekreftelse i sosialt samspill mellom pasient og fagperson. Et annet viktig moment er å tilføre mening i hverdagen gjennom aktivitet med utgangspunkt i pasientens interessefelt. Det er også sentralt at pasienten så langt det lar seg gjøre har regien ved planlegging og utforming av aktiviteten. Muligheten for aktivitet kan forstås som en innfallsvinkel til å bli kvitt stigmaer relatert til pasientrollen. Gjennom læring av nye ferdigheter kan derfor pasienten oppleve personlig vekst gjennom å tilegne seg nye egenskaper og en positiv selv-verdsetting.

Et annet viktig premiss for å hjelpe pasienten i sin recoveryprosess er viktigheten av å bygge terapeutisk allianse mellom pasient og fagpersonell. Opparbeiding av trygghet og tillit er helt grunnleggende for bedringsprosessen. Den terapeutiske alliansen er også det viktigste verktøyet for å kunne bidra til psykoedukasjon og for å bidra til mestring og for at pasienten skal kunne øke sin sosiale status. Arbeidet med risiko og sikkerhet må

derfor forstås som et samspill der ansvaret for å håndtere risiko er noe som gradvis overlates til pasienten etter hvert som pasienten gjenvinner funksjon.

Til sist har denne studien bragt frem utfordringer med recoveryperspektivet relatert til mandat, lovverk og der pasientgruppens egenart utfordrer recoveryperspektivet på en rekke områder. Sentralt her er dobbeltoppgaven hvor sikkerhetspsykiatriens primæroppgaver omhandler vern av samfunnets sikkerhet gjennom behandling av mennesker med alvorlig sinnslidelse og voldsproblematikk. Dette gjør at recovery avveies gjennom fokus på sikkerhet og hvor kontrollen og ansvaret blir vektet mellom helsepersonell og pasient. Et annet paradoks er at symptomreduksjon er et påkrevd ledd i møtet med denne pasientgruppen, noe som gjør at recoveryperspektivet blir utfordret på bakgrunn av dets fokus på bedring på tross av sykdom.

5.2 Implikasjoner for praksis og forslag til videre forskning

Funnene i denne studien viser at helsepersonell i sikkerhetspsykiatrien besitter en rekke kunnskaper om hvilke forutsetninger som kreves for at denne pasientgruppen skal kunne oppleve recovery. Innsikten som blir bragt til syne gjennom informantene sine erfaringer kan tenkes å bidra til å belyse viktigheten av den sosiale dimensjonen som medfølger det å leve med psykiske lidelser innenfor sikkerhetspsykiatrien. Studien bidrar også til å underbygge viktigheten av recoveryperspektivet som et teoretisk rammeverk som kan si noe om forutsetninger og innsatsfaktorer som er viktige for pasienters bedring innenfor norsk sikkerhetspsykiatri.

Studien belyser også ulike sider av recovery sett i fra fagpersonell i sikkerhetspsykiatrien sitt ståsted. Tolkningen av resultater gjenspeiler i tillegg at forfatter og informanter er ansatte innenfor sikkerhetspsykiatrien. Videre studier med pasientperspektiv og/eller pårørendeperspektiv ville derfor med stor grad av sannsynlighet kunne bidratt til andre vinklinger og forståelser hva recovery i sikkerhetsavdeling angår. På tross av at studien gjenspeiler fagpersonells forståelse av recovery er studien relevant da den belyser flere utfordringer med recovery sett fra de som jobber tettest på pasientene i den kliniske hverdagen i sikkerhetsavdeling.

Et viktig innsatsområde for videre forskning vil være å se om innføring av en recoverytilnærming med blant annet undervisning av helsepersonell og større grad av pasient-involvering fører til bedring for pasientene i sikkerhetspsykiatrien. En viktig målsetting ved en slik recoveryorientering vil være å se om pasientene opplever bedring i livskvalitet. Andre viktige momenter vil være å se på tilbakefall til kriminell og voldelig atferd, samt hyppighet og varighet på reinnleggelser. Det vil være sentralt å se på om kontrollerte forsøk med recoverytilnærming kan føre til slike resultater, i motsetning til tidligere tradisjonell behandling.

