

**MASTEROPPGAVE**  
**Psykisk helsearbeid**  
**September 2017**

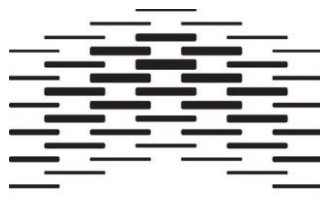
Verdighet i praksis

- En kvalitativ studie av helsearbeideres forståelse av begrepet verdighet og hvordan verdighet ivaretas i relasjon til pasienter på en psykiatrisk døgnpost.

Kari Flugstad

kandidatnr. 101

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for sykepleie**



**HØGSKOLEN I OSLO**  
**OG AKERSHUS**

## Forord

Denne studien hadde ikke kunnet gjennomføres hvis ikke syv helsearbeidere hadde vært villig til å dele sine tanker og refleksjoner rundt begrepet verdighet med meg. Jeg vil derfor takke deltakerne i studien for at de brukte av sin tid og delte sine opplevelser. Det var veldig interessant og fint å snakke med dere.

Jeg må også få takke ledelsen ved institusjonen for at de la så godt til rette for, og var så positive til at jeg skulle få intervjuet på DPS 'et.

En stor takk går også til min veileder Nina Blegen for tydelig og konstruktiv veiledning gjennom hele prosessen. Takk for at du var så tilgjengelig.

Lærere på masterstudiet har gjort disse fire årene inspirerende og lærerike. Jeg vil også takke mine medstudenter for samarbeid og støtte i studietiden, og spesielt Linn som stadig stiller opp med gode råd og støtte.

Jeg vil også takke min leder Ingrid Lange på Lovisenberg DPS seksjon døgn for å ha gitt meg tid og rom til å kunne fullføre masteroppgaven, og alle kollegaer for støtte og tålmodighet. Jeg er så heldig å arbeide i et fellesskap av dyktige helsearbeidere og behandlere, og gleder meg til å arbeide videre med dere.

Uten økonomisk støtte fra Kirsten Rønnings legat og Norsk sykepleieforbund, hadde jeg ikke hatt mulighet til å ta meg fri for å skrive oppgaven, tusen takk til dere.

Til slutt må jeg takke min familie for all hjelp og støtte.

Heidi og Simon for språklig hjelp, Stian og Truls for deres tålmodighet med en mor som ikke alltid er helt tilstede og min samboer Nils for å ha hjulpet meg både faglig og praktisk – uten deg hadde ikke oppgaven blitt til.

Oslo 14.09.15

Kari Flugstad

## Sammendrag

**Introduksjon:** Helsearbeidere har et etisk ansvar og en lovpålagt plikt til å ivareta respekten for den enkelte pasients verdighet. På psykiatriske avdelinger foregår møter mellom helsearbeider og pasient ofte i en miljøterapeutisk kontekst. Dette studiet handler om hvordan helsearbeidere på en døgnavdeling på Distrikt Psykiatrisk Senter (DPS) forstår begrepet verdighet, og hvordan de ivaretar verdigheten i relasjon til pasientene på avdelingen.

**Metode:** Dette er en hermeneutisk studie, med kvalitativt forskningsdesign. Syv helsearbeidere ved to døgnavdelinger på DPS ble intervjuet om hvordan de forsto begrepet verdighet og hvordan dette ble ivaretatt i relasjon til pasientene. Det innsamlede materialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.

**Funn:** Begrepet verdighet relaterte helsearbeiderne til begreper som likeverd, respekt, medmenneskelighet, autonomi, medbestemmelse og egenverd.

Når det gjaldt forskningsspørsmål to, hvordan ivareta pasientenes verdighet ble funnene fremstilt i to tema:

- Likeverdighet, hvor helsearbeiderne beskriver tiltak for å forsøke å være lik pasienten, styrke pasienten egenverd, ivareta pasientens selvfølelse og vise pasienten respekt.
- Autonomi og ansvarliggjøring, som omfatter å ansvarlig gjøre pasienten, sørge for pasientens rett til medbestemmelse og oppfordre pasienten til å være delaktig.

**Helhetlig forståelse:** For å ivareta pasientenes verdighet kan det se ut som helsearbeiderne legger vekt på å være et medmenneske og beskytte pasientenes integritet. Både pasienter og helsearbeideres verdighet trues når pasienter utfordrer den miljøterapeutiske strukturen og avdelingens krav.

## Summary

**Introduction:** Health workers have not only an ethical responsibility, but a legal duty to treat every patient with the utmost respect, and to preserve one's dignity. In psychiatric wards, consultations between a health worker and patient are often held in a milieu therapeutic context. The aim of this study is to show how health workers, in an inpatient ward at a District Psychiatric Center (DPC), understand the concept of dignity and how they manage to preserve the dignity of the patients in the ward.

**Method:** This study is hermeneutic by nature, with qualitative research to support the findings and conclusion. Interviews have been carried out at two inpatient wards at the DPC. Seven health workers were asked to discuss how they understood the concept of dignity and how they attempted to preserve the dignity of the patients. The material gathered was then subject to thematic analysis.

**Findings:** The health workers described the concept of dignity as being related to equality, respect, compassion, autonomy, co-determination and self-worth. In regard to research question two, the preservation of a patient's dignity was presented under two themes;

- **Equality**, where health workers describe measures taken to strengthen the patient's self-worth, preserve their self-esteem and show respect for them.
- **Autonomy and accountability**, which strives for the patient to take accountability, ensure the patient's right for co-determination and encourage the patient to be involved.

**New understanding:** To preserve a patient dignity, health workers have shown to place emphasis on facilitating and protecting a patient's integrity. The dignity of both the patient and the health worker can be threatened when a patient challenges the milieu therapeutic structure and the expectations of the ward.

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Summary .....	4
1.0 INTRODUKSJON.....	7
1.1.Bakgrunn .....	7
1.2 Hensikten med studien. ....	9
1.3 Problemstilling .....	9
1.4 Begrepsavklaring .....	10
1.5 Tidligere forskning.....	12
2.0 TEORETISK PERSPEKTIV .....	15
2.1 Verdighet.....	15
2.2 Verdighet i psykisk helsearbeid.....	16
2.3 Verdighet og likeverd .....	18
2.4 Verdighet og ansvar. ....	19
3.0 METODE .....	20
3.1 Forskningsdesign .....	20
3.2 Hermeneutikk.....	20
3.3 Forforståelse .....	21
3.4 Metoder for å vurdere studiens vitenskapelige kvalitet .....	22
3.4.1 Pålitelighet .....	22
3.4.2 Troverdighet.....	22
3.4.3 Overførbarhet .....	22
3.4.4 Bekreftbarhet .....	22
3.5 Forskningsetikk.....	23
3.5.1 Godkjenninger.....	23
3.5.2 Informert samtykke.....	23
3.6 Metode for innsamling av data .....	24
3.6.1 Utvalg og rekruttering .....	24
3.6.2 Intervjuene .....	24
3.7 Metode for analysering av datamaterialet .....	25
3.7.1 Tematisk analyse .....	25
3.7.2 Beskrivelse av analysen .....	26
4.0 PRESENTASJON AV FUNN.....	30
4.1 Hva helsearbeidere forstår med begrepet verdighet .....	30
4.2 Hvordan ivareta pasientenes verdighet? .....	31

4.2.1. Likeverdighet.....	31
4.2.2 Autonomi og ansvarliggjøring .....	35
5.0 FORTOLKNING AV FUNN .....	38
5.1 Innledning .....	38
5.2 Å være et medmenneske. ....	38
5.2 Å beskytte pasientens integritet .....	41
5.4. Å ivareta pasientenes rett til medbestemmelse. ....	44
6.0 Helhetlig forståelse .....	47
7.0 Vurdering av studiens vitenskapelige kvalitet.....	49
8.0 Implikasjoner for praksis .....	50
9.0 Videre forskning .....	50
Referanser .....	51

Vedlegg 1: Tilbakemelding fra personvernombudet

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

## 1.0 INTRODUKSJON

### 1.1. Bakgrunn

Denne studien handler om helsearbeideres forståelse av begrepet verdighet, og hvordan dette ivaretas i det miljøterapeutiske arbeidet. Jeg ønsker å utforske hvordan man, som helsearbeider, møter mennesker med psykiske lidelser og hvordan de vektlegger verdighet i relasjonen til pasientene.

Å bli møtt som et unikt menneske med en egen historie og verdi er viktig for at pasienter skal beholde sin verdighet (Heijkenskjöld, Ekstedt, & Lindwall, 2010, s. 316). Studier viser at å overse pasienten, møte pasienten som et objekt og ikke respektere deres vilje kan krenke verdigheten (Heijkenskjöld et al., 2010, s. 322). Når et menneske lider av sykdom og dermed blir avhengig av andres hjelp for å få gjort det vedkommende ønsker, medfører dette begrenset autonomi og kan gå ut over personens verdighet (Nordenfelt, 2004, s. 76). Helsearbeidere som har sitt virke i psykiatriske sykehusavdelinger har en god mulighet til å handle til det beste for å ivareta pasientenes verdighet under innleggelsen. Det kan være sentralt at verdighet fremmes i det psykiske helsearbeidet. Et menneske som lider må få bekreftet sin verdighet som menneske (Eriksson, 1995, s. 37). Menneskelig verdighet omfatter en full verdi som menneske, noe som inkluderer en medfødt kvalitet som bør respekteres. Verdighet innebærer en frihet og en mulighet til å skape sitt eget liv (Heijkenskjöld et al., 2010, s. 313).

Autonomi, integritet og verdighet er relaterte begreper og grunnleggende innen all helseetikk (Hummelvoll, Østebø, Schøyen, & Nystad, 1982, s. 85). Hummelvoll refererer til professor Lønning når han presenterer tre grunnbehov mennesket trenger å få dekket i møte med helsevesenet; behovet for respekt, behovet for ansvar og behovet for omsorg. Lønning hevder at disse er gjensidig avhengig av hverandre (Hummelvoll et al., 1982, s. 89).

I Norge har Lov om Psykisk helsevern som formål å «sikre at etablering og gjennomføring av helsevernet skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper». Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekt for menneskeverdet» (Psykisk helsevernlov, 1999 §1-1). Ved psykisk helsevern i institusjon skal oppholdet så langt det er forenlig med formålet og den enkeltes tilstand gjennomføres slik at pasientens mulighet til å

bestemme over seg selv blir ivaretatt. Dette innebærer at de har rett til å delta i utforming av det daglige liv på institusjonen, og i forhold som berører pasienten selv. De skal også gis mulighet til å dyrke egne interesser, få mulighet til en daglig tur ut og kunne delta på aktiviteter i regi av avdelingen. Ved innleggelse i psykisk helsevern skal det tas hensyn til den enkeltes livssyn og kulturelle bakgrunn (Psykisk helsevernlov, 1999 §4-2).

Pasientrettighetsloven har også som formål å ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

På bakgrunn av bestemmelsene i de gjeldende lover kommer det fram at pasientene har juridisk rett til å bli behandlet med verdighet.

I følge sykepleiernes etiske retningslinjer skal grunnlaget for all sykepleie være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertelighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). De andre profesjonene som utøver sitt yrke som helsearbeidere, har lignende retningslinjer for sine profesjoner.

I denne studien vil jeg fokusere på helsearbeidere som arbeider som miljøterapeuter på døgnavdelinger på Distriktpsykiatrisk Senter (DPS). Årsaken til at jeg vil ta utgangspunkt i døgnavdelingene på DPS er fordi dette er såkalte åpne avdelinger, som bygger på frivillighet og motivasjon hos pasientene. For inneliggende pasienter er miljøterapi en vesentlig del av behandlingen. Miljøterapi er lite forsket på og blir sjeldent framhevet som et virksomt element i psykiatrisk behandling, dette til tross for at psykiske helsearbeidere ofte arbeider, eller har vært innom rollen som miljøterapeuter. Erfaring har vist at miljøet på en psykiatrisk døgnpost kan gjøre store forskjeller for pasientene. Det kan være en trygg havn i et ellers vanskelig liv. Miljøets struktur og miljøterapeutenes omsorg og forventninger kan gi pasientene tilbake en tro på seg selv og et håp om bedring.



Eriksson sier om det å bekrefte menneskets verdighet i pleien:

Å bekrefte menneskets verdighet i pleien innebærer å gi hver pasient individuell pleie.

Det innebærer ikke at man gir urettferdig omsorg. Den oppfatning av at alle mennesker i konkret forstand trenger likedan omsorg er misvisende. Virkelig å bekrefte menneskets verdighet forutsetter at man våger å opptre forskjellig ovenfor pasienters ulikheter, men likevel i alle situasjoner bekrefter den innerste verdighet hos hver og en (Eriksson, 1995, s. 72).

Men hvordan ivaretas dette i dagens psykiatri, med krav til effektive behandlingsforløp og evidensbasert behandling. I egen praksis har jeg opplevd og observert hvor forskjellig helsearbeidere går fram i samhandlingen med pasienter og forskjellen det har gjort på pasientens behandlingsforløp. Dette vekker derfor min undring over hvordan pasientenes verdighet ivaretas, og hvilke verdier den enkelte helsearbeider legger til grunn i sin utøvelse av miljøterapi.

### *1.2 Hensikten med studien.*

Hensikten med denne studien er å skape større forståelse for hvordan helsearbeidere opplever å ivareta pasientenes verdighet på en psykiatrisk døgnavdeling. Hvilke holdninger helsearbeiderne har til begrepet verdighet, og hvilke konkrete handlinger de gjør for å bevare denne?

### *1.3 Problemstilling*

For å få fram kunnskap om helsearbeidernes opplevelser har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

***"Hva forstår helsearbeidere med begrepet verdighet, og hvordan ivaretas det i relasjon til pasienter på psykiatrisk døgnavdeling."***

Problemstillingen består av to forskningsspørsmål. Det første spørsmålet danner grunnlag for å forstå hva den enkelte helsearbeider legger i verdighetsbegrepet, og er nødvendig for å kunne forstå svaret på spørsmål to.

