

Sykepleieres erfaring med god brukermedvirkning i møte med etniske minoriteter innen rammene av psykisk helsearbeid

Elisabeth Andersen



Masteroppgave ved Institutt for Helse og Samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

23. september 2013

Sykepleieres erfaring med god brukermedvirkning i møte med etniske minoriteter innen rammene av psykisk helsearbeid

Av

Elisabeth Andersen

Masteroppgave ved Institutt for Helse og Samfunn
Avdeling for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

23. september 2013

© Forfatter: Elisabeth Andersen

År: 2013

Tittel: *Sykepleieres erfaring med god brukermedvirkning i møte med etniske minoriteter innen rammene av psykisk helsearbeid*

Forfatter: Elisabeth Andersen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Elisabeth Andersen	Dato: 23. september 2013
Tittel: Sykepleieres erfaring med god brukermedvirkning i møte med etniske minoriteter innen rammene av psykisk helsearbeid	
Sammendrag: <p>Bakgrunn: Innen flerkulturell kompetanseheving er det et økende fokus på profesjonsutøveres egne holdninger og forutsetninger for å kunne se det andre mennesket og gjenkjenne felles menneskelige prosesser. Samtidig vektlegges brukermedvirkning som retningsgivende begrep for psykisk helsearbeid generelt</p> <p>Hensikt: Det er ønskelig å identifisere faglige kjennetegn som kan knyttes til de situasjonene innen klinisk praksis, der sykepleiere synes de selv erfarer god brukermedvirkning i møte med minoritetspasientene.</p> <p>Metode og analyse: Datainnsamling er basert på fem intervjuer der sykepleierne innledet med å fortelle en eller to historier der hun syntes hun lyktes med god brukermedvirkning. Giorgis deskriptive fenomenologiske metode er benyttet for analyse.</p> <p>Resultater: Tillit og relasjon er bærende for god brukermedvirkning. Resultatene fremstilles som en kronologi fra der forutsetningene for tillit etableres. Utgangspunktet er at sykepleieren anerkjenner at familien er den naturlige omsorgsinstitusjon (1). Familien er enten avgjørende tilstede eller smertefullt fraværende i pasientens liv. For å komme i posisjon må derfor sykepleieren transformere seg fra å være en systemrepresentant til å bli en naturlig del av pasientens opplevde nære nettverk (2). Forutsetningen for transformasjonen er opparbeidelse av tillit og fortrolighet. Sykepleieren er i denne prosessen ikke redd for å bryte behandlingstradisjoner. Hun inngår i det henseende en særegen relasjon der hun fremstår som en del av pasientens utvidede familie. Sykepleieren utviser respekt for det ennå ikke forståtte. Hun vektlegger ikke etnisitet men velger å forstå pasienten som nær og begripelig. Brukermedvirkningens mål er at pasienten blir det sterke levende vesenet i den gode hverdagen (3)</p> <p>Teori: Funnene diskuteres opp mot aktuelle teoretikere som Luhmann, de Boer og Barker.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierne i studien benytter seg av metoder for medvirkning som baserer seg på at pasienten eier og viderefremidler kompetansen om sitt eget liv. Når sykepleieren ikke vektlegger etnisitet men heller velger å se pasienten som nær og forståelig, gjør sykepleieren en nødvendig seleksjon i en mulig overveldende kulturkompleksitet. Slik skaper hun egen håndterbarhet, vilje, mot og tillit til å stå i usikkerhet. Studien tyder på at grunnleggende relasjonskompetanse delvis kan kompensere for manglende kulturkjennskap og ferdighetstrening i møte med etniske minoriteter. Et større fokus på relasjonskompetanse i grunnutdanningen til sykepleiere, kan gi et godt bidrag til utvikling av god performativ kulturkompetanse som i tillegg er uavhengig av spesifikk etnisk kontekst.</p>	
Nøkkelord: Sykepleie. Brukermedvirkning. Psykisk helsearbeid. Flerkulturell kompetanse. Etniske minoriteter. Tillit. Relasjonskompetanse. Familiekontekst.	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for helse og samfunn, Avdeling for
sykepleievitenskap.
Boks 1130 Blindern, 0318 Oslo

Name: Elisabeth Andersen	Date: 23th of September 2013
Title: Nurses' experience with good user involvement in the face of ethnic minorities within the framework of mental health work	
Abstract: Background: Concerning cross cultural competence, there is an increasing focus on professional practitioners' own attitudes and prerequisites to be able to acknowledge the other person and recognize shared human processes. In addition is user involvement an important guideline term for mental health care in general. Purpose: It is desirable to identify professional characteristics that relate to situations in clinical practice where nurses experience good user involvement of immigrant patients. Method: Data collection is based on five interviews with nurses who set off with telling one or two stories where they found they had experienced good user involvement Analysis: Giorgi 's phenomenological method was used for analysis. Results: Trust and the relationship itself anchor good user interaction. The results are presented as a chronology that starts at the moment when trust is established. The starting point is that the nurse recognizes that the family is the natural unit of care (1). The family is either essentially present or painfully absent in the patient's life. To get in position the nurse must transform herself from being a system representative to becoming a natural part of the patient's experienced close network (2). The prerequisite for the transformation is obtaining trust and confidentiality. In this process of building trust, the nurse is not afraid to break traditional approaches to treatment. In that regard she engages in a distinctive relationship in which she presents herself as a part of the patient's extended family. The nurse demonstrates respect for what it is not yet understood. She does not emphasize ethnicity, but choose to consider the patient as close and intelligible. The objective of user involvement is attaining the strong, living being, and the experience of a good everyday life (3) Theory: The findings are discussed on the basis of contemporary theorists such as Luhmann, de Boer and Barker. Conclusion: The nurses in the study make use of methods of involvement based on the patients owning and disclosing expertise about their own lives. When the nurse does not emphasize ethnicity but rather chooses to see the patient as close and intelligible, the nurse deliberately reduces a potentially overwhelming cultural complexity. Thus she creates her own manageability, determination, courage and confidence in the face of uncertainty. The study suggests that basic relational skills, can partially compensate for a lack of cultural awareness and skill training to meet ethnic minorities. A greater focus on relationship skills in basic education of nurses, can contribute significantly to the development of good performative cultural competence, which is also independent of specific ethnic context.	
Key words: Nursing. User involvement. Mental health work. Cultural competence. Ethnic Minorities. Trust. Relationship competence. Family context.	

Forord

Helt siden jeg gikk på sykepleiehøgskolen har jeg interessert meg for omsorg overfor etniske minoriteter. Det fremstod for meg ganske tidlig at sykdom er en tid der man blir ekstra sårbar hvis de som skal hjelpe deg ser på deg som fremmed og uforståelig. Videre tenkte jeg at sykdomstiden bør være fredet fra krav om integrering og tilpasning til storsamfunnet. Derfor har en mengde av mine oppgaver og prosjekter under grunn- og videreutdannelser rettet seg mot problemstillinger i møtet mellom norsk helsevesen og flerkulturelle pasienter.

I Norge har vi våre nasjonale etniske minoriteter som kan minne oss om at flerkulturelle møter ikke er noe nytt her til lands. Men Norge har også en fortid preget av krig og traumer fra en tid der 'posttraumatisk stressyndrom' ennå ikke hadde fått et navn. Spesielt var befolkningen i Finnmark utsatt. Lokalbefolkningen var vitne til tortur og drap av russiske krigsfanger, og etter hvert ble deres egne hjem brent. Mine besteforeldre ble drevet til flukt i fjellene, til fots, og gjennom en lang og kald vinter måtte de gjemme seg for tyskerne. Tre dager etter frigjøringen ble min mor født i en gamme i Lakselvdalen.

Min generasjon gjenopplevde krigen gjennom de som levde den. Jeg er, tross mitt norske navn, selv en etnisk minoritet med samisk, kvensk og norsk bakgrunn. I min hjemkommune i Finnmark vokste jeg opp under et kontinuerlig flerkulturelt møte som naturlig nok utfordret forestillingen om en bestemt tilhørighet og identitet, og derav et manglende enkeltstående referansesystem. Jeg ble en søkende person som tidlig lot meg inspirere av andre tenkemåter og fremmede lands kulturer. Siden så mange av mine venner er etniske minoriteter og kommer fra forskjellige land, er det ikke felles kulturelle referansepunkter som fører oss sammen. Det er noe med en felles situasjon som vi gjenkjenner i den andre. Slik kan paradoksalt nok det flerkulturelle møtet skape et inkluderende felleskap på tvers av etniske grenser. Jeg tror og håper det også er slik fremtiden vil bli under den økende globaliseringen. Likeså tror jeg at nye styringsformer i helsevesenet vil fremtvinge et økende behov for metoder som kan benyttes universelt, uavhengig av kulturell tilhørighet. Når jeg nå avslutter masterarbeidet mitt, håper jeg at jeg har gitt et slikt bidrag til en forståelse av generell performativ kulturell kompetanse.

Det er mange jeg vil takke. Aller først må jeg takke de generøse bidragsgiverne til studien. Etter hvert intervju gikk jeg hjem med en andektig følelse av både ydmykhet og stolthet over å tilhøre et så kompetent profesjonsfelleskap. Deretter vil jeg takke min familie og mine venner som har heiet meg fram. Videre ville jeg ikke greid meg uten mine fantastiske veiledere, Inger Daae-Qvale og Rob Bongaardt. De kommer fra hver sin institusjon og har forskjellig faglig bakgrunn. Det har vært en stor fordel for prosjektet. Jeg vil også takke Randi Nord på avdeling for sykepleievitenskap som har stått bak meg underveis. Og jeg vil takke mine tre flotte sønner som har vært gode medspillere for å få hverdagen til å gå rundt.

Kragerø, september 2013

Elisabeth Andersen

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og problemstilling	1
1.1	Oppgavens avgrensning og oppbygging.....	2
1.2	Etniske minoriteter og faren for fastfrysing av gruppemønstre.....	3
3	Kunnskapsforankring og forforståelse	9
3.1	Psykisk helsearbeid i spenningsfeltet mellom flere diskurser	11
3.1.1	Psykiatrien: Mennesket er underlagt naturlover.....	11
3.1.2	Nye styringsformer i helsevesenet	13
3.1.3	Psykisk helsearbeid – et oppbrudd og en ny måte å tenke på	14
3.2	Brukermedvirkning.....	16
3.2.1	Tidligere forskning om brukermedvirkning.....	18
3.3	Hva lærer sykepleiere om migrasjon og helse?.....	23
3.4	Oppsummering	24
4	Metodisk tilnærming	27
4.1	Fortellinger og intervjuer som datakilde	28
4.1.1	Utforming av forskningsspørsmål.....	29
4.1.2	Utvalg og gjennomføring av intervju	29
4.1.3	Datamaterialets karakteristika	30
4.1.4	Etiske betraktninger.....	31
4.2	Giorgis deskriptive fenomenologiske metode	32
4.2.1	Analyseprosessens forskjellige trinn.....	34
4.2.2	Metodeoverveielser	36
5	Funn.....	41
5.1	Essensiell meningsstruktur	41
5.2	«Samfunnet er familien, det!». Sykepleierens rammebetingelser	42
5.2.1	“Det var også familiemedvirkning”.	42
5.2.2	Når familien er smertefullt fraværende	43
5.2.3	Oppsummering	44
5.3	Sykepleierens transformasjon fra systemrepresentant til en person i pasientens opplevde naturlige nettverk.....	45
5.3.1	Å etablere tillit og fortrolighet	45

5.3.2	Å bryte behandlingstradisjoner for å møte pasientens behov	49
5.3.3	Respekten for det ennå ikke forståtte	51
5.3.4	Etnisitet vektlegges ikke – pasienten oppleves nær og forståelig	54
5.3.5	Oppsummering	55
5.4	”Et sterkt levende vesen” og den gode hverdagen. Brukermedvirkningens mål.....	56
6	Diskusjonsdel	59
6.1	Familien som den naturlige omsorgsinnsstans.....	59
6.2	Fra systemrepresentant til en del av pasientens opplevde naturlige nettverk. Tillitens betydning.....	60
6.2.1	Betydningen av å bryte behandlingstradisjoner : Relasjonen og symbolikken.	62
6.2.2	Respekten for det ennå ikke forståtte. To diskusjonspartnere og en verden.	67
6.2.3	Når etnisitet nedbetones, reduseres kompleksitet	72
6.3	En diskusjon om profesjonalitet og sykepleierens rolle i et brukermedvirkningsperspektiv	77
6.4	Oppsummering	80
7	Avslutning	83
	Litteraturliste	85
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv	89
	Vedlegg 2: Samtykkeskjema	91

1 Innledning og problemstilling

«Jeg er syk», sa han, «Men jeg er ikke idiot, jeg er ikke... Så gjennom vil jeg. Jeg vil. Sånn er det bare, jeg er voksen og jeg må ta ansvar for meg selv, dere må hjelpe meg med det, dere kan ikke sperre meg her i landet, dette landet er ikke fengsel for meg». Og behandleren hans vurderte det som en viktig faktor for bedring, at han fikk lov til det. (Lisa, kap. 4.4)

Hvordan erfarer sykepleiere god brukermedvirkning i møtet med etniske minoriteter innenfor rammene av psykisk helsearbeid? Dette spørsmålet utgjør problemstillingen og er utgangspunktet for denne masteroppgaven i sykepleievitenskap.

Det er i januar 2013 registrert 710 213 innvandrere i Norge, mennesker som enten har innvandret selv eller er født i Norge av to innvandrerforeldre (SSB, 2013). Det utgjør 14.1 % av befolkningen. Det er stor enighet om at etniske minoriteter fra lav- og middelsinntektsland, er mer utsatt for å utvikle psykiske lidelser enn resten av befolkningen (Jareg & Fjellanger, 2007). Årsakene knyttes bl.a. opp mot dårlige levekår, et manglende eller dårlig fungerende sosialt nettverk, stigma innen gruppen, traumer i fortiden, samt diskriminering. Til tross for at innvandrere har økt risiko for psykisk lidelse, er de underforbrukere av psykisk helsetjeneste, og de legges sjeldnere inn enn etnisk norske nordmenn (Ayaz T, 2008). Når pasientene blir innlagt, er de langt sykere og legges hyppigere inn ved tvang (Dalgard, Dalgard, Thapa, Hauff, & McCubbin, 2006). Kliniske, strukturelle og organisatoriske barrierer vanskeliggjør likevel tiltak og behandling når tjenesteapparatet endelig har kommet i en formell behandlingsposisjon til pasienten (Eike, Forsetlund, Kirkehei, & Vist, 2010).

Det foreligger en del forskning på minoritetspasienter som hovedsakelig har dreid seg om de særtrekk som karakteriserer pasientgruppens behov. Det eksisterer mindre forskning på hvilke betingelser helsevesenet selv innehar for å ivareta og imøtekomme disse behovene. Det er derfor et økt fokus på kommunikasjonsprosesser og det å bevisstgjøre helsepersonell i hvordan egne holdninger kan påvirke behandlingen. Å kunne se pasientens perspektiv og gjenkjenne emosjonelle underliggende prosesser som kan være felles menneskelige på tvers

av etnisk bakgrunn, anses nå som en verdifull kompetanse (Betancourt, Green, Carrillo, & Ananeh-Firempong, 2003)

For å bedre den psykiske helsen til innvandrerbefolkningen, vektlegger Rådet for psykisk helse at brukervedvirkning fra personer med minoritetsbakgrunn skal prioriteres høyere i offentlige tjenester (Jareg & Fjellanger, 2007, p. 43). Dette reiser spørsmål om hvorvidt helsetjenesten er forberedt på å møte og ivareta den flerkulturelle befolkningens forutsetninger for brukervedvirkning.

Jeg ønsker derfor å identifisere faglige kjennetegn som kan knyttes til de situasjonene innen klinisk praksis, der sykepleiere erfarer god brukervedvirkning i møte med minoritetspasientene. Datagrunnlaget vil være basert på intervjuer med sykepleiere innen distriktpspsykiatriske sentre (DPS). Resultatet vil bli analysert i henhold til Giorgios deskriptive fenomenologiske metode. Funnene presenteres for seg selv og utgjør prosjektets empiri. Empirien blir deretter diskutert opp mot relevant teori og forskning. Siden studien er induktiv har jeg ikke satt et forutgående teoretisk rammeverk for prosjektet.

1.1 Oppgavens avgrensning og oppbygging

Studien handler om sykepleiernes erfaring med god brukervedvirkning i møte med etniske minoriteter. Pasientenes perspektiv på god brukervedvirkning er derfor ikke en del av studien. Hva som kjennetegner dårlig brukervedvirkning er heller ikke en del av hensikten med studien. Systemets forutsetninger for at sykepleiere kan utføre god brukervedvirkning i møte med denne pasientgruppen, kan utgjøre et relevant bakgrunnsteppe og blir kortfattet presentert i kunnskapskapittelet. Men likevel er det ikke det jeg søker belyst gjennom den vitenskapelige undersøkelsen. Jeg skal ta for meg det personlige møtet mellom sykepleier og den enkelte pasient.

«Etniske minoriteter» henviser her til migrantpasienter. Ikke alle etniske minoriteter i Norge har innvandrerbakgrunn og de faller utenfor studiens hensikt. Jeg velger å omtale personene jeg setter sykepleierne opp mot i studien som pasienter i stedet for brukere. Det skyldes at begrepet «pasient» har lang tradisjon i sykepleiefaget, og er også det begrepet det viste seg at bidragsgiverne til studien valgte å benytte. Selv om ord gjerne antas å uttrykke bakenforliggende meninger og tankestrukturer, ligger det ingen underliggende føringer for valg av dette begrepet fra min side.

Oppgaven har følgende hoveddeler: Etter innledning tar jeg for meg kunnskapsforankring og forforståelse. Her gjør jeg rede for konteksten jeg tenker meg at sykepleierne jobber under i det de skal ivareta brukerens stemme. Jeg gjør rede for hva psykisk helsearbeid og brukervedvirkning innebærer. Jeg gjør også rede for forskning omkring temaet brukervedvirkning. Kapittelet avsluttes med en kort oversikt over hva sykepleiere lærer om etniske minoriteter, både innen grunnutdanningen og videreutdanningen i psykisk helsearbeid. I tredje kapittel gjør jeg rede for metoden jeg vil bruke, og her diskuterer jeg metodeoverveielser parallelt som jeg gjør rede for det teoretiske perspektivet til metoden jeg har valgt å benytte. Deretter kommer en presentasjon av funnene, før jeg i femte kapittel diskuterer disse opp mot relevant forskning og teori.

1.2 Etniske minoriteter og faren for fastfrysing av gruppemønstre

Det kan virke betenkelig at jeg allerede i problemstillingen problematiserer brukervedvirkning med etniske minoriteter. Det kunne tilsynelatende forstås som at jeg tar utgangspunkt i at minoritetene er ‘annerledes’ enn ‘oss’ (Gullestad, 2002; Said, Thorbjørnsrud, & Aabakken, 2001). For hvorfor skulle ellers brukervedvirkning være et relevant tema i sammenheng med etniske minoriteter? Med andre ord har jeg selv satt meg i en posisjon der jeg kan bidra til å forsterke rådende oppfatninger om etniske minoriteter på en måte som fratår mennesket sin særegenhet og vektlegger etnisk opprinnelse før den sosiale kontekst. Jeg risikerer at mitt prosjekt kan forstås som enda et bidrag til problematiseringen og stigmatiseringen av innvandrere i det jeg tilsynelatende vektlegger etnisitet og innvandrerstatus som viktigere enn individets opplevde hverdagsliv. Det vil være temmelig paradoksalt med selve hensikten med oppgaven der brukerstyring og individorientering er i fokus. Det er ikke min mening å bidra til en forsterkning av forståelsen av etniske minoriteter som ‘de andre’. Jeg slår kun fast at denne pasientgruppen er ekstra utsatt for psykisk lidelse og de er samtidig underforbrukere av systemets tjenester. Det er sykepleierens yrkesutøvelse som i denne oppgaven er relevant. Likevel vil jeg gjøre rede for valg av begreper da man ofte knytter enkeltord forbundet med denne gruppen opp mot større meningsstrukturer.

I problemstillingen har jeg benyttet begrepet ‘etniske minoriteter’ for pasientgruppen jeg velger å sette sykepleierne i relasjon til. Det er ikke et ideelt valg, men likevel et nøye vurdert valg. For å gjøre skriveingen enklere er jeg i behov for å bruke et begrep som omtaler

pasientgruppen jeg stiller sykepleierne opp mot. Innen samfunnsvitenskapene har det vært nødvendig å anvende slike arbeidsbegreper, og i Norge er eksempelvis nasjonal opprinnelse sentralt i offentlige statistikker (Gullestad, 2002). Men når man benytter begreper som nasjonalitet, etnisk gruppe, rase, kjønn, klasse og alder som arbeidsbegreper i datasamlingsmetoder, gir man disse kategoriene en selvfølgegjort materiell eksistens. En videre bruk av slike begrep gjennom såkalt 'handlingsorientert' samfunnsvitenskap, politikk og offentlig forvaltning, kan føre til en fastfrost forståelse av 'innvandrere' som spesielt problematiske (Gullestad, 2002, p. 42). Det særegne individet klippes ut av den sosiale konteksten det står i. De klassifikatoriske systemer reflekterer sosiale grenser og bidrar også til å skape dem, mener Gullestad. Den statistiske tenkemåten har blitt en del av almennkulturen og ansett som den eneste gyldige måten å oppnå kunnskap om samfunnet på (ibid, p. 43).

Sykepleievitenskapen har heller ikke vært fritatt fra teorier om fastfryste gruppemønstre i tilknytning til etniske minoriteter (Debesay, 2008). Madeleine Leininger innførte begrepet Transcultural Nursing (TCN) på femtitallet. Perspektivet hennes legger opp til at en utvikling av kunnskap om pasientens kulturelle særtrekk skal danne forutsetningen for å kunne yte pasienten kompetent omsorg og pleie (Leininger, 1988). TCN har vært den rådende tankegangen innen flerkulturell sykepleie, men har de siste tiår møtt en del kritikk. Debesay (2008) oppsummerer en rekke forhold som kan føre til en fremmedgjøring av pasienten når man fokuserer på kultur fremfor individ. En form for «katalogisering» av innvandrere, fører til en oppfatning av gruppemønstre som kan oppleves fornærmende for enkeltpersoner som ikke passer inn i sin gruppes kulturelle mønstre. Man har en underliggende pretensjon at innvandrere er homogene innad og samlet utad mot majoriteten. Man går ut fra at kun majoriteten har individuell variasjon der enkeltmennesker gis mulighet til å velge egen identitet i sentrum (ibid, p. 110). Debesay antar at årsaken til det kulturelle fokuset som kan gi en manualisert tilnærming til 'den andre', kan ha sin årsak i den medisinske tradisjon innen sykepleiefaget, der evidensbasert kunnskap tradisjonelt har gitt skjematiske tilnæringsmetoder. Men en kategorisering av mennesket på grunnlag av generelle trekk, reduserer også mennesket. Kulturinnfallsvinkelen kan fort føre til en feilaktig tolkning av pasientens motiver og behov. Man overser sosioøkonomiske faktorer og unngår et kritisk blikk på uakseptabel adferd fordi det blir forklart som kultur. Grunntanken om at all adferd er kulturelt relatert, motiverer ikke til forhandlinger.

For å forsøke å unngå å benytte begrep som kan oppfattes som en katalogisering av innvandrere, kunne jeg pekt på relasjonen mellom sykepleier og pasient, og benyttet begreper som 'tverrkulturelt møte'. Men begreper som 'tverrkulturell' og 'transkulturell' indikerer en kryssing av kulturgrenser som i seg selv kan oppfattes som besværlig og føre til en unødvendig følelse av ulyst hos behandleren (Hjelde, 1994). Videre avslører begrepsbruken en tankegang og forståelse som i følge Hjelde er strukturelt og maktmessig asymmetrisk, uniekulturelt og etnosentrisk. Det er 'den andres' kultur behandleren må arbeide på tvers av, og det norske problematiseres lite. Skulle man derimot anvende begrepet 'fremmedkulturelle pasienter', snakker man om pasienter som har en kultur som er fremmed for behandler. Med andre ord blir pasienten sett på med behandlerens øyne og fra behandlerens etniske ståsted, ikke fra pasientens eget ståsted. Det avspeiler en majoritets-minoritetssituasjon der behandleren har makt til å definere situasjonen på egne premisser. I tillegg eksisterer det allerede i utgangspunktet en asymmetri som ligger i behandlerens autoritet og pasientens hjelpebehov.

Når kultur blir tingliggjort står det i veien for åpenhet, empati og innlevelse, hevder Hjelde (1994). Hun hevder derimot et antropologisk syn på kultur som noe abstrakt, noe ikke mennesker har, men «et felles system av ideer, verdier og mening» (p. 13). Kulturen er ikke observerbar men ligger bak menneskers væremåter og handlemåte. Det tar form som felles retningslinjer og regler for forståelse og adferd. Det antropologiske kulturbegrepet er dynamisk, det læres gradvis i forbindelse med sosialisering inn i et samfunn, og det skapes, vedlikeholdes og endres gjennom sosial samhandling. «Man får ikke andre grenser mellom kulturer enn dem man selv skaper», skriver Hjelde (ibid), og begrunner det med at en hyppig måte kulturbegrepet benyttes er å etablere grenser som en måte å skille mennesker på. Hun skiller mellom kulturelle grenser og kulturelle forskjeller. Kulturelle grenser skapes gjennom samhandling. Kulturelle forskjeller er faktisk observerbart i det man eksempelvis kan skille mellom forståelse av følelseslivet og hva som kan avhjelpe emosjonelle problemer i forskjellige deler av verden. Erkjennelsen av kulturelle forskjeller åpner for en reflekterende undring og en større symmetri i behandlingssituasjonen. Hjelde poengterer likevel forskjellen mellom begrepet 'forskjellige kulturer' og 'kulturelle forskjeller' hvor det første begrepet er begrensende i det det tingliggjør kultur. Kultur forstås ofte i motsetning til natur, der kultur er det menneskeskapt, mens natur er det ville, naturlige, ustyrlige og kanskje skremmende (Horntvedt, 2012, p. 238). Tylor (etter Horntvedt, 2012, p. 239) pekte på en tilsynelatende sammenheng mellom hvilke verdier og normer som er dominante innenfor en gruppe mennesker, og hva slags natur disse lever i. Med andre ord knyttet han livsbetingelser opp

mot prioriteringer av verdier og normer. Arne Martin Klausen definerer kultur slik: «Kultur er de ideer, verdier, regler og normer som et menneske overtar fra den foregående generasjon og som man forsøker å bringe videre – oftest noe forandret – til neste generasjon» (ibid). Kultur handler om spilleregler for samhandling innenfor en gruppe, og kan oppleves som noe stabiliserende i et samfunn. Eriksen & Sajjad (2011, pp. 44-46) poengterer at kultur er noe som muliggjør kommunikasjon. Ikke bare språket men også kulturelle fellesnevnerer gjør kommunikasjonen lettere. Kulturforskjeller kan på den andre siden skape kommunikasjonsproblemer, misforståelser og konflikter. Kultur består av kunnskaper, ferdigheter og verdier som brukes selvstendig og som kan skiftes ut dersom omstendighetene tilsier det. Det er derfor ikke mulig å forutse hvordan enkeltmennesker handler, selv om man skulle ha inngående kjennskap til kulturelle regler og normer. Kulturbegrepet er et begrep som kan oppfattes som for rigid, lukket og deterministisk i det vi ofte tilskriver grupper kulturelle særtrekk tross store interne variasjoner (Horntvedt, 2012, p. 240). Horntvedt skiller mellom kultur og det fenomenologiske begrepet livsverden, i det sistnevnte er et mer individuelt begrep som ikke beskriver kollektivt fremforhandlede felles verdier og normer. Scollon, Scollon & Jones (2012, p. 9-10) anser begrepet 'diskursive systemer' som et langt mer anvendelig og analytisk arbeidsbegrep enn kulturbegrepet. Begge begrepene hjelper til å gi en forståelse av hvordan og hvorfor mennesker interagerer med hverandre. Men i motsetning til kulturbegrepet vil ikke begrepet diskursive systemer legge føringer for at interkulturell kommunikasjon har noe med at folk kommer fra forskjellige land å gjøre.

Etniske grupper forstås som menneskegrupper med en felles opphavsmyte. Det vil si at man har en forståelse av at de kommer fra samme sted og deler en felles historie. Etnisitet handler om identitetshåndtering og om hvordan mennesker organiserer virkeligheten sin på. Det kan defineres innenfra, av de gruppene som selv er involvert. Eller det kan defineres utenfra i møte med grupper som oppfattes som en annen etnisitet. Etnisitet har derfor ikke noe med gruppens egenskaper å gjøre, men det er noe som blir aktivisert i møte med andre mennesker (Horntvedt, 2012, p. 228)

Hjelde (1994) har gode forslag for hvordan omtale møtet mellom behandler og pasient der kulturelle forskjeller er et tema. I behandlingssituasjoner der det foreligger slike, foreslår Hjelde at man benytter begreper som er tilpasset det aspekt man velger å vektlegge. Når det er kulturelle forskjeller mellom behandler og pasient, kan relasjonen beskrives som 'tokulturell' eller 'flerkulturell' hvis den ene parten besitter mer enn en kulturell kompetanse.

Etter min mening vil dette begrepet også innebære en heldig likestilling mellom behandler og pasient i møtet med den kulturelle forskjellen. Når man derimot ønsker å vektlegge at de kulturelle forskjellene vil prege behandlingssituasjonen og kommunikasjonen gjensidig, foreslår Hjelde at man benytter begrepet 'interkulturelt helsearbeid/kommunikasjon'. Ønsker man å vektlegge behandlerens ansvar i situasjonen, med vekt på kommunikasjon, bevissthet omkring egen kulturell kompetanse og dens begrensninger, og det å møte pasienten der han er, vil begrepet 'kultursensitivt helsearbeid' være passende. Med disse formuleringene mener Hjelde at man avspeiler en symmetrisk behandlingssituasjon hvor pasienten kan fremstå som det individet han er.