6.0 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens Mysterium - Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aulie, H. (2015). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015- En Statusundersøkelse*. SIFER.
- Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi – Psykologiske perspektiver på aggresjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bouman, Y. H., Schene, A. H., & De Ruiter, C. (2009). Subjective well-being and recidivism in forensic psychiatric outpatients. *International Journal of Forensic Mental Health Services*, 8(4), ss. 225-234.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Psykisk Helsearbeid - Å skape rom for hverandre. 2. Utgave*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chandley, M., & Rouski, M. (2014). Recovery, turning points and forensics: views from the ward in an English high secure facility. *Mental Health and Social Inclusion*, 18(2), ss. 83-91.
- Clarke, C., Lombard, D., Sambrook, S., & Kerr, K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1), ss. 38-54.
- Corlett, H., & Miles, H. (2010). An evaluation of the implementation of the recovery philosophy in a secure forensic service. *British Journal of Forensic Practice*, 12(4), ss. 14-25.
- Cromar-Hayes, M., & Chandley, M. (2015). Recovery in a high secure hospital in England. *Mental Health Practice*, 18(8), ss. 32-37.
- Deegan, P. (2001). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, ss. 91-97.
- Drennan, G., & Alred, D. (2012). *Secure Recovery - Approaches to Recovery in Forensic Mental Health Settings*. London: Routledge.
- Drennan, G., Woolridge, J., Aiyegbusi, A., Alred, D., Ayres, J., Barker, R., . . . Shepherd, G. (2014). Making Recovery a Reality in Forensic Settings. *Centre for Mental Health*, ss. 1-28.
- Elstad, T., & Norvoll, R. (2013). Kaittelt 5: Sosial eksklusjon og inklusjon. I R. Norvoll, *Samfunn og Psykisk Helse - Samfunnsvitenskapelige Perspektiver* (ss. 218 - 248). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Falkum, E., Hytten, K., & Olavesen, B. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 48(11), ss. 1080 - 1085.
- Hauso, G. E., Alsaker, K., & Senneseth, M. (2021). Service user involvement in a secure setting before and after the implementation of recovery-oriented practice: A quasi-experimental study. *Journal of Advanced Nursing*.
- Helsedirektoratet. (2013, Juni). *Helsedirektoratet.no*. Hentet fra Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.
- Helsedirektoratet. (2020, September 29). *Helsedirektoratet.no*. Hentet fra Pakkeforløp for psykiske lidelser - Voksne: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser->

voksne/behandling-og-oppfølging-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#registrering-av-koder

- Jensen, S. B., Eplov, L. F., Gammelgaard, I., Mueser, K. T., & Petersen, K. S. (2019, Februar). Participants' Lived Experience with the Illness Management and Recovery (IMR) Program in Relation to their Recovery- Process. *Community Mental Health Journal, 55(6)*, ss. 983-993.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery – Tradisjoner, Fornyelser og Praksiser*. Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Korsbek, L. (2013). Illness insight and recovery: How important is illness insight in peoples' recovery process? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 36(3)*, ss. 222–225.
- Krøvel, B., Rishovd Rund, B., & Rør, E. (1997). *Vold og Psykiatri – Om forståelse og behandling*. Otta: Tano Aschehoug.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det Kvalitative Forskningsintervju (3. utgave)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011, Desember). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry, 199(6)*.
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., & Brink, J. (2012, Juni). A tale of two cultures: examining patient-centered care in a forensic mental health hospital. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 23(3)*, ss. 345-360.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M., & Connaly, F. (2014). Recovery- Oriented Care in a Secure Mental Health Setting: «Striving for a Good Life». *Journal of Forensic Nursing, 10(2)*, ss. 63-69.
- McKeown, M., Jones, F., Foy, P., Wright, K., Paxton, T., & Blackmon, M. (2016). Looking back, looking forward: Recovery journeys in a high secure hospital. *International Journal of Mental Health Nursing, 25(3)*, ss. 234-242.
- McLean, J. (2015). Recovery-focused leadership in the NHS. *Mental Health and Social Inclusion, 19(2)*, ss. 87-94.
- Meehan, T. J., King, R. J., Beavis, P. H., & Robinson, J. D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42(3)*, ss. 177-182.
- Mezey, G. C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 21(5)*, ss. 683-696.
- Møllerhøj, J. (2019). *Recovery, rehabilitering og retspsykiatri - begrebsafklaring og dilemmaer*. København: Kompetencecenter for Retspsykiatri og Psykiatrisk Center Sct. Hans.
- Nielsen, C. B. (2021, Mai). Psykiatrisk sygepleje i retspsykiatrien: Nye rammer og muligheder på Sct. Hans. *Psykiatrisk Sygepleje*, ss. 8-13.