#### *1.4 Begrepsavklaring*

**Helsearbeidere:** Jeg har brukt betegnelsen helsearbeidere på de som har sin arbeidsfunksjon som miljøterapeuter, de arbeider i posten og kan jobbe til alle tider på døgnet. Tittelen miljøterapeut er også brukt i samme mening. Miljøterapiens kjerneoppgaver er blant annet å etablere en kontakt og relasjon til hver enkelt pasient, samt vise interesse for vedkommendes livssituasjon. Miljøterapeuten skal også utarbeide en plan for oppholdet og følge opp denne sammen med pasienten. Det å reflektere over de følelsesmessige påkjenninger, og klare å stå i følelsene ovenfor pasienten, blir en del av den terapeutiske relasjonen. Miljøterapeutens bidrag til å opprettholde de terapeutiske rammene og å tilføre pasientgruppen håp, bør utføres på en personlig og troverdig måte (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 34). Den vanligste utdannelses bakgrunn for denne arbeidsfunksjonen er sykepleiere, vernepleiere og sosionomer, ofte med videreutdanning innen psykisk helsearbeid. Psykiatriske hjelpepleiere og pedagoger har også sitt arbeidsfelt innen miljøterapi, og regnes i denne oppgaven med som helsearbeidere.

For enkelthets skyld har jeg brukt betegnelsen *hun* når helsearbeidere omtales.

**Verdighet:** Man kan forstå verdighet som bestående av tre dimensjoner. Mennesket har en iboende verdighet, som er gitt i kraft av å være et menneske. Dette er den absolutte verdigheten, denne verdigheten kan ikke krenkes (Edlund, 2017, s. 364). Likeverd og troverdighet tilhører den absolutte verdighet, den absolutte verdi som menneske (Eriksson, 1995, s. 70). En annen dimensjon av verdighet er den relative verdigheten, denne kan krenkes men også gjenopprettes. Denne dimensjonen innebærer en indre etisk holdning som gjør en oppmerksom på egen og andres verdighet (Edlund, 2017, s. 364). Til den relative verdighet hører stilling, stolthet og rang. Den tredje dimensjonen er den ytre verdigheten, som består av estetiske handlinger, aktelse og heder (Edlund, 2017, s. 364).

**Relasjon:** Med relasjon menes den terapeutiske relasjonen, forholdet helsearbeider og pasient klarer å skape sammen (Schibbye, 2012, s. 249). Helsearbeideren er interessert i pasienten

som et subjekt, i vedkommende opplevelsesverden, og ser på pasienten som et selvreflekterende vesen.

**Pasienter:** Da oppgaven fokuserer på døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten vil betegnelsen pasienter brukes på de som er innlagt med behov for helsehjelp, da det er denne betegnelsen som brukes i praksisfeltet.

For enkelthets skyld har jeg brukt betegnelsen *han* når pasienter omtales.

**Psykiatrisk døgnavdeling:** I oppgaven er det snakk om døgnavdelinger på DPS. Slike avdelinger gir behandling til pasienter med ulike former for psykisk lidelse som er i behov av døgninnleggelse, men som i utgangspunktet likevel ikke er i fare for å skade seg selv eller andre, eller ruse seg aktivt. Pasientene er frivillig innlagt og avdelingene er åpne slik at pasientene kan gå ut når de vil.

Konteksten hvor intervjuene ble utført, var åpne psykiatriske døgnavdeling som benytter kognitiv miljøterapi som metode. Jeg vil derfor presentere noen teorier om miljøterapi og kognitiv miljøterapi for å belyse studiens kontekst.

En definisjon på miljøterapi kan være følgende:

Miljøterapi omhandler behandlingsmessige tiltak innenfor rammene av en organisatorisk helhet. Miljøterapi legger stor vekt på at personalet har holdninger som er behandlingsfremmende og innebærer optimale relasjoner til pasientene.

Behandlingstiltakene skal ta hensyn til pasientens egenart og tilstandsbilde. Et terapeutisk miljø skapes gjennom bevist organisering, struktur og tilnærming til pasientene, på bakgrunn av felles verdigrunnlag og teoretisk forankring. Det forutsettes at enheten har klare beskrivelser av personalets oppgaver og forventede ferdigheter og holdninger, samt beskrivelser av møter og samarbeidsforhold (Dramsdahl & Jordal, 2015, s. 15).

Miljøterapi er en form for behandling der hovedvekten legges på å mobilisere og igangsette prosesser i miljøet, samt å skape betingelser som støtter endringer hos pasientene (Vatne, 2006, s. 23). Pasienter med lav og skjør selvfølelse trenger bekræftelser, det er et sentralt mål i det miljøterapeutiske arbeidet (Vatne, 2006, s. 120).

Kognitiv miljøterapi kan defineres som en aktiv, strukturert, undervisende og dynamisk behandlingsform (Oestrich & Holm, 2001, s. 17). Hvis man bruker den kognitive behandlingsmodellen i miljøet sies det at pasientene har mulighet til å finne alternativer til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre og samtidig utvikle nye ferdigheter. I kognitiv miljøterapi trenes pasientene systematisk i sosiale ferdigheter ved at det fokuseres på pasientens tanker og følelser. Både pasienter og pårørende gis tilbud om undervisning (Oestrich & Holm, 2001, s. 17). I følge erfaringer fra implementering av kognitiv miljøterapi på en akuttpost, vil kognitiv miljøterapi sette pasienten i sentrum. Pasientene deltar aktivt i egen behandling og lærer mestringsmetoder de kan bruke hjemme. I tillegg lærer de om sykdommen og får kunnskap om forebygging av nye sykdomsperioder (Løvaas & Johansen, 2011).

## 1.5 Tidligere forskning

I dette kapittelet presenterer jeg forskning som er gjort på verdighet i forbindelse med helsearbeid, og spesielt psykisk helsearbeid. Forskningen tar for seg både pasientenes og helsearbeidernes perspektiv, og omhandler i hovedsak helsearbeid på psykiatriske avdelinger.

Inklusjons kriterier: Forskningsartikler fra perioden 2007- 2017 angående helsearbeid i psykiatriske avdelinger, medisinsk avdeling samt en artikkel fra en sykehjemsavdeling for demente. Det omfatter generell forskning på verdighet, brukermedvirkning, og hvordan det er å være foreldre med psykisk lidelse da dette forteller noe om hvordan pasientenes verdighet kan krenkes i møte med helsearbeideren. Eksklusjons kriterier: Verdighet i forbindelse med tvunget psykisk helsevern og bruk av tvangsmidler, samt forskningsartikler i forbindelse med generell eldreomsorg og pleie i livets slutfase.

Det ble søkt i følgende databaser: Cinahl, Swemed, PsycInfo, Medline og google scholar. Søkeord som ble benyttet i ulike kombinasjoner: dignity, caring science, milieu therapy, inpatient ward, professional nursing care, mental health work, psychiatric nursing, psychiatric care, verdighet, miljøterapi, psykiatrisk sykepleie.

Mye av forskningslitteraturen omhandlet helsepersonell og pasienter innen eldreomsorg og pleie av døende, noen omhandlet verdighet innen somatiske poster og få innen psykiatriske poster. Flere av studiene omhandler sykepleiere, men det kan sannsynligvis si noe om hvordan helsearbeidere generelt opplever fenomenet. Jeg valgte ut de studiene som synes å utforske

pasienter og helsearbeideres opplevelse av ivaretagelse av verdighet innen helsearbeid, og som kunne være interessant for dette studiet.

### **Gjennomgang av tidligere forskning gav følgende bidrag:**

Menneskelig verdighet kan forstås som et konsept som kan knyttes til det å være et helt menneske, en enhet av kropp, sjel og sinn (Edlund, Lindwall, Post, & Lindström, 2013).

Helsearbeidere som ønsker å bevare pasientenes verdighet ser på dem som medmennesker, venner og unike personer med sin egen historie, og tar seg tid til å lytte til disse historiene (Heijkenskjöld et al, 2010). Pasientens verdighet kan ivaretas ved at helsearbeideren forstår pasientens ønsker, møter pasientens behov og ser på pasienten som et verdifullt menneske (Lindwall, Boussaid, Kulzer, & Wigerblad, 2012). Brukermedvirkning er sentralt i psykisk helsevern, noe som betyr at pasientene må inkluderes i beslutningsprosesser vedrørende eget behandlingstilbud. Dette er sentralt for å bevare pasientenes verdighet (Mathisen, Obstfelder, Lorem, & Måseide, 2015).

Pasienter og pårørende forteller at de opplever verdighet når helsearbeiderne er beviste på «små ting» som å hilse, huske ting ved pasienten og huske navn på pårørende (Skorpen, Rehnsfeldt, & Thorsen, 2015). Hvis helsearbeiderne i tillegg er oppmerksomme på hva de sier og ser pasienter og pårørendes behov, styrker det følelsen av verdighet. Pasienter har behov for å bli anerkjent og bekreftet som mennesker ved at man ser deres behov for frihet, autonomi og tilhørighet (Heggstad Tolo, 2016). Når kvinnelige pasienter har barn må helsearbeiderne ta hensyn til pasientens eksistensielle behov for det å være mor (Blegen, Hummelvoll, & Severinsson, 2012). Mødre med psykiske lidelser snakker sjeldent om deres indre bekymringer rundt rollen som mor når de er pasienter, og de kjemper for å beholde sitt menneskelige ansvar (Blegen, Eriksson, & Bondas, 2016).

Verdigheten blir krenket når helsearbeidere misbruker sin makt og ikke har respekt for de handlingene og beslutningene pasienten gjør (Lindwall et al., 2012). Når pasientens verdighet er truet opplever helsearbeidere at de må hindre kollegaer å opptre uetisk (Heijkenskjöld et al., 2010). Helsearbeidere kan oppleve at de må presse pasienter mer enn de egentlig vil for å delta på miljøterapeutiske aktiviteter, noe som gir de følelsen av å underkjenne pasientens egen innsikt (Mathisen et al., 2015). Det kan oppleves utfordrende å implementere individuell brukermedvirkning samtidig som man skal ta hensyn til felles husregler og regler for oppførsel på avdelingen (Oeye, Bjelland, Skorpen, & Anderssen, 2009). Små ting som kan

bety mye for pasienter og pårørende på en psykiatrisk avdeling, kan virke bagatellmessig for helsearbeiderne. Dette medfører at helsearbeiderne ikke er nok oppmerksomme på de små tingene som skal til for pasientenes opplevelse av verdighet (Skorpen et al., 2015).

## 2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

For å kunne fortolke studiens funn valgte jeg teorier etter temaene som kom frem gjennom intervjuene og analysen. Sentralt ved valg av teorier er hvordan verdighet kan forstås, og består av tidligere forskning samt teorier fra omsorgsvitenskapen.

Da konteksten i denne studien er det miljøterapeutiske området på en psykiatrisk avdeling har noe av teorien blitt hentet fra teorier om miljøterapi og psykisk helsearbeid.

Teoriene presenteres etter følgende inndeling: Verdighet, verdighet i psykisk helsearbeid, verdighet og likeverd, samt verdighet og ansvar.

### 2.1 Verdighet

Verdighet kan være vanskelig å sette ord på, sannsynligvis fordi det både kan forstås som et abstrakt teoretisk begrep og som noe man helt konkret kan erfare (Heggestad Tolo, 2016, s. 1). Menneskets verdighet handler om dets frihet, samtidig som det er bundet til ansvaret å være menneske, å inneha det menneskelige embetet (Eriksson, 2013, s. 70).

Verdighet kan deles opp i 4 typer; Verdighet som fortjeneste, verdighet som moralsk vekst, subjektiv verdighet og menneskeverd. Ved sykdom og alderdom er subjektiv verdighet sannsynligvis den mest berørte form for verdighet (Nordenfelt, 2004, s. 75). Denne typen verdighet kan bli fratatt oss av ytre hendelser, av andre menneskers handlinger på samme måte som skade, sykdom og høy alder. Dette er verdigheten vi fester til oss selv som integrerte, autonome personer, personer med en historie og en framtid og med alle våre relasjoner til andre. Personens autonomi kan bli berørt dersom vedkommende blir hindret fra å gjøre det han eller hun ønsker å gjøre, eller det han/hun har krav på. Den subjektive verdighet er også relevant i saker hvor vi sier at sykdom, fall, uførhet og høy alder kan ta fra noen verdighet. Selvrespekt, selvsikkerhet og selvtillit er ofte knyttet til denne formen for verdighet (Nordenfelt, 2004, s. 77).

Man kan også se på verdighet bestående av tre dimensjoner; absolutt verdighet, relativ verdighet og ytre verdighet (Edlund, 2017, s. 364). Her er det den relative verdigheten som kan stå i fare for å bli krenket i rollen som pasient. For å få bekreftet sin verdighet må pasienten oppleve seg troverdig, elsket, sett og betraktet som et menneske (Edlund, 2017, s. 366). Å ikke bli sett kan oppleves krenkende og kan skape en følelse av skyld og skam.

Helsefaglig virksomhet kan være verdiorientert på flere områder. I helsefaglig praksis bør ulike terapeutiske metoder brukes slik at individets verdighet og integritet blir ivaretatt (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 28). Dessuten bør praksis kjennetegnes ved omtanke i de situasjoner hvor det er selve tilstedeværelsen som er viktig.

## 2.2 Verdighet i psykisk helsearbeid

Verdighet i psykisk helsearbeid handler om møtet mellom pasienten og helsearbeider, og hvordan dette møtet kan fremme helsearbeiderens forståelse for pasientens opplevelser. Møtet foregår i en miljøterapeutisk kontekst.

Eriksson beskriver etikkens mantra som; jeg var der, jeg så, jeg vitnet og jeg ble ansvarlig (Eriksson, 2013, s. 70). Dette kan forstås som å være nærværende, tilstede i situasjonen, innse hva som skjer og kunne tre inn i pasientens virkelighet. Det krever årvåkenhet og åpenhet og en mental ro som tillater mennesket å kunne ta til seg en annens opplevelser med ærefrykt og respekt for den andre (Eriksson, 2013, s. 74). Når helsearbeideren kommer i en slik situasjon blir hun ansvarlig for å hjelpe pasienten, ikke bare det pålagte ansvar som helsearbeideren har, men også som en naturlig del av det å være mennesket (Eriksson, 2013, s. 75). Med kunnskap og klokhet kan helsearbeideren ta ansvar for å løse situasjonen mot det beste alternativet med hele sitt potensial (Eriksson, 2013, s. 80). Når teorien blir en del av helsearbeiderens moral, blir det en viktig del av grunnverdien hos den enkelte og dermed synlig i holdning og handling. Når mennesket blir bærer av en slik sann holdning, vil det få en form for utstråling som vitner om indre kraft og glede (Eriksson, 2013, s. 81).