I lys av det Hjelde skriver, virker det som vendingen 'flerkulturell relasjon' ville være det ideelle i problemstillingen, i stedet for 'etniske minoriteter'. Siden jeg vektlegger sykepleierens ansvar, kunne jeg også valgt å knytte kultursensitivt psykisk helsearbeid i problemstillingen, noe jeg av har utelatt. Jeg synes sensitivitet ligger implisitt i forventningene man bør ha til en profesjonsutøver i møte med en sårbar pasient. Jeg har derimot valgt å benytte begrepet 'minoriteter' for å beskrive pasientene jeg setter sykepleierne opp mot. Minoritetsbegrepet er uløselig knyttet til majoritetsbegrepet. Når sykepleiere settes i relasjon med 'etniske minoriteter', vektlegges en realistisk asymmetrisk maktrelasjon med en pasientgruppe som møter et eksisterende behandlingssystem basert på norsk, vestlig og medisinsk hegemoni som vår tilnærming til behandling av psykiske lidelser er preget av. Gullestad (2002) viser til Antonio Gramsci når hun forklarer begrepet hegemoni som en tendens til at enkelte gruppers perspektiver på verden og interesser, blir sett på som allmenngyldige. For å etablere og opprettholde hegemoni må det Gullestad formulerer som 'eliten', sikre støtte ved å skape enighet om hva som er det naturlige og normale. Derfor er det en sammenheng mellom legitimitet og hegemoni.

Når jeg velger begrepet 'etnisk minoritet' i problemstillingen, er det et uttrykk for at jeg går ut i fra en eksisterende maktasymmetri som utgangspunkt i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Sykepleieren innehar ansvaret for å gjøre en realistisk majoritet-minoritetsrelasjon til en mer ideell tokulturell/flerkulturell likeverdig relasjon gjennom selve brukervedvirkningen. Det er, som vi skal se i kap. 2.2, også et vesentlig mål med brukervedvirkning. Det er altså ikke pasientgruppen som er viktig i problemstillingen, men hvordan sykepleiere legger forutsetninger til rette for god brukervedvirkning i forhold til denne pasientgruppen.

3 Kunnskapsforankring og forforståelse

I forrige kapittel argumenterte jeg for valg av begrepet 'etnisk minoritet' for gruppen jeg setter sykepleierne opp mot. Jeg la til grunn en vektlegging av en realistisk asymmetrisk maktrelasjon med en pasientgruppe som møter et eksisterende behandlingssystem basert på norsk hegemoni og vestlig medisinsk tenkemåte. Jeg viste også til en økende orientering i flerkulturell kompetansefremming for å gjenkjenne kommunikasjonsprosesser og bevisstgjøre helsepersonell i hvordan egne holdninger kan påvirke behandlingen. Pasientperspektivet og det å gjenkjenne fellesmenneskelige emosjonelle prosesser, anses som viktige faktorer i så måte.

Vi har med andre ord to *mulige* spenninger her. Vi har en realistisk, men ikke ideell, majoritet-minoritetsrelasjon som sykepleieren skal gjøre om til en mer ideell tokulturell/flerkulturell likeverdig relasjon gjennom selve brukervedvirkningen.

Brukermedvirkningen vil, gitt det eksisterende behandlingssystem basert på norsk hegemoni, utfordre sykepleierens kultursensitivitet, selvstendighet, personlige kompetanse og bruk av skjønn. I denne oppgaven vil dette bli tenkt gjenspeilt gjennom de konkrete funnene.

I denne delen av oppgaven derimot, vil bakgrunnsteppet og forutsetningene sykepleierne er gitt for å løse den mulige utfordringen, belyses. Jeg har brukt ordet hegemoni som godt kan knyttes opp mot diskurser. Diskurser har noe med hvordan vi former våre virkelighetsforståelser, hva vi oppfatter som sannhetsbærende og hvem som definerer sannheten (Foucault & Schaanning, 1999; Horntvedt, 2012, pp. 224-227; Scollon, Scollon, & Jones, 2012). Diskursperspektivet er knyttet til sykepleierens faglige virksomhet, slik denne er forankret i institusjonelle og faglige rammer i det norske helsevesenet. Innbakt i disse føringene ligger premisser for hva slags kunnskap og handlinger som skal ha gyldighet innenfor psykisk helsevern og iverksettelse av god brukervedvirkning.

Å forstå hvilke diskursive systemer man deltar i, er også knyttet til erkjennelse og videre for hva som anerkjennes som kunnskap. Habermas (etter Grimen, 2008a; Holm, 2006, p. 25). argumenterer for tre typer ideologiske interesser som påvirker og konstituerer all menneskelig erkjennelse, inkludert vitenskapen Den første er den tekniske interesse som retter seg mot beherskelse av verden og utvikling av teknologi. Deretter kommer den praktiske eller

hermeneutiske interesse som retter seg mot forståelse av menneskelig interaksjon og kommunikasjon. Det tredje punktet handler om den frigjørende interesse. Den tar for seg de samfunnsideologier som systematisk fordreier vår kommunikasjon og som dermed kan gjøres til gjenstand for kritikk. Habermas sin klassifikasjon av erkjennelseinteresser bidrar til en forståelse av hvordan den bakenforliggende interesse avgjør hva man vektlegger som vesentlig og uvesentlig kunnskap. Habermas mente at hvis vi utelukkende fokuserte på den tekniske og den praktiske erkjennelseinteresse, vil vi ikke kunne forstå at det er ideologier bak oss som fordreier vår kommunikasjon og vårt verdensbilde. Videre kan jeg se en fare å gjøre praksis til en målbar årsak-virkning prosedyre der man overser interaksjonelle eller ideologiske faktorer som til sammen utgjør en helhet i profesjonsdisipliner som sykepleie.

En profesjonsutøver skal ikke handle vilkårlig, men foreta godt begrunnede valg. Enhver profesjon er forankret i og uttrykker en større kulturell sammenheng, og møtet med andre kulturer kan gi forskjellig forståelse av bakgrunn, grunnlag for, og formålet med møtet, skriver Gule (2008). Og Gule argumenterer aller først for epistemiske grunner når det gjelder å ta hensyn til kultur. Handlinger og institusjoner er bærere av mening og må tolkes. Forståelseshorisonter er den bakgrunn av verdier, normer og forventninger som ethvert individ handler ut i fra. Det individet erfarer og gjør må ses i lys av det. En gjensidig forståelse innebærer en endring i «for-dommer» slik at man kan komme til en overensstemmelse i meningsinnhold mellom den som ønsker å forstå og det som skal forstås. Det skaper både det Gule kaller for epistemiske (kunnskapsmessige) og epistemologiske (kunnskapsteoretiske) utfordringer. For at en profesjonsutøver skal forstå pasientens problem, er det avgjørende, i følge Gule, å tilegne seg en viss forståelse av den andre kulturens meningssystem.

Den andre grunnen til å ta hensyn til kulturelle forskjeller i profesjonsutøvelsen er det Gule (2008) kaller for rettferdighetsgrunner. Rettferdighet skal forstås som likebehandling, men likebehandlingsprinsippet innebærer ikke at alle skal behandles likt. Det innebærer at like tilfeller skal behandles likt. Gule skriver at det i den del sammenhenger er en utbredt feiltolkning at det handler om lik fordeling, uten å forstå moralsk relevante forskjeller i den aktuelle situasjonen. Det vil i mange tilfeller være faktorer basert på pasientens bakgrunn som tilsier at forskjellig behandling er rettferdig (ibid, p. 238-239)

Jeg skal videre redegjøre for den kunnskapstradisjon og de rådende paradigmer jeg anser at sykepleie som fagprofesjon står i. Dette blir et bidrag til det bakgrunnsteppet jeg tillegger praksissituasjonene som sykepleiere og psykisk helsearbeidere generelt opererer under.

3.1 Psykisk helsearbeid i spenningsfeltet mellom flere diskurser

Gjennom historie har forståelsen og behandlingen av psykiske lidelser variert med trender i tiden. Lenge har den medisinske forståelsen av psykisk helse dominert innen den vestlige verden. Når nå psykisk helsearbeid har blitt en nytt begrep innen feltet innebærer det et paradigmeskifte der den grunnleggende tankemåten er endret. Men feltet er også preget av en annen type tenkning, New Public Management (NPM) med sin mål- og resultatstyring. Både den medisinske forståelsen av psykisk lidelse og NPM-tankegangen utgjør en del av rammebetingelsene, i tillegg til det særegne norm- og verdigrunnet den enkelte profesjonsgruppe også skal manøvrere etter.

Først vil jeg redegjøre for det medisinske perspektivet på psykisk lidelse. Den har hatt en sterk innflytelse på både psykiatrisk sykepleie og den generelle forståelsen og tilnærmingen til psykiske lidelser i tjenestene. Og det er denne tradisjonelle føringen psykisk helsearbeid generelt, og brukermedvirkning spesielt, synes å ta et oppgjør med i det den psykisk lidende går fra et objekt til et utøvende subjekt, og perspektivet skifter fra en utenfrapraksis til det Bøe og Thomassen (2007) kaller for en innenfrapraksis.

3.1.1 Psykiatrien: Mennesket er underlagt naturlover

Medisin har tradisjonelt sett vært en naturvitenskapelig fagdisiplin. Mennesket er et biologisk vesen, som er determinert av og underlagt naturlover. Intervensjonene er således også ofte biologiske. Forskningen er naturvitenskapelig og basert på årsak-virkningsforhold (Haugsgjerd, Karlsson, & Løkke, 2002). Klassifikasjonen av psykiske lidelser er basert på store mengder innsamlede data som gjennom statistisk sannsynlighetsberegning sier noe om allmenngyldigheten. Diagnosene er i utgangspunktet ment å være verdifrie og hevdes å være upåvirket av kulturelle eller religiøse verdier. Det åpnes likevel for at det kan være kulturelle variasjoner i hvordan pasienten presenterer symptomene sine. Det eksisterer også enkelte kulturspesifikke psykiatriske tilstander. Derfor er det utarbeidet en manual for det

diagnostiske intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV (Bäärnhielm, Rosso, Pattyi, Kale, & Jareg, 2010)

I den medisinske modellen i psykoterapi er utgangspunktet er en sykdom eller et problem, eksempelvis en DSM-diagnose (Haugsgjerd et al., 2002 etter Wampold). Siden denne er forklart vitenskapelig finner man således en mekanisme for å skape endring. Dette er spesifikke terapeutiske handlinger som gjerne er hentet fra et direktiv som er begrunnet og forklart gjennom evidensbasert forskning. Behandleren er således eksperten på sykdommen. Sykdommen er et element inne i pasienten som pasienten ikke har råderett over, og derfor er det sykdommen og ikke pasienten som behandles. I den grad samtaleterapi virker, er det fordi terapien påvirker hjernens kjemi (Castillo, 2007).

Gjennom en slik vitenskapeliggjøring av det medisinske faget, har det fått en særskilt samfunnsmessig posisjon og autoritet med enerett til å definere hva som er sykdom og hvordan man skal tenke omkring sykdom og helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) formulerte i 1949 sin kjente definisjon av helse, hvor helse ikke bare er frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosial velvære. Deretter ble det i realiteten ingen begrensninger i forhold til hva som ble helsevesenets forpliktelser (Andrews, 2004). Når legevitenenskapen etter hvert kunne profitere på å skape nye problemer som kunne behandles, ble det åpnet for en objektivisering av pasienten. Målet var ikke lenger å skape helse, men å tjene penger på pasienten ved å stadig skape nye behov for medisinsk intervensjon. Gjennom trygdesystemets ordninger har den medisinske kunnskapen blitt vevd inn i et system av politiske og økonomiske rettigheter, og begrepet medikalisering har dukket opp (Måseide, 2004). Medikalisering defineres av Conrad (etter Lian, 2007) til å både betrakte, beskrive og forstå et problem i medisinske termer, samt å sette i gang medisinske tiltak for å møte det. I følge Illich (ibid) ytrer medikaliseringen seg i forhold til behandling og pleie, legemidler, livslengde, forebyggende tiltak, forventninger og selve sykerollen. Med andre ord vil den medisinske forståelsen av psykisk lidelse ikke bare påvirke tiltak, men også definere noe som i utgangspunktet burde være subjektivt – sykerollen. ”Moderne medisin fratar mennesket noe av deres evne og vilje til å møte utfordringer, ta vare på seg selv, til selv å hankes med sine menneskelige svakheter og til å bli friske på egenhånd” (Lian, 2007, p. 44). Det syke mennesket er ikke ansvarliggjort og er til dels offer for indre organiske omstendigheter det ikke kan gjøre noe med, utenom ved hjelp av legevitenenskapen.

I takt med at bedriftsmodellen har blitt etablert i helsesektoren, med medfølgende krav til effektivisering og målstyring av tjenestene som vi skal se på i neste kapittel, har den medisinske vektleggingen av eksperimentelle forskningsdesign og randomiserte kontrollerte forsøk innen forskning, ført til et press på også ikke-medisinske profesjoner om å legitimere og dokumentere effekten av sine terapeutiske intervensjoner.

3.1.2 Nye styringsformer i helsevesenet

New Public Management (NPM) må, i følge Lian (2007, p. 96-116) forstås som en kritikk og motreaksjon mot tidligere organisasjonsformer i offentlig sektor som var preget av byråkratisering og regelverk, med svak brukerstyring. Ved hjelp av styringsprinsipper fra privat sektor, som konkurranseutsetting, stykkprisfinansiering og privatisering skulle offentlig sektor reformeres og effektiviseres. NPM er en måte å forstå de senere års utvikling. Forholdet mellom de sentrale myndigheter og tjenesteyterne er slik at myndighetene definerer mål og prioriteringer og kontrollerer at disse blir iverksatt, men man overlater til tjenesteyterne selv å velge virkemidlene. Samtidig skal tjenestene desentraliseres og splittes opp i mindre og mer styrbare enheter. NPM består likevel av kryssende og ofte motstridende normer, verdier og interesser. Eksempelvis forsøker man å kombinere økonomiske normer og verdier med økt behandlingsskvalitet og pasienttilfredshet (Johannessen, 2004). NPM legger vekt på forbrukermakt, og pasienter blir etter denne modellen omdefinert som brukere eller bestillere av tjenester. Den nye lederrollen i helseforetakene innebærer at lederen ikke lenger knyttet til profesjonsfelleskap men mot lojalitet til organisasjonen. Samtidig som distansen mellom ledelse og profesjonsfelleskapet har økt, skal den nye ledelsen likevel gjøre både økonomisk administrative og behandlingssaglige vurderinger. Som styringsgrunnlag vil såkalt evidensbasert behandling, gjerne utformet som standard prosedyrer, sikre vitenskapelighet og effektivitet. Eksperimentelle forskningsdesign og randomiserte kontrollerte forsøk blir fortsatt stående øverst i hierarkiet over hva som er ansett som «evidensbasert». Man ser en bevegelse fra å studere innvendige og subjektive meninger til det Johannesen (2004) kaller utvendige eller objektivt observerbare sammenhenger (p. 13). Organisasjonsendringene fører til en standardisering av klinisk praksis ut fra et mål om økt transparens. Men dette er ikke uten negative konsekvenser. Johannesen (2004) skriver:

De aktuelle overvåkings- eller kvalitetssikringssystem skal etter intensjonen øke kontroll og åpne for innsyn i klinisk praksis. Vi har imidlertid å gjøre med styringsteknologier som samtidig griper inn i arbeidspraksis på mer uforutsette måter,

med forskyvning i tillitsforhold – fra personlig til abstrakt tillit (...) De nye styringsformene som det evidensbaserte behandlingsparadigmet knytter an til, driver frem endringer i språk, arbeidsmåter og kunnskapstilfang som også står i fare for å svekke pasientens muligheter for i det hele tatt å komme til ordet, eller bli møtt som subjekt. (...) Dersom en skal forstå hvordan det evidensbaserte behandlingsparadigmet påvirker klinisk praksis innen det psykiske helsevern, må fokus nettopp rettes mot endringer i kunnskapstilfang, språk og arbeidsmåter, samt i det nye, mer abstrakte tillitsforhold mellom ledelsen og klinikerne. Det vil i første rekke være endringer på disse områdene som påvirker intersubjektiviteten, mer enn valg av terapiteknikk og om den er «evidensbasert» eller ikke. (ibid, p. 17-18)

Vi står altså overfor et styringssett der medisin som profesjon har mistet makt til fordel for en administrativ og økonomisk basert ledelse. Likevel beholdes den medisinske modellmakten. Og som Johannessen videre skriver har de manualiserte tilnæringsmetoder som funksjon til hensikt å redusere usikkerhet og «garanterer» for at feil ikke skal gjøres. En slik vektlegging på prosedyrer isolerer den subjektive lidelse og gjør intersubjektivitet til en medisinsk størrelse. Johannessen ser en todeling av det psykiske helsevernet med en behandlingsfaglig og sosialfaglig del. De sosialfaglige tenkemåter skilles ut når pasienten er «ferdigbehandlet», med tilrettelegging av sosiale forhold som arbeid med individuell plan. Men også her møter den enkelte helsearbeider krav til effektivitet som kan sette helsearbeideren i moralsk klemme (Vetlesen, 2010). Å møte det levende og unike mennesket med sin helt unike kontekst og særegne behov forutsetter bruk av tid og skjønn, noe som ikke kan beregnes i samsvar med kvantitative prosedyrer og tenkemåter. Helsearbeidere står overfor dobbeltbindende arbeidsoppgaver der hun både skal utføre sin jobb i henhold til sin egen faglige og moralske overbevisning overfor brukerne, og likevel møte organisasjonens krav til effektivitet. Når den enkelte helsearbeider protesterer returneres det tilbake til avsenderen som et samarbeidsproblem og en personalsak. For det er vanskelig å argumentere mot NPM-reformene i det de også presenterer seg som ikke-ideologiske og politisk nøytrale, med pasienten og brukerstyring i sentrum. Den enkelte helsearbeider blir stående i klemme mellom institusjonelle krav til effektivitet og brukerorganisasjoners krav til forsvarlig behandling. Greier hun ikke å håndtere dette, er det hennes egne personlige forutsetninger og egnethet som blir problematisert i følge Vetlesen.

3.1.3 Psykisk helsearbeid – et oppbrudd og en ny måte å tenke på

Begrepet «psykisk helsearbeid» ble introdusert i forbindelse med den nye videreutdanningen i psykisk helsearbeid som ble lansert i 1998, og er også brukt i opptrappingsplanen som ble lansert samme år. Med det nye begrepet markerer man en utviding av perspektiver i forhold til det eldre psykiatrigrepet, og en stadfestelse at arbeidet for å bedre psykisk helse ikke lenger er et felt forbeholdt leger og psykologer (Karlsson, 2004). Nettopp fordi forståelsen av psykisk helse varierer gitt den kulturelle og historiske konteksten, kan man ikke late som det er mulig å finne universelle forklaringsmodeller på psykisk lidelse. Psykisk helsearbeid beveger seg derfor bort i fra sykdomsmodeller som er kontekstuaavhengige og som forklarer sykdom med årsaker inne i mennesket. Individualiseringen, som det medisinske perspektivet på psykisk lidelse representerer, gjør at man unngår de kritiske men nødvendige spørsmål som handler om velferdspolitik. Det er derimot forhold rundt individet, som nettverk, relasjoner, sysselsetting, økonomi, mestring, hverdagsliv og kompetanse som er det avgjørende for den gode psykiske helsen. Med andre ord vender psykisk helsearbeid seg vekk fra sykdomsfokuset som avgjørende for psykisk helse. Spørsmålet blir heller hva som skaper helse, og hva som skaper helse i akkurat den enkeltes liv. Relasjoner blir viktig, likeså dialogen og det personlige møtet mellom helsearbeider og den som skal hjelpes. Det er den personlige og faglige kompetansen som blir viktig og profesjonstilhørighet er av mindre betydning. Maktubalansen mellom den enkelte helsearbeider og bruker skal utjevnes gjennom at disse anses som to likeverdige partnere med forskjellig kompetanse i arbeidet mot at den enkelte skal få et selvstendig liv, bo i eget hjem, og leve mest mulig inkludert i lokalsamfunnet (A. J. W. Andersen et al., 2008; Bøe & Thomassen, 2007)

I lederartikkelen for «Tidsskrift for psykisk helsearbeid» kom redaksjonen i nr 2/2008 med følgende definisjon av psykisk helsearbeid.

Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (A. J. W. Andersen et al., 2008, p. 103)

Denne definisjonen bærer preg av en bred, universell og politisk forståelse av psykisk helsearbeid. Målet for den individuelle bruker av tjenestene synes å være opplevd egenverd, livskraft, opplevelser av sammenheng og mestring.

Bø & Thomassen definerer psykisk helsearbeid på følgende måte:

Psykisk helsearbeid blir, når en fokuserer på kontekstene slik, et arbeid der en trer inn i verdenen til den det gjelder og arbeider ut i fra den kunnskap som finnes der, de mennesker som står ham eller henne nær, de lokale ressurser og omgivelser, og der den personlige relasjonen blir et viktig element i arbeidet (Bøe & Thomassen, 2007, p. 27)

Denne definisjonen beskriver ikke et definert mål og er ikke opptatt av det politiske og samfunnsmessige aspektet. I stedet berører i større grad møtet mellom helsearbeideren og den enkelte bruker der relasjonen anses som det viktige elementet i arbeidet. Den andres livsverden kommer i fokus.

3.2 Brukermedvirkning

I sentrale førende dokumenter som St.meld. nr 25 (1996), St.prp. nr. 63 (1998) og Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001), vektlegges brukermedvirkning som et retningsgivende begrep for psykisk helsearbeid. Det innebærer et vendepunkt i behandlingen av psykisk syke. Det er ikke lenger den psykiatriske ekspertisen som skal fortelle mennesker når de er syke, hvordan de er syke og hvordan de skal bli friske. Nå er det pasienten selv som er ekspert på sitt liv og en ansvarlig og likeverdige medarbeider i arbeidet fram mot god helse.

Brukermedvirkning skal ta utgangspunkt i innenfra-kunnskapen til de enkelte brukerne, og arbeidet med god brukermedvirkning skal forstås som et samarbeid mellom bruker og tjenesteyter der de har likeverdige, men ulike roller (Bøe & Thomassen, 2007).

Grunnleggende for ideen om brukermedvirkning er respekt for enkeltindividet og en tro på delaktighet og medborgerskap som sentrale livsverdier. Brukermedvirkning er ikke bare et mål og en metode men også en verdi og norm for helsetjenester som skal ha et helhetlig perspektiv og et fokus på kontinuitet og nærhet til pasienten der han er, i sitt eget miljø.

Funksjonshemmedes landsforbund (FFO) benytter følgende definisjon av brukermedvirkning:

Brukermedvirkning er når en bruker eller brukerrepresentant går i dialog med politikere og / eller tjenesteytere og på like fot med dem tilbyr kompetanse og spesialkunnskap – basert på egne og /eller andres erfaringer - for å løse ulike samfunnsoppgaver (Larsen, Aasheim, & Nordal, 2006, p. 7)

Rådet for psykisk helse og Mental helse definerer brukermedvirkning når brukeren er med på å utforme tilbudet sammen med fagfolk, enten det er på systemnivå eller individnivå (ibid, p. 7). På individnivå regner man med at en aktiv deltagelse i arbeidet med å få et bedre liv, vil ha en terapeutisk effekt i seg selv. Brukeren kjenner egne behov og egne problemer og skal lyttes til og tas på alvor. Arbeid med individuell plan og ansvarsgruppe er eksempler på tiltak der brukeren selv kobles inn og forventes å både delta i planlegging av tiltak og gjennomføring av disse. På systemnivå inngår brukere i et likeverdig samarbeid med tjenesteapparatet. Brukere og brukerorganisasjoner velges inn i ulike utvalg og råd. Dette gjelder både lokale og sentrale virksomheter innen psykisk helse. På politisk nivå blir brukergrupper og – organisasjoner involvert i prosesser før politiske beslutninger fattes. Brukerrepresentanter oppnevnes til råd, utvalg og komiteer som legger premisser for politiske beslutninger innen psykisk helsefelt. Bøe and Thomassen (2007) argumenterer for et fjerde nivå av brukermedvirkning, nemlig det de kaller forsknings- og fagutviklingsnivå. Brukere og brukerrepresentanter her delaktige i initiering og gjennomføring av forskning og ulike fagutviklingsprosjekter (p. 127)

Det er i praksis ikke en entydig enighet om en konkret definisjon av hva brukermedvirkning er (Bøe & Thomassen, 2007; Rise et al., 2011). Begrepet er ikke utredet tilstrekkelig og blir forstått på forskjellig vis. Forskjellige perspektiv vektlegges, som brukeren som en bestiller av tjenester, brukers autonomi, eller brukers medborgerskap. Medvirkning kan også fokusere på det offentlige måter å organisere tjenestene etter brukers behov, som en dialog med brukere, eller som å nyttiggjøre seg brukers erfaringer. Brukermedvirkning kan oppfattes som å ta brukeren med på lag i spørsmål som angår han, eller det kan oppfattes som å forandre pasientrollen fra en passiv mottaker til en aktiv deltager. Det er ikke gitt at brukere og tjenesteytere forstår brukermedvirkning på samme måte, og at det kan påvirke kvaliteten på tjenestene.

I følge Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-15) (2011, p. 86) etterlyses mer kunnskap om «hvordan og i hvilken grad brukermedvirkning gjennomføres, hva slags effekt den har og hvordan brukernes stemme kan bli tydeligere». Det er pasientens opplevde og erfarte livsverden som skal være utgangspunkt for helsearbeid og brukermedvirkning. I følge Ramin-

Osmundsen (2010) er det for lite involvering av minoriteter i utvikling av helsetjenester og graden av brukermedvirkning og empowerment er lav. Nasjonal strategi om innvandrenes helse 2013-2017 (2013) vektlegger omstilling og nytenkning for å lykkes med en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Det vil være nødvendig med opplæring i nye arbeidsformer, og her nevnes praktiske tiltak innen kommunikasjon og beslutningsstøtte, samt kultur og holdningsendringer (ibid, p. 29).

3.2.1 Tidligere forskning om brukermedvirkning

Norsk forskning omkring brukermedvirkning er begrenset og jeg har så langt ikke funnet forskning som omhandler brukermedvirkning i møte med etniske minoriteter innen psykisk helsearbeid. Jeg tar således for meg forskning på brukermedvirkning generelt. Jeg har valgt å fokusere på noen enkelte studier som jeg mener belyser brukermedvirkning fra forskjellige aspekt som kan være interessant for problemstillingen. Sydvolts (2009) studie tar for seg sykepleierens holdninger til brukermedvirkning innen kommunale tjenester innen somatikken. Her ser jeg flere mulige paralleller til det å møte etniske minoriteter i psykisk helsearbeid, selv om pasientene i Sydvolts undersøkelse ikke kommer inn under den kategorien. Holum (2010) har gjort en større studie av individuell plan som redskap for brukermedvirkning. Det som spesielt er interessant er at hun peker på de karakteristika som kjennetegner tilfredshet hos brukerne. Solbjør, Rise, Westerlund og Steinsbekk (2011) tar sin studie tar utgangspunkt i det ideologiske utgangspunktet for brukermedvirkning på paradigmenivå. Og til slutt gjengir jeg en undersøkelse som tar utgangspunkt i de forskjellige forståelsene som brukere og tjenesteytere kan legge i begrepene (Rise et al., 2011). Ingen av disse studiene omfatter etniske minoritetspasienter spesifikt.

I en studie gjort av sykepleieres forståelse og praktisering av brukermedvirkning i hjemmesykepleie og sykehjem (Sydvold, 2009) viser det seg at de fleste sykepleiere beskrev brukermedvirkning som samråd og en symbolsk deltagelse der pasienten uttrykker behov, uten reell innflytelse eller myndighet. Sykepleierne var ikke fortrolige med begrepet og opplevde det som litt fremmed og diffust og at de i arbeidssituasjonen ikke brukte det i særlig grad. De brukte andre ord som de oppfattet som synonymer, som pasientens ønsker, behov og tiltak, samt å ivareta pasientens autonomi og integritet, eller egenomsorg. Men flere opplevde også brukermedvirkning som helt naturlig og noe de var opptatt av og hadde innarbeidet. I følge Sydvolts er graden av brukermedvirkning avhengig av avveiningen i

tjenesteutformingen, institusjonelle forhold og strukturelle rammer. Men også pasientens helsetilstand påvirker graden av brukermedvirkning, da ikke alle like fullt greier å representere seg selv og dagsformen varierer. Evnen til å uttrykke seg muntlig hadde konsekvenser for brukermedvirkningen, og i denne studien skyldtes det dårlig helsetilstand, språklige begrensninger eller manglende oppfattelsesevne. Sykepleierne kompenserte dette ved å lære seg å tolke pasientens kroppsspråk, men det forutsatte at de hadde lært å kjenne pasienten over tid. Tid, ydmykhet og evne til å lytte var forutsetninger for å skape tillit og vite 'hvor landet ligger'. Aksept for pasientens livsvaner, enten de ble likt eller ikke likt ble formidlet av noen som vesentlig, enten det gjaldt hygiene eller påkledning. Sykepleierne opplevde en forskjell i det at det er lettere å yte god brukermedvirkning når pasienten er hjemmeboende fremfor på institusjon. Respekt for pasientens hjem og egne grenser faller seg mer naturlig og væremåten mellom sykepleier og pasient blir også endret. Når pasienten er innlagt på sykehjem, blir de mer føyelige, apatiske og pasienten forsvinner lettere for sykepleieren som på sin side lettere opptrer etter rutiner. Sykepleierne opplevde at et av formålene med brukermedvirkning er pasientens opplevelse av mestring, noe de knyttet til å kunne dekke egne behov, være deltagende, å kunne ta egne valg eller å være sysselsatt. Dette skulle gi økt selv tillit og styrket identitet mente sykepleierne. Noen sykepleiere erfarte kryssende grenser når de motiverte for selvstendigjøring. Ikke alle pasientene ønsket å mestre, noen var redd for å miste hjelpe de fikk hvis de mestret for mye. Noen sykepleiere fortalte at de av og til utøvde lett press når pasienten ikke skjønnte sitt eget beste. Ellers opplevde de ikke meningsforskjeller mellom pasient/pårørende som et særlig stort problem når de fikk forklart sine anbefalinger, men de benyttet begreper som «overtaling» og «snakke til fornuft», og andre ganger var det snakk om forhandlinger og kompromiss. Noen pasienter og pårørende hadde urealistiske forventninger til hva de kunne forvente av omsorgstjenesten, og sykepleierne anså at hvis pasienten skal ha innflytelse over utformingen av tjenestetilbudet forutsetter det kunnskap om rammene. Rammebetingelsene, som tidsbruk og kapasitet, har ført til en utvikling av uformelle regelverk som ikke er kvalitetssikret opp mot prinsippet om brukermedvirkning. Sydvoid (2009) spør også om dette ikke bare handler om tidsbruk men også om holdninger (ibid, p. 46)

Holum (2010) har gjort en evaluering av individuell plan (IP) som redskap for brukermedvirkning i arbeid med ungdom og unge voksne med omfattende psykiske vansker. Kun i en av fire tilfeller fungerer individuell plan etter hensikten. Høy grad av kompleksitet med uavklarte tilstander og tiltaksbehov, gjorde at IP i praksis var ikke eksisterende.