- Nielsen, J. C., & Repstad, P. (1993). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen - Om å analysere sin egen organisasjon. I P. (. Repstad, *Dugnadsånd og Forsvarsverker - Tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (ss. 347-368). Oslo: Tano.
- Nijdam-Jones, A., Livingston, J., Verdun-Jones, S., & Brink, J. (2015). Using social bonding theory to examine 'recovery' in a forensic mental health hospital: A qualitative study. *Criminal Behaviour and Mental Health, 25*(3), ss. 157-168.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og Psykisk Helse – Samfunnsvitenskapelige Perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSD. (2021, Mai 31). *NSD.no*. Hentet fra NSD - lag en datahåndteringsplan: <https://www.nsd.no/lag-en-datahandteringsplan>
- NTNU. (2021, Mai 31). *Innsida.NTNU.no - oppbevaring og utlevering av forskningsdata fra helseforskning*. Hentet fra NTNU.no: <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/oppbevaring+og+utlevering+av+forskningsdata+fra+helseforskning>
- Nørgaard, B. (2005). Axel Honneth og en teori om anerkendelse. *Tidsskrift for Socialpædagogik, 16*, ss. 63-70.
- Olsson, H., & Schön, U.-K. (2016). Reducing violence in forensic care - how does it resemble the domains of a recovery- oriented care? *Journal of Mental Health, 25*(6), ss. 506-511.
- Olsson, H., Strand, S., & Kristiansen, L. (2013). Reaching a turning point - how patients in forensic care describe trajectories of recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*(3), ss. 505-514.
- Olsson, H., Strand, S., Asplund, K., & Kristiansen, L. (2014). Turning towards recovery in forensic psychiatric inpatients - a study based on staff experience. *Nordisk Sygeplejeforskning, 4*, ss. 175-188.
- Ose, S. O., Lilleeng, S., Pettersen, I., Ruud, T., & Weeghel, J. v. (2017). Risk of violence among patients in psychiatric treatment: results from a national census. *Nordic Journal of Psychiatry, 71*(8), ss. 551-560.
- Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. (2021, April 10). *Lovdata.no*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Pedersen, P. B., & Kolstad, A. (2009, Desember). De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. *International Journal of Mental Health Systems, 3*, ss. 1-20.
- Perkins, R., & Repper, J. (2016). Recovery versus risk? From managing risk to the co-production of safety and opportunity. *Mental Health and Social Inclusion, 20*(2), ss. 101-109.
- Petersen Reed, N. (2020). Personal Recovery - Unique and Collective. *NTNU*.
- Politidirektoratet. (2021). *Statistikk - psykiatri og bistand helsevesenet*. Oslo: Politidirektoratet.
- Pollak, C., Palmstjerna, T., Kald, M., & Ekstrand, P. (2018). It Had Only Been a Matter of Time Before I Had Relapsed Into Crime: Aspects of Care and Personal Recovery in Forensic Mental Health. *Journal of Forensic Nursing, 14*(4), ss. 230-237.

- Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C., & Gustin, L. W. (2016, Januar 26). Getting to know the person behind the illness - the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), ss. 1426-1434.
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., & Shaw, J. (2016). Personal recovery within forensic settings - Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, ss. 59-75.
- Shepherd, A., Sanders, C., & Shaw, J. (2017). Seeking to understand lived experiences of personal recovery in personality disorder in community and forensic settings – a qualitative methods investigation. *BMC Psychiatry*, ss. 1-10.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008, Mai). Putting recovery into mental health practice. *Mental Health Today*.
- SIFER. (2019). *Sikkerhetspsykiatri i Norge 2019 - En Statusrapport*. Oslo: Regionalt Kompetansesenter for sikkerhets- fengsel- og rettspsykiatri.
- Simpson, A. I., & Penney, S. R. (2011). Editorial The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(5), ss. 299-306.
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., . . . Whitley, R. (2014, Februar). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), ss. 12-20.
- Thorgaard, L., & Haga, E. (2014). *Gode relationsbehandlere og god miljøterapi, Bind 1*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Urheim, R., Palmstierna, T., Rypdal, K., Gjestad, R., Senneseth, M., & Mykletun, A. (2020). Violence rate dropped during a shift to individualized patient-oriented care in a high security forensic psychiatric ward. *BMC Psychiatry*, 20, ss. 1-10.
- Vatne, S. (2021, Mai 31). *Napha.no*. Hentet fra Napha - Recovery - En filosofi: <https://www.napha.no/content/14607/recovery---en-filosofi>

Vedlegg 1: Søknad om tillatelse til å intervju ansatte i psykisk helsevern

Trondheim, 11.12.2019

██████████, avdelingssjef ██████████

██████████, avdelingssjef ██████████

Søknad om intervju av ansatte i forbindelse med masterprosjekt ved NTNU

Hei,

Navnet mitt er Runar Hernes. Jeg arbeider til daglig som spesialsykepleier ved regional sikkerhetsavdeling, ██████████, der jeg har jobbet i full stilling siden våren, 2014. Viser til påbegynt masterutdanning i psykisk helse ved NTNU, institutt for psykisk helse, Trondheim. Innlevering av masteroppgaven er planlagt til mai, 2020. Jeg ønsker i masteroppgavens forskningsprosjekt å gjennomføre en kvalitativ studie med individuelle intervju av helsepersonell innenfor norsk sikkerhetspsykiatri. Studiens fokus vil være hva som etter informantenes erfaringer fremmer og eventuelt hemmer pasienters bedringsprosesser. Studiens tittel er: «En fenomenologisk studie av helsepersonells erfaringer i fra arbeid i norsk sikkerhetspsykiatri». Den tentative problemstillingen er som følger: «hvordan kan helsepersonell gjennom miljøterapeutiske tilnærminger bidra til å fremme pasienters recoveryprosess, innenfor rammene av norsk sikkerhetspsykiatri?».

Jeg sender en henvendelse til dere da jeg fortrinnsvis ønsker å intervju mellom seks og åtte helsepersonell med fast ansettelse og med minst tre års erfaring i fra arbeid i norsk sikkerhetspsykiatri. Jeg ønsker derfor å intervju helsepersonell ved sikkerhetsavdelingene ved ██████████, i tillegg til ██████████ ved ██████████. Studien er ikke en sammenliknende studie, da den har et kvalitativt og fenomenologisk forskningsdesign. Jeg vil ha fokus på å innhente mangfoldige, nyanserte beskrivelser og erfaringer, noe som er grunnen til at jeg ønsker å inkludere helsepersonell fra to sykehus. Jeg håper dette vil tilføre dybde til masteroppgaven.