Relasjonen og alliansen mellom helsearbeider og pasient blir en viktig faktor i et virksomt behandlingsforløp. For at den terapeutiske relasjonen mellom helsearbeider og pasient kan ses på som en terapeutisk allianse, bør helsearbeider og pasient stå sammen i sin forståelse av planen for behandlingen (Schibbye, 2012, s. 253). I tillegg bør pasienten føle tillit til helsearbeideren og de bør være allierte i et felles prosjekt. Adam Horvatn mener terapeutisk allianse refererer til kvaliteten og styrken ved samarbeidsrelasjonen mellom pasient og helsearbeider (Horvatn, 2001, s. 365). Han konkluderer videre med at en positiv terapeutisk allianse er en viktig fellesfaktor som i forskjellige terapeutiske tradisjoner bygger broer som hjelper pasienten å navigere mellom følelsesmessig smerte og psykisk helse.



Miljøterapi er en behandlingsform som er rettet mot å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Vatne, 2006, s.27). Dette innebærer også pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. Når pasienter med skjør selvfølelse trenger bekræftelser er det en sentral oppgave for helsearbeideren å trekke fram pasientens positive egenskaper, rose pasienten og sørge for at pasienten får oppgaver og aktiviteter vedkommende mestrer (Vatne, 2006, s. 120). Når helsearbeideren viser tilstedeværelse i situasjonen, lytter til pasienten og har mot til å la seg berøre av pasientens historie, er det gode muligheter for å kunne ivareta pasientenes verdighet. Når pasientene får dele sine bekymringer, frykt og angst med helsearbeidere, som blir berørt av deres lidelse, kan det virke lindrende på den psykiske smerten (Lindwall et al., 2012, s. 572). I tillegg kan pasientenes verdighet ivaretas ved at pasienten får ta del i sin egen behandling, og blir hørt når det gjelder hvordan og når han har behov for hjelp (Heijkenskjöld et al., 2010, s. 317).

Pasientarbeidet kan inspireres av den gyldne regel, at hva du vil andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot dem (Martinsen & Kjær, 2012, s. 50). Forutsetningen er at helsearbeideren ser det i pasienten som har behov for å bli tatt vare på og lar seg merke av hans lidelse (Martinsen & Kjær, 2012, s. 51). Helsearbeideren som evner å sette seg inn i den annens sted, ha kontakt med sin egen sårbarhet og lar seg berøre av inntrykkene fra pasienten, gir pasienten opplevelse av å bli forstått og tatt på alvor. Dette kan ivareta pasientens ubetingede verdighet (Martinsen & Kjær, 2012, s. 51).

Å bli sett og hørt oppleves som å være utvalgt (Borg & Topor, 2003, p. 52). Når en helsearbeider tar initiativ til å gjøre en handling ovenfor pasienten som hun ikke hadde trengt å gjøre og som hun ikke gjør for alle, kan dette gi pasienten denne opplevelsen (Borg & Topor, 2003, s. 52).

Moderne miljøterapi åpner for påvirkning fra ulike terapeutiske retninger, noe som gir mulighet for å tilpasse terapien til den enkelte bruker. Miljøterapi er en krevende og kompleks terapiform, og miljøterapeuten bør ha bred faglig bakgrunn for å kunne veksle mellom de ulike retninger og metoder (Lillevik & Øien, 2015, s. 2). Reidun Ask skriver om sitt arbeide som miljøterapeut: «Å arbeide med et menneske materialet inkluderer også arbeid med seg selv – og krever derfor en inn til margin oppriktighet, våkenhet og ikke minst nøktern kontakt med sin personlige og yrkesetiske samvittighet» (Andersen, 1997, s. 191). Miljøterapien må bygge på et humanistisk ideal som preges av omsorg, anerkjennelse og respekt for menneskets egenverd og integritet (Lillevik & Øien, 2015, s. 5).

## 2.3 Verdighet og likeverd

Verdighet og likeverd handler om helsearbeideres holdninger til pasienten som et likeverdig menneske.

Det å være profesjonell helsearbeider innebærer å ha en fagkunnskap som gir mulighet til å se pasienten som et menneske, denne fagkunnskapen gjør helsepersonell i stand til å ikke redusere pasienten til et objekt (Martinsen, 2000, s. 12). Martinsen henviser til Levinas når hun fastslår betydningen av å se den annens ansikt. «Det dreier seg om å se det betydningsfulle og sårbare i ethvert menneske for å la den andre tre fram som seg selv» (Martinsen, 2000, s. 41). Det å ikke se mennesket, ikke gi det plass, samt ha en mangelfull etisk holdning beskrives som en mer abstrakt form for krenkelse av pasientens verdighet (Eriksson, 1995, s. 70). Erikssons begrep pleielidelse refererer til lidelse som påføres pasienten i forhold til pleiesituasjonen (Eriksson, 1995, s. 66). Den kan fremkomme på forskjellige måter som krenking av verdigheten, fordømmelse og straff, utøvelse av makt og forsømmelse (Eriksson, 1995, s. 69). Krenkelse av pasienters menneskeverd og verdighet utgjør den vanligste form for pleielidelse slik den beskrives av Eriksson. Når verdigheten krenkes hindres mennesket å ta i bruk sine innerste helseressurser og det tas fra muligheten til å være mennesket fullt og helt (Eriksson, 1995, s. 70).

Helsearbeidere og pasienter er likeverdige som mennesker, men relasjonen vil alltid være asymmetrisk i og med at den ene er hjelper og den andre er i behov for hjelp. Målet er ikke å likestille helsearbeidere og pasienter, men å tilstrebe likeverd i relasjonen (Kåver, 2012, s. 19). Selv om man aldri kan bli likestilte kan man fokusere på, og betone likhetene mellom en selv og pasienten for å skape gjensidighet (Borg & Topor, 2003, s. 63). Betydningen av at de har hatt samme erfaringer og følt på samme måte, kan føre til en følelse hos begge at de har noe til felles til tross for at den ene er pasient og den andre i rolle som hjelper. I den gjensidige relasjonen kan pasienter oppleve å bli likt, samt at en side av han kan bli sett på som frisk (Borg & Topor, 2003, s. 65)

Egenverd kan forstås i betydningen at man verdsetter seg selv og har respekt for det man selv står for. Et hvert menneske har dermed sin egen definisjon på egenverd. Det flerdimensjonale menneskesyn innebærer å forstå pasienten som et helt menneske, at det innehar opplevelser og fornemmelser av å være seg selv. Pasienten har krefter og makt til å trosse ethvert forsøk på å bli redusert til noe mindre enn det er (Eriksson, 1989, s. 12). Helsearbeideren skal ikke

reduserer pasienten til sin sykdom eller diagnose, men la pasienten tre fram som menneske i sin lidelse og med sin lidelse (Martinsen, 2000, s. 27).

#### 2.4 Verdighet og ansvar.

Verdighet og ansvar handler om pasientenes mulighet til å være ansvarlige for eget liv og medansvarlige i behandlingen, samt viktigheten av at helsearbeidere tar med pasientene i beslutninger som gjelder de selv.

Når et menneske fratras ansvar, berøves det sin verdighet. Det er vesentlig at man som menneske og pasient blir tatt alvorlig og at dens opplevelser blir sett på som sanne (Eriksson, 1995, s. 71). Ansvar er en naturlig del av det å være mennesket og inneholder verdighet, frihet og muligheter til å velge (Eriksson, 2013, s. 76). Som helsearbeider har man et ytre ansvar for å følge offentlige lover, regler og prosedyrer på arbeidsplassen samt de etiske retningslinjene for profesjonen. Som mennesket har man et indre ansvar for sin neste, og ønske noe godt for den andre (Eriksson, 2013, s. 76).

I følge Lov om pasientrettigheter § 3-1 har pasienter rett til å medvirke ved valg av behandlingsmetode og utforming av tjenestetilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Retten til medbestemmelse er også hjemlet i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2 (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Selv om ethvert menneske har rett til å få opprettholdt sin autonomi har de ikke alltid evner eller krefter til dette. Da må de få sikret opprettholdelsen av selvbestemmelsen av andre (Hummelvoll et al., 1982, s. 85).

## 3.0 METODE

### 3.1 Forskningsdesign

Studien er en hermeneutisk studie. For å belyse helsearbeidernes forståelse og opplevelser valgte jeg å bruke et kvalitativt forskningsdesign, ved hjelp av forskningsintervju. Kvalitativ forskning har som formål å klargjøre et fenomenets karakter eller egenskaper og i et kvalitativt intervju kan man følge opp det intervjupersonen tar opp, og kaste lys over vedkommendes forståelse av det aktuelle tema (Widerberg & Bolstad, 2001, ss. 15-16).

### 3.2 Hermeneutikk

I følge den filosofiske hermeneutikken er mennesket et fortolkende vesen hvor dets vesen kommer fram gjennom språk og samtale (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009, s. 218). Hermeneutikk handler om forståelse, og vektlegger at all forståelse er dannet i en historisk og kulturell sammenheng (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 40). Gadamer, som var en sentral teoretiker innenfor hermeneutikken var opptatt av at menneskets forståelse alltid er påvirket av tidligere erfaringer, forforståelse, fordommer og den kontekst partene opererer innenfor. Den som ønsker å forstå en tekst må være åpen for hva teksten formidler, og for tekstens annerledes het (Gadamer & Holm-Hansen, 2010, s. 438). Fortolkeren må være klar over sin egen forutinntatthet, slik at teksten kan fremstå i sin annerledes het og dermed få mulighet til å spille ut sin sannhet mot ens egen forforståelse. Prinsippet blir da at man kun kan forstå mening i lys av den sammenhengen vi studerer innenfor, delene forstås i lys av helheten (Thagaard, 2013, s. 41). Prosessen mellom deler og helheten går kontinuerlig fram og tilbake, og kalles den hermeneutiske sirkel (Kvale et al., 2009, s. 216), nye deler blir fortolket og settes i sammenheng med helheten, slik at ny forståelse oppstår.

Tolkning av intervjutekster kan ses som en samtale mellom forsker og tekst, hvor forskeren studerer den mening teksten formidler (Thagaard, 2013, s. 41). I denne studien betyr det at jeg gjennom intervjusamtalene og siden gjennom samtalen med intervjuteksten, min forforståelse og det teoretiske perspektivet har kommet til en forståelse av saken, verdighet.

### 3.3 Forforståelse

På bakgrunn av hermeneutikkens vektlegging av forskerens forståelseshorisont vil jeg belyse min forforståelse, da dette har preget forskningsprosessen. Både valg av teorier, innsamling av data og fortolkning av studiets funn vil nødvendigvis bære preg av min forforståelse.

Jeg er sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Min erfaring har jeg fra hjemmesykepleie, som miljøterapeut på DPS døgnposter samt fra akutt team. I tillegg har jeg ni år som leder av en DPS døgnpost, og min hovedinteresse for dette tema stammer derfra. Jeg ser helsearbeidernes arbeid fra sidelinjen, opplever at de lykkes og at de ikke lykkes. I tillegg er miljøterapeutisk arbeid et tema til stadig diskusjon. Som en del av undervisningstilbudet på posten underviser jeg pasienter om miljøterapi, og de har gitt meg mange innblikk i sine opplevelser rundt tema.

Til sammen har min erfaring, samarbeidet med miljøterapeutene og innspill fra pasientene gitt meg en forståelse for betydningen av det miljøterapeutiske arbeidet som nedlegges i døgnpostene, både i gruppesammenheng og i samarbeidet med den enkelte pasient. Ivaretagelse av pasientenes verdighet tror jeg i utgangspunktet at er noe som sitter i holdningen til den enkelte helsearbeider, og det blir for lite fokusert på i praksisfeltet. Min erfaring er at det kun kommer fram som en sak dersom noen reagerer på hvordan kollegaer behandler pasientene, eller pasientene klager på forholdet. Mange år innen fagfeltet har gitt meg mye forhåndskunnskap og forventninger om tema, dette har jeg hatt med meg gjennom denne studien.

En psykiatrisk døgnpost har ansatte med forskjellig bakgrunn, erfaring, alder og utdannelse. De har ulike måter å tilnærme seg pasientene og forskjellige metoder i forhold til pasientenes behov. I tillegg har pasienter et mangfold av forskjellige problemstillinger og funksjonsnivå. Jeg har derfor undret meg over om det er hensiktsmessig å innføre en miljøterapeutisk behandlingsform, som kognitiv miljøterapi, hvor det kan virke som alle pasienter skal gjennomgå samme miljøterapeutiske tilnærming, og at det samtidig skal være en behandlingsform miljøterapeutene kan tro på og føle seg trygge på å bruke. Kognitiv miljøterapi kan virke preget av skjemautfylling og hjemmelekser, mine forventninger handler om at det er risiko for at den individuelle behandlingen blir tilsidesatt, og at det dermed blir en utfordring å ivareta verdigheten.

## 3.4 Metoder for å vurdere studiens vitenskapelige kvalitet

### 3.4.1 Pålitelighet

Studiens pålitelighet er knyttet til hvilke data som brukes, innsamling og bearbeiding av disse. I kvalitativ forskning, så som i denne studien, samles data inn gjennom samtaler, dermed blir dataene ofte avhengig av hvilken kontekst de samles inn i (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016, s. 230). Forskerens forforståelse og erfaringsbakgrunn vil prege innsamlingen og tolkningen av dataene (Johannessen et al., 2016, s. 230).

### 3.4.2 Troverdighet

Troverdighet i kvalitative studier dreier seg om i hvilken grad metoden egner seg til å få svar på de spørsmål studiet stiller (Johannessen et al., 2016, s. 230). I tillegg kan man spørre seg om de tolkningene man har kommet fram til er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert (Thagaard, 2013, s. 205). For å styrke studiets troverdighet kan man formidle resultatet til deltakerne i studiet for å få deres bekreftelse, og man kan få en annen forsker til å gå gjennom funnene for å se om vedkommende kommer fram til samme resultat (Johannessen et al., 2016, s. 230).

### 3.4.3 Overførbarhet

Studiens overførbarhet handler om funnene i studien er overførbare utover den konteksten man har kartlagt de i (Malterud, 2011, s. 22). Utvalget som studien baserer seg på er sentralt i argumentasjonen for om studiets funn kan overføres til lignende psykiatriske poster (Thagaard, 2013, s. 212). Det er også sentralt om andre helsearbeidere kan kjenne seg igjen i tolkningene som formidles i teksten, og at tolkningene gir en dypere mening til tidligere kunnskap og erfaring (Thagaard, 2013, s. 213).