Tilfellene var preget av uavklarte ansvarsforhold mellom instansene og vanskeligheter i å få en koordinator som vil påta seg rollen. Brukerne visste ikke alltid om de hadde IP eller de mente at de ikke hadde deltatt i planprosessen. Utfordringene lå utenfor brukernes påvirkningsmulighet. Det som likevel er interessant i Holum sin studie, gitt min problemstilling, er fokuset gitt til de tilfellene hvor individuell plan fungerte etter hensikten og brukerne rapporterte tilfredshet i gjennomføring av planprosess. Det karakteristiske ved disse tilfellene at brukerne kjente til hvilke forvaltningsnivåer de hørte til, og hva slags hjelp som er tilgjengelig og nødvendig. Pasientens diagnose er avklart selv om den kan være kompleks. Dermed sikres enighet mellom tjenesteyterne og følgen blir en større vilje til å ta ansvar. Brukerne ønsket hjelp og samarbeidet godt med tjenesteyterne. Relasjonen mellom tjenesteyter og bruker var preget av at begge likte hverandre og anerkjente hverandres ressurser. Koordinatorene var erfarne og kompetente med evne til autoritet og tillit, eller det var nyutdannede koordinatører med gode veiledere. Tjenesteyterne la premissene for medvirkning og brukeren opplevde seg som deltagende og handlende aktører hvor den enkelte blir møtt på behov og kan nyttiggjøre seg sine ressurser. Ansvar mellom tjenesteyter og bruker var hensiktsmessig fordelt gjennom forhandlinger og en god dialog. Trygghet ble sikret gjennom forutsigbarhet i overganger og en stabil ansvarsgruppe. Det virket som om brukerne synes å ha god kognitiv funksjon i motsetning til de tilfellene der brukermedvirkningen fungerte dårlig.

I en studie om brukermedvirkning på et psykiatrisk sykehus i Norge har Solbjør, Rise, Westerlund og Steinsbekk (2011) tatt utgangspunkt i et interessant og høyst adekvat paradoks: Brukermedvirkning bygger på ideer om demokrati og det individuelle ansvar, mens psykiske lidelser gjerne karakteriseres ved dets irrasjonelle aspekt. Det viser seg at både brukere og tjenesteytere karakteriserer brukermedvirkning som utfordrende når pasienten er sterkt plaget av sin lidelse. Et fordreid verdensbilde og dårlig selvinnsikt, samt nedsatt evne til kommunikasjon ble ansett som vesentlige faktorer som kan hemme brukermedvirkning, i tillegg til en manglende evne til samarbeid. Overveldende følelser kunne eksempelvis være et hinder for kommunikasjon og for brukerne var det da lettere å hengi seg til det de ble fortalt, enn å delta i diskusjoner. Men også brukernes tillit til tjenesteyteren var vesentlig for pasientens evne til å kommunisere med terapeuten. Tjenesteyterne opplevde brukernes manglende evne til kommunikasjon som en stor barriere for samarbeidet, men også slike ting som å ikke stille opp til avtalte timer. De opplevde også at pasientene kunne bli for avhengige av tjenesteapparatet og ha et ønske om å bli tatt vare på i en grad som tjenesteapparatet ikke

kunne tilby. De kunne gi opp når samarbeidsproblemene ble for store. I det hele tatt opplever de problemer når pasienten ikke vil forholde seg til systemets forutsetninger. Når pasienten manglet selvinnsikt og hadde nedsatt kommunikasjons- og samarbeidsevne, opplevde både brukere og helsepersonellet at det var adekvat og nødvendig med en forandring i brukermedvirkningen. Brukere ønsket å bli tatt vare på men kunne ikke formidle hvordan og etterlyste faglige råd i denne fasen. Både brukere og tjenesteytere ønsket at brukerne fikk mindre ansvar og var enige i at helsepersonellet skulle ivareta pasientens beste fremfor å ivareta valgmuligheter og demokratiske idealer. For å ivareta pasientens selvbestemmelse ga tjenesteyterne pasienten informasjon, prøvde å motivere pasienten og ga dem enkle valg. Selv om pasienten ikke samarbeidet, ga tjenesteyterne informasjon om behandlingsmuligheter, aspekter rundt diagnosen og praktiske hensyn omkring pasientens situasjon. Både brukere og tjenesteyterne var enige i at kunnskap bidro til empowerment, mens mangel på kunnskap bidro til maktesløshet. Noen ganger anså tjenesteyterne det som nødvendig å ikke følge pasientens ønsker når pasienten ønsket å trekke seg tilbake eller var passiv. I stedet motiverte de pasientene og utfordret dem. Medbestemmelse handler med andre ord om faglige vurderinger, og spesielt to situasjoner ble ansett som vanskelige: Det handlet om når pasienten var negativ eller passiv i forhold til behandlingen, eller når pasienten hadde en diagnose som innebar at han skiftet meninger i forhold til symptomene. Å redusere valgmuligheter handler også om å gi tilbud som var for gode til å avstå fra, eller gi pasienten to alternativer hvorpå pasienten må velge ett. Brukere beskrev en sammenheng mellom det å bli motivert til deltagelse og det å føle seg respektert. Deltagelse ga de en følelse av å bli verdsatt som individer selv om de var psykisk syke. Verdighet ble ivaretatt gjennom å alltid gi brukerne et minimum av valgmuligheter samtidig som helsepersonellet hindret pasientene i å gjøre valg som fører til uhelse. Med andre ord blir nytten av pasientens medvirkning vurdert opp mot pasientens beste, og ivaretagelse av pasientens verdighet det som sikret medvirkningen. Solbjør et al. (2011) konkluderer likevel med at pasientens evne til å delta blir sett i sammenheng med deres evne til å handle i samsvar med rådene fra tjenesteyterne. I det man skiller mellom brukermedvirkning og pasientens beste, opprettholder man tradisjonelle maktstrukturer og patrialske tilnærminger i tjenesteytelsene. Når brukermedvirkning blir omdefinert til å handle om hva personalet anser som pasientens beste, mener forfatterne at brukermedvirkning ikke lenger er et mål for de fleste brukerne. Forfatterne etterlyser en diskusjon omkring forskjellene mellom behandling og brukermedvirkning. Videre etterlyser forfatterne en diskusjon omkring hva som anses som

rasjonelt og hva som anses som normalt fra paradigmenivå til utdanningen av helsepersonellet.

Rise et al. (2011) tar for seg hvordan brukere og tjenesteytere definerer brukermedvirkning. Begge parter er enige om tre sentrale aspekter som kjennetegner god brukermedvirkning: Respekt, dialog og delt beslutningstaking. Men forskjellige verdier ble tillagt disse tre aspektene. Når det gjaldt respekt anså tjenesteyterne dette som et iboende imperativ i deres arbeid. Brukerne derimot anså det ikke som selvvinnlysende og beskrev hvor vanskelig det er å få reell innflytelse. Når det gjaldt dialog anså brukerne at den viktigste gevinsten lå i å respekt og anerkjennelse i å være en likeverdig part. Spesielt viktig var dette når symptomene var sterke. Tjenesteyterne derimot beskrev dialog som et middel for å utveksle informasjon og kunnskap for å gjøre de beste beslutningene. I forhold til delt beslutningstaking, var brukerne bekymret for å bli overhørt og overstyrt og at avgjørelser ble tatt uten deres medvirkning. De ønsket medvirkning for å påvirke beslutningsprosessene og unngå å bli passifisert. Tjenesteyterne derimot uttrykte bekymring for om pasientinvolvering innebar full brukerstyring og at dette ville utgjøre en fravikelse for deres eget ansvar i forhold til behandling og administrasjon. Når brukere og tjenesteytere bruker de samme begrepene, men legger forskjellig betydning i det de snakker om, kan de risikere å snakke forbi hverandre. Det kan stå i veien for implementering av brukermedvirkning.

Kort oppsummert, og uten å ha analysert disse forskjellige undersøkelsene, synes det å være flere tema som går igjen. Det kan være forskjellige forståelser av hva brukermedvirkning er, både blant tjenesteyterne og mellom tjenesteyterne og pasientene. Selvstendighet og mestring som mål, kan synes å stå i konflikt med pasientens opplevde behov for omsorg og ivaretagelse. Likeså har pasientens tilstand og evne til å representere seg selv stor betydning for forståelse og implementering av brukermedvirkning. Det synes som om pasientens kognitive evne og evne til samarbeid er av betydning. Kommunikasjonsproblemer kan være store barrierer for pasientens evne til å formidle behov. Institusjonelle rammer som tidsbruk påvirker gjennomføringen av brukermedvirkning. Men også tjenesteyterens personlige egenskaper fremheves, som erfaringer, holdninger og evnen til å skape tillit, dialog og pasientens følelse av å være respektert.

Med andre ord kan det virke som det er forskjellige forståelser av brukermedvirkning og gjennomføring av brukermedvirkning avhenger både av institusjonelle forhold og forhold ved den enkelte pasient og profesjonsutøver. De gjengitte norske studiene gjelder ingen spesifikk

etnisk pasientgruppe. Hvilke forutsetninger har å sykepleieren gjennom sin grunn- og videreutdanning til å møte flerkulturelle pasienter i praksisutøvelsen?

3.3 Hva lærer sykepleiere om migrasjon og helse?

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) gjorde i 2012 en vurdering av bachelorstudiet i sykepleie på syv høyskoler i helse Sør-Øst (Magelssen, 2012). I denne rapporten fremkommer det at rammeplanen setter grenser for omfanget av undervisning om migrasjon og helse i det det kun vektlegger kulturdimensjonen på bekostning av andre viktige temaer innen feltet. Høyskolene har likevel undervisning om mangfoldet som migrasjonen innebærer. Men halvparten av studentene møter ikke til undervisning i temaet, til tross for at de etterlyser kunnskaper om interkulturell kommunikasjon. Ut over de situasjonene studentene møter tilfeldigvis i praksis, er det ingen ferdighetsstrening relevant for migrasjon og helse ved de fleste høyskolene. Studentene lærer om temaet ved å observere konsekvenser av situasjoner der ting ikke ble gjort riktig. Temaet er også i liten grad eksamensrelevant kunnskap. Studentene selv etterlyser mer relevant og praktisk orientert sykepleiefaglig litteratur om migrasjon og helse.

NAKMI konkluderer med at sykepleiestudenter lærer for lite om migrasjon og helse til å kunne yte likeverdig helsetjeneste overfor migrantpasienter. De baserer det på at kunnskapsgrunnlaget er spinkelt, selv om studentene i stor grad har ervervet seg holdninger i henhold til de viktige aspektene ved sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer. Ferdighetene er svake når det gjelder interkulturell kommunikasjon, språk og bruk av tolk (ibid, p. 66). Blant de punktene NAKMI anbefaler videre er at rammeplanen utvides fra å dreie seg om de kulturelle dimensjoner av sykepleie til migrantpasienter, til mangfoldet migrasjon medfører og dets ulike konsekvenser for å yte likeverdige helsetjenester. Migrasjon og helse må integreres i alle temaene det undervises i på høyskolene, og interkulturell kommunikasjon bør inngå som en del av ferdighetstreningen. Studentene bør gjøres mer bevisst sin egen kultur og kulturaspektet bak sykepleieteorier samt kulturelle variasjoner i sykdomsforståelser og tilnærming til behandling.

Jeg har ikke funnet studier som evaluerer de helhetlige studietilbudene som de forskjellige høyskolene tilbyr i videreutdanning i psykisk helsearbeid. Men i rammeplan og forskrift for

videreutdanning i psykisk helsearbeid (2005), vektlegges relasjonskompetansen til den enkelte fagperson i møte og samhandling med bruker og nettverk. Brukeren skal møtes som et eget individ, i den konteksten den lever i og med de ønsker, behov og ressurser den enkelte har. Retten til et selvstendig liv og respekt for egne valg, vektlegges som viktige prinsipper. Videre står det under «Mål for studiet»:

Studentene skal utvikle sin evne til å gi omsorg og hjelp til mennesker med ulike grader av psykiske problemer og lidelser på en måte som styrker evnen til å ta i bruk egne ressurser og øker muligheten til å mestre egen livssituasjon. Det skal derfor legges vekt på at studentene utvikler sin relasjons- og omsorgskompetanse. Evne til å arbeide med migrasjonsproblematikk, og til å gi hjelp og omsorg til mennesker fra forskjellige kulturer er en viktig del av dette (ibid, p. 6)

Det er spesielt interessant at evne til å arbeide med mennesker med migrasjonsproblematikk knyttes til relasjons- og omsorgskompetanse. Ut over generelle termer som eksempelvis «brukere» og «pårørende», er det ingen annen spesifikk gruppe som nevnes direkte i rammeplanen. Det bør kunne tolkes som at migrasjonsproblematikk og omsorg til mennesker fra forskjellige kulturer blir særskilt fremhevet, særskilt knyttet til målet for studiet, og særskilt knyttet til relasjons- og omsorgskompetanse.

3.4 Oppsummering

I møtet med andre pasienters kulturer kan helsetjenesten og sykepleieprofesjonen konfrontere sine egne rådende idealer og praksis. Dette er av verdi både av epistemologiske grunner og rettferdighetsgrunner for å kunne bedre yte likeverdige helsetjenester. Forståelsen av brukermedvirkning som et ideal som skal være førende for psykisk helsearbeid er ment å løfte fram brukerens stemme og utlikne maktforholdet mellom den enkelte helsearbeider og den enkelte pasient.

Det synes likevel ut at det å ivareta brukerstemmen kan være en stor utfordring i det sykepleieren også står i spenn mellom mange krav og utfordringer det ikke er gitt at hun er beredt til å møte gjennom kvalifiseringen hun har gjennomgått som profesjonsutøver. Sykepleieprofesjonen står i en oppbruddstid mellom den medisinske forståelsen av psykisk lidelse og nyere forståelser av psykisk helse der brukermedvirkning står sterkt. Samtidig har nye styringsformer innen helsevesenet med sin mål- og resultatorientering ført til krav om evidensbasert praksis etter den medisinske modellen. Brukerens stemme står i fare for å bli

overhørt i det man orienterer seg vekk fra innvendige og subjektive meninger til utvendige eller objektivt observerbare og målbare sammenhenger. Den enkelte profesjonsutøver kan bli plassert i en vanskelig samvittighetsklemme.

Det synes å virke som om den performative praktiseringen av brukermedvirkning vil være avhengig av hvordan sykepleieren kan greie å møte og ivareta pasientens subjektivitet gitt de mange forskjellige, og til dels motstridende føringene hun står under. Hvordan hun løser utfordringene i praksis og hva som kjennetegner situasjonene der hun synes hun lykkes, er høyst interessant og tema for denne oppgaven.

4 Metodisk tilnærming

How do you feel? That is the question
But I forget you don't expect an easy answer
When something like a soul becomes initialized
And folded up like paper dolls and little notes
You can't expect a bit of folks
So while you're outside looking in
Describing what you see
Remember what you're staring at is me
(Stone Sour, 2006)

Som innledning til metodekapittelet har jeg valgt et tekstutdrag fra det amerikanske rockebandet Stone Sour. I dette tilfelle formidler kunsten på en kort og konsis måte selve utfordringen som ligger i det å benytte en strukturert metode for å prøve å gripe fatt i meningen og menneskene bak datamaterialet. Som forsker som møter bidragsgiverne til studien, har jeg dels samme utfordring som helsepersonellet som møter pasientene. Jeg kan ikke produsere et godt stykke arbeid uten å ta inn over meg og forstå hva mine bidragsgivere forsøker å formidle, hvordan de erfarer fenomenet brukermedvirkning i sine liv og hvordan de lever dette ut. Livsverden forklares av Husserl til å være den vanlige, hverdagslige verden med sine rutiner (Giorgi, 2009, pp. 10-11) Det er den grunnleggende verdenen som alle spesialiserte verdener har sitt utspring fra, som underholdningsverdenen, forretningsverdenen eller den akademiske og vitenskapelige verdenen. Følgelig, for å forstå de spesialiserte verdenene, må man forstå hvordan disse forholder seg til livsverdenen

Det er bidragsgivernes levde erfaring som er interessant for studien. Giorgi skriver:

In contemporary academic psychological settings, until very recently, students or practitioners of research too often thought that the basic research question was: «How do I measure the phenomenon I'm interested in researching?». This has led to many studies involving questionnaires, surveys, and standardized tests that lead to either a

quantification of human experience or else an a priori compartmentalization of such experiences yielding basic measures even if some interpretive statements are permitted. The problem here is that the quantified or measured phenomenon is not the best access to the lived phenomenon when the question motivating the research is: “What was it like to live through that experience?” or “What is the basic meaning, psychologically speaking, of what that person has lived through?” (Giorgi 2009, pp. 62-63)

I henhold til problemstillingen ønsker jeg å fokusere på den levde erfaringen i den gode brukermedvirkningen i møte med etniske minoritetspasienter. Jeg ønsker ikke å redegjøre for hvilke metoder og arbeidsredskaper sykepleierne benytter for å implementere god brukermedvirkning i praksis. Jeg er heller ikke interessert i sykepleiernes teoretiske forståelser av begrepet. Det som har vært viktig for meg er å finne ut av hvordan den gode brukermedvirkningen erfares og leves ut.

Metodevalg handler om hvilken fremgangsmåte som er best egnet til å besvare problemstillingen. Siden jeg er ute etter den levde erfaringen til bidragsgiverne, er en kvalitativ fenomenologisk tilnærming derfor relevant. Jeg velger å bruke kvalitative intervjuer som datakilde, og analysere disse ved å ta utgangspunkt i Giorgis deskriptive fenomenologiske metode.

4.1 Fortellinger og intervjuer som datakilde

Det er ønskelig med en virkelighetsnær og levende fremstilling av hvordan bidragsgiverne til studien erfarer god brukermedvirkning. Ved å la disse beskrive en situasjon der de erfarte god brukermedvirkning, er intensjonen å forstå og gripe fatt i hvordan fenomenet god brukermedvirkning oppleves og utleves i det virkelige livet. Når den intervjuede bidrar med fortellinger fra sitt liv, enten spontant eller på oppfordringer, berører de som oftest forhold som har vært betydningsfulle. Derfor kan man si at fortellinger er meningsfulle og meningsbærende (Fagermoen, 2001). Kari Martinsen skriver at «fortellinger er ett tankens mellomledd mellom berørthet og erfaring» (Martinsen & Eriksson, 2009, p. 145). Historiene innebærer representasjoner av aktuelle hendelser (Fagermoen, 2003). Det er derfor ikke gitt at sykepleierens erfaring med god brukermedvirkning, representerer pasientens erfaring. Men ved å be sykepleieren fortelle en historie om god brukermedvirkning, kan man se hva hun selv vektlegger som viktig og meningsbærende i det å erfare den gode brukermedvirkningen. Videre ønsker man, innen en deskriptiv fenomenologisk metode, også å se fenomenet i en

sammenheng: "Asking for a situation is vital since the discovery of the meaning of a phenomenon (later in the data analysis) needs to be connected to a specific context in which the phenomenon has been experienced" (Englander, 2012, p. 25)

4.1.1 Utforming av forskningsspørsmål

Sykepleierne som skulle delta i intervjuundersøkelsen, ble på forhånd presentert for forskningsspørsmålet. De fikk mellom 2-4 uker på å reflektere over hvilken situasjon de skulle beskrive. Forskningsspørsmålet ble sendt dem sammen med generell informasjon om prosjektet (se vedlegg 1), og har følgende formulering:

Beskriv så detaljert som mulig en situasjon der du syntes du eller noen andre utførte god brukermedvirkning i samhandling med en etnisk minoritetspasient. Du kan også beskrive en situasjon der du lærte noe avgjørende om god brukermedvirkning med etniske minoriteter.

- Hvordan forstod du situasjonen?
- Hvilke refleksjoner gjorde du underveis?
- Hva opplevde du som avgjørende og hvorfor tror du dette var avgjørende?

Hensikten med å be sykepleierne beskrive en situasjon de enten deltok i selv eller som de observerte at andre utførte god brukermedvirkning, var å gi rom for at psykisk helsearbeid er et tverrfaglig arbeidsfelt som gjerne skjer i team og med andre profesjoner. Likevel legges det til grunn at det som sykepleieren vektlegger å gjenfortelle i den erfarte situasjonen, sier noe om hva hun selv oppfatter som viktig, selv om det er en annen profesjonsutøver fra en annen faglig disiplin som deltar i arbeidet.

4.1.2 Utvalg og gjennomføring av intervju

Innenfor deskriptiv fenomenologisk metode er et representativt utvalg ikke et spørsmål om kvantitet, men om bidragsgiverne har erfaringen man ønsker å studere. Generaliserbarheten er basert på intersubjektivitet og eidetiske essenser (Englander, 2012). Det anbefales minimum tre deltagere for å komme fram til en generell essens av fenomenet (Giorgi, 2009). Det kan virke lavt, men er basert på metodens filosofiske og epistemologiske grunnlag (Englander, 2012). Grunnet min begrensede erfaring med intervjusituasjonen valgte jeg fem bidragsgivere. Disse ble rekruttert fra to forskjellige distriktpsikiatriske sentre (DPS) der en betydelig del av pasientgrunlaget består av minoritetspasienter med migrantbakgrunn. Bidragsyterne har mellom fire og 35 års erfaring som sykepleier. Samtlige har enten

videreutdanning i psykisk helsearbeid eller i psykiatrisk sykepleie. Sykepleierne ble rekruttert enten via direkte kontakt, eller i samarbeid med seksjonsleder ved den aktuelle DPS-avdeling. Fem intervjuer ble foretatt. Det første intervjuet ble initialt tenkt som et pilotintervju, men på grunn av intervjuets detaljrikdom og kvalitet ble det i samarbeid med bidragsyteren tatt inn i datasamlingen. Sykepleierne startet med å beskrive en situasjon, mest mulig uten avbrudd. Etter at sykepleieren hadde innledet intervjuet med sin historie, stilte jeg oppfølgingsspørsmål til sykepleieren omkring historien. Til slutt kunne sykepleieren komme med sine generelle betraktninger omkring temaet. Intervjuene tok mellom 50 minutter og en time og 20 minutter. Den korteste historien ble fortalt på ca syv minutter, mens den lengste historien tok en time og fem minutter.

4.1.3 Datamaterialets karakteristika

De fem sykepleierne, som var fordelt på to forskjellige DPS-avdelinger, fortalte til sammen syv historier fordelt over seks forskjellige enheter innenfor DPS-systemene. Historiene er således hentet fra forskjellige kontekster der noen pasienter ble møtt en time, og andre ble fulgt opp over flere år, avhengig av de forskjellige enhetenes funksjon i DPS-systemet. Noen av pasientene var innlagt, mens andre møtte til poliklinisk behandling eller ble behandlet i sitt eget hjem. Seks av historiene beskrev pasienter med diagnoser innen psykospekteret. Den syvende pasienten befant seg i en dyp livskrise.

Intervjuene ble transkribert så detaljert som mulig ved hjelp av programmet

”HyperTRANSCRIBE” (2013). Det skriftlige datamaterialet utgjorde til sammen 35 716 ord.

Det er viktig å nevne at datamaterialet ble analysert uavkortet og i sin helhet, noe Giorgi (2009) oppfordrer til å gjøre for å kunne gjøre rede for sammenhengen i den levde erfaring. Det kunne være vanskelig å skille mellom sykepleierens historie og sykepleierens refleksjoner omkring temaet. Det vil derfor være feil å si at analysen utelukkende ble basert på sykepleierens historier. Jeg opplevde at etter at sykepleierne hadde formidlet sine historier, kunne de ofte oppsummere med korte ord det jeg selv kom fram til gjennom analyse av historiene.

4.1.4 Ethiske betraktninger

Forut for intervjuene ble søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) sendt og innvilget.

Kontakten med fire av de fem bidragsgiverne til studien ble etablert via klinikkleder. Deretter tok jeg kontakt med hver enkelt og informerte om studien og avtalte dato for intervju som de selv fikk bestemme tidspunkt for. Klinikkleder hadde videreformidlet informasjonsskriv og samtykkeskjema til bidragsgiverne på epost i forkant. Likevel ble dette delt ut på nytt undertegnet før intervjuet startet. Bidragsgiverne ble orientert muntlig om innholdet i informasjonsskrivet og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Bidragsgiverne fikk anledning til å komme med spørsmål.

Ingen av sykepleierne som deltok i studien står i en nær eller kollegial relasjon til meg, selv om en av deltagerne i studien er fjern bekjent av meg. Det er fordeler knyttet til det at relasjon mellom forsker og bidragsgiver ikke er nært i det bidragsgiveren ikke setter seg i en vanskelig samvittighetsklemme i forhold til samtykke eller bevaring av relasjoner. Men ulempen, slik jeg opplevde den, var at tillitsforholdet til forskeren ikke var etablert og bidragsgiveren skulle likevel på få minutter åpne seg og begynne å fortelle en personlig historie innenfor et relativt ømfintlig tema. Dette ble særlig vanskeliggjort da intervjuene foregikk i sykepleiernes arbeidstid og det var satt av begrenset med tid. Jeg forsøkte derfor å gjøre situasjonen så trygg som jeg kunne. Fire av intervjuene ble foretatt på sykepleiernes egen arbeidsplass der jeg var «gjest». Det første intervjuet, som var med en fjern bekjent av meg og var tenkt som pilotintervju, ble gjennomført i et uforstyrret hjørne på en kafeteria som sykepleieren selv valgte ut. Her merket jeg fordelene av at tillitsforholdet på forhånd var etablert i det sykepleieren var avslappet og snakket for det meste uavbrutt.

To av sykepleierne hadde behov for å få ytterligere klarlagt hensikten med studien og i hvilken sammenheng forskningen var tenkt å benyttes. Dette var fullt forståelig, og det ga meg en anledning til selv å stille forsiktige spørsmål til sykepleierne om de var bekymret for om de kunne bli mistenkeliggjort eller om de var redde jeg skulle lete etter dårlige holdninger hos dem, noe de benektet. Men i ettertid forstår jeg at deres spørsmål like gjerne kan tolkes som tillit overfor meg, i det de turte å ta opp temaet, i motsetning til en annen bidragsgiver som jeg opplevde til å være noe vanskelig tilgjengelig under intervjuet. Jeg skal i seksjon 3.3.2 redegjøre for hvordan det påvirket meg som forsker og derav også selve

intervjusituasjonen og datamaterialet. Men under analysearbeidet skjønnte jeg at temaets ømfintlighet i kombinasjon med en mulig følelse av å levere fra seg noe personlig som man ikke helt har videre kontroll over, kan sannsynligvis ha vært en avgjørende årsak til sykepleierens forbeholdenhet. Dette fikk meg senere til å reflektere videre over bidragsgivernes integritet og betydningen av å ikke ta tilliten for gitt. Det fikk meg også til å tenke over at bidragsgiverens tilbakeholdenhet var de forutsetningene vedkommende selv ønsket å gi for å samtykke i deltagelsen. Dette måtte respekteres. I ettertid ser jeg at det kunne vært hensiktsmessig og benyttet meg av et kort innledende møte forut for hvert intervju. En muntlig gjennomgang av informasjonsbrevet og forskningsspørsmålet kunne være avklarende og tryggende for bidragsgiveren. I tillegg ville det åpne for at bidragsgiveren kunne stille spørsmål og komme med forbehold.

Under transkripsjonen ble intervjuene gjengitt så godt det lar seg gjøre fra muntlig form til skriftlig tekst. Dette inkluderer nøling, kremting, latter, usammenhengende og avbrutte setninger, et spesielt stemmeleie, og liknende. Men i gjengivelsen av bidragsgivernes sitater, har jeg vært opptatt av hvordan de ble fremstilt i oppgaven. Derfor har jeg renset litt i fremstillingsmåten deres der det ellers kunne fremstilles litt for stykkevis og nølende, også for leservennlighetens skyld. Ingen ord er forandret. Der fremstillingene er noe forkortet, har jeg markert med parentes (...) for å angi at her er det noe som er tatt ut.

Videre har jeg vært opptatt av å ikke formidle for mye av pasienthistorienes forløp i hensikt i å beskytte både pasient og bidragsgiver fra identifisering. En del av konklusjonsgrunnlaget for funnene er derfor ikke gjengitt, men jeg har forsøkt å finne andre, om enn ikke like gode eksempler, som kan formidle samme konklusjon. En av sykepleierne ønsket å se hvilke sitater som ble benyttet i oppgaven og i hvilken sammenheng disse ble brukt, og det fikk hun, men hadde ingen bemerkninger eller ønsker om endring.

4.2 Giorgis deskriptive fenomenologiske metode

Fenomenologien tar for seg hvordan et fenomen opptrer i bevisstheten (Giorgi 2009, s 93). Når man anvender en fenomenologisk metode er det med andre ord fenomenet slik det presenterer seg i den andres bevissthet man studerer, og man krever ikke at det skal være i samsvar med realiteten.

