



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Hvilke utfordringer møter man som vernepleier, når man skal legge til rette for trygghet og vekst hos en bruker med paranoid schizofreni i et bofelleskap?

What challenges you as a social educator, when to facilitate security and growth of a user with paranoid schizophrenia in a homeshare?

Knut Hagen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 38

Molde, 31.05.2012



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Karl Yngvar Dale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 31.05.2012

Antall ord: 11 170

Forord

Denne oppgaven er en del av en bachelorutdanning i vernepleie ved Høgskolen i Molde. Utdanningen er en 3-årig høgskoleutdanning, som jeg som deltidsstudent har tatt over 4 år. Jeg har under utdanningen og tidligere arbeidet med brukere med diagnosen paranoid schizofreni. Noe som har vekket min interesse for å se nærmere på denne brukergruppens vilkår for trygghet og personlig vekst og utvikling. I oppgaven er dette relatert til å motta tjenester fra et kommunalt heldøgns tilbud.

Sammendrag

Bakgrunn: Schizofreni er den vanligste formen for psykose. Og jeg har gjennom min arbeidserfaring fått kjennskap til de mange utfordringer og problemstillinger, en person med diagnosen paranoid schizofreni kan møte. Da særlig i forhold til å skulle motta hjelp fra andre gjennom lange perioder i livet.

Hensikt: Oppgavens hensikt var å belyse hvordan relasjoner kan bidra til trygghet og personlig utvikling for paranoid schizofrene, i et kommunalt heldøgns omsorgstilbud.

Metode: Oppgaven er dels en litteraturstudie, dels en caseanalyse der teoretisk bakgrunn drøftes sammen med mine egne arbeidserfaringer.

Konklusjon: I oppgaven fremkommer relasjonens betydning for trygghet og personlig vekst for paranoid schizofrene. Brukernes relasjoner til hjelperne kan være et godt verktøy for å bidra til en bedre livskvalitet for denne brukergruppen. Gode virksomme relasjoner kan også legge grunnlag for en opplevd meningsfull brukermedvirkning. Videre fremkommer det som betydningsfullt at hjelpernes arbeid er preget av en systematisk og reflektert tilnæringsmåte.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Problemstillinger.....	1
1.2 Sentrale begreper	1
2.0 Metode	2
2.1 Datainnsamling	2
2.1.1 Kriterier for valg av litteratur	2
2.1.2 Kvalitetsvurdering og kildekritikk	3
3.0 Egen forforståelse	3
4.0 Vitenskapsteoretisk forankring	5
4.1 Hermeneutisk tilnærming	5
4.1.1 Hermeneutisk spiral:	5
5.0 Teoretisk bakgrunn	6
5.1 Diagnosen paranoid schizofreni	6
5.2 Motivasjonsteorier	7
5.3 Psykososial utvikling	8
5.4 Relasjonens betydning	8
5.5 Brukererfaringer med relasjoner til hjelpere.	9
5.6 Å respektere.....	10
5.7 Miljøterapi/miljøarbeid	11
5.8 Tiltak i nærmiljøet til brukeren.....	12
5.9 Organisering av kommunale tilbud.....	12
5.10 Aktuelt lovverk	13
5.11 Dilemmaer knyttet til heldøgns botilbud.....	14
5.12 Anvendelse av helhetlig arbeidsmodell (AHA- modellen)	15
6.0 Case	16
7.0 Diskusjon	17
7.1 Kartlegging.....	17
7.1.1 Alliansebygging	17
7.2 Analyse.....	20
7.3 Mål.....	22
7.3.1 Håp.....	22
7.3.2 Brukermedvirkning	22
7.3.3 Maslows behovspyramide	23
7.4 Tiltak	24
7.5 Evaluering	25
7.5.1 Relasjonens rolle	26
8.0 Konklusjon	26
9.0 Avslutning	27
Litteraturliste	29
Vedlegg 1	31

1.0 Innledning

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan man kan legge til rette for trygghet, via gode relasjoner, i et kommunalt heldøgns omsorgstilbud for mennesker med diagnosen paranoid schizofreni.

Det kan være flere ulike og til dels motstridende faktorer som kan innvirke på denne gruppens livskvalitet, og den enkeltes muligheter til å gjøre valg som får positiv betydning for eget liv. Man kan således spørre: Hva er det som er virksomt miljøarbeid/terapi for denne gruppen mennesker? Hvilke muligheter og begrensninger ligger i ett heldøgns kommunalt tilbud for denne brukergruppen? Hvilke etiske dilemmaer kan oppstå for en miljøterapeut i en slik kontekst, som jeg oppfatter å kunne ligge i grenseland mellom institusjon og eget hjem. Som grunnlag for drøfting av innsamlede data vil jeg bruke en tenkt case (se punkt 6.0 Case).