### 3.4.4 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet handler om i hvilken grad funnene i studien bekreftes av andre forskere gjennom tilsvarende undersøkelser. Det skal ivareta studiens objektivitet, og det blir derfor sentralt at man beskrive valg som er tatt underveis i forskningsprosessen, slik at leseren har en mulighet til selv å vurdere disse (Johannessen et al., 2016, s. 232).

### 3.5 Forskningsetikk

Da dette er en intervjuundersøkelse kan den ses på som en moralsk undersøkelse, i og med at det er knyttet moralske spørsmål både til undersøkelsens midler og mål (Kvale et al., 2009, s. 79). Intervjuene var et menneskelig samspill og det kunne derfor påvirke deltakerne både under og i etterkant av intervjuet. Det å beskrive deltakernes opplevelser og senere legge det ut offentlig, kan ses på som en inngripen i deres privatliv. Det er derfor viktig å ha med seg det etiske perspektivet gjennom hele forskningsprosessen (Kvale et al., 2009, s. 80).

Deltakerne må ikke ta skade av å være med i forskningsprosjektet (Thagaard, 2013), noe det er mindre risiko for i intervjuer av helsearbeidere enn av spesielt sårbare grupper som pasienter. Tillitt og åpenhet har preget datasamlingen, det er derfor betydningsfullt at deltakerne føler seg forstått av meg når tolkningen blir presentert dem jmf. (Thagaard, 2013, s. 217).

Deltakernes konfidensialitet ble ivaretatt ved anonymisering. Deltakerne ble identifisert med bokstaver, som ikke hentyder til karakteristika ved deltakerne. Intervjuene foregikk på eget rom, de ble tatt opp på bånd og dette ble oppbevart innelåst. Transkriberingen ble gjennomført på en datamaskin uten internett tilgang, uten at andre kunne høre hva som ble sagt.

#### 3.5.1 Godkjenninger

Da det var helsearbeidere som skulle intervjues ble det søkt tillatelse fra Personvernombudet for forskning (NSD). Prosjektet ble godkjent 2. januar 2017 (vedlegg 1).

Da det ikke skulle intervjues pasienter i dette studiet var det ikke meldepliktig til Regional etisk komite' (REK).

Studiet ble godkjent av avdelingsleder på det distriktpsykiatriske senteret hvor deltakerne i studiet arbeidet.

#### 3.5.2 Informert samtykke

Deltakerne fikk informasjon om studiet fra sine ledere på mail. I forbindelse med planlegging av intervjuene fikk de ytterligere informasjon om studiet, hvordan intervjuene var tenkt gjennomført, at det var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet. De skrev deretter under på samtykkeskjema (vedlegg 2) før intervjuet startet.

Samtykkeskjemaene ble oppbevart innelåst for å ivareta konfidensialiteten.

## 3.6 Metode for innsamling av data

### 3.6.1 Utvalg og rekruttering

For å belyse problemstillingen ble det gjort et strategisk utvalg (Malterud, 2011, s. 56).

Intervjuene ble gjort av helsearbeidere på to DPS døgnavdelinger som hadde tatt i bruk kognitiv miljøterapi. Dette for å kunne få et materiale som best mulig ville danne grunnlag for å lære noe om det man spør etter (Malterud, 2011, s. 56). For å få et bredt perspektiv i svarene og ivareta studiets overføringsverdi var det ønskelig at deltakerne skulle ha litt forskjellig bakgrunn, både når det gjaldt erfaring og utdanning samt at det både skulle være kvinner og menn blant deltakerne. Etter at jeg hadde kommet i kontakt med den avdelingen jeg ønsket, fikk jeg meget god hjelp av lederne på avdelingene. De sørget for at klinikkjefen godkjente at jeg kunne intervjuer på DPS et, samt valgte ut seks personer som var villige til å la seg intervjuer om tema. Etter at intervjuprosessen hadde startet ble jeg kontaktet av ytterligere en helsearbeider som ønsket å bli intervjuet. Dette takket jeg ja til, da motivasjon for å snakke om tema forstår jeg som en positiv faktor i prosessen. Utvalget besto etter dette av syv helsearbeidere.

Deltakerne hadde arbeidet på døgnenhetene i gjennomsnittlig ni år, fra fem måneder til atten år. Fire av deltakerne var sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid, en var sosionom med videreutdanning, en hjelpepleier med videreutdanning og en vernepleier med videreutdanning. Majoriteten hadde videreutdanning i psykisk helsearbeid og noen i kognitiv terapi.

### 3.6.2 Intervjuene

Intervjuene ble utført på deltakernes arbeidsplass og i deres arbeidstid, men unntak av en deltaker som møtte en time tidligere på jobb før en aftenvakt. Noen av deltakerne kjente til meg fra tidligere, noe som antagelig gjorde at det ble en stemning som virket lett og avslappet. Deltakerne hadde selv satt av et samtalerom der intervjuet kunne foregå, og de stod for kaffeserveringen. Vi satt på skrått ovenfor hverandre. Det kan ofte bli slitsomt å sitte rett ovenfor hverandre, da man ser på hverandre hele tiden (Widerberg & Bolstad, 2001, s. 83). Deltakerne skrev under på samtykkeskjema før intervjuet startet. Intervjuet ble utført som et semistrukturert intervju på bakgrunn av en intervjuguide (vedlegg 3). Intervjuguiden



inneholdt først tre spørsmål som omhandlet deltakeren, dette både for å få informasjon og for å komme i gang. Deretter ble det stilt fem spørsmål om verdighet og ivaretagelse av denne. Intervjuet var hermeneutisk i form av en åpen og reflektert samtale. Det var en prosess hvor refleksjoner rundt verdighet ledet samtalen og den umiddelbare fortolkningen, og dette ledet til nye spørsmål. Det var viktig å tenke over hvilke spørsmål man ønsket skulle besvares. Spørsmålet om hvordan helsearbeiderne forsto begrepet verdighet var nødvendig da det belyste deres mening og forståelse av begrepet, noe som var sentralt for å skape en forståelse av hvordan de opplevde å ivareta verdighet i relasjon til pasienten.

Intervjudata bør fortolkes i lys av de kulturelle og sosiale rammene de intervjuede forholder seg til (Thagaard, 2013, s. 58). I denne oppgaven ble funnene fortolket i lys av at intervjupersonene arbeidet på en åpen døgnpost som benyttet kognitiv miljøterapi.

Det ble forsøkt å skape et klima i intervjuet preget av fortrolighet og tillitt, samt at jeg forsøkte å vise meg lydhør og følsom for nye momenter jmf. Malterud (2011, s. 131). Det ble brukt opptaker samt notert stikkord i alle intervjuene. Intervjuene tok fra 45 - 60 minutter.

### 3.7 Metode for analysering av datamaterialet

#### 3.7.1 Tematisk analyse

For å analysere datamaterialet har jeg anvendt tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke (2006). Denne analysemodellen er en tilgjengelig, fleksibel tilnærming for analyse av kvalitative data (Braun & Clarke, 2006, s. 77).

Tematisk analyse er en metode for identifisering, analyse og rapportering av mønstre i det innsamlede datamaterialet, den krever lite detaljert teoretisk og teknisk kunnskap og er derfor en gunstig metode for de som har liten erfaring med kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2006, ss. 79-81).

Før gjennomføring av analysen var det en del beslutninger som måtte tas (Braun & Clarke, 2006, s. 82).

For det første måtte jeg ta en beslutning om hva som var tema, og hvor stort det behøvde å være. I denne studien var det sentralt å få fram tema på tvers av datamaterialet for å finne meningsinnhold knyttet til verdighet jmf. Vaismoradi,

Turunen, & Bondas (2013, s. 400). Dette skulle ikke gjøres ved å telle antallet utsagn, men heller handle om å finne fram til innhold som kunne gi svar på forskningsspørsmålet jmf. Braun & Clarke (2006, s. 82).

I denne studien var det datamaterialet etter intervjuer som skulle analyseres og fortolkes. Det vil si at studien var induktiv og tok utgangspunkt i generelle mønstre i datamaterialer for å gjøre det om til generelle begreper eller teorier jmf. Johannessen et al (2016, s. 51).

Utgangspunktet var å benytte semantisk tilnærming, slik at temaene identifiseres innenfor de uttalte og beskrevne meninger av dataene. Imidlertid kunne forskningsspørsmålet om hva helsearbeidere legger i begrepet verdighet belyse en ikke verbalisert holdning i praksis, noe som medførte at det derfor lett også kunne tolkes underliggende og latente temaer. Det latente nivået går bak det uttalte innholdet i dataene, undersøker de underliggende ideer, antakelser og konsepter som kommer fram jmf. Braun & Clarke (2006, s. 84).

Da datamaterialet var innsamlet spesielt for denne forskningen, bar det preg av spørsmålene som var stilt deltakerne. Det var derfor nødvendig å tilstrebe at kodingsprosessen av dataene ble minst mulig preget av min forforståelse jmf. Braun & Clarke (2006, s. 84). Analysen er en prosess, hvor forskeren beveger seg fram og tilbake mellom fasene.

### 3.7.2 Beskrivelse av analysen.

Den tematiske analyseprosessen består av seks faser, hvor den siste fasen er rapportering og vil ikke bli beskrevet i denne oppgaven.

**Fase 1** består av å bli kjent med det skriftlige datamaterialet. Jeg transkriberte alle intervjuene selv. På den måten ble jeg godt kjent med datamaterialet. Tiden som ble brukt på å transkribere var ikke bortkastet, fordi jeg gjennom transkriberingen utviklet en bedre forståelse av datamaterialet jmf. Braun & Clarke (2006, s. 88). Datamaterialet ble deretter lest gjennom flere ganger. I denne fasen var det vesentlig at materialet ble lest aktivt og åpent, for å se etter mening og mønstre i dataene jmf. Braun & Clarke (2006, s. 87)

**Fase 2:** Generere de innledende kodene. I fase to ble de første kodene identifisert ved at jeg først fant koder under spørsmålet «Hvordan forstår du begrepet verdighet?» Svarene på dette spørsmålet ga åtte koder; respekt, ta pasienten på alvor, likeverd, ansvarliggjøring, kommunikasjon, autonomi, medmenneskelighet og selvfølelse / egenverd. Deretter gikk jeg gjennom alle intervjuene på nytt og forsøkte å kode datamaterialet under disse kodene. Da det neste forskningsspørsmålet var «Hvordan ivaretas verdighet i relasjon til pasienter på en psykiatrisk døgnavdeling?» ga dette flere innspill som ikke umiddelbart kunne kodes under de tidligere kodene, det var derfor behov for å øke med tolv koder til for å få kodet hele materialet. Eksempel på de tolv kodene var; praktisk omsorg, relasjonsbygging, psykoedukasjon, grensesetting, samarbeid og beskytte pasienten. Det var ikke urimelig at det var behov for flere koder. Spørsmålet om hvordan de forsto begrepet verdighet, ga begrensede svar i forhold til tiltakene for å ivareta verdigheten. Kodene identifiserte trekk fra dataene som viste seg interessante for analysen og som kunne referere til det mest grunnleggende segmentet i rådataene jmf. Braun & Clarke (2006, s. 89).

Jeg leste systematisk gjennom hele datamaterialet på nytt for å finne aspekter som kunne være forenelig med mine forskningsspørsmål og tema. I denne fasen var det sentralt å møte datamaterialet med åpenhet og oppmerksomhet for å kunne identifiser interessante aspekter i datapunktene som kunne forme et grunnleggende repeterende mønster på tvers av datamaterialet jmf. Braun & Clarke (2006, s. 89).

**I fase 3** ble alle kodene samlet og sortert for første gang. Det ble en lang liste med de forskjellige kodene som var identifisert på tvers av datamaterialet. Denne fasen besto av å sortere de forskjellige kodene under potensielle temaer. Jeg startet med å analysere kodene og bestemte hvordan de forskjellige kodene kunne kombineres for å danne et overordnet tema jmf. Braun & Clarke (2006, s. 89). Jeg valgte å dele kodene opp under 2 hovedtemaer med undertemaer:

- Menneskesyn / miljøterapeutens syn på pasienten

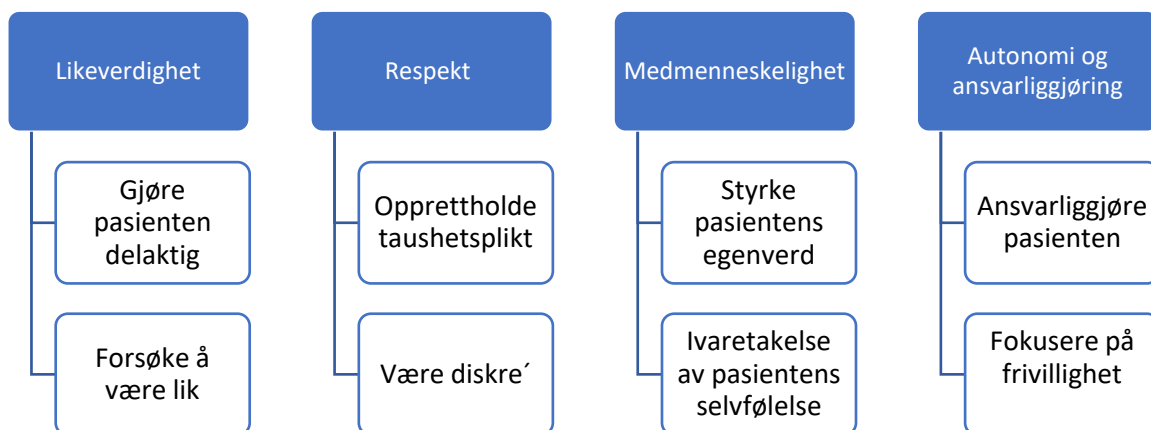
Dette omhandlet kandidater til undertema som; Likeverd, respekt, pasientens selvfølelse, pasienten som medmenneske og pasientens autonomi

- Handling / miljøterapi / ivaretagelse

Undertemakandidatene under dette hovedpunktet var; miljøterapeutens væremåte, samarbeid, undring, grensesetting, sosialøkonomisk arbeid, ansvarliggjøring og ytre faktorer.

Her så jeg at flere temaer kunne slås sammen, og noen av temaene var ikke relevante for problemstillingen og måtte velges bort. Jeg valgte deretter å fokusere på miljøterapeutenes konkrete handlinger som følge av deres tanker om å ivareta pasientenes verdighet. Jeg kom deretter fram til 4 temaer som er begreper miljøterapeutene trakk fram når de forklarte hva de mente med verdighet. Temaene fikk to undertemaer hver som belyste hva deltakerne gjorde for å tilstrebe å ivareta pasientenes verdighet.