Giorgi er opptatt av at teori, saksforhold og metode er en syntetisk enhet. Han mener at andre kvalitative metoder som ikke tar utgangspunkt i en forutbestemt vitenskapsteoretisk forståelse, med tilhørende epistemologi, lett kan blande inn naturvitenskapelig metodikk og dermed undergrave den opprinnelige velmente hensikt (Giorgi, 1994; Morley, 2010). Giorgis metodikk er basert på Husserls begrep "epoché". Husserl tok utgangspunkt i at selv objektiviteten i seg selv er et erfart fenomen som innehar strukturer som videre kan forstås og utdypes. Det eksisterer en "ekte verden", men vi oppfatter og begriper den utelukkende gjennom våre erfaringer. Samtidig som vi opprettholder en forståelse av det vi kaller en objektiv verden, innehar vi en slags "glemsomhet", en ubevissthet omkring hvordan vi lever i og forholder oss til verden. Denne "blinde flekken" er helt grunnleggende og det er en ubevisst livsanskuelse som likevel gjennomsyrrer virkelighetsforståelsen. Husserl omtaler dette som "den naturlige hverdagsholdningen" (the natural attitude). Når man blir seg bevisst at det eksisterer en grunnleggende hverdagsholdning, kan man innta epoché og overkomme begrensningene den naturlige hverdagsholdningen vil innebære. Man har da mulighet til å gjenoppdage verden på en ny måte (Morley, 2010, pp. 223-224).

Epoché er en grunnleggende forutsetning for å kunne foreta en fenomenologisk reduksjon, som er et annet begrep jeg skal komme nærmere inn på i dette kapittelet. Men disse begrepene er ikke synonyme. Epoché er ingen teknikk, men en holdning, et verdisystem og en levemåte:

It is a commitment to assume the position of perpetual beginner and a childlike yet disciplined openness to the world as an ongoing birth of meaning. It is a stance of wonder, astonishment, and what is essentially a *trust* in the truth of the world to reveal itself on its own terms – not the terms of the mundane ego of the natural attitude (Morley, 2010, pp. 230-231)

Giorgi er med andre ord inspirert av Husserl. Men han posisjonerer seg også innenfor perspektivet til den franske eksistensielle fenomenologiske filosofen Merleau Ponty som mener at fenomenologisk metode består av fire prinsipielle karakteristika (Castro, 2003, pp. 49-50). Metoden er beskrivende, den benytter reduksjon, den søker etter essenser og den er fokusert på intensjonalitet.

Metodens beskrivende karakteristika innebærer at analysen av data baseres på den konkrete beskrivelsen som er gitt av bidragsgiveren. Ingen faktorer utenfor datamaterialet skal forstyrre resultatet.

Reduksjon innebærer å gripe meningen slik det fremstår i den andres bevissthet. Det forutsetter den fenomenologiske reduksjon som innebærer at forskeren setter tidligere kunnskaper og teorier om fenomenet i parentes – dette kalles ‘bracketing’. Forskeren holder tilbake eksisterende tilslutninger om fenomenet (Giorgi, 1994).

Å søke etter essenser innebærer å lete etter det invariante og uforanderlige av det særegne fenomenet man studerer (Castro, 2003; Giorgi, 1994).

Til slutt handler fokuset på intensjonalitet om at bevisstheten er alltid rettet mot noe (Castro, 2003)

4.2.1 Analyseprosessens forskjellige trinn

Jeg vil i denne delen gå igjennom det teoretiske direktivet Giorgi angir for analyseprosessens forskjellige trinn. Men parallelt vil jeg også beskrive hvordan jeg gjorde dette konkret, der det trengs ytterligere utdyping.

Innledningsvis må forskeren, i følge Giorgi, innta en fenomenologisk reduksjonistisk holdning som innebærer at hun setter i parentes sine tidligere antagelser og kunnskaper om temaet. Hun må gå ut i fra at alt som er å si om temaet i henhold til bidragsgiverens forståelse, vil komme fram i datamaterialet. I tillegg må forskeren innta den profesjonelle holdning til temaet som avhenger av hvilken disiplin forskeren jobber under – og i dette tilfelle er det aktuelt å innta en sykepleiefaglig holdning med et særskilt blikk mot brukervedvirkning og psykisk helsearbeid (Giorgi, 2012, pp. 5,11).

På det punktet hvor jeg startet analyseprosessen hadde jeg nettopp gått igjennom tidligere forskning om brukervedvirkning og de nasjonale føringene. Dette måtte jeg sette til side før intervjuet slik at jeg kunne stille opp med en mest mulig åpen innstilling. Men også i det man starter analysearbeidet er det viktig å «glemme» alt man har lært og reflektert over temaet.

Når man har inntatt den riktige holdningen, kan man i første fase av analysearbeidet lese teksten i sin helhet for å få en intuitiv følelse av den intenderte meningen bak. Hensikten er å få en forståelse av erfaringens mening slik den fremstår for bidragsgiveren og ikke fra forskerens teoretiske forståelse. I denne prosessen hvor forskeren blir kjent med datamaterialet, skal forskeren ikke fortolke bidragsgiverens erfaring, men prøve å forstå

vedkommendes språk. Siden metoden er holistisk er det også viktig å kjenne datamaterialet siden meninger kan ha referanser bakover eller forover i teksten (Giorgi, 2009, pp. 128-129).

Når tekstene ble transkribert, ble tekstene gjennomgått på nytt for å dele teksten opp i meningsenheter. Teksten ble delt opp der det syntes å være et naturlig skille i mening. Forskjellige forskere kan dele opp teksten på forskjellig vis. Men dette har ingen praktisk betydning da hensikten er å dele opp materialet for å gjøre det senere analysearbeidet mer håndterbart (ibid, p. 129). Jeg plasserte meningsenhetene i kronologisk rekkefølge for hver enkelt historie i et skjema i tekstbehandlingsprogrammet. Skjemaet bestod av tre kolonner, der meningsenhetene ble plassert i første kolonne, slik Giorgi (2009) selv illustrerer fra pp. 146-153. Ingen meningsenheter i datamaterialet ble utelatt.

I tredje fase skal alle meningsenhetene transformeres til et språk som kan generaliseres. Hele teksten skal gjennomgås på nytt, og alle meningsenhetene skal analyseres. Bidragsgivernes uttrykk og formuleringer gjennomgås i lys av det fenomenet som er av interesse. Hver beskrivelse av fenomenet innbefatter forskjellige meninger, og det er ønskelig å finne et generelt uttrykk for disse som kan generaliseres slik at man kan beskrive mer typiske særtrekk for fenomenet (Giorgi, 2000, p. 6). I denne fasen benyttes det Giorgi omtaler som «imaginative variation». Hensikten er å komme fram til en generell kategori ved å gå utforske de forskjellige mulige meningene av informantens uttrykk. Til slutt skal man kunne nå fram til en konsistent intersubjektiv enighet. Likevel er Giorgi opptatt av at man ikke skal benytte et alt for teoretisk språk, men helst benytte ord og termer i informantenes eget vokabular. Reduksjon innebærer i denne sammenhengen ikke å lage et kortere sammendrag av det informanten sier. Hensikten er å gripe fatt i det psykologisk underliggende, og å fatte meningen bak det bidragsyteren prøver å formidle. I følge fenomenologisk tenkning utgjør alle detaljer en intendert mening som bidragsyteren forsøker å formidle. Små detaljer som ellers lett kunne «kondenseres» vekk, kan derfor avsløre noe vesentlig. I denne fasen lagde jeg en tabell med tre kolonner, der meningsenhetene ble plassert i første kolonne. De transformerte meningsenhetene ble plassert i andre og/eller tredje kolonne, avhengig av om jeg greide å transformere meningsenhetene i ett eller to trinn. Etter hvert som jeg ble mer trent i denne transformasjonen, erfarte jeg at tredje kolonne oftere ble stående tom fordi jeg lyktes å omformulere meningsenheten på en tilfredsstillende måte gjennom ett enkelt trinn. I denne fasen var jeg oppmerksom på hva jeg strengt talt kunne tillegge datamaterialet der og da, og hva som var en mulig tolkning jeg ikke kunne ha belegg for. Jeg valgte derfor å ikke

bare benytte kolonner, men også bruke kommentar-funksjonen i tekstbehandlingsprogrammet for å få ned mine umiddelbare tanker, spørsmål, assosiasjoner, mulige tolkninger og mulige forbindelser til teori. Disse fremstod derfor som «bobler» utenfor tredje kolonne. Slik kunne jeg lettere skille mellom det som kunne være mitt og det som lå i datamaterialet. Når jeg hadde gått gjennom hele intervjuet og samt datamaterialet i sin helhet, kunne jeg lettere se om mine assosiasjoner og mulige tolkninger gikk utenfor det gitte eller om det tvert i mot kunne løfte de transformerte meningsenhetene opp fra et rent refererende nivå til en måte å gripe fatt i den underliggende meningen.

Et eksempel på en side av analysen ser slik ut:

Altså, det er så mange små situasjoner da, og jeg tenker at det er... jeg har jo fulgt opp en pasient nå i fire år som kommer fra (tatt vekk opprinnelsesland), som kom til Norge med veldig liten forståelse av norsk system, norsk hjelpeapparat, i forståelsen av hvilke kanaler og (?) man kan tilknytte seg for å få den hjelpen han kunne få. Eh... Og... Dårlig språkforståelse. Kommer fra veldig sånt korrupt system og hadde vanskelig med å stole på noen.	Spl beskriver en pas som hun har fulgt opp over lengre tid. Pas har dårlig språkforståelse og dårlig kjennskap til systemet og hvordan tilknytte seg for å få hjelp. Pasienten kommer fra et land som har et korrupt system og har derfor vanskelig for å stole på noen	Spl har fulgt pas over tid. Pas har dårlige forutsetninger for å stole på spl.	<p>Comment ["1]: Pas har dårlige forutsetninger for systemtilit</p> <p>Comment ["2]: Hvorfor nevner hun dette, er det fordi hun selv var engstelig?</p> <p>Comment ["3]: Spl forsøker å etablere systemtilit ved å la pasienten bli kjent med menneskene som jobber der (personlig stikk)</p>
Hørte stemmer. Følte seg å være veldig syk. Selv om de har en forståelse av hva syk er på en annen måte da, fordi de har jo ikke så veldig mye... der er det jo veldig mye sårn å lese fra Koranen og det åndelige.	Pas hørte stemmer og følte seg veldig syk selv om han har en annen sykdomsforståelse som innebærer religiøse og åndelige aspekter.	Pas var svært syk, men har en annen forståelse av sykdom enn det spl har	
Når jeg kom i kontakt med han, så hadde han jo vært innlagt i en periode etter å ha gjort ganske mye desperate forsøk på å få hjelp. Og det startet jo med å skulle prøve å tilknytte han... Han har jo forhøyet voldsrisiko på han.	Når spl kom i kontakt med pas hadde han vært innlagt etter å ha gjort mange desperate forsøk på å få hjelp. Hennes strategi startet med å prøve å skape tilknytning. Spl er oppmerksom på at det er forhøyet voldsrisiko på han	Spl forsøker å knytte seg til pasienten som har en desperat hjelpesøkende adferd med forhøyet voldsrisiko	
Men det jeg på en måte forstod i begynnelsen så var det jo å komme i kontakt ved at han ble kjent med stedet, jeg fulgte han fra avdelingen, i vikom til oss, han fikk hilse på personalet, han fikk på en måte bli trygg på stedet og hvem vi var. Og forholde seg mest mulig til en person i begynnelsen... meg da.	I begynnelsen etablerte spl kontakt ved å la han bli kjent med avdelingen. Hun fulgte han fra sykehuset og han fikk hilse på personalet og fikk forholde seg til en fast person	Initialt forsøkte spl å etablere kontakt ved å la pas bli kjent med avdelingen og personalet, samt at han fikk en fast person (henne) å forholde seg til.	
Og så var det selvfølgelig å lese mest mulig av historikken, hva kan ligge mellom her... men det var jo fort at vi forstod at han forstod veldig lite. At misforståelsene gjorde at han da ikke visste hvordan han skulle håndtere situasjoner som han da... Når han ikke ble forstått og ble gjort seg forstått(?) så håndterte han det ved å bli sint, slo.. ikke sant...	Spl forsøkte å lese historikken og hva som lå i mellom. Det ble fort klart at han forstod veldig lite. Misforståelser gjorde at pas ikke kunne håndtere situasjoner, men reagerte med å bli sint og voldelig	Spl prøver å tolke historikken hans. Hun skjønte fort at han forstod lite, og når han ikke følte seg forstått reagerte han med vold.	

I siste fase skal man skal man formulere en struktur som skal sammenfatte fenomenets erfaring slik det kan forstås når man ser alle beskrivelsene under ett. Strukturen er en måte å forstå hvordan forskjellige fremstillinger og konkrete detaljer likevel kan beskrive det samme fenomenet, nesten som sentraltendensen i statistiske data (Giorgi 2009, s. 200). Giorgi foretrekker å bruke begrepet struktur fremfor essens, da datamaterialet kan fremstilles med flere invariante meninger, men måten disse står i sammenheng med hverandre, danner en struktur (Giorgi, 2000, p. 6). «The attainments of the structure is not based upon facts alone, but also eidetic intuitions», skriver Giorgi (2009, p. 199) og det innebærer at det du kommer fram gjennom “imaginative variation” skal også være en del av strukturen.

4.2.2 Metodeoverveielser

Etter å ha jobbet med Giorgis metode og lenge lurt på hva som skiller den fra klassisk tematisk innholdsanalyse, har jeg kommet fram til at ett av mange skillepunkter er at metoden vektlegger det intuitive i større grad. Det kan virke paradoksalt da metoden også er kjent for å være empirinær. Forklaringen ligger i at ordet 'intuitiv' ikke skal forstås som en vag, utydelig følelse som ikke kan verifiseres. I følge Husserl skal det derimot forstås som det umiddelbare, som erfares før enhver refleksjon eller forforståelse (Giorgi, 1994, p. 216). Selv om metoden er faglig stringent og tilsynelatende virker oversiktlig og effektiv, tvinger de fire trinnene i prosessen forskeren til å bli kjent med datamaterialet på en måte der hun ikke bare kjenner innholdet, men også føler det intenderte budskapet under huden. Det lar seg gjøre å sette seg slik inn i den andres opplevde livsverden, uten at man lar seg forstyrre av egne tanker og teorier om fenomenet, hevder Giorgi (2000). Bidragsgiveren til studien har en naturlig hverdagsholdning til fenomenet i det de fremstiller sine erfaringer. Når forskeren setter sine egne forståelser i parentes og inntar den fenomenologiske reduksjonistiske holdningen, forholder han seg ikke til det bidragsgiveren fremstiller som en objektiv sannhet. Men han anerkjenner bidragsgiverens presentasjon av sin erfaring. Når forskeren på den måten fokuserer på meningen fremfor fakta i fremstillingen, har forskeren fått tilgang til det som bidragsgiveren opplever som avgjørende gjennom de språklige uttrykk erfaringen blir presentert som. Den andres situasjon i «verden» blir levendegjort som forskerens egen situasjon og han vil kunne være i stand til å gripe situasjonens generelle struktur (ibid, p. 5).

Min erfaring var at det var lett å leve seg inn i de enkelte sykepleiernes historier. Men i ett av intervjuene opplevde jeg noe utilgjengelighet hos informanten. Det skapte følelser og tankeprosesser som satte meg litt tilbake i «meg selv» som en som ikke levde seg så veldig inn i, men stod utenfor og observerte og analyserte det bidragsgiveren sa og hvordan vedkommende fremstilte seg selv. Interaksjonen mellom forsker og bidragsgiveren synes derfor å være viktig for å kunne leve seg inn i det bidragsgiveren formidler i øyeblikket. Men den som intervjuer behøver ikke være den samme som analyserer. På liknende vis steg jeg ut av intervjusituasjonen under analysen og kunne reflektere over min innflytelse på datamaterialet. Min første tanke etter å ha transkribert intervjuet var å vurdere om datamaterialet holdt kvalitet, gitt forutsetningene. Denne sykepleieren opplevdes som en nøtt, men det jeg i realiteten gjorde var at jeg slet med egne projiseringer og fordommer som gjorde at jeg opplevde mange motsetninger i intervjuet. Vedkommende brukte også et bestemt toneleie for å understreke enkelte poeng, og det gjorde meg også forvirret, fordi jeg ikke fikk det til å passe i en helhet. Det som ble nøkkelen til forståelse av datamaterialet og

interaksjonen mellom meg og sykepleieren, var det faktum at sykepleieren så ut til å gjenta enkelte 'mantra' igjennom hele intervjuet. Dette grep jeg fatt i, da jeg tenkte at det kunne innebære at vedkommende opplevde *meg* som utilgjengelig, siden vedkommende hadde behov for å repetere budskapet sitt. Det var noe vedkommende forsøkte å si, men ordene nådde ikke inn til meg i selve intervjusituasjonen. Når jeg som forsker fikk lest tekstmaterialet og kunne observere min rolle i intervjusituasjonen som en 'utenforstående', fikk jeg en forståelse av hva som gikk galt og hva bidragsgiveren forsøkte å formidle som jeg som deltager i intervjuet ikke kunne se der og da. Det viste seg at 'mantraet' vedkommende gjentok, faktisk ble et funn jeg senere også kunne observere i de andre tekstene. Om enn utgangspunktet var dårlig, hjalp dette intervjuet meg å se noe som faktisk kunne sies å være en del av fenomenets essens.

Giorgi oppmuntrer selv sine studenter til å ikke skynde seg i gjennom trinnene, men bruke tid til å dvele over datamaterialet, slik at den intuitive følelsen utvikler seg og får sin dybde (Giorgi, 1994, p. 208). Etter at jeg hadde gjennomført første analyse av hver tekst, lyttet jeg til lydbåndopptaket, for det viste seg at små nonverbale uttrykk som tenkepauser, toneleier og andre forhold som ikke så lett lar seg transkribere, ga nye dimensjoner til forståelsen av datamaterialet.

Datamaterialet var hentet fra forskjellige avdelinger med forskjellig fokus for behandling og tilnærming og ikke minst – varighet av pasientkontakt. De beskrevne historiene varierer med andre ord fra et møte på en time til en langvarig oppfølging over mange år. Således beskriver de ikke bare forskjellige faser i behandling, pasientens varierende fortrolighet til systemet, men også forskjellige spektre av brukervedvirkningen. Fenomenet kommer fram i sin kompleksitet. Datamaterialets forskjellighet gir en bedre mulighet til sammenfatning av det universelle i brukervedvirkningens essens i det lokale forhold og kontekst ikke får betydning. Jeg valgte å fremstille funnene som en slags kronologi – en sammenfatning av hvordan brukervedvirkning praktiseres, avhengig av pasientens tillit og fortrolighet til systemet. Dette lot seg gjøre fordi tre av informantene beskrev lange pasientforløp som innbefattet forskjellige stadier fra ganske tidlig eller helt i begynnelsen av kontakten.

Jeg har valgt å kalle informantene ved fiktive navn slik at den som leser funn-delen kan se at sitatene er hentet fra forskjellige bidragsgivere. Jeg har ikke knyttet andre detaljer til deres navn, som alder eller type avdeling de jobber på, for jeg ønsker ikke at de eller pasientene, skal bli gjenkjent. De fem bidragsgiverne formidler sine særegne aspekt av

brukermedvirkningen. Andreas fokuserer på det medvirkende mennesket og den medvirkende familie. Merete er opptatt av å geleide pasienten og gjøre tuene lavere. Det mest særegne i Lisas historie er kraften som ligger i det å bryte behandlingstradisjoner. Jørgen vektlegger tilgjengelighet ved kriser og det å være tilstede for å bryte bølgene så pasienten kan mestre hverdagen. Maja forteller om å gi rom for det ennå ikke forståtte. Elementer av disse forskjellene kan finnes i alle intervjuene, om ikke i alle historiene. Utformingen av strukturen og de konstituerende elementene ble likevel beskrevet med andre ord.

Parallelt med analyseprosessen forsøkte jeg å lage en essensiell meningsstruktur som stadig ble revidert i det den ble kontrollert mot de enkelte bidragene. Jeg valgte først å analysere de tre mest forskjellige tekstene. Dette ga en grov skisse av de vesentligste elementene. Deretter analyserte jeg de to siste, hvorav særlig det ene intervjuet ga nye dimensjoner som jeg deretter lette etter i de tre første historiene. De konstituerende elementene ble identifisert først ved å notere med de viktigste elementene fra alle bidragsyterne. Disse ble så kategorisert i noen mer universelle termer. Det viste seg at flere kunne slås sammen til noen større og mer overordnede temaer. Eksempelvis ble Meretes geleiding sett på som litt for særegent for hennes historie til at det kunne gjøres til et invariant begrep. Jeg valgte å heller gjøre det til en del av tillitsoppbyggingen i 4.3.1 og som en del av det å bryte behandlingstradisjoner.

Etter at elementene ble identifisert som en grunnskisse til stikkord for strukturen, gikk jeg tilbake til datamaterialet for å se hvilke elementer som går igjen i alle tekstene. Her benyttet jeg meg både av klipp og lim fra informantenes utsagn, samt mer den underliggende følelsen av at her er det et element som går igjen i hele teksten, men som ikke uttrykkes i en enkelt setning eller meningsenhet. Ett eksempel på det var hvordan relasjon og tilknytning var et element uttrykt i seks av de syv historiene, men i den syvende historien var sykepleieren opptatt fraværet av allianse samt å gi pasienten et stilltiende rom for det. Allianse er likevel et element for sykepleieren, og derfor kan man si at relasjon og tilknytning var element i alle historiene. Likevel er relasjon og tilknytning veldig universelt for psykisk helsearbeid og sykepleie, og funnet vil derfor ikke peke på det særegne i forhold til akkurat denne pasientgruppen. Jeg valgte heller å peke på betydningen av tillit som et mer kondensert uttrykk for det beskrevne. Man kan også si at tillit er et like universelt begrep, men i forhold til denne brukergruppen blir tillit særdeles viktig gitt ett av de andre funnene, nemlig at det er familien og ikke systemet, som oppleves som den naturlige omsorgsinstans.

Jeg satt igjen med ti elementer. Disse ble vurdert opp mot problemstillingen for å se hvilke av disse som svarer på spørsmålet i problemstillingen. Ett eksempel på et element ikke svarer direkte på problemstillingen er systemets begrensninger i møte med denne pasientgruppen, og funnet er derfor ikke relevant i denne sammenhengen. Videre så jeg på elementene fra en deskriptiv fenomenologisk vinkel. Det jeg hadde samlet om sykepleiernes teoretiske forståelse og personlige definisjon av begrepet brukervedvirkning er i og for seg interessant, men ut i fra den valgte metoden, sier det lite om den levde erfaring av god brukervedvirkning i praksis.

Jeg satt igjen med tre konstituerende elementer som til sammen utgjorde grunnrisset for en essensiell struktur av fenomenet «sykepleieres erfaring med god brukervedvirkning i møte med etniske minoritetspasienter innenfor rammene av psykisk helsearbeid». Disse hovedtemaene hadde flere underkategorier. I neste kapittel skal funnene presenteres først som en essensiell struktur, deretter skal vært konstituerende element og underliggende element utdypes og begrunnes.

5 Funn

Jeg vil først presentere det som Giorgi omtaler som en essensiell meningsstruktur som kan sies å være hovedfunnet. Tre konstituerende elementer ble identifisert som generelle og gjennomgående i alle bidragene. Det første elementet handler om familien som den naturlige institusjon. Dette er konteksten sykepleierne jobber under i det de representerer et system pasienten ikke er fortrolig med. Konsekvensen gitt dette utgangspunktet, blir neste funn, som handler om de forskjellige instrumentelle og relasjonelle tilnærmingene som sykepleierne benytter seg av for å komme i posisjon. Disse tilnærmingene har som mål at pasienten opplever at sykepleieren transformerer seg fra en systemrepresentant til en person i pasientens naturlige nettverk. Transformasjonen blir derfor det andre konstituerende elementet. Det siste elementet er brukermedvirkningens mål, den gode hverdagen og «det sterke levende vesenet».

De tre punktene er i nær sammenheng med hverandre og har flere dimensjoner som blir presentert som underpunkter. Det enkelte underpunkt representerer ikke nødvendigvis alle sykepleiernes stemme, men minst fire av dem. Likevel vil alle sykepleiernes stemme representeres i de tre konstituerende elementene.

Jeg velger å la bidragsytternes stemme tale mer enn mine egne ord og oppsummeringer av funnene, da jeg synes det i større grad underbygger de konklusjoner jeg drar om hovedtema.

5.1 Essensiell meningsstruktur

I møte med etniske minoritetspasienter erfarer sykepleiere god brukermedvirkning som å benytte relasjonen for å frembringe den gode hverdagen og det sterke levende vesenet.

I møte med minoritetspasientene opererer sykepleiere i en kontekst der hun forstår at familien enten utgjør de naturlige og avgjørende omsorgspersonene, eller at familien er smertefullt fraværende i pasientens liv. For å komme i en posisjon der pasienten medvirker og lar sykepleieren hjelpe han, må sykepleieren i pasientens øyne, transformeres fra være en representant for systemet til å være en nær fortrolig person i pasientens opplevde naturlige nettverk.

For å komme dit vil sykepleieren benytte seg av forskjellige tilnærminger for å skape den gode tilknytningen.. Hun lever ut sine indre verdier og sin overbevisning om den gode relasjonen som bærende for god brukervedvirkning. Hun tilstreber å skape tillit og tilknytning gjennom å etterstrebe den naturlige ivaretagende relasjonen. Hun bryter behandlingstradisjoner der det er nødvendig for å ta hensyn til pasientens forutsetninger. Hun gir rom for det ennå ikke forståtte. Hun holder pasienten nær fremfor å la seg distrahere av hans etniske bakgrunn. Hun hjelper pasienten til å erfare den gode hverdag i det hun hjelper han med det som er av betydning for han i hans verden.

God brukervedvirkning gjennomsyrrer samhandlingen fra initial kontakt, der sykepleieren bistår i å ivareta pasientens grunnleggende behov. Videre ivaretas brukervedvirkningen gjennom et samarbeid der sykepleieren og pasient i stadig større grad blir kjent og fortrolig med hverandre, og til slutt blir også pasienten gradvis mer fortrolig med systemet.

5.2 «Samfunnet er familien, det!».

Sykepleierens rammebetingelser

Pasientens utgangspunkt gitt hans bakgrunn er at det er familien som er de naturlige omsorgspersonene under sykdom og lidelse. De pårørende er tema i alle pasientbeskrivelsene, enten som avgjørende omsorgspersoner eller smertefullt fraværende. Pasienten er mer avhengig av sin familie, fordi fortroligheten til systemet mangler. Alternativt fører familiens fravær til at pasienten blir ekstra utsatt fordi han mangler kjennskap til hvordan benytte seg av samfunnets tjenester.

5.2.1 “Det var også familiemedvirkning”.

Familien oppfattes som betydningsfulle omsorgsyttere som i følge Maja, ofte spiller på lag med både pasienten og behandlingsapparatet. Pasienten blir ivaretatt og får være med på mye. Men i sin historie påpeker Maja også på hvor overgitt pasientene kan være til sin familie:

Hun skjønner og lite norsk, og hun kan lite norsk. Så hun har blitt veldig avhengig av familien sin som hun bor hos da. Jeg tror nok at hun er i en familie der hun blir godt ivaretatt, er mitt inntrykk. For hun blir tatt på alvor når det er noe da. (...) Nå er hun jo på en måte veldig prisgitt det som er i hjemmet. Og hun har ikke så mye selv, hun har ingen plass å gå til. Så det er noe med det at man må innfinne seg med situasjonen

der en er. For noen kan det kanskje være litt sånn.. umyndiggjørende på en måte.. å bli holdt i familien på et vis.

Ikke bare er pasienten overlatt og underlagt familiens omsorgsevner. Men for familien kan pasientens sykdom også utgjøre en vesentlig stressfaktor på grensen av hva de kan greie å håndtere. Familien greier ikke alltid ta vare på pasienten og oppsøker behandlingsapparatet for å få pasienten innlagt fordi de selv trenger en pause. Men her kan de ofte møte et behandlingssystem som er fokusert på diagnoser, suicidalrisiko og medisinske vurderinger. De pårørende forstår ikke alltid hvordan systemet fungerer eller tenker.

Det er ofte i forhistorien at de har prøvd veldig mye veldig lenge. (...) Og det er jo egentlig oftere at pårørende presser mer på å ønske for eksempel innleggelse, enn vi legger inn. Og det går jo litt på at det kanskje er veldig slitne pårørende som kommer, og dels også at vi forholder oss til regelverket, et lovverk, som pårørende ikke kjenner. Og man tenker at når ting ikke er nok, så skal man jo på en måte legges inn. Og det er ikke sånn lovverket er. (Jørgen)

De sa: «Kan du ikke bare ta han?? Kan du ikke bare hente han, han må på sykehus! Det er fullt her, vi kan ikke ha den syke mannen her!» (Andreas)

Når familien ikke greier å samarbeide med pasienten og behandlingssystemet, er pasienten ekstra sårbar og utsatt. I sin historie skjønnte Andreas at han måtte jobbe for å få pasient, pårørende og behandlingsapparat medvirkende på samme lag.

De stressa jo han forferdelig. De gjorde alt galt som man kan gjøre for en person som var.. Så jeg fikk jo veldig lyst til å si: «Hold kjeft, du må ikke si sånn!» (Ier). Altså, det var en vanskelig pedagogisk oppgave. Og jeg mener at brukermedvirkning ble satt veldig sterkt på prøve. Men det er jo ikke bare han, det er også familien. Så det var også familiemedvirkning. Vi måtte liksom spille på lag med veldig mange forskjellige forhold. Og det vil være avgjørende for om man i det hele tatt vil kunne komme i posisjon da.