Studien er basert på frivillighet og det vil være fokus på full anonymitet gjennom hele prosjektet. Eventuelle detaljer eller betraktninger som kan bidra til å avsløre pasienters, informantere eller andres identitet vil bli utelatt.

Jeg skal ikke innhente noen form for helseopplysninger i løpet av studien. Jeg har derfor fått godkjenning i fra Regional Etisk Komite for medisinsk og helsefaglig forskning etter å ha fylt

ut et fremleggsvurdering- skjema. Prosjektet er i tillegg vurdert og godkjent i fra Norsk Senter for Forskningsdata.

Dersom tillatelse fra dere skulle finne sted så vil jeg ta kontakt med kompetansesenteret på [REDACTED] for å få prosjektet lagt frem for det interne forskningsrådet. Jeg vil deretter ta med meg innspill derfra før jeg tar kontakt med respektive avdelingsledere for praktisk gjennomføring av studien, med tanke på informering, rekruttering og gjennomføring av intervjuer.

Praktiske detaljer som omhandler hvordan data vil bli oppbevart osv. vil foregå etter retningslinjer gitt av NSD og REK.

Forskningsansvarlig for prosjektet er førsteamanuensis Toril Anne Elstad som representerer NTNU i dette tilfellet. Gjerne ta kontakt med meg eller veileder Toril Anne Elstad ved spørsmål.

Runar Hernes

runarher@ntnu.no

Toril Anne Elstad

[REDACTED]



med vennlig hilsen Runar Hernes

Vedlegg 2: Svar på søknader om tillatelse til å få intervju ansatte i psykisk helsevern

fre. 13.12.2019 14:13

Hei

Viser til din mail ang ditt masterprosjekt.

Vi har hatt en runde i ledelsen på RSA og Kompetansesenteret, og du vil få anledning til å intervju ansatte på RSA.

Vi har følgende kommentarer til prosjektet:

1. En endelig prosjektbeskrivelse må legges frem for Lokalt forskningsutvalg på [redacted] før oppstart av datainnsamling. Ta kontakt med undertegnede når du begynner å nærme deg ferdig, så kan vi sette opp saken på et møte i Lokalt forskningsutvalg.

2. Ut fra det du skriver i mailen, så ønsker du å intervju ansatte her på RSA hvor du selv jobber. Ber om at det i prosjektbeskrivelsen drøftes hvordan det å forske på egne kollegaer og egen arbeidsplass kan påvirke dine funn. Her vil sikkert din veileder kunne bistå med innspill.

a. NB! Tips på en artikkel som sier noe om forholdet: Ry Nielsen, Jens Carl og Repstad, Pål (2004): "Fra nærhet og distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon". I Repstad, Pål (red.): Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis. 2. utgave. Universitetsforlaget, Oslo. (20 sider)

Ønsker deg lykke til med prosjektet

Mvh

[redacted]

Seksjonssjef

Seksjon for forskning og poliklinikk

[redacted]

Vedlegg 3: Svar på søknad om tillatelse til å få intervju ansatte i psykisk helsevern

tir. 17.12.2019 14:38

Runar vil gjerne intervju personell ved [REDACTED]. Det synes jeg vi skal legge til rette for.

[REDACTED] tar kontakten videre.

Mvh [REDACTED]

Vedlegg 4: Svar fra Norsk senter for forskningsdata

Melding 12.11.2019 15:12

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 956675 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 12.11.2019. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 29.05.2019. HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de

registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

“ Hvordan kan helsepersonell gjennom miljøterapeutiske tilnærminger bidra til å fremme pasienters recoveryprosess, innenfor rammene av norsk sikkerhetspsykiatri?”.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke momenter som er viktige når en skal bidra til å hjelpe pasienter i deres bedringsprosesser. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med studien er å undersøke hvilke momenter ved miljøterapien som drives innenfor sikkerhetspsykiatrien som er viktige for å hjelpe pasienter i deres bedringsprosesser.