Temaene presenteres i følgende skjema:



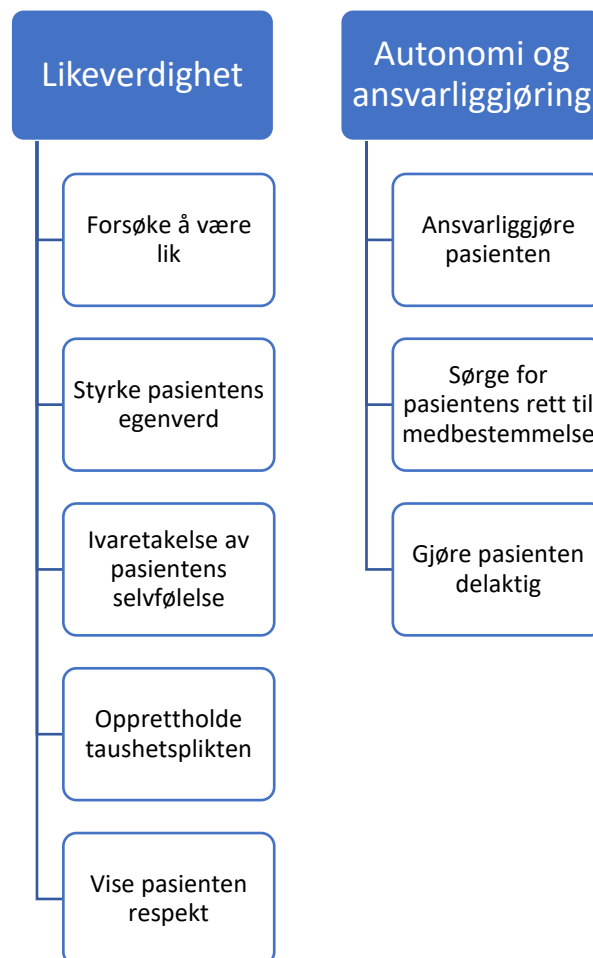
**Fase 4:** I fase fire ble temaene gjennomgått på nytt. Denne fasen involverte to nivåer av gjennomgang og raffinering av temaene. Det første nivået involverte å gjennomgå de kodede utdrag av dataene. Det betydde at det var nødvendig å lese alle utdrag for hvert tema, og bestemme om de så ut til å forme et sammenhengende mønster jmf. Braun & Clarke (2006, s. 91). Nivå 2 involverte en lignende prosess, men i forhold til hele datamaterialet. Etter å ha

fordelt utsagnene under temaer, kom det tydeligere fram om temaene holdt i forhold til problemstillingen.

Etter gjennomlesing av datamaterialet og gjennomgang av aktuell teori ble hovedtemaene redusert til to tema, Likeverd og Autonomi / Ansvarliggjøring. Temaene likeverd og medmenneskelighet viste seg å ha flere fellestrekk, og ble derfor kombinert. Undertemaene «forsøke å være lik», «styrke pasientens selvfølelse» og «ivareta pasientens egenverd» ble beholdt. Hovedtema «Respekt» ble lagt til som undertema, da innholdet i dette tema viste seg å henge sammen med det å behandle pasienten som et likeverdig menneske. Undertema «å gjøre pasienten delaktig» ble lagt under hovedtema Autonomi og ansvarliggjøring.

**Fase 5:** Består av å benevne og definere temaene. Temaene presenteres i følgende figur.

Nærmere definisjon av de forskjellige tema kommer fram under presentasjonen i kapittel 4.0.



## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN

### 4.1 Hva helsearbeidere forstår med begrepet verdighet.

Problemstillingens første spørsmål om hva helsearbeidere forsto med begrepet verdighet, ble sentralt for å forstå svarene på problemstillingens andre spørsmål.

Gjennom den tematiske analysen og fortolkningen relatert til dette spørsmålet, steg følgende tema fram: Likeverd, respekt, medmenneskelighet, autonomi, medbestemmelse og egenverd. Deltakerne fortalte at verdighet var et utfordrende begrep å beskrive, de la vekt på at alle er verdifulle, at man er likeverdige som mennesker og at alle har krav på å bli behandlet med respekt. De relaterte raskt spørsmålet til pasientarbeidet på avdelingen.

Det har mye med å se pasienten og behandle de som medmennesker rett og slett. Ikke krenke pasienten, gi de medbestemmelse i eget liv så godt man kan (D).

Det å bli behandlet med respekt mente deltakerne kunne bidra til en følelse av verdighet. For å få dette til mente de at man må kunne ta pasientens perspektiv i møte. Likeverdighet ble også nevnt.

Selv om de er innlagt hos oss er de på en måte likeverdige, og endrer ikke sin rolle og sin person (C).

Deltakerne assosierte også verdighet med medbestemmelse og autonomi. Det handlet om at pasientene på døgnposten var frivillig innlagt, og frivilligheten var noe de trodde styrket pasientenes opplevelse av verdighet. Dette ble oppfattet som sentralt fordi det gav pasientene mulighet til å velge selv.

For deltakerne handler dette også om å ta pasientene og deres opplevelser på alvor. I tillegg kommer det fram at verdighet handler om å møte den annen som et medmenneske, og at alle mennesker er verdifulle.

Å holde på mennesket bak, det er ofte veldig spennende også. Man får sett på det på en annen måte, se en helhet kanskje, det er det som er viktig (C).

## 4.2 Hvordan ivareta pasientenes verdighet?

Gjennom den tematiske analysen og fortolkningen av problemstillingens andre spørsmål, framkom følgende tema: Likeverdighet og Autonomi/Ansvarliggjøring. I dette kapitlet er funnene presentert under disse tema, med tilhørende undertema.

### 4.2.1. Likeverdighet

Deltakerne fortalte at de forsøkte å møte pasientene som likeverdige mennesker. De sa at de tenkte på pasientene som vanlige mennesker som akkurat nå har det tøft, noe utsagnet nedenfor vitner om.

I det fulle og hele så er vi jo like mye verd som mennesker, og det er veldig viktig å tenke på (E).

4.2.1.1 Forsøker å være lik. Det kan se ut som helsearbeiderne forsøkte å minimalisere ulikhetene mellom pasient og personal ved å forsøke å skille seg minst mulig fra pasienten. Å forsøke å ligne pasienten kan forstås som en måte å fremme pasientens opplevelse av likeverd på. Dette tenkte de ofte på når de var ute med pasientene i nærområdet. At de skjulte identitetskortet, som de vanligvis hadde hengende rundt halsen, og at de ikke ga seg til kjenne som helsearbeider i butikken eller på cafe.

Det som jeg prøver å huske på er å legge bort nøkkelkortet mitt sånn at det ikke synes hvem som er hva (B).

Det å drive med miljøterapeutiske aktiviteter, som turer og fysisk aktivitet, ble erfart av de ansatte som en mulighet til å være på likefot med pasientene. En av deltakerne trakk fram ballspill som en slik mulighet.

Man spiller med dem, det er en veldig fin arena egentlig for da kan man møtes sånn likeverdig, da har ikke psyken så mye å si. I innebandy for eksempel, da er man likeverdige (D).

En annen av deltakerne fokuserte på det å bruke seg selv som eksempel. Når deltakerne underviste pasientene om blant annet søvn, kunne de illustrere temaet med eksempel fra egne utfordringer og mestringsstrategier.

Jeg tenker at ved å snakke om det så gjør vi det litt allmenngyldig og ikke så tabubelagt, [...] jeg synes det kan være bra noen ganger å bruke seg selv litt da, på en bevist måte selvfølgelig (F).

4.2.1.2 Styrke pasientens egenverd: Deltakerne beskrev tiltak som kunne å ha til hensikt å støtte opp under pasientenes egenverd. Dette ved å forsøke å se hele mennesket, anerkjenne pasienten, og ta pasienten og dennes opplevelser på alvor. Miljøterapeutene la vekt på å anerkjenne pasientenes roller i samfunnet. Spesielt fokuserte de på foreldrerollen.

Vi jobber jo med foreldrerollen, det gjør vi altså i forhold til hvis de har barn, det er en stor del egentlig når man er innlagt (C).

Postene har egen barneansvarlig, noe som er lovpålagt. Oppgavene til en barneansvarlig er å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av blant andre psykisk syke (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3a.).

Å ha en psykisk lidelse kan gå ut over flere arenaer i livet, og særlig gjelder det jobb og den økonomiske situasjonen. Deltakerne fortalte at pasientene av og til kunne innlegges på de psykiatriske postene uten å ha bolig eller de økonomiske ytelsene i orden. Mange hadde, etter det deltakerne fortalte, store økonomiske vanskeligheter, og deres familier led også som følge av dette. Mye av miljøterapeutenes oppgaver var da å sette pasienten i kontakt med Nav og boligkontoret i bydelen. Når dette var situasjonen for pasienten ble de sosioøkonomiske tiltakene prioritert. Som deltaker A så tydelig illustrerte det:

For vi ser jo at, har man ingenting på plass i livet så er det jo veldig vanskelig å jobbe med seg selv, eller problemer. Da klarer man ikke fokusere på kognitiv terapi hvis man ikke vet hvor man skal bo, eller har gjeld opp under øra. Så det er vel egentlig noe vi har sett, at pasienten opplever økt verdighet eller selvfølelse når ting faller mer på plass (A).



4.2.1.3 Ivaretagelse av pasientens selvfølelse. Å bevare pasientenes selvfølelse i situasjoner hvor helsearbeiderne måtte sette grenser for pasientene ble opplevd som en utfordring. Det å sette grenser for andre voksne menneskers handlinger, eller minne voksne personer om å dusje eller skifte klær var oppgaver deltakerne opplevde vanskelig. De forteller at de avventer så lenge som mulig med å minne pasientene på den personlige hygienen, men det kunne av og til bli nødvendig. Da hadde de en forsiktig tilnærming, og kunne bruke litt avvæpnende humor.

Jeg er litt forsiktig da, buker litt humor kanskje (C).

Noen ganger kunne det være nødvendig med grensesetting for å beholde en viss ro på posten eller for å ta hensyn til andre pasienter. En del situasjoner kunne oppstå i forbindelse med å beskytte pasientene fra å blamere seg for andre. Flere av deltakerne hadde derfor tenkt gjennom hvordan de kunne sette grenser på en minst mulig krenkende måte. "Det å fortelle hvorfor du hele tiden gjør ting, hvorfor jeg gjerne vil vite ting" (B).

Jeg tenker at det er viktig at vi finner en løsning for pasienten, at vi ikke kjører oss opp i et hjørne. At det er vi som kan se muligheten at du nå tror jeg vi tar en liten pause, nå trekker vi oss ut så får du tenkt deg litt om, roe deg ned litt. Og vi får roet oss ned litt (B).

Deltaker B beskrev her en situasjon hvor pasienten og personalet hadde kommet i konflikt, og hvor viktig det var at personalet tok ansvar for at situasjonen ikke skulle komme helt ut av kontroll. Noen av deltakerne beskrev også strategier hvor personalet kunne gi et diskret vink til pasienten når de for eksempel snakket for mye.

For å ta vare på pasientenes egenverd forsøkte helsearbeiderne å normalisere pasientenes følelser og reaksjoner. De fortalte pasientene om at de hadde opplevd flere som har hatt det sånn, og at det kommer til å gå over. De var likevel klar over at psykisk lidelse ofte kunne gå ut over pasientens verdighet, noe som kom fram i følgende utsagn:

Altså psykisk sykdom går jo ut over verdigheten til pasienten. Det gjør det, det er ingen vei utenom akkurat det (D).

4.2.1.4 Vise pasienten respekt. Det kunne synes som miljøterapeutene viste pasientene respekt ved å overholde taushetsplikten, opptre høflig og beklage ovenfor pasientene dersom de hadde krenket eller såret pasientene.

For helsearbeidere er det med å overholde taushetsplikten lovpålagt. I det miljøterapeutiske arbeidet på postene så helsearbeiderne utfordringer i å overholde taushetsplikten ovenfor de andre pasientene, og for beboere i nærmiljøet. I de miljøterapeutiske gruppene var det taushetsplikt innad i gruppen, og hvis pasientene ikke ønsket å si noe ble dette respektert. Når de var ute på cafe med pasientene var de observante på hva de snakket om. De hadde også fokus på hva pasienten snakket om og hvordan pasienten tedde seg ute i nærmiljøet, slik at de ikke blamerte seg unødige.

Det bør man også passe på, taushetsplikt i forhold til hva man snakker om hvis man sitter på en cafe. Hva andre kan høre, man må tenke på det (A).

Helsearbeiderne gikk fellestur i nærmiljøet med en gruppe av pasienter hver formiddag. Flere av deltakerne bemerket at det kunne være en utfordring å gå disse turene uten at folk i nærmiljøet forsto at pasientene var innlagt. Noen av pasientene bodde også i nærheten av institusjonen. Det var derfor en del pasienter som ikke ønsket å være med på fellesturene, dette ble respektert. Deltaker C viste forståelse for disse.

Jeg har veldig stor forståelse for de som ikke har lyst til å gå på tur med en tjuåring og en litt pussig dame på sytti, altså i en gruppe. Eller unge gutter som ikke vil gå på tur med meg, hva skal de si da, hvem er jeg liksom (C)?

Rominndelingen på postene var slik at kjøkken, spisestue og stue var et åpent rom. Dette ble opplevd for noen av informantene som en utfordring i situasjoner hvor de hadde behov for å snakke med pasienten, og spesielt i en grensesettings situasjon. I følge informantene hørte de andre pasientene godt hva som ble snakket om, så det var nødvendig å ta pasienten med på et samtalerom eller pasientrommet for å gi en beskjed andre ikke skulle høre.

Vi grensesetter jo litt, men vi prøver å ikke gjøre det i miljøet. Hvis det er et eller annet så prøver vi å ta de på et samtalerom og ta det opp der. Sånn at folk ikke føler seg veldig overkjørt i et miljø, for det kan jo være vanskelig (E).

Deltakerne ønsket å vise pasientene at de respekterte dem. Dette gjorde de ved å hilse ordentlig på dem, informere og lytte til hva pasientene ønsket. Deltaker F forteller om når hun møter pasienten for første gang.