5.2.2 Når familien er smertefullt fraværende

Det er ikke alltid at familien er til stede i pasientens liv, og sykepleierne forteller om hvor utsatt og sårbar pasienten blir:

Og det er nesten verre for en utlending har jeg inntrykk av, å være helt alene uten familien sin, enn... (...) Det kan ofte ligge mye ivaretakelse i familien i... Så de blir utenfor på enda flere plan enn de norske sykeste. (Maja)

... mange av dem har jo aldri bodd alene. De kommer fra en stor familie der alle lå på samme soverom. Og.. Så plutselig blir de satt i en leilighet her, og så får de det nesten verre. (Merete)

Pasienten synes å trenge den nære relasjonen som han ellers ville fått i en familie:

Han hadde noen tilbud i kommunen... En god del tilbud i forhold til aktiviteter og sånt. Men problemet er at han trengte enda mer, han trengte den tette relasjonen. Derfor kunne han bli dårlig fordi han følte seg så isolert og alene. (Lisa)

Med andre ord trenger pasienten mer enn å få fylt opp hverdagen sin. Han trenger en tett tilknytning. Uten tilknytningen blir pasienten sykere. Dette fremkommer i de historiene hvor pasienten er uten nettverk i Norge. Men for pasienten er det ikke gitt at det er naturlig å knytte seg til det norske behandlingsapparatet og skape fortrolighet til en behandler:

I hans kulturs kontekst er det å ha nærhet i familien et overordnet viktig poeng. Og der ser vi at vårt samfunn har kommet et helt annet sted enn veldig mange av våre fremmede kulturer som kommer til Norge, at de kommer ikke fra noe land hvor samfunnet har noe særlig å stille med. Ikke sant. Samfunnet er familien, det. Rettighetene dine er veldig mye underlagt det familien kan tilby. Så de har jo også litt skepsis til dette merkelige samfunnet vårt hvor vi kjøper oss plasser og hvor omsorg overlates til institusjoner. Det eksisterer jo omtrent ikke i veldig mange av de kulturene. Det har selvsagt også en litt kjølig side, det å ha et sånt samfunn med institusjoner som tar seg av alle omsorgsbehov. (Andreas)

Pasienten kan ha en medbragt kulturforståelse som skaper skepsis og problemer i det det forventes at han skal forsøke å knytte seg til det norske hjelpeapparatet:

Han kom til Norge med veldig liten forståelse av norsk system, norsk hjelpeapparat, og forståelse av hvilke kanaler man kan tilknytte seg for å få den hjelpen han kunne få. Og han hadde dårlig språkforståelse. Han kommer fra veldig sånt korrupt system og han hadde vanskelig med å stole på noen. (Merete)

5.2.3 Oppsummering

Når familien er til stede i pasientens liv er den avgjørende for pasientens velbefinnende.

Familien kan ivareta pasienten på en omsorgsfull måte. Men de pårørende kan være overbelastet i så stor grad at de trenger assistanse, kunnskaper og avlastning. I begge tilfeller er pasienten hengitt sitt naturlige nettverk. Måten de pårørende håndterer situasjonen og samarbeider med tjenesteapparatet kan enten fremme helse eller uhelse hos pasienten.

Brukermedvirkning begrenses derfor ikke til brukeren alene, men sykepleieren må jobbe for å

få hele familien på lag med brukeren og behandlingssystemet. I de tilfeller der familien er fraværende og pasienten har et dårlig nettverk og er ensom, er han enda mer utsatt for psykisk lidelse enn ellers.

Uansett om familien er tilstede eller ikke, eksisterer det gjerne en manglende kjennskap og fortrolighet til systemet. Det naturlige nettverket utgjør vanligvis pasientens sikkerhetsnett.

Pasientens forhold til familien som enten avgjørende til stede eller smertefullt fraværende, samt pasientens manglende fortrolighet til systemet, utgjør rammebetingelsene sykepleieren må forholde seg til i det hun skal forsøke å skape tilknytning til pasienten og eventuelt hans familie.

5.3 Sykepleierens transformasjon fra systemrepresentant til en person i pasientens opplevde naturlige nettverk

Når pasienten, som vi nettopp har sett, ikke har en fortrolighet til systemet og opplever familien som den naturlige omsorgsinstitusjon, synes det som om sykepleieren må transformeres fra en representant i systemet til en naturlig del av pasientens opplevde nettverk. Dette oppnås ved å opparbeide et tillitsforhold og skape en fortrolighet.

De neste funnene dreier seg om hvordan skape en relasjon slik at sykepleieren kommer i posisjon for å få pasienten medvirkende på samme lag. Det handler altså ikke utelukkende om å ha et tilbud til pasienten eller ha pasienten i systemet, for pasienten har ikke alltid forutsetningen for å forstå systemet. Pasienten må ha en tilknytning til og ikke minst stole på, personene i systemet, og det er disse han søker hjelp hos – ikke systemet som institusjon.

I det følgende vil jeg beskrive forutsetningene for at sykepleieren transformeres fra en systemrepresentant til en naturlig del av pasientens nettverk.

5.3.1 Å etablere tillit og fortrolighet

I den innledende kontakten er sykepleieren klar over at jamfør pasientens livsverden, trer hun inn på familiens arena, både når det gjelder intimitetsgrensene, som autoritetsperson, som en omsorgsperson – og eventuell som stedfortreder. Og utgangspunktet blir således å inngi tillit

for å komme i en posisjon der pasienten lar henne hjelpe han. Flere av sykepleierne beskriver pasienter som ingen tidligere har lyktes med, og relasjonsbyggingen utgjør da det avgjørende element. Men for å skape tilknytning, begynner man på det grunnleggende planet. Merete forteller hvordan hun innledet relasjonen med å gjøre pasienten kjent med det som skulle bli hans nye tilknytning – henne selv og behandlingsstedet.

Når jeg kom i kontakt med han, så hadde han jo vært innlagt i en periode etter å ha gjort ganske mye desperate forsøk på å få hjelp. Og det startet jo med å skulle prøve å tilknytte han.. Det var jo forhøyet voldsrisiko på han. Men det jeg på en måte forstod i begynnelsen så var det jo å komme i kontakt ved at han ble kjent med stedet, jeg fulgte han fra avdelingen, vi kom til oss, han fikk hilse på personalet, han fikk på en måte bli trygg på stedet og hvem vi var. Og forholde seg mest mulig til en person i begynnelsen.. Meg da. (Merete)

I det videre arbeidet med å oppnå tillit, synliggjør sykepleieren både sine intensjoner, og sin kompetanse som hjelper, gjennom de konkrete handlinger hun gjør. Sykepleieren inviterer derfor til et samarbeid omkring det pasienten opplever som påtrengende i sitt liv, og ofte de grunnleggende fysiske behovene. Hun forsøker da å både være oppmerksomt lyttende, men også oppmuntre pasienten til å sette ord på sine behov.

Jeg begynner ofte samtalen med orda: «Hvordan hadde livet ditt sett ut hvis du var frisk.. en hverdag?». Da får du ofte «Jeg vet ikke som svar», og da begynner du forfra med: «Er det viktig for deg å ha hus eller leilighet?», og da sier de ja. Og da sier du: «Hus, er det hus?» Altså, du må grave lenge. (Lisa)

Når pasienten får hjelp til det grunnleggende som bolig, økonomi, en meningsfull hverdag og medisinsk behandling, erfarer han både mestring og en bedret tilknytning og forankring til samfunnet. Men gjennom dette arbeidet skaper også sykepleieren relasjon og en tilknytning til henne som person, som gjør at pasienten kan åpne seg og fortelle om andre ting utover det materielle, som han trenger hjelp til:

Men jeg føler at brukermedvirkningen.. At jeg hørte på hva han ønsket og prøvde å hjelpe han til det. Å få på plass bolig, begynne med litt undervisning, få i gang medisiner og ordne det. Hjelp til å få til dette med økonomi og sosial... Alle disse tingene førte til at han begynte å stole på *meg*. Og derfor resulterte i at han også turte å fortelle om andre ting som han sleit med da. (Merete)

Ved å ta pasienten med på avgjørelser fra første stund, oppnår sykepleieren etter hvert en allianse:

...samtidig så hadde ikke den alliansen blitt oppnådd hvis vi ikke hadde høyt prioritert brukermedvirkning, at han medvirket i egen behandling fra dag en. Selv om han var veldig syk og vi måtte liksom bruke tvang for å få han i behandling, så var han hele tiden involvert. (Lisa)

Sykepleieren synliggjør sin intensjon om å hjelpe ved å la pasienten medvirke omkring de små tingene i hverdagen. Men det virker ikke til å være et kalkulert og taktisk instrument fra sykepleierens side. Tvert i mot virker det som om det å få pasienten på lag, oppleves som en selvfølgelighet og som en grunnleggende verdi sykepleieren lever ut.

Alt vi gjør er brukermedvirkning. (Merete)

Jeg stusset egentlig veldig i starten på dette med brukermedvirkning. For jeg tenker jo at.. Er det virkelig mulig å ha pasienter i behandling uten å ha et samarbeid, uten å ha medvirkning? Det høres nesten litt utenkelig ut i mine ører, med mitt hode, å ha.. drive behandling av... innenfor psykiatrien, uten medvirkning? Hva skulle det være liksom? Det å utvikle en relasjon til pasienten og ha en god dialog er helt avgjørende for å komme noen som helst vei. (Andreas)

Medvirkning knyttes opp mot allianse og dialog. Og det anses som viktig å bevare forutsetningen for allianse ved å ivareta pasientens frivillighet.

Det skaper en veldig dårlig behandlingsallianse videre med å starte med en innleggelse med politi og full pakke... Da har du på en måte lagt et løp som allerede skaper mistillit til de som skal prøve å hjelpe deg videre.. Altså det å bli tvangsinnlagt er ikke helbredende i seg selv som regel, du må ofte gå i behandling da i ettertid også. Og hvis de du da skal gå i behandling hos, nettopp har lagt deg inn med tvang, mot din vilje er det jo en dårlig start på et kanskje lengre behandlingsløp. (Jørgen)

Relasjonen er et middel for å komme i en posisjon der man får pasienten medvirkende omkring samarbeidet omkring egen helse, og derfor et mål i seg selv.

Det [relasjonen] er mål og virkemiddel. Hvis ikke du får innpass, hvis ikke du får tillit, hvis ikke du skjønner at dette er et menneske som... Hvis ikke jeg blir forstått som et menneske som prøver å forstå hvor hovedpersonen er, så vil ikke du få noen tillit og det blir i grunnen uinteressant og litt mekanisk det som skal gå videre. (Andreas)

Når pasienten blir oppriktig overbevist om at sykepleieren forstår han, gir det forutsetning for tillit. Men dette fører videre til at pasient og sykepleier gjensidig kan stole på hverandre, fordi pasienten åpner seg og holder ikke tilbake noe av vesentlig betydning:

Så min opplevelse var at forut for at vi skulle forstå det der, så måtte han ha jobbet med han på samme måten, med mye anerkjennelse. Det har vi jo gjort i flere år, og på en måte ønsket å forstå han som person og hans bakgrunn, for å danne en relasjon en allianse. Og så komme til et sånt sted, så langt at vi kunne på en måte ha ordna opp i det. At han kunne stole på oss at vi mente med alvor å hjelpe han med å oppnå ønsket sitt. Og at vi kunne stole på *han*, at han ikke holdt noe igjen for oss, at han fortalte oss alt. (Lisa)

Når den gjensidige tilliten er etablert, er det altså skapt en bedret forutsetning for brukermedvirkning fordi pasienten føler seg fri og trygg nok til å fremme stadig flere ønsker og formidle flere behov. Men igjen er tilliten først og fremst etablert mot sykepleieren som person og ikke sykepleierens posisjon i systemet. Det er den personlige betydningen den enkelte helsearbeider har, som avgjør hvor pasienten henvender seg:

Hun har både kommunalt apparat og person i kommunen, psykiatrisk sykepleier, og så har hun dagsenter og så har hun poliklinisk... Men det hun gjør når hun trenger hjelp, da går hun ikke til fastlegen, for hun liker ikke han og har ikke noe kontakt med han, En norsk som kjenner organiseringen av systemet ville kanskje byttet fastlege og la fastlegen koordinere det. Men i stedet ringer hun den psykiatriske sykepleieren som sier «jeg skal ordne dette, jeg skal kontakte din fastlege.. så snakkes vi siden». Og så fort hun har lagt på røret så ringer hun avdelingen her.. Hun søker hjelp av de personene hun stoler på, fremfor å bruke systemet. Jeg får inntrykk av at i hvert fall henne, og mange andre, de forstår brikkene i systemet men de klarer ikke sette hele systemet i sammenheng i forhold til funksjon. (Lisa)

Når den personlige tilliten har blitt etablert, kan sykepleieren med sin person endre holdninger til systemet som helhet:

Det er noen kulturer som har et ekstremt vanskelig forhold i psykiatri i det hele tatt, at det nærmest ikke eksisterer og at det er skambelagt. Og synes det er pinlig. Og vil helst ikke definere det som at noen er psykisk syk, det er et tabu som mange sliter med. Men også der ser jeg at det hjelper å stå frem og være.. Du får jo noe med nettverk å gjøre der også, at du står frem og prøver å ufarliggjøre og alminneliggjøre... Så hvordan du er som person, hvordan du forholder deg vil påvirke deres syn på hva som er norsk helsevesen. Hvordan jeg og mine kolleger og hele apparatet forholder seg til dem, det påvirker dem jo. Det går an å liksom forandre holdninger der også. (Andreas)

Med andre ord kan det virke som det å etablere et personlig tillitsforhold gjennom å bli en naturlig del av pasientens nettverk, kan på sikt skape en større fortrolighet til systemet som helhet. I enkelte av historiene har det allerede blitt etablert en slik systemtillit, hvor pasienten søker hjelp fordi systemet har etablert seg som en trygg og naturlig instans.

Etter hvert mestrer pasienten mer og mer selv.

Så det å følge dem litt... etterhvert. For det jeg merket i begynnelsen så skulle jeg følge veldig mye, men etterhvert så klarer han å mestre og går og gjør dette selv. Så han blir tryggere og tryggere på de tingene som han gjør da.. Og de menneskene han har rundt seg. Så nå er jeg ikke med på så veldig mye av det han ønsket i begynnelsen. Hvis han skal til tannlegen for eksempel eller hvis han skal ned med noen skjemaer, ikke sant,, så gjør han det selv. (Merete)

Kort oppsummert virker det som om det å få pasienten medvirkende, handler også om at sykepleieren må medvirke i pasientens liv. Sykepleieren posisjonerer seg som en medmenneske i hverdagen og oppnår således pasientens tillit.

Det er jo ikke så mye vi ikke gjør.. Vi gjør jo selvfølgelig ikke de NAV-utbetalingene, men vi gjør det meste av de tingene de er i behov av da. Det blir at vi prøver å ikke skal lage disse hauene så... at det skal være så vanskelig, at alle disse tuene skal bli så vanskelig å gå til.. prøve å samle tuene litt rundt de.. At ikke bare henvise de videre, men vi kan hjelpe dem å ta den telefonen og vi kan hjelpe dem å være med på det møtet. (Merete)

Det tillitsfremmende arbeidet stopper ikke her. De neste funnene er en del av det som videre fremmer og forsterker tilliten og den gode relasjonen.

5.3.2 Å bryte behandlingstradisjoner for å møte pasientens behov

Det er gjennomgående i alle historiene at sykepleierne ikke er redde for å bryte behandlingstradisjoner hvis pasientens særegne behov skulle tilsi det. De leter etter kreative løsninger og er villige til å strekke seg langt for å imøtekomme pasientens behov.

... da er det noe med å prøve å finne ut hva som ikke har blitt gjort. Hva alle andre har gjort er jo ikke noe vits, for det har ikke funka. (Merete)

Selv om han ikke passet som pasient på avdelingen, ønsket han å være pasient der. Man bestemte derfor ut fra en helhetlig faglig vurdering at vi skulle strekke oss ganske langt for at han skulle få lov å være i avdelingen og føle seg trygg. (Lisa)

Jeg tenker at det er god brukermedvirkning at vi ikke er så firkanta her. Hvis pårørende ringer inn og sier at vi får ikke med oss dattera vår til dere, så kan vi si at neimen da kommer vi hjem. At vi på en måte spiller litt på lag ut i fra hvordan problemstillingen er, enten det er med pasient eller pårørende. (Jørgen)

Om nettene kunne han ofte bare liksom komme i døra og snu igjen. Det kunne være veldig sånn opp og ned med han. Det kunne være en formiddag og så måtte han reise igjen (...) Han kom inn på døgnavdelingen og søkte trygghet. Samtidig hvis det ble for trygt, hvis døra gikk igjen, så følte han seg fanget, da måtte han ut igjen. Og det fikk han da. Han kom og han gikk, og han hadde telefonavtale med oss. (Maja)

Det er noe med å være litt fleksibel, gjøre ting litt annerledes. (...) Gjøre litt andre ting som kanskje ikke det er forventet at man skal gjøre i psykiatrien, eller i hvert fall på en poliklinikk da. Alt fra å hjelpe til å handle inn ting, til å få orden på vaskemaskinen til... Ja.. Det som har på en måte brenner litt og har en betydning da. Løse ting og gjøre ting lettere. (Merete)

Sykepleierne forteller direkte og indirekte om viktigheten av at de kan gjøre egne vurderinger ut i fra hva de anser som viktig for pasienten og relasjonen. De ser at pasienten kan ha andre forutsetninger for å handle utenfor prosedyren, og gir rom for pasienten å søke hjelp på sin egen måte.

Det mest særegne under det å bryte behandlingstradisjoner, er formen for kommunikasjon og samhandling som bryter med det tradisjonelle terapeut-klientforholdet. Sykepleieren samtaler og samhandler med pasienten som om sykepleieren var en venn eller et familiemedlem av pasienten. Slik gir hun pasienten en følelse av å være et likeverdig menneske, selv i de situasjonene hvor pasienten må styres og eventuelt behandles under tvang. Lisa forteller om en situasjon hun deltok i:

Jeg har vært med på samtale når behandleren har snakket med han og sagt at det var godt at vi klarte å få tak i deg, jeg har tenkt jeg må snakke med deg.. Han snakker med han som mann til mann.. «Synes du det går bra med deg?» « Du ser jo at det ikke går bra med meg». «Ja, jeg ser det, men jeg må jo vite om du ser det», sier behandleren. Nei, ja, han sier han kunne tenke seg å reise hit og dit. Og så sier behandleren: «Ja, det kan vi snakke om når du blir bedre igjen, men akkurat nå tror jeg at jeg skal bestemme litt over deg, og du må høre på meg for jeg er litt eldre enn deg, og jeg har ansvar for deg og nå synes jeg du skal stabiliseres. Hva synes du om det?», spør han da. «Hva synes du at jeg tar og beslutter litt her?» «Ja, det er greit det». «Forstår du at jeg gjør det fordi jeg er din venn? Jeg vil deg vel». «Ja, det vet jeg». Da går det greit liksom

I tillegg til at behandleren sikrer seg at pasienten medvirker, kan det virke som om behandleren opptrer på en måte som fra pasientens synsvinkel oppleves som en venn eller en del av det naturlige nettverket. Dette er noe sykepleieren som observatør legger merke til og

fremhenter fordi det oppleves som riktig og meningsbærende. Særlig i de langvarige relasjonene kan det virke som om helsepersonellet, enten det er sykepleieren eller hennes kolleger, går inn som en erstatning for den naturlige tilknytningen pasienten mangler. Familiestrukturen trenger nemlig ikke være det vi vanligvis tenker som familie, forteller Jørgen:

Hva en sønn er, så behøver det jo ikke det være sønn, sånn som vi definerer det. Og det ga meg en aha-opplevelse. Så man går inn med noen forventninger og så.. så er det ikke sånn i det hele tatt. Og så er det liksom sønnen som er like gammel som vedkommende. Så da tenker man at her driver man med ett eller annet spill, det var det første som slo meg. Men etterhvert så skjønnte jeg jo at det var sånn man omtalte hverandre, og familierelasjoner er helt annerledes andre steder enn det er her.

Det kan virke som dette utvidete naturlige nettverket er det sykepleierne tilstreber å bli en del av for å komme i posisjon. Sykepleierne beskriver en nærhet til pasientens hverdag og nettverk som nok er noe utradisjonell i behandlingsøyemed:

Jeg har jo møtt søster, jeg har vært på kafe med henne ikke sant. Jeg har snakket med ekskona. Jeg har jo møtt mange i det nettverket hans da også. Han er jo litt sånn at han ønsker å vise takknemlighet og sånt tilbake. Det blir jo sånn når vi har kjent hverandre gjennom mange faser og mange år og mange prosesser og gjennom... Ja.. utfordringer. Så har vi vært ute og spist litt nede på stamstedet hans. Så vi har gjort litt sånn at jeg har blitt kjent med hans verden og hans hverdag. Tror også det har vært en betydning for han, for han pleier å sitte på kafe. (Merete)

Det er en bevisst tilnærming i det å utvikle den naturlige relasjonen. Andreas sammenlikner det med en investering, der hensikten er å oppnå at man betyr noe for pasienten. Han peker på det generelle og mellommenneskelige i fenomenet og sammenlikner det med vennskap:

Men i prinsippet så er det det der med å lytte. Utvikle en relasjon, og da må du lytte, du må høre etter for å få kontakt og få tillit. Sånn er det i grunn i all mellommenneskelig relasjon. For at det skal bli noe av det, så må det investeres i det at man føler at.. Altså, vennene dine er de du føler betyr noe for deg. (Andreas)

5.3.3 Respekten for det ennå ikke forståtte

Alle sykepleierne lar seg berøre av og lever seg dypt inn i pasientens situasjon i historiene de forteller. Hun forsøker å forstå intuitivt det pasienten ikke sier med ord, og hun forstår

pasienten på en måte som imøtekommer hans tidvis uvanlige måte å søke hjelp på. Innbakt i dette ligger et generøst rom for det ennå ikke forståtte, et rom av undring og respekt men hvor sykepleieren likevel oppfatter at her ligger det noe under som er svært viktig for pasienten. Det avkrever tid og tålmodighet i de langvarige relasjonene:

Så jeg føler at det var å bruke tid på å bli kjent da... Å bruke tiden på å ikke presse, men å liksom.. finne litt ut av ting. (Merete)

Merete beskriver en langvarig oppfølging hvor pasienten etter å ha blitt tilknyttet norskundervisning og fått mer orden i tilværelsen, åpner seg og forteller om et traume som setter reaksjonsmønsteret hans i en større forståelsesramme. Men det er ikke alltid at sykepleierne har tiden til å utvikle en langvarig relasjon.

I de kortvarige situasjonsbeskrivelsene beskrives dette rommet for det ennå ikke forståtte som det å ta pasienten alvorlig og å ikke mistenkeliggjøre han. Ved å tro på det han sier og det han fremmer, gir man rom for pasientens subjektive fremstilling av situasjonen og lar denne få forrang foran mer objektive kliniske observasjoner.

Altså, man fant ikke noe klart, man fant ikke noe suicidalitet eller noe åpenbar psykoseforverring eller sånne ting. Men en veldig sterk subjektiv følelse av at det var viktig nå da. (Maja)

I den ovenstående situasjonen fikk Maja en sterk følelse av at det pasienten fremmet var av betydning, selv om pasienten ikke kunne gjøre ordentlig rede for seg. Hun beskriver videre hvordan hun oppfattet pasientens nonverbale signaler og hvordan det mobiliserte noe i henne som gjorde at hun måtte handle på tvers av det konkrete og åpenbare objektive. Selv om hun ikke kunne gripe fatt i hva som lå bak pasientens anmodning om hjelp, valgte hun likevel å tro på pasienten og imøtekomme pasientens forespørsel.

Sykepleierne stoler med andre ord på det pasienten sier og ønsker, og det innebærer at de slipper litt på egen overbevisning om hva som er best for pasienten. Andreas beskriver en liknende situasjon der systemets forslag til faglig oppfølging overfor en svært syk pasient, gikk på tvers av familiens ønsker. Selv om teamet hadde brukt lang tid på å argumentere for at avdelingens forslag til løsning var den beste for pasienten, ønsket pasienten og familien heller at pasienten skulle flytte inn til et familiemedlem:

Vi måtte ta det inn over oss at denne pasienten faktisk ønsket det og at våre tanker om hva som var bra for den pasienten, var ikke familiens og pasientens tanker om hva som var viktig. (Andreas)

Når sykepleieren på denne måten setter sin egen overbevisning i parentes til fordel for det hun ennå ikke forstår og kan forklare, anerkjenner hun pasienten som en partner hun faktisk jobber sammen med omkring noe felles. I Lisas historie ble respekten for det ennå ikke forståtte basert på tillit til pasienten og en anerkjennelse av han som en likeverdig samarbeidspartner.

...grunnlaget for det var brukermedvirkning og så på en måte virkelig stole på og gi anerkjennelse til det mennesket du jobber sammen med. (Lisa)

Rommet for det ennå ikke forståtte inkluderer også rommet for andre kulturoppfatninger. Når sykepleierne møter andre oppfatninger av psykisk lidelse, er de bevisst de begrensningene deres opplæring og den vestlige medisinske tradisjonen gir:

Jeg tenker den måten vi behandler folk på, altså den medisinske tradisjonen er jo i hvert fall vestlig orientert. Så det skaper nok trøbbel i forhold til hvordan vi oppfatter ting, altså, hva er psykisk sykdom, hvordan vi oppfatter det og andre oppfatter det. Det kan være en utfordring, og det er jo ikke sånn at vi har jo ikke noe annet verktøy enn det vi har lært, og det vi har lært er jo innenfor den vestlige tankemåten. Så de blir jo møtt på den måten enten de er fra Norge eller et annet land, så det tenker jeg jo er en utfordring hvis de vi møter har en helt annen oppfatning av sykdomsbegrepet for eksempel. Og der er vi jo på ingen måte ferdig utlært. (Jørgen)

Igjen kommer ydmykheten for det man selv ikke forstår frem. Og det starter initialt på det grunnleggende planet:

Han har valgt møblene selv, fargen på møblene... Han er ikke i stand til å liksom skaffe disse tinga aktivt, gå etter de på egen hånd, men trengte hjelp til den minste detalj. (...) Og da har det vært litt utfordringer i og med at han ville ha det litt på sin måte. Sånn som kanskje var vanskelig å forstå for andre. Han ville ikke ha noe spisebord, han syntes det var greit å spise på gulvet. Og da fikk han et stort brett i stedet for, som han valgte selv. (Lisa)

Men respekten for det ennå ikke forståtte er ikke basert på en mekanisk aksepterende plikt som sykepleierne føler de må utøve uten videre vurdering. De lytter, undrer, sanser og gjør vurderinger basert på kjennskapen og respekten de har for pasienten:

Måten han la det [ønsket sitt] ut på var jo kronglete. Men i og med at vi kjente han så fikk vi tak i disse trådene, og skjønnte at bak den usammenhengende praten som var

farget med mye tradisjoner og kulturelle greier og ting vi ikke skjønner... Kanskje litt overtro og sånt, så lå det en god resonering bak i forhold til han og hans eget beste. Så vi valgte å hjelpe han, for å oppnå målet. (Lisa)

5.3.4 Etnisitet vektlegges ikke – pasienten oppleves nær og forståelig

Alle sykepleiere beskrev pasientene med dyp innlevelse og en fortolkning preget av varme. Pasienten oppleves nær og forståelig og blir møtt som han er. Etnisitet vektlegges ikke som et problem.

...det som slo meg da at jeg tenkte jo ikke så mye på det med etnisitet.. altså, vi prøver å møte folk uansett, og mest mulig likt. (Jørgen)

Likheten som uttrykkes, handler om at pasientene møtes slik alle pasienter møtes – individuelt.

Men i forhold til at å tenke den likhetsfølelsen, eller tanken, er at veien inn til oss skal være lik. Enten man er ikke etnisk norsk eller om man er ung eller gammel, så er liksom kriteriene de samme. Og det tenker jeg er en god ting. At vi ikke skal gjøre forskjell i noen retning. Og så får heller forskjellene komme når vi har snakket og gjort vurderinger og tenkt sammen. Så er det jo ingen som blir behandlet likt videre, og hver samtale er unik. (Jørgen)

De konsekvenser immigrasjonen har for det enkelte individ i med tanke på manglende systemkjennskap og språk, nevnes men legges ikke fram som noe særlig uttrykt problem. Når forskjellene mellom etniske minoritetspasienter og andre pasienter likevel kom fram, var det gjerne med en forklaring og et forsvar av pasientgruppens væremåte. Det virker som om sykepleierne ble frastøtt over muligheten til å bidra til en stigmatisering av pasientene på bakgrunn av etnisitet.

Og du knytter [bruker]medvirkning opp mot etniske minoriteter? Jeg tenker at dette gjelder alle pasienter om de kommer fra Oslo Øst, Oslo Vest, eller Bergen, Trondheim, Etiopia altså. Det er liksom et grunnleggende forhold. Og jeg ser jo at jeg må tilpasse meg pasient og kanskje familien til pasienten og det som er den kulturelle konteksten.. Altså det ståstedet pasienten er i da. Det gjelder jo for alle pasienter, alle kommer fra ett eller annet sted og har med seg en eller annen forståelse, en eller annen kulturell oppfatning av hva psykiatri er og hva behandling er. Det gjelder ikke bare etniske minoriteter. (Andreas)

Jørgen er den eneste sykepleieren som mener at minoritetspasientene ikke har noen dårligere forutsetninger enn andre for å forstå systemet. Tvert i mot knytter han eventuelle utfordringer opp mot selve pasientsituasjonen og de utfordringene psykisk sykdom gir generelt.

Vanskeligheter som oppstår knytter han opp mot systemets utilstrekkeligheter. Uten tvil er dette en måte å sette fingeren på systemets forutsetninger fremfor etnisiteten. Etnisiteten problematiseres rett og slett ikke, og Jørgen unngår på det viset gruppetenkning:

Jeg tenker det er naturlig at de kanskje har mindre grep om vårt system, men det synes jeg det er mange andre som ikke har heller. (...) Vi geleider jo våre pasienter i vårt system, og de må jo ofte geleides uansett. For det er et system dem ikke kjenner om man er nordmenn eller somaliere. Og så blir det først utfordrende når det er problemstillinger som faller litt utenom det som systemet har bygd opp. Og det vil jo være trøblete for alle. (Jørgen)

Også Maja ser vekk fra etnisitet, og vektlegger heller sykdommen og dens sosioøkonomiske konsekvenser som årsaksforklaring til at pasienten kan være dårlig integrert i samfunnet og ikke fremmer egne behov.

Jeg er ikke sikker på om det er en sånn kjempestor forskjell på de sykeste syke norske og de etniske minoritetene når det kommer til å kreve brukermedvirkning da. Kreve å medvirke. For de har jo litt av det.. En del av de dårligste norske er jo også veldig lite integrert i samfunnet, i mange deler av samfunnslivet. De står utenfor arbeidslivet. De deltar lite på kulturelle arenaer kanskje. Er sosialt og økonomisk dårlig stilt, veldig mange. (Maja)

I de andre historiene vektlegges heller ikke etnisitet selv om pasientens kulturelle og etniske bakgrunn knyttes til en del av den helhetlige konteksten pasienten befinner seg i. Men etnisitet forsvinner som eget tema. Sykepleieren holder pasienten nær og pasientens etnisitet nevnes mer som en bisetning. Kort sagt kan det virke som om sykepleierne rett og slett beskriver pasienter som tilfeldigvis har en annen etnisk opprinnelse. Det er pasientens liv og situasjon som er det fremtredende for sykepleieren.