Problemstillingen er som følger: “ Hvordan kan helsepersonell gjennom miljøterapeutiske tilnærminger bidra til å fremme pasienters recoveryprosess, innenfor rammene av norsk sikkerhetspsykiatri?”. Til å svare på problemstillingen benyttes kvalitativ fenomenologisk metode, med intervjuer av opptil 8 ansatte innenfor samme sikkerhetsinstitusjon i Midt-Norge. Prosjektet er en del av en masterstudie i Psykisk Helsearbeid ved NTNU.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig forskningsleder er førsteamanuensis Toril Anne Elstad, som representerer NTNU, institutt for psykisk helse.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg søker deg som er ansatt på denne avdelingen og som har minimum tre års erfaring med arbeid som miljøterapeut innenfor fagområdet sikkerhetspsykiatri.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i prosjektet innebærer deltakelse i individuelt intervju. Intervjuene foregår i en seanse og tar opptil en time å gjennomføre. Temaer som vil bli tatt opp foruten recovery er; miljøterapi, mestring og relasjonsbygging. Intervjuene vil bli tatt opp på båndopptaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Kun jeg vil ha tilgang til lydopptak som gjøres under intervju. Båndopptak vil bli tatt opp på enhet uten nett-tilgang, og lydfiler vil slettes etter prosjektets slutt.
- Under databehandling vil det benyttes deltakernummer. Samtykkeskjema, og deltakerinformasjon vil bli lagret i papirformat ved NTNU, etter universitetets rutiner. Informasjon som kan komme frem under intervjuer som kan bidra til å identifisere intervjudeltaker, andre ansatte, eller pasienter vil bli utelatt ved transkribering fra muntlig til skriftlig form. Dette for å sikre at datamaterialet som lagres elektronisk er fullt anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i september, 2020. Alle personopplysninger som samtykkeskjema, deltakerlister, og lydfiler vil da bli destruert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,

- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU, institutt for psykisk helse ved:

førsteamanuensis Toril Anne Elstad - toril.a.elstad@ntnu.no

Telefon: 73 41 22 81

eller

Runar Hernes – runarher@ntnu.no

Telefon: 97 64 00 05

Vårt personvernombud: [REDACTED]

Telefon: [REDACTED]

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Toril Anne Elstad
Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Runar Hernes
student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: ‘‘ Hvordan kan helsepersonell gjennom miljøterapeutiske tilnærminger bidra til å fremme pasienters recoveryprosess, innenfor rammene av norsk sikkerhetspsykiatri?’’.

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. september, 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Informasjonsskriv i forbindelse med deltakelse i masterprosjekt

Du har valgt å delta i forskningsprosjektet “ En fenomenologisk studie av helsepersonells erfaringer i fra arbeid i norsk sikkerhetspsykiatri”. Her en kort begrepsavklaring av recovery i tillegg til en utdypelse av formålet med studien. Det er ønskelig at du leser gjennom dette skrivet før du møter til intervju. Takk igjen for deltakelsen og vel møtt til intervju.

Begrepsavklaring av recovery

Recovery som kunnskaps- og forskningsfelt har utviklet seg innenfor psykisk helsearbeid, og rusfeltet i Norge i løpet av de siste 20 årene. Begrepet har røtter tilbake til 60-tallets USA da det ble økt fokus på innbyggernes rettigheter og plikter som samfunnsborgere – og ikke som pasienter eller brukere av psykiske helsetjenester. En mye brukt definisjon er følgende sitat slik det ble definert av professor William Anthony fra Center for Psychiatric Rehabilitation ved Boston University, som har vært en ledende figur innenfor recoverymiljøet:

a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (William Anthony om; recovery)

Med hentydning til William Anthony sin begrepsdefinisjon kan man lese at recovery dreier seg om en individuell personlig prosess som på tross av eventuell sykdom og symptomer, bidrar til økt mestring, livskvalitet og som gir håp og mening med tilværelsen.