Jeg behandler dem ordentlig da, høflig og vennlig. Tydelig og hilser, gir informasjon om avdelingen og om meg. Jeg tenker at det skal være et trygt og godt sted å være.

En annen måte å vise respekt for pasienten, var å kunne gå tilbake å si unnskyld dersom man hadde krenket pasienten.

Jeg har vært i situasjoner hvor jeg antagelig har krenket pasienten, med det jeg har sagt, eller måten jeg sa det på, eller måten jeg stod på eller et eller annet. Men det er jo så viktig at når jeg oppdager det, eller jeg skjønner at det var det som skjedde - At jeg kan gå å si unnskyld (G).

#### 4.2.2 Autonomi og ansvarliggjøring

4.2.2.1 Ansvarliggjøre pasienten. Flere av deltakerne var opptatt av at pasientene var frivillig innlagt og måtte ta en del av ansvaret for egen behandling. Behandlingen på postene var også lagt opp slik at pasienten traff representanter for posten i forkant av innleggelsen, til et såkalt forvern. Under forvernet kunne pasienten komme med egne forventninger og ønsker til den planlagte innleggelsen, og det kunne avtales hva de kunne få hjelp til under innleggelsen. I tillegg tydeliggjorde representantene for posten deres forventninger til pasienten.

Det er også litt spesielt med psykiatrien, du kommer ikke inn for å bli fiksa. De må faktisk jobbe ganske mye selv for å få det bedre. Og det tenker jeg er viktig å gi beskjed om helt fra begynnelsen av slik at de vet litt hva det er vi kan hjelpe deg med, og hva det er som ligger utenfor vår mulighet til å hjelpe deg. Det er strevsomt å jobbe med seg selv, det er strevsomt å forandre seg, vi er bare støttespillere og det er det vi prøver egentlig, vi bestemmer ikke (B).

Det å ansvarliggjøre pasienten når det gjaldt pasientens egne ønsker og mål gjorde de på en av postene under et skjema de kaller "Min innleggelse". På dette skrev pasientene ned hva som

var deres mål, tanker og problemer, og hva de forventet å få hjelp med. På den andre posten skrev pasienten ned en problemliste. De problemene som kom opp på denne lista forventet personalet at pasienten var villig til å jobbe med. Deltaker G så på pasienten som prosjektleder for egen bedring.

Jeg påpeker ofte det, at her har du et team som består av oss miljøkontakter, koordinator og så behandlere, vi er heiagjengen din. Du er prosjektleder og skal på en måte eie det du har lyst til å jobbe med. Det slår aldri feil altså, det liker de godt (G).

4.2.2.2 Sørge for pasientens rett til medbestemmelse. I følge deltakerne var pasientenes autonomi en viktig del av det å ivareta deres verdighet. Det at pasientene allerede hadde valgt å være der, og ønsket å få hjelp mente flere tok vare på pasientenes selvbestemmelse. En deltaker sa at verdighet hadde veldig mye med selvbestemmelse å gjøre, en annen deltaker påpekte at pasientene kunne føle seg krenket dersom det ble tatt avgjørelser over hodet på dem eller at de ikke fikk den informasjon de trengte. Pasienter som ble søkt inn av poliklinisk behandler, var ofte søkt inn med en bestilling på hva de trengte av behandling i døgnavdelingen. Flere av deltakerne var opptatt av at pasienten ble tatt inn med denne bestillingen og at bestillingen ble grunnleggende i behandlingen. Når pasienten hadde vært noen dager på døgnavdeling kunne det derimot dukke opp nye problemstillinger, eller pasienten ønsket å fokusere på andre problemer. Utfordringen ble da å ivareta pasientens autonomi ved at pasientens opplevelser ble tatt på alvor, samtidig som bestillingen fra poliklinikken ble ivaretatt. I følge deltakerne var det ofte miljøterapeutene som talte pasientenes sak i disse tilfellene.

Hvis problemlisten ikke passer overens med bestillingen til poliklinikken. Da må vi ut i felten ikke sant. Det er å ivareta pasientens autonomi den problemlista, da blir det en utfordring hvis behandler er sånn at vi må følge bestillingen (G).

4.2.2.3 Oppfordre pasientene til delaktighet

For å etterleve dette la de vekt på at pasientene skulle være delaktige i egen behandling og i det som skjedde i miljøet. De tok pasientene med på råd om hvor de skulle dra på den ukentlige turen, lot pasientene lese opp quiz under kaffestunden, være delaktig i

undervisningen og motiverte de til å være delaktige i ansvarsgruppemøter. Som deltaker A sa det:

Det som jeg ser er veldig bra for pasienten kan være å være delaktig på en måte, for eksempel i møter. Vi prøver å la pasientene skrive referat, lese opp quizen - være delaktig. Det ser ut som det kan gi selvfølelse og det kan være med på å gi verdighet til den enkelte at en ikke blir sånn passiv deltaker. (A)

## 5.0 FORTOLKNING AV FUNN

### 5.1 Innledning

I dette kapittelet vil funnene fra analysen bli diskutert i lys av tidligere forskning, forforståelse og teori som er presentert i kapittel 2. Etter gjennomlesning av funnene og refleksjoner over helhetsinntrykket av hva helsearbeidere gjør for å ivareta pasientenes verdighet, har jeg kommet fram til tre hoved overskrifter som fortolkningen vil struktureres under: å være et medmenneske, å beskytte pasientens integritet, å ivareta pasientenes rett til medbestemmelse.

### 5.2 Å være et medmenneske.

Å vise seg som et medmenneske så ut til å være sentralt når det gjaldt å ivareta pasientenes verdighet. Her kan det virke som det er helsearbeidernes holdninger til pasienten som et likeverdig menneske som først og fremst ble beskrevet. Dette ble belyst gjennom uttalelser som at de opplevde seg og pasienten likeverdige som mennesker, at de var redd ovenfra og nedad holdninger og at de forsøkte å se mennesket bak sykdommen. Pasientenes verdighet kan bevares når helsearbeidere ser på de som likestilte og verdifulle mennesker (Heijkenskjöld et al., 2010; Lindwall et al., 2012). Å være til stede og ta pasientens og hans opplevelser på alvor opplevdes av helsearbeiderne som et sentralt utgangspunkt for å opptre som medmenneske. I en relasjon hvor partene aldri vil eller skal være helt likestilte, virker det være sentralt at de likevel opplever seg likeverdige som mennesker.

Studier viser at helsearbeidere mener de bør være til stede for pasienten og lytte til dennes historier for å ivareta verdigheten, samt tillate seg å bli berørt av det pasienten forteller (Lindwall et al., 2012). Selv om dette kan virke enkelt og selvfølgelig, er det i brytningen mellom den ideelle verden og handlingen, kjernen i verdighetens etikk viser seg (Eriksson, 2013, s. 69). Det er ikke den fysiske tilstedeværelsen som ble trukket fram av helsearbeiderne, men det å kunne gjøre seg tilgjengelig for pasienten både tidsmessig og psykisk. Tid kan være en forutsetning for at pasienten opparbeider seg tillit til at helsearbeideren har ønske og kompetanse til å kunne gjøre en godt, lindre og trøste (Vetlesen, 2010, s. 62). I en travel arbeidsdag hvor helsearbeideren har ansvar for flere pasienter samt praktiske oppgaver, bør det derfor være sentralt at det planlegges og settes av tid til samtaler med den enkelte pasient. Det å kunne gå på et eget rom, eller ute på tur med pasienten og

fokusere på å være tilstede for han, kan være en god metode for å oppnå en tillitsfull relasjon. Å være til stede beskrives av Eriksson som et sant nærvær, å virkelig se og ha mot til å vitne, samt å føle seg ansvarlig for situasjonen og det enkelte mennesket (Eriksson, 2013, s. 69).

Det er helsearbeiderens holdning som er avgjørende for om vedkommende klarer å vise sin medlidenhet med pasienten (Gustin, 2012, s. 310). Det innebærer at helsearbeideren spør seg selv «Hvordan skal jeg være», istedenfor «Hva skal jeg gjøre». Helsearbeideren må utfordre sin egen sårbarhet og være nær så vel seg selv som pasienten (Gustin, 2012, s. 310). Det handler om å bekrefte og akseptere egne følelser av ubehag og tilkortkommenhet slik at man orker å dele pasientens vanskelige følelser. Erfaringer har vist at å være så nær egen sårbarhet og andre menneskers lidelse, kan i perioder være utfordrende for den enkelte helsearbeider. Mange kan ha behov for veiledning og støtte fra kollegaer for å kunne takle å stå i disse relasjonene. Helsearbeideren som møter den annens lidelse, og tørr å ta inn over seg denne, gir en omsorg som lindrer og hjelper (Lindwall et al., 2012, s. 572). Helsearbeideren kan likevel distansere seg til pasientens lidelse som en spontan reaksjon på å beskytte seg mot egen sårbarhet (Arman, 2012, s. 188). Det å kunne møte pasienten med en profesjonell nærhet og naturlig ømhet er en av de høyeste formene for yrkesmessig utvikling, og forståelsen kan utvikles ved hjelp av kunnskap og veiledning (Arman, 2012, s. 195).

Helsearbeidere som arbeider i en miljøterapeutisk kontekst møter pasientene i dagliglivet på institusjonen, og til alle døgnets tider. De har god anledning til å komme nært inn på pasientenes liv og deres utfordringer. Å møte pasienten på en verdig måte kan være at helsearbeideren setter seg ned med pasienten, holder pasienten i hånden og viser at hun bryr seg, noe som kan gi pasienten en følelse av å bli forstått og sett (Skorpen et al., 2015, s. 760). En av deltakerne i studien beskrev det å vise at hun ble glad når pasienten kom og satt seg ned sammen med henne. Når pasienten beskriver sin angst, frykt og lidelse til en helsearbeider som tåler å høre historien, vil pasientens lidelse kunne bli mindre og håpet vil øke (Lindwall et al., 2012, s. 572). Å kunne være tilstede og lytte til pasientens historier vil kunne utvikle helsearbeideren både som helsearbeider og som menneske.

Organiseringen på døgnpostene var slik at hver pasient hadde en koordinator blant helsearbeiderne, en som satt seg ekstra godt inn i pasientens situasjon og la vekt på å bli kjent med akkurat denne pasientens lidelse og behov. Det kan være et godt utgangspunkt for å kunne etablere en følelsesmessig relasjon mellom pasient og helsearbeider, noe som også ofte er hensikten med en slik organisering. Det bør likevel ikke være til hinder for at det kan etableres relasjoner med andre. Deltakerne i studien beskrev pasienter som de kjente ekstra

godt, som betydde noe for de og hvor de tydelig hadde en god relasjon til tross for at de ikke stod som koordinator for vedkommende.

Ulike former for hverdagslig samhandling kan være en form for tilrettelegging av tilnærmet likeverd i situasjoner med pasientene (Vatne, 2006, s. 135). Miljøterapeutisk struktur gir flere handlingsrom for hverdagslig samhandling. Det å spise måltider sammen med pasientene, gå tur, trene eller spille spill er eksempler på samhandlingssituasjoner hvor miljøterapeut og pasient kan være tilnærmet likeverdige i situasjonen. For å vise pasienten at man ser på vedkommende som et likeverdig menneske må man først og fremst vise fram noe av seg selv. Selvavsløring handler om å avsløre eller gjøre kjent noe om seg selv som en troverdig person (Hummelvoll & Dahl, 2012, s. 423). Hvis pasienten skal få tillitt til helsearbeideren må også denne tre fram som et menneske. Å bruke eksempler fra egne utfordringer, bekymringer og hendelser i eget liv, kan være egnet til å normalisere og motvirke autoritære holdninger. Deltakerne i studien fortalte at de benyttet seg av selvavsløring i møte med pasientene, mye for å normalisere noe av pasientens opplevelser. Når personalet forteller om seg selv og eget liv i samtale med pasienten kan dette være et kraftig virkemiddel og styrker som regel det følelsesmessige båndet mellom pasient og helsearbeider (Dramsdahl & Jordal, 2015, s. 130). Det er likevel av vesentlig betydning at selvavsløringen kun omfatter eksempler fra eget liv som man har et avklart forhold til, og er følelsesmessig nøytral ovenfor (Dramsdahl & Jordal, 2015, s. 50). Min forforståelse, samt utsagn fra deltakerne i studiet, viser at å finne balansegangen mellom hva man kan fortelle og hva man ikke bør fortelle kan være en utfordring i relasjonen til pasienten, spesielt når relasjonen blir nær. Pasienten skal ikke behøve å bekymre seg for helsearbeideren. Schibbye (2012) fokuserer på at pasienten skal slippe å tenke på hvordan terapeuten har det i sitt eget liv, men likevel kunne se terapeuten som et individ med egne opplevelser og følelser (Schibbye, 2012, s. 255).

Miljøterapeutiske aktiviteter som å gå tur, spille ball og gå ut på cafe' er arenaer hvor det er lettere for helsearbeideren å vise seg fram som et medmenneske. Erfaringer har vist at å gjøre aktiviteter sammen med pasientene hvor helsearbeideren kan lære av pasienten, kan være en god måte å vise sin holdning om likeverd på, samt at det kan styrke relasjonen. I studien trekkes ballspill fram som en slik arena. Når helsearbeideren viser til egen tilkortkommenhet kan det medføre at pasienten erfarer at han kan noe som ikke helsearbeideren kan. Dette synes å kunne være en viktig faktor i å gjenerobre egen verdi, samtidig som det kan være lærerikt å se hvordan helsearbeideren håndterer sin egen tilkortkommenhet (Borg & Topor, 2003, s. 64).



Studier viser at pasientenes opplevelse av verdighet er avhengig av små ting helsearbeiderne ikke alltid er oppmerksomme på, men som kan være svært betydningsfullt for pasientene (Skorpen et al., 2015, s. 763). Eksempler på dette kan være å hilse på pasienten, opptre høflig, viser at man forstår pasienten, ta seg tid til å lytte til pasientene og tiltale de som vanlige mennesker. Helsearbeiderne i studien la stor vekt på å opptre høflig og respektfullt, samt å hilse og presentere seg for pasientene, se de og få de til å føle seg velkomne, noe som kunne tyde på at de var oppmerksomme på betydningen av disse tingene.