5.3.5 Oppsummering

Siden pasienten forholder seg til familien som den naturlige omsorgsinstitusjon, må sykepleieren i pasientens øyne, transformere seg fra å være en representant for systemet til å være en nær fortrolig i pasientens nettverk. Initialt vil hun legge opp til at pasienten knytter seg til henne

gjennom å bruke seg selv på en måte som skaper tillit og tilknytning. Men dette er ikke en bevisst taktikk, det er nærmere en verdi sykepleieren lever ut. Det starter gjerne med å ivareta pasientens grunnleggende behov. Når pasienten virkelig forstår at sykepleieren ønsker å hjelpe han, vil han stole nok på henne til å ikke holde tilbake viktig informasjon som hun trenger for å kunne hjelpe han. Således blir tilliten gjensidig mellom pasient og sykepleier.

Sykepleieren er ikke redd for å bryte behandlingstradisjoner når pasientens behov tilsier det. Det mest fremtredende funnet her er at sykepleierne opptrer på en måte som gir pasienten en følelse av at hun er en venn. Dette gir henne en posisjon hvor hun kan gjensidig påvirke pasienten og la seg selv bli påvirket av pasienten. Hun lar seg berøre av pasientens situasjon og gir rom for det hun ennå ikke forstår. Det kan være noe i pasientens kliniske bilde eller i pasientens kultur. Hun anerkjenner og velger å tro på pasienten, ikke som en mekanisk plikt, men gjennom å være berørt av pasienten. Sykepleierne er tilbaketrukkede og setter sine egne forståelser i parentes.

Sykepleierne opplever ikke etnisitet som en fremmedgjørende faktor, men tvert i mot opplever de at det er unaturlig at etnisitet er tema. Sykepleieren velger å forholde seg til pasienten som lik andre pasienter i den forståelsen av at alle pasienter har sin særegne bakgrunn og lever i sin særegne kontekst. Slik oppnår hun å holde pasienten som et nært og forståelig menneske fremfor en fremmed.

5.4 "Et sterkt levende vesen" og den gode hverdagen. Brukermedvirkningens mål

I den grad man kan dra en slutning omkring en kronologi i prosessen mot brukermidvirkning, starter man med å etablere tillit. Pasienten blir således tryggere og mer fortrolig, både i relasjonen med sykepleieren og i det å orientere seg og mestre utfordringer forbundet med å være et deltagende menneske i samfunnet. Relasjonsbyggingen er brukermidvirkningens grunnmur. Når relasjonen er sterk og det eksisterer en gjensidig tillit, trygghet, og en gjensidig kunnskapsformidling, kan pasienten parallelt kreve mer medvirkning:

«Jeg er syk», sa han, «Men jeg er ikke idiot, jeg er ikke... Så gjennom vil jeg. Jeg vil. Sånn er det bare, jeg er voksen og jeg må ta ansvar for meg selv, dere må hjelpe meg med det, dere kan ikke sperre meg her i landet, dette landet er ikke fengsel for meg».

Og behandleren hans vurderte det som en viktig faktor for bedring, at han fikk lov til det. (Lisa)

De syv historiene gjenspeiler forskjellig grad av pasientens uttrykte og særskilte ønsker, men felles for alle historiene er at sykepleierne er lydhøre til de uttrykk pasienten gir verbalt og non-verbalt. Og sykepleierne oppmuntrer til at pasienten blir klar over og fremmer sine behov. Sykepleierne starter arbeidet med å sikre at pasientens grunnleggende behov er ivaretatt. Når pasientens stress blir redusert, er han i større grad i stand til å utvikle seg mot mer selvstendighet. Da har pasienten også opparbeidet en fortrolighet til sykepleieren og systemet generelt, slik at han kan be om det samarbeidet han har krav på.

Om relasjonen er det viktigste virkemiddelet og det første målet i arbeidet for god brukermedvirkning, synes det som det å frigjøre livskraft og helse er det overordnede målet. Det handler om å skape den gode hverdagen som oppleves håndterbar:

Denne gangen så syntes vi at han ikke skulle ta det så lett, vi skulle nå hjelpe han å forstå at flukten ikke er en utvei, man må organisere hverdagen så den blir trivelig. Så da valgte vi å ha han lenge på tvunget ettervern så vi sørget for at han fikk sine medisiner sånn at han var lenge nok bra til at han fikk noe skikkelig i stand rundt seg og kjente at livet faktisk kan være litt hyggelig.. At han har resurser og at han kan utnytte de, og få det litt bra i hverdagen. (Lisa)

Han er i et system og det kan han ikke påvirke og det kan ikke vi påvirke. Men det å se at det går an å få til ting i dagliglivet, til tross for ting som er vanskelig. (Jørgen)

Hvis han skal liksom være.. et sterkt levende vesen, så må man liksom på en måte... man må spise, sove, ikke sant.. (Merete)

Jeg har valgt å benytte Meretes formulering om det sterke levende vesenet som en essensialisering av brukermedvirkningens overordnede mål, slik det kommer fram i historiene. Et sterkt levende vesen har både sine grunnleggende behov ivaretatt, men er også i stand til å sette seg mål, fremme ønsker og iverksette de tiltak som kreves – med eller uten hjelp fra andre. Ikke alle pasientene som er beskrevet, har oppnådd dette, men det er gjennomgående at det er det sykepleierne jobber mot.

6 Diskusjonsdel

I dette kapittelet forlater jeg Giorgis tilstand av «bracketing» og skal nå gå over til en fortolkning av evidensen – som innebærer å knytte annen forskning og teori til empirien. Jeg vil understøtte funnene fra litteratur og forskning.. Parallelt vil jeg diskutere eventuelle implikasjoner for god praksis. Det er tre konstituerende elementer i funnene. Det første handler om familien som den naturlige omsorgsinnsans og som utgjør konteksten sykepleieren jobber under. Det andre er sykepleierens transformasjon fra systemrepresentant til en naturlig del av pasientens nettverk. Det tredje er brukermedvirkningens mål – det sterke levende vesenet i den gode hverdagen. Av plasshensyn velger jeg å konsentrere diskusjonen omkring de to første elementene. Siden disse to konstituerende elementene også har konsekvenser for forståelsen av sykepleierens rolle og profesjonalitet, tar jeg også dette opp i en egen del.

6.1 Familien som den naturlige omsorgsinnsans

Jørgen forteller i 4.3.1 at han har observert at «familierelasjonene er helt annerledes enn det det er her». Han går ikke dypere inn på hva som karakteriserer de andre formene for familierelasjoner. Men det kan tenkes at det han observerte var at funksjoner erstattet blodsband, slik det ser ut som sykepleieren også går inn som en betydningsfull person i det naturlige nettverket. I følge Gullestad (2002, pp. 243-253) består familieliv av minst fire komponenter. Disse er personer, relasjoner, oppgaver og selve boligen. Dette blir kulturelt kodifisert som et hjem. Men Gullestad argumenterer for en modell som legger større vekt på nettverk og allianser enn på skillelinjer og grenser. Hun hevder at familier kan anses som forestilte felleskap fordi «familierelasjoner vanligvis fortolkes ved hjelp av ureflekterte og selvfølgeliggjorte tolkningsrammer som ikke alltid stemmer fullt ut med det levde livet. De fleste føringer på tolkninger av familieliv vektlegger enheter og toner ned prosesser og nettverk» (ibid, p. 246). Gullestad foretrekker å forstå familieliv som «overlappende nettverk av relasjoner» og skiller slektskapsrelasjoner fra husholdsoppgaver. Husholdsoppgaver innebærer ofte samarbeid med mennesker og organisasjoner utenfor boligen, skriver hun. Ikke bare slektinger deltar, men også stat og kommune, frivillige organisasjoner og tjenester som blir levert av markedet. Et eksempel er hvordan eldre mennesker får hjelp av både slektinger og kommunale tjenester (ibid, pp. 252-253). Med andre ord kan vi i Norge også

kunne gjenkjenne nye måter å forstå familieliv på, der storsamfunnet har overtatt en del av de oppgavene storfamilien tidligere ivaretok. Men det kan synes som den etniske minoritetspasienten ikke skiller like tydelig mellom slektskapsforhold og husholdningsoppgaver for å definere sitt naturlige nettverk. For den etniske minoritetspasienten har familien sannsynligvis fungert som et sosialt sikkerhetsnettverk i de samfunnene der velferdsgoder ikke er tilgjengelig for alle (Eriksen & Sajjad, 2011). Det virker uansett fra funnene som om det er et rom for en utvidet forståelse av det fortrolige nettverket. Den vennskapelige væremåten er et direkte manifestert uttrykk for selve sykepleierens transformasjon fra å være en systemrepresentant til en naturlig del av pasientens opplevde nettverk. Når jeg skriver «opplevd» er det for å markere at sykepleieren ikke nødvendigvis mister sin profesjonalitet. Hun går ut av rollen som systemrepresentant og representerer seg på en annen måte. Det særegne nære familiære forholdet sykepleieren legger opp til, er en måte å bryte behandlingstradisjoner på. Det kan også knyttes til prosessen med å opparbeide tillit. Vi kan si det er en sirkulær prosess som initieres ved at sykepleieren starter med å ivareta pasientens grunnleggende behov og hjelpe pasienten med å få dagliglivet til å fungere. Men når hun på dette viset har bevist sin tillit verdig, er hun også kommet inn i pasientens innflytelsessfære. Dette skal jeg komme nærmere inn på i 5.2.

6.2 Fra systemrepresentant til en del av pasientens opplevde naturlige nettverk. Tillitens betydning.

Som nevnt i kap. 4.2 erfarer sykepleieren at etniske minoritetspasienten opplever familien som den naturlige omsorgsinnsans, og de har derfor ikke en gitt fortrolighet til systemet. Dette kunne forstås som et særtrekk for denne pasientgruppen. Men vi kan like gjerne si det på en annen måte – det er et særtrekk for nordmenn å ha tillit til systemet. I Skandinavia er forholdet mellom stat og individ usedvanlig tett, og skandinaver generelt kan betrakte staten som en venn. Gjennom instanser som folketrygden, politiet eller utdanningssystemet bidrar myndighetene til å beskytte og ivareta enkeltmenneskers interesser. Derfor kan vi også henvende oss til myndighetene når vi trenger hjelp. «Staten er oss!» eller «staten representerer oss» kan man godt hevde her i Skandinavia (Eriksen & Sajjad, 2011, pp. 247-248). Tillitsforholdet nordmenn har til myndighetene og systemet, kan komme inn under det Luhmann omtaler som systemtillit (Luhmann, Mortensen, & Mortensen, 1999, pp. 93-110).

Systemtillit oppstår i moderne differensierte samfunn fordi samfunnet er for komplekst til at man kan basere tillit på enkeltpersoner som man kjenner. Den generelle tilliten til helsevesenet blant nordmenn er således et eksempel på systemtillit. Men det er ikke gitt at den etniske minoritetspasienten opplever denne tilliten, særlig gitt en mulig traumatisk erfaring med staten i hjemlandet. I andre land kan det derfor være familien som ivaretar enkeltmenneskers interesser. «Samfunnet er familien det», sier Andreas i 4.2.2. Siden pasienten ikke har forutsetninger for systemtillit, må han stole på *personene* i systemet da det er disse han søker hjelp hos. «Hun søker hjelp av de personene hun stoler på, fremfor å bruke systemet», sier Lisa i 4.3.1. Sykepleieren må da benytte seg av det Luhmann omtaler som personlig tillit for å skape en relasjon (Luhmann et al., 1999, pp. 81-92). Kap 4.3 og underkapitlene, handler om hvordan sykepleieren skaper forutsetninger for personlig tillit. Jeg skal komme nærmere inn på mekanismene bak personlig tillit i 5.2.1, men først vil jeg gjøre nærmere rede for de generelle grunntrekkene i Luhmanns teori om tillit.

Luhmanns teori om tillit er anvendbar i det man skal prøve å forstå hvordan mennesker håndterer en overveldende mengde av kompleksitet, noe som godt kan kjennetegne det flerkulturelle møtet. I motsetning til teorier som vurderer tillit som et sosialt eller moralsk fenomen, er Luhmann opptatt av hva tillit gjør. Luhmann tar utgangspunkt i at verden inneholder en overveldende mengde av muligheter og virkeligheter. En sikker viten om hvordan forholde seg i verden blir derfor utelukket. Mulighetene er i utgangspunktet mer enn et gitt system, som eksempelvis mennesket, pasienten, sykepleieren eller behandlingsapparatet, kan reagere på. Men det er her det funksjonelle aspektet ved Luhmanns teori trer inn: Systemet foretar en seleksjon av verdens overveldende kompleksitet og skaper seg en håndterbar «omverden» (ibid, p. 35). Når man velger seg en omverden, utelukker man visse muligheter og frigjør dermed handlekraft. Tillit er altså ikke basert på rasjonalitet og man utsetter seg for risiko. Likevel er det slik at uten tillit kunne man ikke våge å forlate sin seng om morgenen fordi man ville være overveldet av angst. Selv mistillit vil være en umulighet fordi mistillit i ytterste konsekvens forutsetter at man har tillit til noe (ibid, p. 31). Grimen uttrykker det slik: «Fravær av forholdsregler er tillitens fremste kjennetegn» (Grimen, 2008b, p. 188). Tilliten sier ikke noe om virkeligheten slik den er i sin helhet, men virkeligheten slik man trenger å tro den er for å frigjøre handlekraft. Den skal heller ikke forstås som det handler om å tro det beste, men det handler rett og slett om å gjøre en antagelse av sikker viten, uten at man har en sikker begrunnelse. Mistillit og tillit er funksjonelle ekvivalenter i det de begge løser en overveldende kompleksitetens problem.

Luhmann skiller mellom tillit og *fortrolighet* da fortrolighet dannes på bakgrunn av erfaringer fra fortiden, mens tillit sier noe om forventninger til fremtiden. Fortrolighet kan derfor være et grunnlag for tillit. Når Luhmann snakker om et *fortrolig felleskap*, henviser han til en intersubjektivt delt og anonym verden, som kun delvis er verbalisert. Et slikt felleskap oppfattes som selvfølgelig, godt og riktig, og har mange likhetstrekk med et kulturelt felleskap. Innenfor et slikt felleskap er ikke tillit nødvendig. Behovet for tillit oppstår kun når man innser at andre ikke bare er gjenstander men er «alter ego med frihed til at handle og oppleve annerledes» (ibid, p. 18). Og for oppgavens tema, med brukermedvirkning innen en flerkulturell kontekst, blir således tillit relevant. I forståelsen av at den andre kan ha andre virkelighetsforståelser og andre virkelighetsreferanser, står både pasient og sykepleier overfor en mulig kompleksitet – hvis de ikke deler en fortrolig verden. Det kan være mange kollisjoner mellom forskjellige forventninger til behandlingsapparat, behandling og forståelse av sykdom – og sykepleierens rolle og funksjon. Pasient og sykepleier er i så måte likeverdige i det flerkulturelle møtet, og vil begge være i behov for redusere kompleksitet. Når sykepleieren transformerer seg fra en systemrepresentant til en naturlig del av pasientens opplevde nettverk, reduserer hun pasientens kompleksitet. Dette gjør hun ved å gi erfaringer som gir fortrolighet og dermed forutsetninger for personlig tillit. Jeg skal komme inn på hvordan sykepleieren reduserer egen kompleksitet under kap. 5.2.3. Men først skal jeg gjøre nærmere rede for utvikling av personlig tillit ved å utdype betydningen av å bryte behandlingstradisjoner.

6.2.1 Betydningen av å bryte behandlingstradisjoner : Relasjonen og symbolikken

I kap. 4.3.2 så vi hvordan sykepleieren ikke var redd for å bryte behandlingstradisjoner for å imøtekomme pasientens behov. Det mest særegne under dette funnet handlet om den personlige og nære relasjonen mellom sykepleier og pasient. I følge Topor, som har hentet sitt datamateriale fra det svenske Återhämtningsprosjektet, er det et tilbakevendende fenomen at mennesker som kommer seg, ikke viser til en spesiell behandlingsmetode som bidro til utvikling. Derimot forteller de om avgjørende betydningsfulle personer i hjelpeapparatet og disses personlige egenskaper (Topor & Grøtan, 2006, pp. 118-121). Personalets gjensidighet nevnes som spesielt viktig, sammen med betydningen av god tid. Det som er spesielt interessant er hvordan pasientene beskrev de betydningsfulle personene som en mor, en mormor eller farmor. Med andre ord kan det virke som om assosiasjonen mellom den

avgjørende andre og en person i pasientens opplevde naturlige nettverk, også opptrer i Skandinavia. Siden terskelen for å ha tillit til systemet synes likevel å være større for flerkulturelle pasienter, er dermed den personlige tilliten desto viktigere. I en undersøkelse omkring forventningene muslimske pasienter fra Midtøsten har til ergoterapeuter innen rammene av psykisk helsearbeid (Pooremamali, Eklund, Östman, & Persson, 2012), kommer det fram at pasientene ser på ergoterapeutene som sine «mahrem». Det vil si – pasientene har et ønske om å knytte terapeutene til seg som sine familiemedlemmer. Det er i denne nære konteksten at de føler seg trygge nok og kan stole på terapeuten. Mahrem forklares av forfatterne til å inkludere relasjoner der et seksuelt forhold vil bli ansett som incestiøst eller tabubelagt. Innen islamsk rettsvitenskap innebærer det nære blodsband. Men her kan det være forskjellige kulturelle forståelser innad i de muslimske kulturene som ikke nødvendigvis er i samsvar med den formelle religiøse definisjonen og lovgivningen. Det som likevel er interessant med forståelsen av mahrem er kombinasjonen av å bli sluppet inn i en fortrolighetssone parallelt med forståelsen av at en utnyttning av fortroligheten i seksuell hensikt vil indikere overgrep – og nettopp derfor lovliggjør fortroligheten seg. Parallellen til den norske forståelsen av relasjonen mellom pasient og sykepleier (eller ergoterapeut) er tilsvarende – sykepleieren kan slippe inn i pasientens intimitetssone, hun kan være betrodd, og når situasjonen påkrever det som i forbindelse med stell, kan hun også slippe tett på den nakne kroppen. En utnyttning av situasjonen er på liknende vis ansett som et alvorlig overgrep og vil innebære store strafferettslige konsekvenser for sykepleieren. Derfor blir fortroligheten mulig.

Men hva er det som gjør at pasienten slipper sykepleieren inn i sin fortrolighetssone? Tillitsrelasjoner utvikles trinnvis, og Luhmann omtaler tid som vesentlig for å utvikle personlig tillit. Adferdsvalg fra den som skal forsøke å skape tillit, skal ikke være fastlagt institusjonelt eller tradisjonelt, men være basert på en personlig betinget handling. Den skal være institusjonalisert som 'fri' (Luhmann et al., 1999, p. 84) . Det kan virke som om den personlige relasjonen mellom sykepleier og pasient således oppleves som et personlig og frivillig valg når den får sin karakteristiske nære form. Videre skriver Luhmann: «En handlen bliver ikke tilskrevet en person, når den kan erkendes som værende en følge af en overordnet ordre (...). Hvis underordnede vil vise sig værdige til tillid, må de derfor ved flid, samvittighetsfuldhed og loyal tjenstvillighed stræbe etter ikke-selvfølgelige ekstremer» (p. 85). Her ligger sannsynligvis kjernen bak effekten av det å bryte behandlingstradisjoner. Dette samsvarer med informantenes erfaring,, som Merete sier i kap. 4.3.2: ”Det er noe med å

være litt fleksibel, gjøre ting litt annerledes. (...) Gjøre litt andre ting som kanskje ikke det er forventet at man skal gjøre i psykiatrien, eller i hvert fall på en poliklinikk da”.

Også andre undersøkelser belyser betydningen av å bryte behandlingstradisjoner for utvikling av tillit. I en undersøkelse gjort i Bymisjonen blant rusmisbrukere kommer det fram at tillit er den første og største terskelen som må overkommes før pasienten er i stand til å motta hjelp (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Her gjentas betydningen av det Luhmann kaller «ikke-selvfølgelige ekstremer». Det er det lille ekstra som avslører den ekteføyte omsorgen. Topor & Grøtan (2006) skriver også om betydningen av gjøre noe som går ut over det brukeren forventer seg, og gjøre noe som hjelperen ikke gjør for andre brukere og heller ikke trenger å gjøre (ibid, p. 108-109). Han knytter det likevel ikke direkte til tillit men som et bidrag til bedringsprosessen. Det trenger likevel ikke utelukke at tillit er det essensielle av betydning.

Personlig tillit starter med det Luhmann kaller «en risikofylt forud-ydelse» som manifesterer seg i en situasjon der initiatoren selv gir tillit eller benytter seg av en tilfeldig anledning for å vise seg tillitsverdig (Luhmann et al., 1999, p. 88). For den som gir tillit er sårbarheten det instrument han kan sette i gang en tillitsrelasjon med. «Først ud fra sin egen tillid er det muligt for ham at formulere det som en norm, at hans tillid ikke bliver skuffet, hvorved han trækker den anden ind i sin indflydelsesfære” (ibid). Vi kan derfor se at tillitsrelasjoner forutsetter to parter der pasientens bidrag er å vise sin sårbarhet og dermed våge å la sykepleieren få innflytelse. Sykepleieren på sin side, tar i mot invitasjonen. I første omgang spiller man ikke så høyt spill, skriver Luhmann, og det gjenspeiles i sykepleiernes fortellinger der de ofte starter relasjonen med å hjelpe pasienten med praktiske ting og det å håndtere hverdagen. Også Edland-Gryt og Skatvedt (2013) peker på betydningen av det å ivareta de små tingene som mat og klær for å bygge opp en relasjon. Tillit innledes med de små ytelsene, sier Luhmann, som vennlige ord og litt hjelp, ytelser som kommer i en form som tillater en taktfull avvisning. Først når vennlighetene blir utvidet og relasjonen blir bekreftet begge veier, kan forholdet bli utvidet. I denne fasen er det viktig at motytelser ikke blir avvist, men tatt i mot som et tegn på at man ikke prøver å unndra seg takknemlighetens bånd. I så fall kan tillit tvert i mot føre til mistillit. Merete tar i mot pasientens invitasjoner til en form for gjensidighet når hun hilser på personene i nettverket hans og sitter med han på kafe. Hun utdyper det videre i kap. 4.3.2: «Han er jo litt sånn at han ønsker å vise takknemlighet og sånt tilbake. Det blir jo sånn når vi har kjent hverandre gjennom mange faser og mange år og mange prosesser og gjennom... ja.. utfordringer”.

Sykepleieren viser overfor pasienten, på en nonverbal, intuitiv måte, at hun er verdig tillit. . «Værdig til tillid er den, som holder fast ved det, som han har meddelt bevidst eller ubevidst» (Luhmann et al., 1999, p. 81). Hun gjør det gjennom symbolske handlinger, og pasienten viser tillit tilbake ved å ikke holde noe tilbake og dermed la henne få lov å ha innflytelse slik Lisa illustrerer i kap. 4.3.1: “Og så komme til et sånt sted, så langt at vi kunne på en måte ha ordna opp i det. At han kunne stole på oss at vi mente med alvor å hjelpe han med å oppnå ønsket sitt. Og at vi kunne stole på han, at han ikke holdt noe igjen for oss, at han fortalte oss alt”.

Det er sannsynlig at i konteksten hvor pasienten har dårlige språkkunnskaper at den symbolske betydningen av å bryte behandlingstradisjoner er særdeles viktig. Symbolhandlingene kan sammenliknes med det Berthold Brecht omtaler som gestus innen teaterkunsten (E. Andersen, Bjerkøen, & Cvetkovic, 2012; Brecht, 1987; Eriksson, 2009; Pavis, 1984, 2001). Gestus defineres ikke helt klart av Brecht, men gestus sier noe om aktørens motivasjonsstruktur og er en sammensetning av gester, mimikk og vanlige uttalelser. I verbale fremstillinger er gestus det som ligger mellom linjene. Gestus kan også være hvordan et system eller samfunn legemliggjør seg og viser sine motiver. Det kan synes som det er denne intuitive formidlingskunst med symbolske handlinger som fremmer tillit eller mistillit hos tilskueren – eller den som skal gi tillit. Merleau-Ponty (2002) beskriver gestus slik: «...gesture or emotional pantomime are ‘natural signs’ and the word a ‘natural convention’. But conventions are a late form of relationship between men; they presuppose an earlier means of communication..” (ibid, p. 217).

Jeg forstår gestus som den opprinnelige uttrykksform, før språket ”tar scenen”. Jeg anser det som en uttrykksform som er uavhengig av språk, men også uavhengig av intellektuell prosessering. Når pasienten har redusert språkforståelse virker det som sykepleieren går tilbake til den opprinnelige uttrykksmåte, der hennes motivasjonsstruktur og intensjon uttrykkes gjennom nonverbale handlinger. For selv om pasienten ikke deler et felles språk med sykepleieren, eller er fortrolig med norsk, kan han likevel assosiere ideer og gjenkjenne sammenhenger. Det er gjenkjennelsen av omsorg sykepleieren vekker i det hun ivaretar de grunnleggende behovene til pasienten. Merleau-Ponty (2002) utreder begrepet videre på p. 225

The meaning of the gesture is not contained in it like some physical or physiological phenomenon. The meaning of the word is not contained in the word as a sound. But

the human body is defined in terms of its property of appropriating, in an indefinite series of discontinuous acts, significant cores which transcend and transfigure its natural powers. This act transcendence is first encountered in the acquisition of a pattern of behavior, then in the mute communication of gesture; it is through the same power that the body opens itself to some new kind of conduct and makes it understood to external witnesses.

I stedet for å bruke begrepet gestus kan man kanskje snakke om en kroppsliggjøring av sykepleierens indre motivasjonsstruktur eller intensjoner. Men gestus i brechtiansk teaterkunst skal forstås som et langt mer aktivt begrep, en metodisk tilnærming aktøren bruker for å formidle et budskap. Dessuten beskrives gestus i teaterkunsten som en uttrykksmåte som går ut over det kroppslige. Gestus kan vise seg gjennom scenografi eller symbolske handlinger. Gestus er med andre ord en intendert formidlingskunst, mens en kroppsliggjøring like gjerne kan være en ubevisst og tilfeldig avsløring av aktørens indre motivasjonsstruktur. Peplau (1987) beskriver også gestus, men forstår det som et uønsket kroppsspråk sykepleieren må forsøke å kontrollere. Sykepleiere må oppøve sin oppmerksomhet mot de nonverbale gestene sine, men det er i hensikt i å ha maksimum verbal kommunikasjon og minimum nonverbal kommunikasjon. Hun henviser til at makten i den gesturale kommunikasjonen er spesielt stor i forhold til sårbare pasienter – som barn og psykiatriske pasienter. Det hun peker på er faren for dobbeltkommunikasjon, og det hun legger opp til er at sykepleieren skal skjule seg selv for å hindre mistillit. Sykepleierne i denne undersøkelsen benytter motsatt strategi – deres gesturale handlinger skaper tillit. Og de strekker seg ut over de intuitive naturlige gestene som kroppsspråk, over til symbolske handlinger, som Merleau-Ponty skriver – en ny form for adferd som gjør seg forstått av beskueren.

Peplau møter Brecht i oppfattelsen av at gestus kan formidle makt, og begge er opptatt av at gestus kan beherskes – selv om gestus i teaterkunst er en oppøvd imitasjon av en tenkt virkelighet. Peplau mener gestus skal holdes tilbake, mens Brecht derimot benytter gestus aktivt som en metode for ordløst formidle kunnskap om sosiale sammenhenger og aktørers motivasjonsstrukturer, til den beskuende part. Gestus forklares innen teaterkunst som en som en bevisst, intendert kunstutøvelse. Men likevel benytter man generelle assosiative ‘reseptorer’ i mottakeren i det aktørene må appellere til et bredt publikum. Det interessante er at det finnes gesturale uttrykk som deles og forstås mellom mennesker flest, selv om det innebærer begrensninger og paradokser i å identifisere og benytte disse som en metode (Pavis & Biller-Lappin, 1981).

Gestus er likevel mer enn bare gester. Gester kan være kulturspesifikke (Jandt, 2010, pp. 111-124) slik et smil kan bety forskjellige ting i vesten enn i Japan. Gestus ser ut til å benytte seg av det Hall (1976) kaller for "high-context communication" (etter Jandt, 2010, pp. 71-72). I vestlige land benytter vi oss i høy grad av "low-context communication". Vi kommuniserer først og fremst gjennom koder som ord og språk, mens i østlige land, Sør-Amerika, Midt-Østen og Sør-Europa er kommunikasjon mindre basert på ord, men desto mer basert en felles opplevd kontekst. Derfor vil det også i større grad være et skille mellom innsidere og outsiders i en kultur basert på "high-context communication". Det kan synes som om sykepleierne orienterer seg etter en annen form for kommunikasjon når mulighetene for språklig kommunikasjon er redusert. De pasienter erfaringer som gir et grunnlag for en "high-context communication". Dette gjøres gjennom handlinger som å ivareta pasientens grunnleggende behov og tre til der det brenner mest. "High-context communication" kan også forklare hvorfor pasientene ikke alltid er tydelige på klare bestillinger til sykepleieren, særlig i den tidlige fasen av behandlingsløpet der sykepleieren jobber med å skape forutsetninger for tillit.

When talking about something they have on their minds, a high-context individual will expect his interlocutor to know what's bothering him, so that he does not need to be specific. The result is that he will talk around and around the point, in effect putting all the pieces in place except the crucial one. Placing it properly – this keystone – is the role of his interlocutor (Hall 1976, p. 98 etter Jandt, 2010, p. 72)

Ut i fra historiene synes det derimot som om pasientene som har en langvarig og positiv erfaring med tjenesteapparatet tydeligere kan komme med klare verbale bestillinger, jamfør kap. 4.4.