1.1 Problemstillinger

Hvilke utfordringer møter man som vernepleier, når man skal legge til rette for trygghet og vekst hos en bruker med paranoid schizofreni i et bofelleskap?

Kan tryggheten i et slikt tilbud gi grobunn for økt bevissthet for brukeren om egne valg, og konsekvensene av disse?

1.2 Sentrale begreper

Bruker: I denne oppgaven velger jeg å bruke begrepet bruker når jeg omtaler personer med psykiske lidelser, som bor i egen leilighet tilknyttet et kommunalt heldøgns omsorgstilbud. Dette fordi jeg opplever dette som mest brukt om denne gruppen personer.

Hjelper: Jeg bruker her begrepet hjelper om alle som yter tjenester til brukere, der ikke annen tittel er spesielt nevnt.

Heldøgns kommunalt omsorgstilbud: Innebærer i denne oppgaven et kommunalt botilbud for personer med psykiske vansker, som er døgnbemannet. De som bor der har egne leiligheter som de leier med kommunen. Nærheten til personalbasen kan variere.

Personalbasen er bemannet med en gitt gruppe ansatte, som kan ha ulik utdanning og erfaringsbakgrunn.

Trygghet for brukeren. Når jeg i denne oppgaven skriver om trygghet for brukeren mener jeg i første rekke at der er et etablert døgntilbud til stede. Brukeren vet at han inngår som en av flere brukere som mottar hjelp og tjenester fra en bestemt personalgruppe, og at denne personalgruppen har avtaler de følger opp med brukeren. Jeg legger også en stor

grad av forutsigbarhet og kontinuitet i bruken av begrepet trygghet. Personalgruppen følger med, og brukeren kan ikke være fraværende over lang tid uten at det blir registrert, og personalgruppen engasjerer seg.

2.0 Metode

Jeg har valgt å belyse problemstillingen dels via et litteraturstudie, og dels via en caseanalyse, der teori fra litteraturstudien og egne erfaringer, knyttes opp mot en tenkt behandlingssituasjon. I caseanalysen vil jeg bruke kvalitativ metode. Dette fordi jeg opplever kvalitativ metode som formålstjenlig i forhold til å forstå og tolke problemstillingen min. Kvalitativ metode kan brukes for å finne egenskaper eller karaktertrekk ved fenomener og er en egnet metode å bruke når man søker å forstå et fenomen (Garsjø 2001). Innen kvalitativ metodikk er man til forskjell fra kvantitativ metodikk, i liten grad opptatt av å finne sammenhengene mellom årsak og virkning. Man har mer fokus på å se deler og helhet i en kontekst. En kvalitativ studie kan således sies å være mer åpen enn kvantitativ studie, fordi den søker å tolke og forstå, og dette igjen fordrer at man er åpen for de ulike tolkninger som kan fremtre (Aadland 2004). Kvalitetene jeg søker å finne må tolkes. Denne tolkningen skjer med utgangspunkt i egen forforståelse, noe som fordrer at jeg er bevisst på å skille mellom det jeg observerer rundt fenomenet, og den egne forforståelsen som ligger til grunn for observasjonen. Kvalitative metoder har sine røtter i en hermeneutisk tradisjon (Aadland 2004).

2.1 Datainnsamling

2.1.1 Kriterier for valg av litteratur

Litteraturen jeg har brukt i oppgaven, har jeg funnet fram til gjennom å bruke litteraturlister i pensumbøker og andre kilder jeg kjenner til gjennom arbeidsplassen min, og gjennom å lete etter litteratur på bibliotek, og bokhandlere med nettbasert base. Jeg har sett etter litteratur som omhandler schizofreni, relasjonsarbeid, kommunal psykiatri og bedringsprosesser for psykisk syke, og med vekt på et langtids behandlingsperspektiv. Jeg har også lagt vekt på å finne litteratur med forskjellig utgangspunkt for forfatterne. For eksempel både litteratur skrevet av tidligere brukere, mer tradisjonelle fagbøker om psykiatri – med vekt på faktainformasjon om diagnoser og behandling, samt fagbøker som mer legger vekt på å fokusere på hva som virker- bedringsprosesser for brukerne.

Litteraturen jeg har brukt er fra 1999 eller nyere. Og jeg har valgt å avgrense litteraturen til litteratur skrevet på norsk, svensk eller dansk.