I miljøterapeutisk praksis innebærer det å ha en likeverdig holdning til pasienten blant annet det å bruke humor. Å le sammen med pasienten, og av seg selv kan være en god måte å bruke humor på (Lillevik & Øien, 2015, s. 11). Det at man sammen kan se situasjonen utenifra, og se at det kan være en viss komikk i situasjonen kan virke befriende (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 135). I studien kunne det virke som humor ble brukt på en bevist måte for å lette på stemningen i vanskelige situasjoner og for å skape god stemning på avdelingen.

## 5.2 Å beskytte pasientens integritet

Å beskytte pasientens integritet handler om å gi pasienten tid og rom til å vise følelser. Det handler også om å unngå å krenke pasientens verdighet ved nødvendige forsøk på å begrense pasientens atferd, samt å overholde taushetsplikten. Dette kan ses på som å bevare selvbildet og pasientens egenverd og handler også om det om å ivareta pasientenes roller i livet, til tross for psykisk lidelse.

I psykisk helsearbeid er det sentralt å kunne tillate pasienter å vise følelser i avdelingen (Lindwall et al., 2012, s. 572). Pasientenes lidelser kan være av blant annet av psykotisk, tvangsmessig, unnvikende og ustabil art. Deres adferd kan være grenseløs, preget av avvising, mistenksomhet, sinne og tristhet. For å ivareta verdigheten må helsearbeideren støtte pasienten gjennom følelser som for eksempel sinne. Helsearbeideren bør samarbeide med pasienten og tilstreber å se medmennesket bak sinnet (Lindwall et al., 2012, s. 572). Funnene i studien viste at å møte følelsene på en måte som gjorde at pasienten forsto at han ble tatt på alvor og at helsearbeideren tålte følelsene kunne virke betydningsfullt for å ivareta verdigheten. Helsearbeiderne fortalte at det kunne være nødvendig å sette grenser for pasientenes atferd for å beskytte pasienten selv, eller for å beskytte andre pasienter eller

personalet. Det er hvordan man setter grensene som virker å være av betydning for opplevelsen av verdighet. Vatne presenterer to former for grensesetting ovenfor pasientene, begrensning og avgrensning. Avgrensning henspiller på et subjekt-objekt forhold til pasienten, noe som medfører dominans fra hjelperens side (Vatne, 2006, s. 144). I motsetning til avgrensning er begrensning, hvor man ser på pasienten som et likeverdig menneske. Istedenfor å bruke makt og straff vil man heller undre seg med pasienten over atferden i et forsøk på å forstå pasienten (Vatne, 2006, s. 144). Den begrensende metode støtter opp under pasienten som et likeverdig menneske og kan redusere fare for å krenke hans verdighet. Deltakerne i studien fortalte at de forsøkte å gå forsiktig fram, og gjorde det de kunne for at ikke grensesettingen skulle komme andre mennesker for øre.

For å ivareta pasientenes integritet kunne det synes som den hyppigste årsak til grensesetting på postene var å hindre pasienten å blamere seg selv. Det kunne være ute på tur hvor de kunne opptre påfallende ovenfor mennesker i nærmiljøet, sammen med andre pasienter eller i forbindelse med samhandling med familie og venner. Noen av pasientene kunne ha dårlig hygiene som følge av lidelsen. Helsearbeiderne opplevde at det kunne være lett å krenke pasientens verdighet når de skulle hjelpe de med å opprettholde hygiene. De fortalte at de forsøkte å normalisere tilstanden ved å forklare at det hadde en sammenheng med sykdommen og minnet forsiktig på for eksempel å dusje. Å prøve å sette seg inn i hvordan dette mennesket egentlig ønsket å ha det, hvordan denne personen stelte seg når han/hun ikke var syk, så ut til å være en rettesnor de forholdt seg til når de skulle vurdere når og hvordan de skulle handle. Dessverre er dette et felt hvor helsearbeidere kan forsøke å unngå å ta opp problemet, da de er redde for å krenke pasienten. Det er likevel sannsynlig at krenkelsene kan bli større dersom problemet blir oversett og ikke blir tatt opp, da krenking av menneskets verdighet kan skje gjennom slurv når det gjelder å beskytte pasienten ved pleietiltak, eller ved uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s. 70).

Å beskytte pasientens integritet kan også handle om å opprettholde taushetsplikt på flere måter. Blant annet kan dette for helsearbeidere handle om å ikke gi seg til kjenne som ansatte når de er ute på tur med pasientene. Det å legge bort identitetskortet sitt når de er ute på tur med pasienter er en enkel metode. Det kan likevel ha stor betydning for pasientene, som i en annen studie fremhevet dette som en viktig handling for opplevelsen av verdighet (Skorpen et al., 2015, s. 758).

Funnene i denne studien viste at helsearbeiderne var opptatt av å ta vare på pasientenes roller i livet som et ledd i å bevare verdigheten. Verdighet kan forstås som en subjektiv tilstand hvor

verdien mennesket tillegger seg selv spiller inn (Eriksson, 1995, s. 70), og det er av grunnleggende betydning for helse prosessen at pasienten opplever å ha en egen verdi (Eriksson, 1995, s. 71).

Foreldrerollen er en av de viktigste rollene i livet og blir en viktig rolle å ivareta, for de innlagte pasientene. Det er en rolle som blir sterkt utfordret for personer med psykisk lidelse. I følge Blegen (2012) kjempet mødre med psykiske lidelser for å være gode nok mødre, de hadde forventninger til seg selv om å være en omsorgsfull mor, men slet med å få det til når symptomene ble for sterke (Blegen et al., 2012, s. 422). Morsrollen innebar veldige positive opplevelser, og ga mening til livet, men mødrene følte skyld og skam når de ikke klarte å takle omsorgsrollen (Blegen, Eriksson, & Bondas, 2014, s. 852). Helsearbeidere må ta hensyn til det eksistensielle behovet for å få være mor. Dette har stor betydning for mor og barns psykiske helse (Blegen et al., 2016, s. 8). Det er all grunn til å tro at mye av dette også kan gjelde for fedre med psykiske lidelser. Det å ivareta foreldrerollen ble sett på som et sentralt tema i arbeidet på avdelingene. Det at helsearbeidere snakket med pasienten om dennes barn kunne være av vesentlig betydning. De fleste foreldre liker godt å snakke om egne barn, selv om det kan være et sårt tema for mange av pasientene. Deltakeren fortalte at det hadde skjedd en stor endring i forhold til barn og familie i positiv retning. I 2009 vedtok Stortinget endringer i lov om helsepersonell §10-a der de pålegger helsepersonell en plikt til å dekke mindreårige barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Dette gjelder blant annet når foreldrene har psykisk sykdom (Helsepersonell loven, 1999). I tillegg ble helseinstitusjoner pålagt å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). På avdelingene hadde dette resultert i at en av miljøterapeutene var tildelt oppgaven som barneansvarlig, og koordinerte oppfølgingen av pasientenes barn og familie. Helsearbeiderne kartla familiesituasjonen ganske tidlig, kalte inn til familiesamtale og vurderte om barnet trengte mer oppfølging, om de fikk oppfølging et annet sted, eller om det ble vurdert at barnet var godt nok ivaretatt. Erfaringer fra praksis viser at det at barn får komme på besøk, og selv se at foreldre får hjelp og blir tatt vare på, kan være betydningsfullt for hvordan barnet takler foreldrenes innleggelse.

Den ytre dimensjon av verdighet innbefatter begreper som ære, rang, embete og anseelse (Eriksson, 1995, s. 70), dette er områder hos mennesker med psykiske lidelser som ofte er redusert. Personer med psykisk lidelse strever ofte med økonomisk utrygghet i tillegg til sykdommen. Deltakerne fortalte at å hjelpe pasientene med kontakt på NAV for å oppnå økonomisk støtte, eventuelt arbeidstrening og noen ganger bolig, var en viktig del av det

miljøterapeutiske arbeidet på avdelingene. Dersom pasienten hadde familie var ofte familien skadelidende på grunn av pasientens lidelse, også økonomisk. Dette kunne gi pasientene en følelse av skam. En av deltakerne fortalte om en familie som på grunn av sykdom hadde så dårlig råd at de ikke hadde råd til å sende barna på fritidsaktiviteter. Da satt miljøterapeutene pasienten og familien i kontakt med familiesenteret i bydelen, slik at de kunne få økonomisk hjelp til barna. Dette kan synes som et tiltak for å bringe verdighet til hele familien.

For noen pasienter ble det forsøkt å komme i gang med aktiviteter på dagtid, eventuell jobb. Frihet, ansvar, plikt er verdier i verdighetsbegrepet (Edlund et al., 2013, s. 364), og det å ikke være avhengig av økonomisk støtte kan gi en følelse av frihet. Verdigheten kan styrkes ytterligere ved å ha et ansvar og en plikt i forbindelse med jobb, eller andre forpliktelser. Mennesket har behov for å ha noen som forventer noe av deg, noen som venter på deg og en følelse av å være verd noe (Eriksson, 1995, s. 38). Deltakerne var opptatt av at å bidra i arbeidet med aktiviteter på dagtid også var en del av å ivareta verdigheten.

#### 5.4. Å ivareta pasientenes rett til medbestemmelse.

Å ivareta pasientenes rett til medbestemmelse handler om at pasienten skal ha rett til å være med å velge hvordan egen behandling kan utformes, samtidig som det forventes at de skal delta i noen av de miljøterapeutiske aktivitetene på avdelingen. Både funn i studien og funn i andre studier viser at balansegangen mellom medbestemmelse og forventninger kan oppleves som en etisk utfordring for helsearbeiderne.

Det kan se ut som vanskelighetene melder seg når pasientene utfordrer den miljøterapeutiske strukturen. På den ene siden har pasientene rett til å medvirke i planlegging og gjennomføring av miljøterapeutiske aktiviteter og i egen behandling (Oeye et al., 2009, s. 294). På den andre siden skal de forberedes på livet utenfor sykehuset ved å lære ferdigheter, og jobbe mot en normal tilværelse. Den miljøterapeutiske strukturen har som formål å bedre pasientenes kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Vatne, 2006, s. 27). Helsearbeiderne er opplært til at de miljøterapeutiske aktiviteter er utarbeidet for å virke fremmende på pasientenes bedringsprosesser. Deres motivasjonsarbeid for å få pasientene til å engasjere seg og delta i aktivitetene, kan derfor være faglig begrunnet samtidig som det også kan forklares med strukturen på avdelingen. Frivillighet og pasientenes rett til å medvirke i egen behandling kan derfor av og til virke som en utfordring for den miljøterapeutiske strukturen.

Helsearbeiderne i studien opplevde at å motivere pasienter til en tur i nærmiljøet ble vanskelig når vedkommende egentlig forsto hvorfor pasienten ikke ville. Det at avdelingene gikk en fellestur i nærmiljøet kunne virke stigmatiserende for enkelte pasienter, eller de var slitne etter en urolig natt eller vanskelige tanker. Å tvinge pasienten til å gjøre noe han egentlig ikke orker kan oppfattes som en form for maktutøvelse. Samtidig fratras pasienten sin rett til å være pasient (Eriksson, 1995, s. 73). Studier har vist at helsearbeidere ble mer opptatt av å presse pasientene til å delta i de miljøterapeutiske strukturene, enn i å involvere seg i eget behandlingstilbud (Mathisen et al., 2015, s. 26). Deltakerne fortalte at de var opptatt av å ta vare på pasientene som likeverdige og voksne mennesker. De hadde kunnskap om at det å stå opp om morgenen og komme i gang med dagens aktiviteter sannsynligvis kunne hjelpe mot pasientens symptomer og bedre den psykiske helsen, likevel gav de uttrykk for at noen pasienter som ønsket det kunne ligge lenger om morgenen. Andre studier har vist at å skulle møte pasientenes individuelle ønsker og behov i kombinasjon med de daglige rutinene og avdelingsstrukturen kunne sette helsearbeidere i dilemmaer, og medføre at den enkelte pasients ønsker måtte vike for fellesskapets behov og opprettholdelse av rutinene (Mathisen et al., 2015, s. 25). Deltakerne i studien betrodde at de mente krav om deltakelse på aktiviteter kunne virke inn på pasientenes opplevelse av verdighet. Samtidig var de også opptatt av at pasientene ikke bare skulle bruke avdelingen som et sted å være, men være aktive i egen behandling.

Pasientene ble forsøkt ansvarliggjort under innleggelsen. I denne konteksten betyr det at pasientene uttrykte muntlig og skriftlig hva de ønsket å jobbe med. Det ble forventet at de samarbeidet med behandlingsteamet og deltok på ulike miljøterapeutiske grupper og aktiviteter. Det er viktig for pasientens verdighet å oppleve seg selvstendig og verdifull, samt å ha kontroll over situasjonen og kunne ta ansvar (Edlund, 2017, s. 366). Hvis pasienten fratras ansvar står verdigheten i fare for å bli krenket (Eriksson, 1995, s. 70).

Erfaring, innspill fra deltakerne samt informasjon fra andre studier viser likevel at noen av pasientene ikke klarer å leve opp til det som forventes av dem, de har behov for at andre tar over ansvaret en periode. Rollen som pasient kan krenke verdigheten, men å ikke få lov til å være pasient når de har behov for det kan også oppleves som krenkende (Edlund, 2017, s. 369). Hvis det legges for stort ansvar på pasienten, som på grunn av sykdom ikke orker eller klarer å leve opp til det, kan man risikere at situasjonen mislykkes, og pasienten føler seg krenket. Det finnes situasjoner hvor mennesket må få være i lidelsen og få lov til å være pasient (Eriksson, 1995, s. 56). Det blir helsearbeiderens oppgave å forstå pasientens

situasjon slik at man finner balansen mellom det pasienten klarer å gjøre, hva han vil gjøre og hva kulturen på avdelingen påbyr pasienten å gjøre (Edlund, 2017, s. 369). Når et menneske blir innlagt på sykehus og møter en helsearbeider, forventer det at den profesjonelle helsearbeideren skal se og forstå hvordan de har det, inkludert den lidelsen de går gjennom (Arman, 2012, s. 194).

Som følge av de siste års reformendringer innen psykisk helsevern, er det i dag er færre sykehussenger for mennesker med psykisk lidelse, og pasientene på DPS er innlagt i kortere perioder enn tidligere. Helsearbeiderne i studiet opplever at dette har ført til et større fokus på pasientenes utskrivingsdato og bestilling fra henviser. Det oppleves at denne bestillingen ofte ikke stemmer overens med det pasienten ønsker hjelp til, og at bestillingen fra henviser da er det som blir sett på som gjeldende. Deltakerne opplever dette som et etisk dilemma, der de må stå i bresjen for pasientens rett til medbestemmelse. Hvis helsearbeideren blir en del av en pleiesituasjon man ikke ønsker å være en del av, kan dennes verdighet krenkes (Edlund, 2017, s. 369).