6.2.2 Respekten for det ennå ikke forståtte. To diskusjonspartnere og en verden.

I forrige kapittel så vi hvordan sykepleierne reduserte pasientens opplevelse av kompleksitet gjennom å transformere seg fra en systemrepresentant, gjennom å utvikle personlig tillit, til det å bli en naturlig del av pasientens opplevde nettverk. Dette kapittelet og det neste kapittelet handler om strategier sykepleieren benytter seg av for å redusere egen kompleksitet.

I kap. 4.3.3 kommer det fram at sykepleierne utviser et stort rom for det ennå ikke forståtte. Og kap. 4.3.4 kommer det fram at etnisitet ikke vektlegges som et særskilt problem. Disse to

konstituerende elementene i den levde erfaringen av den gode brukermedvirkningen, har en viss sammenheng: De er begge uttrykk for sykepleierens virkelighetsoppfatning, og jamfør Luhmann har hun på det viset gjort en seleksjon av virkeligheten for å skape en fortrolig omverden. Det virker som om sykepleieren forsøker å legge forutsetningen for god brukermedvirkning ved å unngå å dra konklusjoner eller tolke pasienten ut i fra en etnisk og kulturell kontekst. Hun gir heller et ubetinget rom for pasientens livsverden. Den nederlandske filosofen Theo de Boer kan i så henseende være nyttig for å forstå hva sykepleieren faktisk gjør i det hun møter pasienten som et eget helt menneske.

Theo de Boer (1983, pp. 78-103) har formulert fem postulater for dialog som han mener gir betingelsene som muliggjør menneskelig kommunikasjon. De Boer tar utgangspunkt i to diskusjonspartnere og en «verden». «Verden» vil i dette henseendet innebære korrelasjonen av en uavkortet erfaring, eller en «situasjon» eller en «horisont av erfaringer» (p.80). Det er en verden av interne forhold som blir korrelert av våre handlinger og erfaringer før det blir utsatt for ekstern analytisk tenkning. Denne virkelighetsnære overordnede tilnærmingen til den opplevde livsverdenen gjennomsyrrer det sykepleierne gjør i det de erfarer den gode brukermedvirkningen. Det første postulatet de Boer stiller for dialog er «intentionality». Vi går ut i fra at samtalepartneren vår sier noe og ikke bare fyller luften med lyder. Det han sier er meningsfulle uttalelser som er fornuftige og ikke underlige uttrykk som er i behov for psykologiske forklaringer. Intensjonalitet er således første forutsetning for dialog i følge de Boer. I Lisas historie ser vi et godt eksempel: «Måten han la det [ønsket sitt] ut på var jo kronglete. Men i og med at vi kjente han så fikk vi tak i disse trådene, og skjønte at bak den usammenhengende praten som var farget med mye tradisjoner og kulturelle greier og ting vi ikke skjønner... Kanskje litt overtro og sånt, så lå det en god resonering bak.”. Det Lisa illustrerer er at hun ikke ser pasientens usammenhengende prat som et produkt av pasientens kulturelle bakgrunn eller sykdom. Hun forstår hans uttalelser som at han har en intensjon om å si noe. De Boer (1983) drar i denne sammenheng også fram faren for å forstå det samtalepartneren sier i en historistisk kontekst. Da ville man lett oppfatte at det han gjør er å gi informasjon om sin historiske og kulturelle kontekst. Man kan tenke at han snakker ut i fra sin religion, staten, samfunnet, id, eller superego (p. 83). Men denne formen for psykologisering overser samtalepartnerens egentlige budskap. Hvis man i Lisas tilfelle skulle forstå pasientens usammenhengende prat som et uttrykk for hans etniske tilhørighet eller sykdom, kunne man stå i fare for å ikke fatte at pasienten faktisk formidler noe. Brukermedvirkning vil således ikke være mulig fordi man ikke tar pasienten alvorlig. De

Boer legger likevel til at det er ikke alltid at samtalepartneren har en klar og uttrykt forståelse av seg selv. Det er mulig vi kan se noe vår partner ikke umiddelbart ser, men det kan skyldes at det ikke er akkurat det han fokuserer på nå. Men forståelsen kan når som helst dukke opp i hans tankeverden og således bli uttrykt.

Det andre postulatet for dialog er «Integrity – truthfulness, reliability». Man går ut i fra at personen man samtaler med sier det han mener og ikke har skulte intensjoner. De Boer beskriver dette som kriteria for en demokratisk samtale. Det er argumentet som teller og ikke mistenkeliggjøringen av den andre. Hvis vi derimot leter etter skulte intensjoner, tar vi ikke vår diskusjonspartner seriøst. Tillegger vi han ubevisste motiver, anser vi rett og slett ikke at han har en reell stemme.

Det tredje postulatet er «rationality», som også kan illustreres i det overstående eksempelet til Lisa – bak den usammenhengende praten til pasienten, la man likevel til grunn at han hadde en god resonnering. Det tilsynelatende merkelige gis et rom til det åpenbarer seg en rasjonell forklaring, enten det er av kulturell art, noe i pasientens fortid som kan forklare adferden hans, eller noe pasienten holder skjult som sykepleierne likevel velger å respektere. De Boer påpeker likevel at det rasjonelle skal forstås i sin hele bredde, det er det som gir individet vektige beveggrunner og trenger ikke være logisk eller empirisk riktig:

The concept of 'ratio' must be understood in broad terms. It does not only refer to a part of man , alongside willing and feeling, but to the inner nature of man's typical human movability by reasons. The issue is the way all of these "work", not as causes in accordance with laws but as arguments that make their weight felt, desires that plead their cause, emotions that testify to their power. 'A ratio', then is not just a reason in the sence of a ground for knowledge or 'ratio cognoscendi' (empirical evidence, premises in an argument). 'A ratio' must also be seen as 'ratio agendi', as the motive that drives someone. (...) We must see to it that when we deal with reasons we do not implicitly apply the values of a certain bourgeois morality. A deed is rational as long as it can be accounted for in response to a why question (Boer, 1983, pp. 87-88)

I brukermedvirkning skal man ideelt sett tilstrebe to likeverdige partnere. Som Lisa sier i kap. 4.3.3: «...grunnlaget for det var brukermedvirkning og så på en måte virkelig stole på og gi anerkjennelse til det mennesket du jobber sammen med.» Når man utviser en respekt for det ennå ikke forståtte og tillegger sin samtalepartner rasjonalitet, stoler du på vedkommende. Igjen er vi tilbake til tillitens betydning, og som nevnt i kap. 5.2.1 er ikke tillit et ensidig fenomen, men noe som utveksles. Å gi tillit er å utvise sårbarhet i følge Luhmann, og man

trekker den andre inn i sin innflytelsessfære. Og her er det sykepleieren som på et vis blir den sårbare i det hun gir fra seg definisjonsmakten, stoler på pasientens rasjonalitet og lar han komme inn i *hennes* innflytelsessfære. Hun gir fra seg makt, som er et vesentlig poeng med brukermedvirkning. Brukermedvirkning vil således være uløselig knyttet til at helsepersonellet har tillit til pasienten. Men igjen står vi overfor dilemmaet i Solbjør et al. (2011) sin undersøkelse, gjengitt i kap. 2.3.1: Brukermedvirkning bygger på ideer om demokrati og det individuelle ansvar, mens psykiske lidelser gjerne karakteriseres ved dets irrasjonelle aspekt. Men de Boer har et svar på det dilemmaet: “Man steps beyond the postulate of rationality when his actions is no longer worthy of the name action, when he becomes blindly subject to forces and powers in and around him” (1983, p. 90). Likevel synes det som at man omgår spørsmålet – når er et menneske et blindt offer for krefter han ikke kan råde over? Er det når han er psykotisk, eller rammet av sterke følelser? Er et menneske rasjonelt når det lever ut tradisjoner og holdninger uten å være bevisst hvor mye av dets livsverden som er kulturell arv? Men i det vi stiller slike spørsmål, utelukker vi ikke den historistiske konteksten de Boer tydelig tar avstand fra. Slik jeg tolker de Boer handler rasjonalitet om to ting – det ene er bevissthet omkring egne handlinger, og det andre er mening. «A rational coherence is a meaning-coherence» sier de Boer (ibid p. 91). De Boer vektlegger betydningen av ansvar, det å kunne gjøre regnskap for sine handlinger, selv om det ikke nødvendigvis kan gjøres i øyeblikket, men gjerne i ettertid. Poenget hans er likevel å unngå å tolke samtalepartneren ut i fra en historistisk kontekst, som i denne sammenhengen vil være å dra inn kultur og eksterne forhold. I realiteten vil man frata pasienten evnen til å eie seg selv. Det sykepleierne i undersøkelsen synes å gjøre er å fatte pasientens meningsfulle livsverden, som kan inkludere kulturelle forhold, men det er pasienten som selv viser vei, ikke kulturen, pasientens etniske opprinnelse, eller pasientens sykdom. Det synes som om sykepleierne i undersøkelsen utviste et stort rom for pasientens egen rasjonalitet. ”Altså, man fant ikke noe klart, man fant ikke noe suicidalitet eller noe åpenbar psykoseforverring eller sånne ting. Men en veldig sterk subjektiv følelse av at det var viktig nå da”, sier Maja i 4.3.3. Det er dette rommet for det sykepleieren ikke ennå forstår som gir henne posisjon og gjør at pasienten likevel lar henne komme inn i sin innflytelsessfære. Sykepleieren vet ikke best, men hun vil det beste.

En forståelse av at samtalepartneren eier seg selv og ikke snakker på vegne av sin kultur eller etnisitet eller sykdom, gjenspeiles også i det fjerde postulatet de Boer kommer med, som han kaller «Unicity». Hver eksistens er sin egen kilde til fornuft og må forstås i forhold til sine

egne iboende normer. Det innebærer at man ikke kan forutse hva samtalepartneren vil mene og si. Mennesket er sin egen unike kilde til informasjon, sier de Boer, og hvert menneske har sin egen tradisjon, situasjon og horisont som ingen andre fullt ut kan ta inn over seg. Det motsatte ville innebære at man kunne forstå den andre bedre enn han forstår seg selv (Boer 1983, p. 93).

De Boers femte og siste postulat om dialog er «Authenticity». Dette skal forstås som om at i samtale er den andre tilstede som en helhet. Med hele sin person står han bak det han sier, basert på sin beste kjennskap til seg selv, fortid og fremtid.

De Boers postulater viser hvordan sykepleieren trer ut av forventninger til «den andre» og inn i et reelt møte mellom to likeverdige partnere der pasientens bakgrunn ikke blir så viktig som pasientens opplevde livsverden. Hun gir tid til prosessen og viser tillit til at det eksisterer en mening som ikke nødvendigvis åpenbarer seg, men som likevel utgjør pasientens beveggrunn. Hun er oppmerksom og nærværende, og det gir henne kompetanse selv om hun ikke fokuserer på etnisk kompleksitet, pasientens sykdom eller andre utenomliggende perspektiver. Den grunnleggende holdningen om å leve seg inn i pasientens livsverden og likevel gi rom for det man ennå ikke forstår, handler om vilje. Det i seg selv kan ses på som en form for ervervelse av kunnskap og en annen form for kulturell kompetanse som ikke er spesifikk, men likevel kan møte det særskilte. Det er en levende kunnskap som ikke er sementert. Molander (1997) utdyper sammenhengen mellom oppmerksomhet, vilje og kompetanse slik.

Den kunniga människan är en uppmåarksam människa. (...) Den kunniga människan vågar möta andre och er närvarandei världen – och i vad hon gör. En människa som inte vill något, som inte bryr sig om hur saker och ting går, kan heller aldrig bli uppmärksam. De mänskliga drivkrafterna – viljan, engagemanget, intresset..- är en del av den levande kunskapen, en del av närvaron. (pp. 127-128).

Respekten for det ennå ikke forståtte handler om viljen til å være i en kontinuerlig læreprosess, og Molander skriver videre «..kunnskap är det som leder vidare i världen, vidare mot «det bästa». Kunnskap kan då ses som former av uppmärksamhet (närvaro) som leder vidare och ingår i ett fortsatt lärande» (p. 128). Med andre ord er mangelen på eksisterende faktakunnskap ikke det avgjørende, og kunnskap kan forstås som *oppmerksomhet*. Sykepleieren stiller seg åpen for læring når hun respekterer det ennå ikke forståtte. Når sykepleieren utviser tillit til pasientens meningssystem og frigjør han fra det å se han i et

historistisk og etnisk kontekst, oppnår hun også noe annet: Sykepleieren reduserer en eventuell opplevd kulturell kompleksitet og skaper det Luhmann kaller håndterbarhet, jfr kap 5.1.

6.2.3 Når etnisitet nedbetones, reduseres kompleksitet

Slik det kommer fram i 4.3.4 vektlegger ikke sykepleierne etnisitet som et eget problem. «Altså, vi prøver å møte folk uansett, og mest mulig likt», sier Jørgen. Det kunne oppfattes som et uttrykk for det norske likhetsidealet der likeverdig behandling forstås som lik behandling (Gule, 2008; Gullestad, 2002; Rugkåsa, 2008). Vi kunne videre fulgt den tanken og tenkt at sykepleierne tilhører og opererer under en større diskurs som er preget av New Public Management (NPM) med tilhørende mål og resultatorientering og et krav om manualiserte tilnæringsmetoder i praksis. Denne bedriftskulturen kan igjen knyttes opp mot det utilitaristiske diskursive system (Scollon et al., 2012, pp. 120-123), der «frihet, likhet og brorskap» står for en vesentlig del av den rådende ideologi. Rettferdighetsidealet er svært viktig, men med ett unntak: Man forutsetter at alle velger å underordne seg ideologien. Hvis noen skulle si seg uenig i den rådende ideologien, som anses som grunnleggende rasjonell og fornuftig, har de ingen rettigheter innen systemet og kan bli ekskludert. Ut over dette unntaket er alle inkludert i varmen.

Vi kunne videre forestilt oss at sykepleierne står overfor pasienter med et etnisk aspekt som virker forstyrrende på forestillingen om et stort og varmt inkluderende felleskap. Rugkåsa (2008) skriver om etnisiteten som forstyrrer:

Når en etnisk gruppe eller et individ er i en minoritetssituasjon, vil gruppen/individet stadig konfronteres med situasjoner der etnisitet gjøres relevant. Samfunnet er etnisk kategoriserende, og etnisitet tilskrives som betydningsfullt. De forskjellige kulturelle uttrykk er ikke likeverdige innenfor et samfunn. Majoriteten og samfunnet rundt er organisert ut fra majoritetens kulturelle praksiser, noe som bidrar til stadig å minne om etniske gruppers minoritetssituasjon. Dessuten vil forhold ved minoriteter som synliggjør annerledeshet, for eksempel utseende, klær eller språk, også være en påminnelse om dette. I en majoritet-minoritet-relasjon vil derfor etnisitet få større betydning for minoriteter, og etnisk identitet blir i større grad tilskrevet en dominerende identitet (p. 82)

Med andre ord kan oppmerksomhet mot etniske forskjeller forstyrre den ønskede forestillingen om at pasienten tilhører et stort varmt inkluderende "vi". Men ved å nedtone,

eller ikke gi oppmerksomhet til det etniske aspektet, kan man anse pasienten som en av "oss" og behandle han "likt" som anses som ensbetydende med "likeverdige". Hvis pasienten derimot identifiseres som en som nekter å innfinne seg i ideologien til det utilitaristiske diskurssystemet, står han også utenfor retten til å bli behandlet likt. En slik situasjon kan oppstå når pasientenes behov – eller forventningene til den enkelte profesjonsutøver, avkrever at pasienten skal ha forskjellig behandling, eller "særbehandling" på grunn av sine kulturelle forutsetninger. Men likevel kan man, jfr. den utilitaristiske ideologi, se på pasientene med et litt mildere blikk – de er tross alt syke. Og vi kunne også tolke Lisas utsagn i henhold til ovenstående resonnement, når hun forteller i 4.3.3: "...bak den *usammenhengende* praten som var farget med mye *tradisjoner og kulturelle greier og ting vi ikke skjønner*... Kanskje litt *overtro og sånt*, så lå det en god resonnering bak i forhold til han og hans eget beste".

Ordene jeg har satt i kursiv, kunne forstås på en nedlatende men likevel unnskyldende måte. Det kunne forstås som at Lisa "andregjør" pasienten, og avslører sin manglende kulturkompetanse i det hun bruker begrepet "kulturelle greier" og "overtro". Men en slik tolkning henger ikke sammen med den siste setningen hennes der hun tillegger pasienten en rasjonalitet som det tas hensyn til. Dette samsvarer også med helheten i datamaterialet. Vi kan derfor forstå det på en annen måte: Lisa påberoper seg ikke dyptgående kulturell kunnskap nok til å forstå det rasjonelle i pasientens meningsunivers, men det som er avgjørende i denne situasjonen er at hun likevel anerkjenner et bakenforliggende rasjonale, hun gir rom for det, og hun tar hensyn til det. I stedet for å anta at sykepleierne ikke ønsker å ta hensyn til kulturelle forutsetninger, kan man i stedet anta at de tar utgangspunkt i pasientens egen virkelighetsoppfatning og lar den få forrang. De utviser en form for kulturrelativisme som kalles for metodisk relativisme (Thorbjørnsrud, 2008).

Kulturrelativisme handler om at alle samfunn har sin egen logikk, og at det ikke er mulig å forstå et enkeltsamfunn uten å kjenne denne logikken (Eriksen & Sajjad, 2011, p. 47) Men det er et skille mellom normativ og metodisk relativisme. Normativ relativisme innebærer at ingen kulturer eller samfunn skal vurderes ut i fra andre verdier enn sine egne. Metodisk relativisme innebærer derimot at man skal forstå andre fra deres egne premisser, livsstrategier og totale livssituasjon. Det innebærer ikke at man overtar verdisynet eller aksepterer deres handlinger som riktige. Det er rett og slett en måte å forstå andre, og det krever vilje til å se forbi egne verdier (Thorbjørnsrud, 2008, p. 101). Med andre ord innebærer ikke metodisk relativisme at man skal akseptere alt, men man tar utgangspunkt i pasientens virkelighetsforståelse for å hjelpe han til en eventuell endring. Det virker på meg som at

etnisitet rett og slett ikke blir relevant for sykepleierne fordi de ikke tenker på pasienten som et produkt av sin etnisitet eller sin historie, men som det egne hele mennesket.

Betydningen av å ikke vektlegge etnisitet, kan også knyttes til Luhmanns teori om tillit. Den funksjonelle betydningen tillit er å løse problemet i det forskjellige kulturelle forståelser møtes. En konsekvens av forskjellige kulturelle oppfatninger er at verdens selvfølghet blir rystet og forventningene om andres væremåte blir usikker. Tillit blir da et behov fordi man likevel må foreta en handling (Luhmann et al., 1999, pp. 59-61). Når man velger tillit utelukker man visse muligheter. Man gjør et utvalg av virkeligheten og skaper en fortrolig omverden. Dermed frigjør man handlekraft. Sykepleierne møter uunngåelig en kulturell kompleksitet, og de er forpliktet til å gjøre situasjonen håndterbar. Jørgen påpeker dette i kap. 4.3.3 der han sier: "...det er jo ikke sånn at vi har jo ikke noe annet verktøy enn det vi har lært, og det vi har lært er jo innenfor den vestlige tankemåten".

Med andre ord står sykepleierne overfor en situasjon der de i kraft av sin utdanning ikke har fått en opplæring omkring hvordan forstå og håndtere andre kulturers oppfatning, forståelse og behandling av psykisk sykdom. Dette er sykepleierne klar over, og hun har ingen andre verktøy enn det hun har lært. Men ved å ikke vektlegge etnisitet, men heller tenke på pasienten som nær og forståelig, gjør sykepleieren en nødvendig seleksjon i en overveldende og ukjent kulturkompleksitet. På det viset skaper hun håndterbarhet. Og i følge sykepleierens historier fungerer denne måten å operere på. Et relevant spørsmål blir da: Er opplæring i kulturforskjeller overhodet nødvendig når det virker som sykepleierne likevel kan kompensere godt for manglende detaljkunnskap?

Å inneha *tverrkulturell kompetanse* defineres av Utlendingsdirektoratet (2005) til å kunne møte brukere som er annerledes enn en selv. Det innebærer kulturforståelse, men ikke nødvendigvis detaljkunnskap om det mangfold av kulturer som eksisterer. Men en litteraturgjennomgang av effekten av flerkulturell kompetanseopplæring blant helsepersonell, målt etter pasienttilfredsstillelse, fra 1990-2010, viser enten ingen avgjørende betydning eller et svakt og usikkert positivt utfall (Lie, Elizabeth Lee-Rey MD, Gomez, Bereknyei, & Braddock III, 2011). Jeg er likevel ikke så sikker på om man dermed kan konkludere med at flerkulturell kompetanseopplæring ikke har effekt. Jeg tenker at dette er et spørsmål som avhenger både av innhold, orientering, og av gode pedagogiske tilnæringsmåter. Det er et viktig mål etter min mening, at opplæring i kulturkunnskap skal kunne omsettes til preformativ kompetanse i praksis. Jamfør NAKMIS gjennomgang av grunnutdannelsen til

sykepleiere som blir referert til i kap. 2.3 , er ikke kunnskapen som formidles orientert i forhold til ferdighetstrening, og studentene etterlyser mer praksisnær litteratur (Magelssen, 2012). Med andre ord kan opplæring i flerkulturell kompetanse treffe ”feil”. Kanskje må man ikke bare vurdere innhold, orientering og pedagogiske virkemidler, men også vurdere den eksisterende forståelsen av flerkulturell kompetanse.

Johnson and Munch (2009) peker på at flere aspekter ved forståelsen av flerkulturell kompetanse står i kontrast til en del sentrale forståelser av sosialt arbeid der individets rettigheter skal være førende. De stiller først spørsmål ved det epistemologiske grunnlag for flerkulturell kompetanse i det forhåndsdefinert kunnskap står i kontrast til prinsippet om å lære fra klienten selv. Deretter peker de på faren for at generell kunnskap om kulturer kan føre til stereotypier og oppfatningen av gruppeidentiteter. Det tredje aspektet er at en sensitivitet mot kulturelt definerte normer gjør at grupperettigheter går foran individets selvbestemmelse. Og til slutt stiller Johnson og Munch spørsmål ved om det i det hele tatt er mulig å oppnå flerkulturell kompetanse, gitt at både individer og grupper har mange overlappende identiteter som totalt gir en overveldende mengde av mulige kombinasjoner for å forstå disse karakteristika.

Med andre ord – hvis brukerens eget ståsted skal være førende for samarbeidet i brukermedvirkning kan det virke som om opplæring i kulturelle forskjeller ikke er nødvendig. Tvert i mot kan sykepleiernes strategi om å ikke vektlegge etnisitet som en kompliserende og fremmedgjørende faktor i den kliniske utøvelsen, være en god tilnærming fordi man overlater til pasienten å eie og videreformidle kompetansen om sitt eget liv. Men som jeg pekte på i innledningen er det både kliniske, strukturelle og organisatoriske barrierer som står i veien for å gi innvandrere gode og likeverdige helsetjenester (Betancourt et al., 2003; Eike et al., 2010). Sykepleierens tilnærming i praksissituasjonene kan bare gi sitt bidrag til å løse en del av de *kliniske* utfordringene. Vi står fremdeles overfor barrierer som omhandler de strukturelle rammene, og kanskje er de likeså viktige. I klassiske forståelser av kulturell kompetanse har man ansett kulturell kompetanse til å være et spørsmål om personlige egenskaper hos den enkelte. Hernandez, Nesman, Mowery, Acevedo-Polakovich, & Callejas (2009) har derimot utviklet en modell for kulturell kompetanse i psykisk helsearbeid der ett av særtrekkene ved modellen er at den i stor grad omplasserer kulturell kompetanse fra person til institusjon/organisasjon. Modellen tar for seg fire faktorer som vesentlige for at en organisasjon skal kunne yte likeverdige helsetjenester: ‘Community context’

(samfunnskonteksten) omhandler bakgrunnen for å forstå hvordan den psykiske helsetjenesten er organisert i forhold til målgruppen. Det omhandler hvordan de enkelte gruppene kommer i kontakt med tjenestene på. Her kan det være forskjeller basert på familiære og kulturelle faktorer. Men også tilgjengelighet til tjenestene er viktig, og ikke minst hvordan den enkelte kommer i kontakt med systemet gjennom instanser som gir referanser til tjenestene. Det neste punktet i denne modellen er 'Cultural characteristics of local populations' som omhandler forståelsen av hvordan kulturen griper inn i hverdags erfaringene. Det omhandler pasientenes oppfatning og forståelse av tjenesteapparatet, pasientenes hjelpesøkende strategier, hvordan de identifiserer psykiske problemer og hvordan de forklarer dem. Dette berører igjen hvilken behandling man tenker er adekvat. Et kulturelt kompetent hjelpeapparat er avhengig av hvordan man møter de særtrekk som gjelder i kulturen den skal imøtekomme. Herunder gjøres det et poeng at man skal unngå å blande kultur inn som årsakssammenheng til psykisk lidelse når det i realiteten handler om andre kontekster, som sosioøkonomiske årsaker. Det tredje punktet handler om 'organizational infrastructure'. Dette punktet deles videre opp i åtte underpunkter. Disse er verdier, kommunikasjon, brukerinnflytelse, styresett, målstyring, menneskelige ressurser, tjenestespekter, og teknisk støtte (som finanser og ressurser). Det fjerde punktet i denne modellen er 'direct service support'. Herunder er det tre underkategorier: Kapasitet, tilgjengelighet (som hjembesøk, informasjon på forskjellige språk, osv.), og anvendbarhet (å tilpasse bruken av tjenestene ved å spore brukermønstre). Modellen virket tilsynelatende egnet i møte med forskjellige kulturer i det den ikke er basert på *spesifikk* kulturell kunnskap som førende. Den gjør kulturell kompetanse til et spørsmål om egenskaper ved tjenestene og forflytter mer av ansvaret fra den enkelte helsearbeider til institusjonen. Likevel stiller jeg spørsmål ved begreper som «sporing av brukermønstre» som lukter av en statistisk forestilling om standardbrukeren. Selv om modellen overfører et nødvendig ansvar til institusjonene, er jeg ikke sikker på om den er holdbar i forhold til konkret ferdighetstrening, som jo er det sykepleiestudentene etterlyser. Vi er dermed tilbake til hva konkret sykepleierne gjør, og hvordan dette kan overføres til generell kompetanse som er anvendbar i spesifikke situasjoner overfor en særegen og individuell pasient som også har en etnisk minoritetsbakgrunn.

Noe av det første som slo meg da jeg jobbet med analysen var at det ikke var så tydelig å skille mellom når sykepleierne utøvde god brukermedvirkning og når de opparbeidet den gode relasjonen. Med andre ord må det sies å være en del av funnet. Løsningen ble, slik jeg illustrerer i den essensielle meningsstrukturen – sykepleieren benytter relasjonen som

bærende for den gode brukermedvirkningen. Og som Jørgen illustrerer i kap. 4.3.3: «...det er jo ikke sånn at vi har jo ikke noe annet verktøy enn det vi har lært». Det er da relevant å stille spørsmål ved det han har lært, som han benytter seg av. Jamfør kap 2.3 er utvikling av relasjonskompetanse et særtrekk ved videreutdanningen i psykisk helsearbeid.

Relasjonskompetanse er flettet sammen med handlingskompetanse som en helhet, og utgjør til sammen yrkeskompetansen. En fagperson skal ikke utelukkende støtte seg til sine sosiale og relasjonelle ferdigheter, men handlingskompetansen bygger på instrumentelle ferdigheter og faktakunnskap (Røkenes, Hanssen, & Tolstad, 2012). Det vil være for omfattende å beskrive hva god relasjonskompetanse innebærer i denne studien. Men en masteroppgave hvor utvikling av relasjonskompetanse i sykepleierutdannelsens praksisstudier var tema, tyder på at studentene tar relasjonskompetanse for gitt (Kobro, 2011) Utvikling av relasjonskompetanse i grunnutdanningen er først og fremst knyttet til praksissituasjonene. Således ser studenten vært avhengig av at kontaktsykepleieren tilrettelegger for gode læresituasjoner der studenten kan reflektere, og det krever god kunnskap til studenten. Etter min mening kan det virke som en svakhet ved grunnutdanningen at studentene henvises til praksissituasjoner og er avhengige av relasjonen med kontaktsykepleierens for å få til god læring i relasjonskompetanse. Kontaktsykepleierens forutsetninger kan være tilfeldige og er også delvis utenfor høyskolens kontroll. At sykepleiestudentene tar relasjonskompetanse som en selvfølgelig egenskap de ikke legger særlig fokus på, gir heller ikke de beste forutsetningene for refleksjon. Det å bli kjent med seg selv er en vesentlig del av relasjonskompetansen.

Funnene i studien min viser at psykiatriske sykepleierne benytter det verktøyet de har lært i kraft av sin videreutdanning med fokus på god relasjonskompetanse. Selve relasjonen og opparbeidingen av et tillitsforhold anses som bærende for det å gi god brukermedvirkning i det flerkulturelle møtet. Hvis funnene kan bekreftes av videre studier som også inkluderer brukerperspektivet, kan det virke som om grunnutdannelsen i sykepleie kan dra fordeler av å ha et økt fokus på relasjonskompetanse, etter modell fra videreutdanningen i psykisk helsearbeid.

6.3 En diskusjon om profesjonalitet og sykepleierens rolle i et brukermedvirkningsperspektiv

Vi har tidligere diskutert sykepleierens transformasjon fra en systemrepresentant til en opplevd del i pasientens nettverk, og det særegne forholdet som kjennetegner relasjonen. Denne delen av oppgaven skal gå nærmere inn på den karakteristiske relasjonen fra et sykepleieteoretisk perspektiv. En måte å forstå relasjonen på kan være å sette det som en direkte konsekvens av brukermedvirkningen og den medfølgende rolleendringen som er gitt som imperativ i nasjonale føringer. Sykepleier og bruker er ansett som likeverdige partnere i et samarbeid. Men likevel bærer relasjonen i funnene preg av å være mer personlig og intens enn det man kan forvente i en formell situasjon der to likeverdige partnere diskuterer en sak. Allerede i 1971 la Joyce Travelbee fram sin teori om sykepleie som et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001) Hun omtaler dette forholdet som en bestemt atferd der begge parter oppfatter og responderer på den andre som et individ. For at dette skal oppnås, må posisjoner og status overskrides. Sykepleieren er både lærer og elev, og også sykepleieren blir observert og vurdert hver gang hun møter pasienten (p. 178). Dette samsvarer også med betydningen av gestus og sykepleierens symbolske handlinger som er diskutert i 5.2.1. Travelbee poengterer likevel at relasjonen ikke er et venneforhold. Forskjellen består i partenes krav og forpliktelser overfor hverandre og relasjonens manglende valgmoment (p. 185). Men dette kan igjen sammenfalle med oppfatningen av terapeuten som en 'mahrem' (jfr. kap 5.2.1) i det familierelasjoner også kan også karakteriseres ved det manglende valgmoment og de gjensidige forpliktelser.