Nyere perspektiver på recovery omfatter i tillegg prosessen med å bli sosialt inkludert i samfunnsliv, og det å bryte med stigmaer knyttet til det å være pasient, og psykisk syk. Viktige aspekter er det å bli anerkjent som medmenneske, og det å bli sett og anerkjent for den man er på tross av psykiske

helseplager og symptomer. Recovery er derfor både en unik og individuell prosess, i tillegg til en sosial prosess der mennesket blir aktivt bidragende i samfunnsliv gjennom studier, arbeid, og meningsfylte fritidsaktiviteter.

Med disse begrepsdefinisjonene som bakteppe er det et stort mangfold i hva som menes med recovery-orientert behandling. Det er likevel enighet om at recovery-orientert behandling har disse fokus på disse punktene:

- Personens egen aktive innsats
- Håp og mestring
- Selvbestemmelse
- Finne mening i hverdagen
- Ta kontroll over eget liv

Formål

Formålet med denne studien er å kartlegge hvordan helsepersonell i Norsk sikkerhetspsykiatri kan bidra til å bygge opp under pasienters recoveryprosess. Temaet er relevant da recovery innenfor norsk sikkerhetspsykiatri er et ubeskrevet felt i forskningslitteraturen. Jeg anser helsepersonell som har den daglige kontakten med pasientene som best egnet til å svare på problemstillingen. Det er derfor formålstjenlig å inkludere miljøpersonalet som har den daglige og kontinuerlige kontakten med pasientene. Problemstillingen blir følgende:

‘’ Hvordan kan helsepersonell gjennom miljøterapeutiske tilnærminger bidra til å fremme pasienters recoveryprosess, innenfor rammene av norsk sikkerhetspsykiatri?’’.

Takk igjen for deltakelsen og vel møtt til intervju.

Mvh Runar Hernes

Vedlegg 7: Intervjuguide

Intervjuguide: Masterprosjekt

‘’ Hvordan kan helsepersonell gjennom miljøterapeutiske tilnæringer bidra til å fremme pasienters recoveryprosess, innenfor rammene av norsk sikkerhetspsykiatri?’’.

Før intervjuet

*Informert om samtykke, og om mulighet for å trekke seg.

*Gjentar kort om hensikt med studien.

*Praktiske opplysninger om båndopptak, oppbevaring av data osv.

Erfaring og arbeidslivshistorie

Kan du fortelle litt om din arbeidserfaring med miljøterapi?

Recovery

Hvordan opplever du begrepet recovery?

Hva tenker du som helsepersonell om en recovery- tilnærming innenfor psykisk helsevern?

Hvordan kan helsepersonell bidra til pasienters recovery?

Ser du noen utfordringer eller ulemper med en recovery-tilnærming i norsk sikkerhetspsykiatri?

Ser du noen utfordringer med å både skulle ivareta pasienters behov for selvbestemmelse og samtidig ivareta sikkerhet? – kan du evt si litt mer om dette?

Livsmestring

Hvilke ferdigheter er viktige dersom pasienter skal kunne få et tilnærmet normalt liv ved utskriving til lavere omsorgsnivå?

Opplevelse av mening og håp

Hvordan kan helsepersonell bidra til at pasienter får en meningsfull hverdag?

Hvordan kan helsepersonell bidra til å styrke pasienters fremtidsutsikter?

Engasjement og Mestring

Hva kan helsepersonell gjøre for å styrke pasienters engasjement?

Hvordan kan helsepersonell bidra til at pasientene skal kunne oppleve mestring?

Avsluttende spørsmål

Er det noe vi har vært inne på som du ønsker å utdype mer, eller har du andre opplevelser eller erfaringer som du har lyst til å dele?

Etter intervjuet

*Oppsummering av intervjuet, hvordan synes du det gikk? Presiser at det som sies avslutningsvis er unntatt undersøkelsen

*Anledning til å stille spørsmål til intervjueren