2.1.2 Kvalitetsvurdering og kildekritikk

En del av bøkene jeg har brukt er pensumlitteratur på Høgskolen i Molde, og er således kvalitetsvurdert av Høgskolen i Molde. Jeg har selv foretatt en kritisk kvalitetsvurdering av de andre kildene jeg har brukt, og opplever disse som anerkjente forfattere og forlag. Av internettkilder har jeg kun brukt kilder utgitt av Høgskolen i Molde, Lovdata og den norske regjeringen.

Kildene jeg har brukt i denne litteraturstudien er i hovedsak skrevet av fagfolk, med unntak av Arnhild Lauveng som både er tidligere bruker og psykolog. Dette kan innebære et perspektiv som i hovedsak ser problemstillinger fra fagfolks ståsted. Men flere av kildene viser til og legger vekt på, kvalitative brukerundersøkelser, som slik jeg vurderer det har høy grad av validitet. Slik at jeg vurderer oppgaven som relativt balansert i forhold til også å få frem brukernes synspunkter. Men brukerundersøkelsene er som sagt kvalitative undersøkelser, og kan da innebære individuelle tolkninger og vurderinger som ikke nødvendigvis deles av andre, eller gir et utfyllende bilde av undersøkelsene sitt formål.

3.0 Egen forforståelse

Min egen forforståelse er nok først og fremst preget av de erfaringer og opplevelser jeg har med meg de senere år som miljøarbeider innenfor feltet psykiatri. Jeg har i denne perioden møtt mange personer med diagnosen paranoid schizofreni, både på institusjon og i deres eget hjem. Jeg har erfaring med denne brukergruppen både fra utflytting fra institusjon til nytt hjem, og som miljøarbeider i en heldøgns kommunal omsorgsbolig. Jeg mener å se klare tegn på at heldøgns omsorg for denne brukergruppen kan være trygghetsskapende. På egen arbeidsplass ser jeg at frekvensen på tvangsinnleggelse for mange har gått ned. Og i den grad det har vært innleggelse har disse i større grad vært frivillige. Ut fra dette kan en hypotese være at det for denne brukergruppen blir lettere å skape enighet og finne løsninger i sitt eget liv, sammen med personale, når personalet viser kontinuitet og tilstedeværelse over lang tid. Mitt eget dilemma i forhold til å skape trygghet er om dette kan lage hindringer for den enkeltes vekst og tro på at egne valg kan ha stor betydning. Ut fra det jeg har lest og hørt/opplevd fra andre innen fagområdet er det for denne gruppen viktig med forutsigbarhet og langsiktig perspektiv. Men kan en slik måte å bli møtt på føre til at brukeren opplever mindre ansvar for eget liv, og konsekvensene av egne valg? Min

erfaring er at heldøgns omsorg også innebærer helhetlig omsorg. Dette kan for eksempel gi seg utslag i at brukeren er på kino med samme person som tidligere har gitt bruker en injeksjon som bruker mener han ikke bør ha. Bruker møter med andre ord de samme personene på nesten alle livets områder. Dette kan sikkert oppleves trygt, men er det spennende og utfordrende nok? Jeg er også bekymret for om denne kontinuerlige støtten fra personalet i noen tilfeller kan være medvirkende til passivitet, om bruker ikke blir nok utfordret i hverdagen.

Jeg ønsker gjennom oppgaven blant annet å se på hvorfor kontinuitet kan være trygghetsskapende. Denne gruppen brukere har som en del av symptombilde tidvis en annen opplevelse av omverden enn andre. Slik som for eksempel vrangforestillinger og paranoide tanker. I et heldøgns botilbud vil kontaktpunkter med personale være mange og jevnlig over lang tid. Kan det være slik at relasjonene mellom bruker og personale over så lang tid kan være en vesentlig del av en prosess der de felles opplevelseserfaringene etter hvert tar mer plass, og «skyver til sides» de ulikhetene som kan være i virkelighetsopplevelsene? Slik at selv om bruker kan ha en annen oppfatning av virkeligheten enn personale, kan fokuset etter hvert dreie mot å ta utgangspunkt i det som man opplever sammen. Kan det være slik at bruker og personale søker å dele det man har felles, og ikke i like stor grad det som er ulikt? Og kan en slik prosess gi brukere mulighet til å skaffe seg relasjoner og opplevelser som kan bli en motvekt til et tidvis indre kaos?