En mer nyansert måte å beskrive relasjonen på gis av Barker, Jackson, and Stevenson (1999). Disse har tatt utgangspunktet i sykepleierens rolle i et helsevesen under kontinuerlig forandring. Spesielt forbrukerperspektivet og en økende grad av krav til medvirkning fra brukere og pårørende, får stadig større betydning. Forfatterne slår fast at forståelsen av hva befolkningen trenger psykiatriske sykepleiere til, er, og har egentlig alltid vært, et spørsmål om kontekst. Derfor må også profesjonens rolle redefineres og evalueres. Ved å blant annet undersøke hva brukere og andre profesjoner mener er særegent for psykiatrisk sykepleie, kom de fram kjernevirksomheten som de kalte «Knowing you, Knowing me». Sentralt for 'god praksis' er oppfatningen av at sykepleiere trengs for å imøtekomme den andre personens forventninger og behov til enhver tid. Sykepleieren befinner seg derfor i en kontinuerlig prosess med å bli kjent med den andre personen og personens stadig forandrende behov. Men i denne prosessen blir også den andre personen kjent med sykepleieren. Tre underkategorier presenteres som tre sykepleiedomener: Disse var 'Ordinary me' (OM), 'Pseudo-Ordinary or Engineered Me' (POEM), og til slutt 'Professional Me' (PM). Domenene skal forstås som

kontekstavhengige baser for å innta og utøve forskjellige roller i møte med den andre personens behov (p. 275). OM-domenet er basert på 'natural ordinariness', POEM-domenet på en mer diskret bevisst presentasjon av sykepleierens 'selv' som inkluderte en mer betraktende dømmekraft, og PM er basert på det kunnskapsbaserte domenet. Disse tre domenene innehar hver fire indre dimensjoner som handler om dybden av kjennskapet (depth of knowing), makt (power), tid (time) og oversettelse (translation). Når sykepleieren eksempelvis var i OM-domenet, ville dybden av kjennskapet karakterisere en involvert relasjon, mens i PM-domenet ville det være en overfladisk kjennskap til pasienten. Men 'depth of knowing' innebar ikke bare kjennskapet til pasienten, men en forventning om kjennskap selv når pasienten ikke kan uttrykke seg, og også en forventning om autoritet i det sykepleieren skal vite hva som feiler pasienten. OM-domenet er karakterisert ved at brukerne også forventet en gjensidighet i relasjonen.. OM-domenet og delvis POEM-domenet karakteriseres videre ved at sykepleieren gjør ting som går ut over deres profesjonelle rolle. Med andre ord kan vi også her knytte betydningen av å bryte behandlingstradisjoner til OM-domenet. OM-domenet knyttes til 'moderlig' omsorg og en mulig sterk tilknytning som kan være emosjonelt utmattende for sykepleiere å stå i i all for lang tid. Det sier seg selv at OM-domenet knyttes til god tid til pasienten. Og til slutt – OM-domenet funksjon i forhold til translasjon går ut på å oversette og tolke profesjonell sjargong i hensikt til å hjelpe pasienten med å ta riktige avgjørelser. I oppgavens kontekst kan vi også knytte dette til den konkrete hjelpen sykepleiere gir i møte med NAV eller i det å tolke og fortolke samfunnet rundt – en del av de handlingene hun gjør for å etablere tillit.

I følge Barker et al. (1999) er det OM-domenet pasientene ønsker at sykepleieren skal opptre i. Det som er bemerkelsesverdig i så måte er at OM-domenet fratir pasienten noe makt og ansvar, men jeg tenker at det også kan tolkes som omsorg og god ledelse når pasienten selv føler seg forvirret. Det virker også som transformasjonen til å bli en del av pasientens naturlige opplevde nettverk er en positiv respons på pasientens bestilling om nærhet. OM-domenets motsetning er PM-domenet som karakteriseres av den evidensbaserte praksisen og profesjonell distanse til pasienten. Det er en mulighet for at sykepleierne legger opp til OM-domenet, med den nære relasjonen og nedbetoningen av etnisitet, fordi sykepleierutdannelsen og videreutdanningen ikke legger opp til en ferdighetsorientert og praksisnær kulturkompetanse (jfr, kap. 2.3). Med andre ord kan orienteringen mot OM-domenet kamuflere en manglende instrumentell kompetanse som er forutsetningen for bevegelse mot en POEM-relasjon eller en PM-relasjon. Om dette er en fordel eller en ulempe avhenger av

om man orienterer seg mot den teknologiske interesse eller den hermeneutiske interesse, jfr. Habermas sin erkjennelsesteori (kap. 2). Men på den annen side kan en eventuell orientering mot et strengt PM-domene kanskje like gjerne skjule en grunnleggende usikkerhet i møtet med denne pasientgruppen. Den opplevde kulturelle kompleksiteten kan skape et behov for en evidensbasert strategi. Jamfør Luhmanns teori om tillit kan sykepleieren redusere kompleksitet ved å velge en virkelighetsforståelse av pasienten som løser hennes kompleksitet på bekostning av at pasienten fratras ansikt og tillegges en gruppeidentitet. Fokuset på kulturell kunnskap kan i så måte føre til håndterbarhet på et annet vis, ved at man oppnår en distanse til pasienten. Etter min mening er evne til å holde ut usikkerhet en vesentlig del av relasjonskompetansen. Innen OM-domenet forventes denne nærheten til sin egen menneskelighet. Et OM-domene vil også innebefatte en reduksjon av kulturell kompleksitet, jfr. kap. 5.2.2 da den orienterer seg vekk fra generell kunnskap. Men kompleksiteten blir redusert ved at pasienten holdes nær. Med andre ord kan en orientering mot OM-domenet derfor like gjerne avsløre *mot* til å møte en mulig truende mangel på strategi, *vilje* til å likevel holde pasienten nær, og en *tillit* til at motet og viljen likevel kan føre deg på rett vei. I mangel på en konkret instrumentell tilnærming til praksis, er dette gode forutsetninger da alternativet kanskje vil medføre en uønsket tilbaketrekking fra pasienten.

Etter min mening kan OM-domenet og delvis POEM-domenet på en god måte karakterisere relasjonen sykepleierne i undersøkelsen inntar når de erfarer den gode brukermedvirkningen. Om det kan videreføres som god praksis er jeg likevel litt usikker på. OM-domenet kan være emosjonelt utmattende å stå i over lang tid. Viljen og motet som skal til, er sannsynligvis personavhengig og kontekstavhengig. Økt kunnskap om relasjonskompetanse og andre ferdigheter kan gi sykepleierne bedre forutsetninger for et bredere handlingsrepertoar i det de får forutsetninger for å også orientere seg mot POEM-domenet.

6.4 Oppsummering

Familien som den naturlige omsorgsinstitusjon kan, i følge litteratur, bære likheter også med norsk og nordisk kultur hvis vi, jfr. Gullestads perspektiver, ser på familiefelleskap som overlappende nettverk av relasjoner, og hvis vi skiller mellom slektskapsrelasjoner og husholdningsoppgaver. Sykepleierens rolle i en form for «utvidet» familie knyttes opp mot

forskning der brukerne fra Midtøsten karakteriserer den psykiske helsearbeider som en 'mahrem'. Mahrem er relasjoner som karakteriseres ved at seksuelle forbindelser anses som forbudte, men samtidig tillater relasjonen muligheten for dyp fortrolighet og tilknytning.

Tillit er det som kjennetegner transformasjonsprosessen der sykepleieren går fra systemrepresentant til å være en del av pasientens naturlige nettverk. Tillit skal her forstås i sin funksjonelle og ikke essensielle form i det tillit blir diskutert opp mot Luhmanns teori. Ved å nedtone etnisitet og velge å se pasienten som en nær og forståelig person, velger sykepleieren en virkelighetsforståelse som reduserer en ellers mulig overveldende kulturell kompleksitet.

Når sykepleieren bryter behandlingstradisjoner, kommuniserer hun på en ikke verbal måte at hun er verdig tillit. Dette kan ses på som symbolske handlinger som frembringer intuitiv kommunikasjon forbi språk og konvensjoner. Begrepet gestus diskuteres i henhold til Merlau-Ponty og brechtiansk teaterkunst som en intuitiv formidlingskunst. Gestus overgår språklig kommunikasjon i det det er en primitiv og forutgående kommunikasjonsform som avslører intensjoner og indre motivasjoner gjennom signifikante handlinger.

Nedbetoningen av etnisitet kan forstås på flere måter. På den ene siden utviser sykepleierne metodisk relativisme, jfr. Thorbjørnsrud. De lar pasientens livsverden være styrende for sin forståelse. Nedtoningen av etnisitet kan forstås som et ønske å ta pasienten ut av en historistisk forståelse og unngå en uheldig psykologisering. I stedet anser sykepleieren pasienten som en troverdig og likeverdige partner som faktisk har et budskap, og nærmer seg han og hans verden som en likeverdige samtalepartner. Boers postulater om dialog knyttes opp til dette.

Til slutt diskuteres relasjonen sykepleieren har til pasienten i henhold til Barker, Jackson & Stevenson sin teori om det essensielle ved nåtidens psykiatrisk sykepleie. Ut i fra denne teorien, ser det ut til at sykepleieren legger opp til en likeverdige, tett relasjon til pasienten som karakteriseres ved det som forfatterne kaller OM-domenet. OM-domenet løser mange problemer, blant annet mangelen på praksisnær flerkulturell kompetanse, fordi OM-domenet tillater den nærheten som gjør pasientens innenfrakunnskap lettere tilgjengelig. Likevel kan mer praksisnær evidensbasert kunnskap gi sykepleierne et bredere repertoar i det slik kunnskap er forutsetningen for å bevege seg i retning av POEM-domenet.

7 Avslutning

Brukermedvirkning i møte med etniske minoriteter er ikke bare viktig fordi forskning viser at denne pasientgruppen er underforbrukere av tjenester. Det er viktig fordi det handler om brukernes forutsetninger for å kunne nyttiggjøre seg tjenestene, og disse er først og fremst et ansvar for hjelpeapparatet.

I denne masteroppgaven har jeg sett på sykepleierens erfaring med god brukermedvirkning. Studiens hensikt er å identifisere de faglige kjennetegnene psykiatriske sykepleiere selv knytter til praksissituasjoner der de har erfart å kunne lykkes med god brukermedvirkning.

Studien er basert på deskriptiv fenomenologisk analyse (Giorgi, 2009) av intervjuer der sykepleierens egenopplevde fortellinger har vært det vesentligste utgangspunktet. Fem sykepleiere med videreutdanning i psykisk helsearbeid eller psykiatri, deltok med sine erfaringer hentet fra Distriktpsykiatriske sentre (DPS). Det viser seg at sykepleierne legger den gode relasjonen som bærende forutsetning for god brukermedvirkning. Den gode relasjonen er igjen basert på eksistensen av tillit mellom sykepleier og pasient. Studien har beskrevet en kronologi i utvikling av tillit, som starter med at sykepleieren oppfatter at familien er pasientens naturlige omsorgsinnsats, og at dette er den gitte konteksten hun arbeider under. Når pasienten samtidig ikke er fortrolig med systemet, må sykepleieren derfor transformere seg fra å være en systemrepresentant til en person i pasientens opplevde nære nettverk. For å gjøre dette vil hun først opparbeide tillit og fortrolighet gjennom å initiere et samarbeid omkring pasientens grunnleggende behov, gjerne der det ”brenner mest”. Deretter vil hun bryte behandlingstradisjoner for å bevise seg tilliten verdig. Det mest påfallende vil i dette henseendet være utviklingen av en relasjon som legger opp til en nærmest familiær og gjensidig nærhet. Videre vil sykepleieren gi rom for det hun ennå ikke forstår, og det synes som om dette er vesentligere enn å forstå pasienten ut i fra hans etniske kontekst. Når den dype gode tillitsrelasjonen er etablert er grunnlaget til stede for at pasienten ikke holder tilbake det sykepleieren trenger å vite for å kunne hjelpe han. Det foregår på det stadiet en gjensidig utveksling av kunnskaper mellom pasient og sykepleier. Brukermedvirkningens mål synes ut i fra funnene å dreie seg om å etablere den gode hverdag og det sterke levende mennesket.

Funnene blir diskutert opp mot relevant teori som både kan bekrefte og utdype funnene. Tillitens betydning er diskutert opp mot Luhmanns teori om tillit som en mekanisme for reduksjon av sosial kompleksitet (Luhmann et al., 1999). Betydningen av å bryte behandlingstradisjoner og de medfølgende symbolske handlingene diskuteres i lys av Brechts begrep om gestus som en intuitiv formidlingskunst (Brecht, 1987; Pavis, 1984). Rommet for det ennå ikke forståtte, blir belyst av Theo de Boers postulat om dialog (Boer, 1983). Relevant sykepleieteoretisk tilnærming er Barkers modell ”Knowing me – knowing you” (Barker et al., 1999). Sistnevnte teori reflekterer studiens funn på en god måte, ikke minst den nære relasjonen mellom pasient og sykepleier. Samtidig er også teorien utviklet på basis av brukerne, andre profesjoner og tjenesteapparatets bestilling til den psykiatriske sykepleierens yrkesutøvelse. Den er derfor også relevant sett i lys av den bakenforliggende

konteksten sykepleieren jobber under, der hun skal ivareta brukerens stemme samtidig som hun skal møte utfordringene i et helsevesen som stadig er under endring.

En vesentlig betraktning i lys av studiens funn og den påfølgende diskusjonen er om god relasjonskompetanse kan være et viktig bidrag til utvikling av flerkulturell kompetanse i praksissituasjoner. De psykiatriske sykepleierne benytter seg av metoder som gir tilgang til pasientens meningssystemer uten at hun benytter seg av en eventuell forutgående opplæring i kulturell kunnskap. Dette vil også være i tråd med brukermedvirkning der pasienten skal være den som gir den særskilte kunnskapen om sitt liv. Grunnutdanningen i sykepleie kan i så måte dra god nytte av å se på hvordan videreutdanning i psykisk helsearbeid organiserer opplæringen i relasjonskompetanse.

En annen viktig betraktning er likevel om den tette relasjonen som sykepleieren inngår for å få tilgang til pasientens meningssystem likevel kan være utmattende å stå i over tid. Om det å holde pasienten nær reduserer etnisk kompleksitet kan det også tolkes som en strategi som sykepleieren benytter seg av i mangel på grunnleggende flerkulturell kompetanse. Sykepleieren vil kunne oppnå et større spillerom for en nødvendig distanserende refleksjon hvis hun også får tilgang til evidensbasert kunnskap omkring god flerkulturell kompetanse. Samtidig diskuteres det om god flerkulturell kompetanse i det hele tatt er et realistisk mål for den enkelte profesjonsutøver slik vi forstår begrepet i dag. Forståelsen av flerkulturell kompetanse kan med hell forskyves i retning av strukturelle egenskaper ved organisasjonene, mens en oppøving av profesjonsutøveres relasjonskompetanse kan gjøre pasienten metoder som overlater til pasienten å eie og videreformidle kompetanse om sitt eget liv. Et vesentlig poeng er likevel at opplæring i kulturelle forskjeller må inneha pedagogiske forutsetninger for å omdanne kunnskapen til ferdigheter i praksis.

Studien har begrensninger da den kun reflekterer sykepleierens erfaringer av god brukermedvirkning. Funnene må bekreftes av videre studier på feltet, der også brukernes erfaring av god brukermedvirkning belyses. Observasjonsstudier kan med fordel også benyttes for å få ytterligere identifisert avgjørende handlinger og kommunikasjonsmønstresom synes å skape forutsetninger for tillit, en bærende relasjon og brukermedvirkning mellom etnisk minoritetspasient og sykepleier.

Litteraturliste

- Andersen, A. J. W., Bøe, T. D., Fodstad, H., Ibabao, V. A., Krogsæter, O., & Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98-103.
- Andersen, E., Bjerken, T. R., & Cvetkovic, Z. (2012). *Fortrolighet i en fremmed verden. En studie av helsearbeideres opplevelse av godt psykisk helsearbeid i møte med fremmedkulturelle innvandrere*. Upublisert prosjektoppgave. Høgskolen i Telemark.
- Andrews, T. (2004). Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi - en kritisk drøftning av konsekvenser. In H. Alvsvåg, N. Andersen, E. Gjengedal & M. Råheim (Eds.), *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnproblemer* (pp. 40-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ayaz T, B. K. (2008). Innvandreres bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128(2).
- Barker, Jackson, & Stevenson. (1999). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(4), 273-282. doi: 10.1046/j.1365-2850.1999.00213.x
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118(July–August), 293-302.
- Boer, T. d. (1983). *Foundations of a Critical Psychology*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Brecht, B. (1987). On Gestic Music. In Willett (Ed.), *Brecht on Theatre*. New York: Hill & Wang.
- Bäärnhielm, S., Rosso, M. S., Patti, L., Kale, E., & Jareg, K. (2010). *Kultur, kontekst og psykopatologi: manual for diagnostisk intervju basert på kulturformuleringen fra DSM-IV*. Oslo: NAKMI-Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening og Norsk psykologforening.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid: om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Castillo, R. J. (2007). *Culture & Mental Illness: A client-centered approach*. Pacific Grove: Books/Cole Publishing Company.
- Castro, A. D. (2003). Introduction to Giorgi's existential phenomenological research method. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*(11), 45-56.
- Dalgard, O., Dalgard, S., Thapa, E., Hauff, M., & McCubbin, H. (2006). Immigration, lack of control and psychological distress: Findings from the Oslo Health Study. *Scandinavian journal of psychology*, 47(6), 551-558.
- Debesay, J. (2008). Flerkulturell sykepleie: fra utsikt til innsikt (pp. S. 108-126). Oslo: Universitetsforl.
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257-264. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.08.002>
- Eike, M. C., Forsetlund, L., Kirkehei, I., & Vist, G. E. (2010). *Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk* (Vol. nr 24-2010). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- Englander, M. (2012). The Interview: Data Collection in Descriptive Phenomenological Human Scientific Research. *Journal of Phenomenological Psychology, 43*(1), 13-35.
- Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis: perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksson, S. A. (2009). *Distancing at close range: investigating the significance of distancing in drama education*. Åbo: Åbo Akademi.
- Fagermoen, M. S. (2001). Fortellinger som datakilde i forskning. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 3*(2), 68-80.
- Fagermoen, M. S. (2003). Narrativ analyse - en metodediskusjon. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 5*(1), 3-19.
- Foucault, M., & Schaanning, E. (1999). *Diskursens orden: tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970*. Oslo: Spartacus.
- Giorgi, A. (1994). A Phenomenological Perspective on Certain Qualitative Research Methods. *Journal of Phenomenological Psychology, 25*(2), 190-220.
- Giorgi, A. (2000). The Status of Husserlian Phenomenology in Caring Research. *Scandinavian journal of caring sciences*(14), 3-10.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (2012). The Descriptive Phenomenological Psychological Method. *Journal of phenomenological Psychology*(43), 3-12.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. s. 71-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008b). Profesjon og tillit (pp. s. 197-215). Oslo: Universitetsforl.
- Gule, L. (2008). Profesjon og flerkulturalitet. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. s. 233-250). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gullestad, M. (2002). *Det norske sett med nye øyne*. Oslo: Universitetsforl.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond culture*. Garden City, N.Y.: Anchor Press.
- Haugsgjerd, S., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hernandez, M., Nesman, T., Mowery, D., Acevedo-Polakovich, I., & Callejas, L. (2009). Cultural competence: a literature review and conceptual model for mental health services. *Psychiatric Services, 60*(8), 1046-1050.
- Hjelde, K. H. (1994). Fler-, kryss-, trans-, tverr- eller interkulturelt? Om begrepsbruk ved helse-og sosialarbeid med flyktninger. *Linjer. Fra psykososialt senter for flyktninger, 4*(1), 12-14.
- Holm, S. (2006). Viden og vidensproduksjon. In M. Lorensen (Ed.), *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo: Gyldendal.
- Holum, L. C. (2010). Individuell plan som verktøy for brukermedvirning: En evaluering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*(4), 326-328.
- Horntvedt, T. (2012). Utvalgte begreper i flerkulturell forståelse. In S. E. Per Inge Båtnes (Ed.), *Flerkulturell forståelse i praksis* (pp. 221-251). Oslo: Gyldendal akademisk.
- . HyperTRANSCRIBE (Version 1.6). (2013): Researchware Inc. Retrieved from <http://www.researchware.com/downloads/downloads-hypertranscribe.html>
- Jandt, F. E. (2010). *An introduction to intercultural communication: identities in a global community*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Jareg, K., & Fjellanger, G. (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Johannessen, B. F. (2004). *Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering*. (Notat 22- 2004). Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnstudier, Bergen.

- Johnson, Y. M., & Munch, S. (2009). Fundamental contradictions in cultural competence. *Social Work, 54*(3), 220-231.
- Karlsson, B. (2004). Strålende!!! *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 1*(1), 2-3.
- Kobro, E. (2011). *Utvikling av relasjonskompetanse i sykepleierutdanningens praksisstudier. En kvalitativ studie om sykepleierstudentenes utvikling av empati.* . (Masteroppgave), Universitetet i Stavanger.
- Larsen, E., Aasheim, F., & Nordal, A. (2006). *Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplan for psykisk helse.* (IS-1315). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, Retrieved from <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse/Publikasjoner/plan-for-brukermedvirkning-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse.pdf>.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly, 1*(4), 152-160.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten.* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lie, D. A., Elizabeth Lee-Rey MD, M., Gomez, A., Bereknyei, S., & Braddock III, C. H. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of general internal medicine, 26*(3), 317-325.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2001). *LOV-1999-07-02-63.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Luhmann, N., Mortensen, N., & Mortensen, N. (1999). *Tillid: en mekanisme til reduktion af social kompleksitet.* København: Hans Reitzel.
- Magelssen, R. (2012). *Hva lærer fremtidige sykepleiere om migrasjon og helse? En kartlegging av bachelorstudiet i sykepleie i Helse Sør-Øst.* Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) Retrieved from <http://www.nakmi.no>.
- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse. Om ulike former for evidens.* Oslo: Akribe AS.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of perception.* London: Routledge.
- Molander, B. (1997). Kunnskapsmångfold och olika kunskapstraditioner. In H. Alsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal & M. Råheim (Eds.), *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer* (pp. 124-146). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Morley, J. (2010). It's Always About the Epoché *Les Collectifs du Cirp* (Vol. 1 (édition spéciale)), pp. 223-232).
- Måseide, P. (2004). Natur og kultur. Spenningsfeltet mellom ei objektivistisk og ei relativistisk forståing av kropp, sjukdom og helse. In H. Alsvåg, N. Anderssen, E. Gjengedal & M. Råheim (Eds.), *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer* (pp. 62-94). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-15). (2011). *Meld. St. 16.* Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Nasjonal strategi om innvandrernes helse 2013-2017. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle* Oslo.
- Pavis, P. (1984). On Brecht's Notion of Gestus. *Semiotics of Drama and Theatre: New Perspectives in the Theory of Drama and Theatre, 10*, 290.
- Pavis, P. (2001). Theatre Studies and Interdisciplinarity. *Theatre Research International, 26*(02), 153-163.
- Pavis, P., & Biller-Lappin. (1981). Problems of a semiology of theatrical gesture. *Poetics Today, 65-93.*

- Peplau, H. E. (1987). Interpersonal constructs for nursing practice. *Nurse Education Today*, 7(5), 201-208. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917\(87\)90002-5](http://dx.doi.org/10.1016/0260-6917(87)90002-5)
- Pooremamali, P., Eklund, M., Östman, M., & Persson, D. (2012). Muslim Middle Eastern clients' reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 328-340. doi: doi:10.3109/11038128.2011.600328
- Ramin-Osmundsen, M. (2010). Likeverd i helsetjenesten?: mindre fragmentering og mer helhetlig tilnærming (pp. S. 193-203). Bergen: Fagbokforl.
- Rammeplan og forskrift for videreutdanning i psykisk helsearbeid. (2005). Utdannings- og forskningsdepartementet Retrieved from http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269395-rammeplan_for_psykisk_helsearbeid_05.pdf.
- Rise, M. B., Solbjør, M., Lara, M. C., Westerlund, H., Grimstad, H., & Steinsbekk, A. (2011). Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations*, no-no. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x
- Rugkåsa, M. (2008). Majoriteten som premissleverandør i "flerkulturelt" arbeid. In A. M. Otterstad (Ed.), *Profesjonsutøvelse og kulturelt mangfold. Fra utsikt til innsikt* (pp. s. 78-95). Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforl.
- Said, E. W., Thorbjørnsrud, B., & Aabakken, A. (2001). *Orientalismen: vestlige oppfatninger av Orienten*. [Oslo]: De norske bokklubbene.
- Scollon, R., Scollon, S. W., & Jones, R. H. (2012). *Intercultural communication: a discourse approach*. Malden, Mass.: Wiley-Blackwell.
- Solbjør, M., Rise, M. B., Westerlund, H., & Steinsbekk, A. (2011). Patient participation in mental healthcare: When is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry*.
- SSB. (2013). Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre, 1. januar 2013. Retrieved 24. juli 2013, from <http://www.ssb.no/innvbef>
- St.meld. nr 25. (1996). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 63. (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Stone Sour. (2006). *Through Glass. On Come What(ever) May*. New York: Roadrunner Records.
- Sydvoid, W. (2009). *Sykepleiernes forståelse og praktisering av brukermedvirkning i kommunes omsorgstjeneste. (Masteroppgave)*. Nordiska högskolan for folkhälsovetenskap, Göteborg.
- Thorbjørnsrud, B. (2008). Kritikk av relativismekritikken. *Samtiden*, 1, 96-104.
- Topor, A., & Grøtan, A. (2006). *Hva hjelper?: veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforl.
- Utlendingsdirektoratet. (2005). *Minoritetsperspektiv i offentlige tjenester - tverrkulturell kompetanse: en utfordring for alle offentlige tjenester*. (82-427-0427-9). Oslo: Utlendingsdirektoratet.
- Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien*, 98(3), 60-63.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Sykepleieres erfaringer med god brukermedvirkning overfor etniske minoriteter innen psykisk helsearbeid»

Kjære sykepleier!

Mitt navn er Elisabeth Andersen og jeg er masterstudent i sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskning for å få mer kunnskap om hvordan man best kan ivareta pasienters brukermedvirkning i forhold til etniske minoritetspasienter.

Forskning omkring brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid er begrenset. Vi trenger spesielt mer kunnskap om hvordan ivareta brukermedvirkning når pasient og behandler/behandlingssystem møter kulturelle forskjeller. Vi vet fra før at etnisk minoritetspasienter er ekstra utsatt for psykiske lidelser, samtidig som de også er underbrukere av psykiske helsetjenester. Når disse pasientene først kommer i behandling, oppstår kliniske, strukturelle og organisatoriske barrierer som vanskeliggjør behandling og tiltak. Likevel er det mange helsepersonell som gjør en god jobb i møte med disse pasientene, og i min masteroppgave ønsker jeg å se nærmere på dette arbeidet.

Hva innebærer studien?

Ved å delta i studien, vil du kunne gi et verdifullt bidrag til forståelse av hvordan ivareta etniske minoritetspasienters behov. Data som samles inn vil analyseres med hensikt å identifisere kjennetegn som sykepleiere selv opplever som god brukermedvirkning i forhold til denne pasientgruppen. Dette vil representere viktige funn for konkret praksiskunnskap i feltet som kan videreformidles.

Du vil delta i et dybdeintervju. På forhånd vil jeg gjerne at du setter deg inn i forskningsspørsmålet, som er formulert slik:

Beskriv så detaljert som mulig en situasjon der du syntes du eller noen andre utførte god brukermedvirkning i samhandling med en etnisk minoritetspasient. Du kan også beskrive en situasjon der du lærte noe avgjørende om god brukermedvirkning med etniske minoriteter.

- *Hvordan forstod du situasjonen?*
- *Hvilke refleksjoner gjorde du underveis?*
- *Hva opplevde du som avgjørende og hvorfor tror du dette var avgjørende?*

Situasjonen skal være hentet fra arbeid i psykisk helsetjeneste.

Det er viktig at du anonymiserer pasienten innen rammene av vanlig taushetsplikt.

Intervjuet vil ha en varighet på ca. en time og vil bli tatt opp på bånd. Lydopptak og transkriberte data lagres på universitetets server, uten identifiserende detaljer som navn og arbeidssted. Datamaterialet vil være knyttet til en kode som viser til en navneliste som lagres separat på papir og som kun studenten har tilgang til. Rådata inkludert navneliste, slettes når studien er fullført, innen den 1.7.2013.

Resultatet av studien vil formuleres på en måte der hverken du eller pasienten du beskriver, kan identifiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og leverer når vi møtes for intervju.

Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det får konsekvenser for deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har andre spørsmål til studien, kan du kontakte:

Masterstudent Elisabeth Andersen, UiO: Tlf. 922 00

955, elisabeth.andersen@studmed.uio.no,

Veileder Inger Daae Qvale, HiO: Tlf. 22 45 28 63, Inger.Daae-Qvale@hioa.no

Biveileder Rob Bongaardt, HiT: Tlf. 35 57 54 50 rob.bongaardt@hit.no

Prosjektansvarlig: Randi Nord, UiO: Tlf. 22 85 05 74, randi.nord@medisin.uio.no

På forhånd, tusen takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Elisabeth Andersen

Masterstudent i sykepleievitenskap

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon om studien og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Elisabeth Andersen, masterstudent i sykepleievitenskap