## 6.0 Helhetlig forståelse

Helsearbeiderne som deltok i studien uttrykte at de ikke tenkte så mye på verdighet, og ivaretagelse av denne i det daglige miljøterapeutiske arbeidet. Gjennom intervjuene, analyse og fortolkning er min forståelse at de la vekt på ivaretagelse av pasientenes verdighet. Selv om begrepet ikke ble løftet i de faglige diskusjonene ser det ut som det vil komme fram i relasjonen med pasientene.

Å beskytte og ivareta pasientenes verdighet så mye som mulig, bør være helsearbeiderens fokus i alt helsearbeid (Heijkenskjöld et al., 2010, s. 313), men det kan oppleves utfordrende i psykisk helsevern. En måte å forstå dette på er at det kan være krevende å mestre de komplekse kravene til ivaretagelse av pasienter på psykiatriske avdelinger (Skorpen et al., 2015, s. 762). De elementer som er viktig for at pasientene skal føle seg verdig behandlet, kan være vanskelig å huske på for de ansatte i en travel hverdag.

Helsearbeideren skal sørge for at pasienten får oppleve sin fulle verdighet og forhindre krenkelser (Eriksson, 1995, s. 71). Samtidig skal de støtte pasienten gjennom sterke følelser, berolige ved angst, sette grenser og være en tur og treningspartner. En av deltakerne i studien beskrev det som å gå på en stram line hele tiden, og fremhevet også betydningen av å ha flere års erfaring med miljøterapi.

De generelle forventningene på avdelingene var at pasientene skulle samarbeide, medvirke i egen behandling og engasjere seg i de miljøterapeutiske aktivitetene. Det kunne likevel se ut som helsearbeiderne møtte pasientene med lavere forventninger når det var behov for det. Det kunne virke som de så pasientens ønsker og behov, og stolte på sine egne vurderinger i situasjoner hvor det ikke var mulig å følge de gitte regler og rutiner på avdelingen.

Både helsearbeideren og pasienten kan bli krenket i en behandlingsrelasjon (Eriksson, 1995, s. 71). Når pasienten ikke blir sett og møtt på sine behov, kan det medføre at verdigheten krenkes, dette innebærer at også helsearbeiderens verdighet kan krenkes. Helsearbeideren kan føle seg utilstrekkelig og uten evne til å ta ansvar over situasjonen, noe som truer hennes verdighet. Det blir viktig å formidle kunnskap om hva som kan fremme og hva som kan true verdigheten for helsearbeidere som befinner seg i relasjoner med sårbare pasienter (Heggstad Tolo, 2016, s. 2). Når helsearbeideren ser pasientens ønsker og behov, og har mot til å møte disse og ta sitt ansvar, bevarer hun også sin egen verdighet (Edlund, 2017, s. 371).

Metoden som ble brukt på de avdelingene deltakerne arbeidet var kognitiv miljøterapi. I min forforståelse var jeg undrende til om denne metoden kunne fremme eller hemme pasientenes opplevelse av verdighet. Mitt helhetsinntrykk er nå at metoden spiller mindre rolle for å ivareta verdigheten, det er heller helsearbeidernes holdninger som er av betydning. Mye tyder på at det kan være tilstedeværelsen og måten man er til stede på som er viktig i helsefaglig praksis (Nortvedt & Grimen, 2004, s. 29).



## 7.0 Vurdering av studiens vitenskapelige kvalitet

### 7.1 Pålitelighet.

For å styrke studiens pålitelighet har jeg beskrevet konteksten dataene er samlet inn i, egen forforståelse og erfaringsbakgrunn. I tillegg har jeg forsøkt å vise en detaljert og åpen fremstilling av forskningsprosessen (Johannessen et al., 2016, s. 230).

### 7.2 Troverdighet

For å få svar på problemstillingen har kvalitative intervjuer vært en gunstig metode, da de gav mulighet for å utdype svarerne jeg fikk. Selv om jeg har forsøkt å være nøytral vil fortolkningen ha preg av min forforståelse. Det har ikke vært mulig å få en annen forsker til å gå gjennom funnene for å se om vedkommende hadde kommet fram til samme resultat.

Deltakerne har ikke blitt presentert funnene for å kunne gi sin bekreftelse, men jeg har gitt en kort oppsummering på slutten av hvert intervju for å få bekreftet om jeg har fått med hovedpunktene. Jeg har imidlertid forsøkt å tydeliggjøre grunnlaget for fortolkningene ved å redegjøre for hvordan analysen har gitt grunnlag for de konklusjoner jeg har kommet fram til jmf. Thagaard (2013, s. 205).

### 7.3 Overførbarhet

Intervjuenes strategiske utvalg, som representerte et variert utvalg av helsearbeidere med tanke på utdanning, alder og erfaring håpes å kunne sikre noe overførbarhet. I tillegg til at deltakerne er valgt ut fra to forskjellige poster som dekker noe ulike pasientgrupper, er det forhåpninger til at flere helsearbeidere ved DPS døgnavdelinger, samt fra andre psykiatriske avdelinger kan gjenkjenne noen av studiens funn.

### 7.4 Bekreftbarhet

Det er forsøkt beskrevet de valg som er gjort gjennom forskningsprosessen slik at lesere av studien kan ha mulighet til å vurdere studien. Andre studier har noen fellestrekk med funnene i denne studien, det kan derfor være grunn til å tro at noen av temaene kan berøre helsearbeidere også i andre kontekster.

## 8.0 Implikasjoner for praksis

Betydningen av å ivareta pasientenes verdighet er allmenn kjent av helsearbeidere, men det snakkes lite om hvordan man går fram for å oppnå dette.

Psykisk helsearbeid er inne i en periode hvor stadig nye behandlingsmetoder løftes fram, også innen miljøterapi. Verdighet er et grunnleggende begrep, uavhengig av metode men ikke mindre viktig.

Helsearbeidere bør få opplæring i hva som fremmer og hva som hemmer verdighet, samt kunnskap om hva som krenker egen verdighet.

Forhåpentlig kan denne studien gi et lite bidrag til denne kunnskapen, samt inspirere helsearbeidere til å fokusere på betydningen av å ivareta pasientenes verdighet.

## 9.0 Videre forskning

En naturlig fortsettelse av denne studien ville vært hvordan pasientene opplevde at egen verdighet ble ivaretatt på en DPS døgnavdeling.

Det er lite forskning på pasientenes opplevelser på psykiatriske døgnposter. Noe av årsaken kan være pasientenes psykiske tilstand ved innleggelse, og kort innleggelsestid. Det bør likevel være mulighet på DPS, da pasientene på denne type avdelinger kan være innlagte og stabile lenge nok til at forskning skulle kunne gjennomføres.

## Referanser

- Andersen, A. J. W. (1997). *Uten fasit : perspektiver på miljøterapi*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Arman, M. (2012). Lidande. In I. Bergbom & L. W. Gustin (Eds.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* Lund: Studentlitteratur.
- Blegen, N. E., Eriksson, K., & Bondas, T. (2014). Through the depths and heights of darkness; mothers as patients in psychiatric care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(4), 852-860.
- Blegen, N. E., Eriksson, K., & Bondas, T. (2016). Ask me what is in my heart of hearts! The core question of care in relation to parents who are patients in a psychiatric care context. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 30758.
- Blegen, N. E., Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2012). Experiences of motherhood when suffering from mental illness: A hermeneutic study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 419-427. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00813.x
- Borg, M., & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforl.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Dramsdahl, M., & Jordal, H. (2015). *Kognitiv miljøterapi, samarbeid og endring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Edlund, M. (2017). Vardighet. In L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Eds.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (Andra upplagan. ed.). Lund: Studentlitteratur AB.
- Edlund, M., Lindwall, L., Post, I. v., & Lindström, U. Å. (2013). Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), 851-860.
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé* (2. uppl. ed.). Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: TANO.
- Eriksson, K. (2013). Jag var der, jag såg, jag vittnade och jag blev ansvarlig - den vårdande etikens mantra. In H. Alvsvåg, Å. Bergland, O. Førland, & K. Martinsen (Eds.), *Nødvendige omveier : en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Gadamer, H.-G., & Holm-Hansen, L. (2010). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Del 3. Oslo: Pax.
- Gustin, L. W. (2012). Medlidande. In I. Bergbom & L. W. Gustin (Eds.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Heggestad Tolo, A. K. (2016). Verdighet og autonomi i demens og psykisk helsearbeid.
- Heijkenskjöld, K. B., Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010). The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 17(3), 313-324.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell.  
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Horvatn, A. O. (2001). The Alliance. *Psychotherapy*, 38.
- Hummelvoll, J. K., & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hummelvoll, J. K., Østeby, T., Schøyen, W., & Nystad, J. (1982). *Helt - ikke stykkevis og delt : synspunkter på psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kåver, A. (2012). *Allianse : den terapeutiske relasjonen i KAT*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi. *Psykologi.no/2015/02*.
- Lindwall, L., Boussaid, L., Kulzer, S., & Wigerblad, Å. (2012). Patient dignity in psychiatric nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 569-576.
- Løvaas, E., & Johansen, A. (2011). Kognitiv miljøterapi ved seksjon allmennpsykiatri og seksjon psykoser, Sykehuset Levanger. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, 3, 33-40.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforl.
- Martinsen, K., & Kjær, T. A. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.
- Mathisen, V., Obstfelder, A., Lorem, G., & Måseide, P. (2015). User participation in psychiatric institutions - Practicing of "user participation" through milieu therapeutic activities. [Brukermedvirkning i psykiatriske institusjoner. Praktisering av "brukermedvirkning" gjennom miljøterapeutiske aktiviteter]. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(2), 16-31.

- Norsk Sykepleieforbund (2011). Etiske retningslinjer for sykepleiere.  
[https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nordenfelt, L. (2004). The varieties of dignity. *Health care analysis*, 12(2), 69-81.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Oestrich, I. H., & Holm, L. (2001). *Kognitiv miljøterapi : at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Oeye, C., Bjelland, A. K., Skorpen, A., & Anderssen, N. (2009). User participation when using milieu therapy in a psychiatric hospital in Norway: a mission impossible? *Nursing inquiry*, 16(4), 287-296.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) Lov om pasient – og brukerrettigheter.  
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>
- Psykisk helsevernlov (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.  
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Skorpen, F., Rehnsfeldt, A., & Thorsen, A. A. (2015). The significance of small things for dignity in psychiatric care. *Nursing Ethics*, 22(7), 754-764.  
doi:10.1177/0969733014551376
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi boken : mentalisering som holdning og handling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.  
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenester>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405.
- Vatne, S. (2006). Korrigere og anerkjenne. *Relasjonens betydning i miljøterapi. (The importance of relations in milieu therapy)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien*(3).

Widerberg, K., & Bolstad, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt : en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforl.

Nina Blegen  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO



Vår dato: 02.01.2017

Vår ref: 51287 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51287</i>	<i>Verdighet i psykisk helsearbeid. Hvordan forstår helsearbeidere begrepet verdighet, og hvordan ivaretas det i relasjon til pasienter på psykiatrisk døgnavdeling</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Nina Blegen</i>
<i>Student</i>	<i>Kari Flugstad</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## «Ivaretakelse av pasientenes verdighet i psykisk helsearbeid»

### Bakgrunn og formål

Prosjektet er en mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid på Høgskolen i Oslo og Akershus.

Prosjektet er tenkt å belyse hvordan miljøterapeuter forstår begrepet verdighet, og hvordan de ivaretar pasientenes verdighet på en psykiatrisk døgnpost.

*Problemstillingen lyder: "Hvordan forstår helsearbeidere begrepet verdighet, og hvordan ivaretas det i relasjon til pasienter på psykiatrisk døgnavdeling?"*

I dette prosjektet vil informasjonen innhentes fra DPS døgnposter som har innført kognitiv miljøterapi som metode.

Det er av betydning at de som intervjues kommer fra forskjellige profesjoner, som sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og andre miljøterapeuter.

### Hva innebærer deltakelse i studien?

Du får denne forespørselen fordi du, i kraft av din profesjon og ditt arbeid, har kunnskap om temaet.

Hvis du ønsker å delta i studien vil du bli intervjuet av studenten. Intervjuet kommer til å vare i ca.1 time og kan foregå på et egnet sted på din arbeidsplass.

Det er et åpent semistrukturert intervju hvor du vil bli spurt om arbeidsmetoder i kognitiv miljøterapi, og om din opplevelse av hvordan du ivaretar pasientenes verdighet i møtet med disse.

Intervjuene vil bli anonymisert, og det vil ikke lagres noen personopplysninger om deg.

Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptaker, og datamaterialet vil bli lagret på lydfil før det transkriberes på høgskolens datamaskin uten nett tilgang. Det transkriberte materialet inneholder ikke personopplysninger.

### Hva skjer med informasjonen om deg?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2017. Etter at masteroppgaven er vurdert vil innsamlet data bli makulert.



Alle personopplysningene vil bli behandlet konfidensielt.

Det vil ikke publiseres noen personopplysninger i oppgaven, men enkelte sitater kan presenteres uten at det vil komme frem hvem som har sagt det.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alt datamaterialet vedrørende din deltakelse i studien bli makulert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Kari Flugstad, tlf. 975 61620, mailadr: [karf@lds.no](mailto:karf@lds.no) eller veileder Nina Blegen, mailadr: [Nina.Blegen@hioa.no](mailto:Nina.Blegen@hioa.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

## **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide.

*Verdighet i psykisk helsearbeid.*

*Hvordan forstår helsepersonell verdighet, og hvordan ivaretas det i relasjon til pasienter på psykiatrisk døgnavdeling?*

### Bakgrunn

- Hvor lenge har du arbeidet på denne arbeidsplassen?
- Hva er din yrkesbakgrunn?
- Har du ansvar for å følge opp enkelte pasienter i posten?

### Verdighet

- Hvordan forstår du begrepet verdighet?
- Hva betyr verdighet for deg i møte med pasienten?
- Kan du forklare hvordan du ivaretar den innlagte pasientens verdighet gjennom arbeid som miljøterapeut?
- Kan du fortelle om en situasjon der du forsto at pasientens verdighet ble krenket?
- Hvordan fokuseres det på ivaretagelse av pasientenes verdighet i avdelingen?