En vesentlig del av dette er at personalet møter brukeren igjen og igjen, uavhengig av om brukers symptombilde svinger. Dette er selvsagt en generell vurdering der de personlige ulikhetene kan være store, og en slik prosess vil og i stor grad være avhengig av om brukeren er tilgjengelig for personalet. Men jeg har likevel flere ganger opplevd at selv med brukere som har svært uttalte symptomer så klarer de å forholde seg til at jeg som personale kommer på besøk også neste dag og dagen etter det igjen. Kan rutineene i en slik felles virkelighet bli så etablerte og selvsagte at denne virkeligheten klarer å ta plass, selv når symptomene dominerer hverdagen til brukeren?

4.0 Vitenskapsteoretisk forankring

4.1 Hermeneutisk tilnærming

Jeg er i denne oppgaven opptatt av å finne egenskaper eller karaktertrekk vedrørende problemstillingen. Jeg har i den forstand fokus på å forstå et fenomen. For å gjøre dette vil jeg bruke en hermeneutisk tilnærming. Dette fordi hermeneutikken har fokuset rettet mot opplevelsen av fenomener, ikke hvordan fenomener er. Kvalitetene man søker å finne må tolkes. Jeg må med en hermeneutisk tilnærming være bevisst på at min egen forforståelse ligger til grunn for hvordan jeg tolker dataene i oppgaven. Dette er et sentralt element i de vitenskapsteoretiske tilnærmingene hermeneutikk og fenomenologi (Aadland 2004). Jeg vil se på de enkelte delene av oppgaven i sammenheng med helheten, og i en gitt kontekst, med et perspektiv som søker å forstå gjennom subjektiv innlevelse og nærhet.

4.1.1 Hermeneutisk spiral:

Som nevnt tidligere bygger kvalitative metoder på en hermeneutisk tilnærming til fenomener. Jeg vil derfor i denne oppgaven ha et perspektiv som fokuserer på forståelse og fortolkning. Det blir da essensielt at jeg er bevisst og tydelig på hva som er min egen forforståelse, kontra hva som er funn/observasjoner jeg har gjort vedrørende problemstillingen min. Ved en hermeneutisk tilnærming vil både tekst, språk og handlinger kunne være gjenstand for fortolkninger (Aadland 2004). Fortolkninger som innebærer at deler og helhet sees i sammenheng med hverandre, og det søkes å forstå eller fortolke handlingen eller fenomenet gjennom å knytte det til en hensikt. Denne hensikten vil også være en del av en gitt kontekst, som igjen kan forstås eller fortolkes. En slik hermeneutisk spiral, vil altså ha en uendelighet av nye forståelsesmåter. Et hermeneutisk perspektiv har dialogen som utgangspunkt, og fokuserer på opplevelser, følelser, tanker og meninger. Fordi forforståelse, følelser og forståelse kan være individuelt forskjellig, kritiseres hermeneutikken for og ikke å ta nok hensyn til samfunnet mennesket faktisk lever i, og er en del av (Garsjø 2001). For helse- og sosialarbeidere vil det være viktig å kunne koble sammen kunnskap om brukernes ulike behov, med kunnskap om og å kunne identifisere og vurdere helsemessige konsekvenser av faktorer som for eksempel diagnose og livsførsel (Garsjø 2001).

5.0 Teoretisk bakgrunn

5.1 *Diagnosen paranoid schizofreni*

Schizofreni er den vanligste formen for psykose, og ca. 0,3 % av befolkningen er til enhver tid syke. Schizofreni er en form for psykose. Psykose innebærer en forstyrrelse av en persons affekt, tenkning og persepsjon. Dette vil si en alvorlig forstyrrelse i personens virkelighetsoppfatning. De ti viktigste symptomene for å stille diagnosen er:

Tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner, unormale følelsesreaksjoner, konsentrasjonsforstyrrelser, unormale stemninger, tilbaketrekking fra kontakt, tap av tiltakslyst, identitetsproblemer og mangel på sykdomsinnsikt (Snoek og Engedal 2008).

«For å stille diagnosen kreves at flere av de ti viktigste symptomene... er tilstede over en periode på en måned eller lengre» (Snoek og Engedal 2008:73). Videre kan symptomene inndeles i positive og negative symptomer, der de negative er minst observerbare fordi de mer får konsekvenser for brukeren selv enn andre. Dette kan for eksempel være følelsesmessig tilbaketrekking og stereotyp tenkning. De positive symptomene retter seg mer utover, og kan for eksempel være vrangforestillinger og mistenksomhet. Begge symptomtypene kan få store konsekvenser for brukeren i hverdagen. En paranoid form av diagnosen kan være preget av vrangforestillinger, forfølgelses- eller forgiftningssideer, og tanker om å bli påvirket utenfra for eksempel gjennom radiobølger. Ulike storhetsforestillinger om egen betydning og egne evner er heller ikke uvanlig (Snoek og Engedal 2008).

Schizofreni er en alvorlig diagnose, der det er en stor fare for tilbakefall, og et langvarig forløp. Behandling av schizofreni bærer preg av dette og forsøker både å dempe/avhjelpes symptomer, og å hindre tilbakefall. Likevel «...viser forskning at mennesker som har hatt alvorlige psykiske lidelser, kan komme seg eller bli helt bra, og at en betydelig majoritet faktisk gjør det» (Borg og Topor 2003). De mest vanlige behandlingsformene er:

Individuell behandling, familiebehandling og sosiale tiltak. Individuell behandling kan innebære: Bruk av medikamenter, støttesamtaler, tilrettelegging av aktiviteter og skjerming fra stimuli. Familiebehandling tar sikte på å hjelpe brukerens familie til en bedret kommunikasjon som blant annet innebærer hjelp til å finne en balanse i forhold til mengde stimuli og mengde krav. Sosiale tiltak kan være: Tilrettelegging av botilbud, skole, arbeid eller fritidsaktiviteter (Snoek og Engedal 2008). En annen virksom faktor i et behandlingsforløp som tillegges stor betydning, er stabilitet og kvalitet i brukerens sosiale

nettverk. Likeledes er det viktig å være klar over at det for schizofrene som har vært syke i flere år, kan den psykotiske sykdommen mer ha trådt i bakgrunnen. Mens det er brukerens sosiale funksjonsvansker som er mest fremtredende. Behandlingen vil da ha økt fokus på å minimere vanskene, framfor og nødvendigvis skulle behandle alle psykotiske symptom (Cullberg 1999).

5.2 Motivasjonsteorier

Som grunnlag for endrings- og prosessarbeid hos mennesker ligger viljen, bevisst eller ubevisst, til å ville noe. Flere ulike motivasjonsteorier er gjennom tidene utarbeidet for å søke kunnskap om hva som driver et menneske til menneskelig atferd. Jeg vil her først og fremst trekke frem Abraham Maslows behovspyramide (Bunkholdt 2002). Maslows behovspyramide har som hovedbudskap at mennesket har visse allmenne grunnleggende behov, og at behovene er innordnet trinnvis. Slik at det er visse behov som må tilfredsstilles hos mennesket før et høyere behovsnivå melder seg. Jeg gjengir her behovene i korte trekk slik de er beskrevet i Bunkholdt (2002):

1. Fysiologiske behov, sult, tørst osv.
2. Trygghetsbehov. Å føle seg trygg, sikker, ikke være i fare.
3. Tilhørighets- og kjærlighetsbehov. Å slutte seg til andre, bli akseptert og tilhøre.
4. Behov for anerkjennelse. Å oppnå noe, få ros, respekt.
5. Kognitive behov. Å vite, forstå og utforske.
6. Estetiske behov, symmetri, orden, skjønnhet.
7. Selvaktualisering, selvoppfyllelse, realisere sine muligheter (Bunkholdt 2002: 234).

Å få dekket livsbevarende behov vil være i fokus, men når disse er dekket vil det melde seg nye behov som driver mennesket videre. I motsatt fall vil et menneske kunne «fastne» på et trinn kanskje hele livet, om man ikke får dekket behovet som hører til trinnet (Bunkholdt 2002). En annen motivasjonsteori som også tar for seg motiv som noe som utvikler seg, er sosial læringsteori. Fokus her er at motiv er tillært, og medfører at «Bestemte atferdsmønstre utvikler seg fordi de regelmessig utløser bestemte reaksjoner i miljøet»(Bunkholdt 2002: 235). Andre teorier viser til at mennesket trenger stimulering for å fungere, eller at mennesket kan drives av indre motivasjon, at atferden vår utløses av om vi liker eller ikke liker det vi gjør (Bunkholdt 2002). Oppsummert synes det å være enighet om at menneskelige behov og motiv, utspiller seg og utvikler seg i samspill med omgivelsene.

5.3 Psykososial utvikling

Bunkholdt (2002) viser til psykoanalytikerens Erik H. Erikssons teori om psykososial utvikling. Erikssons teori legger vekt på de delene av personligheten «...som består av de rasjonelle, bevisste prosessene som tenkning, problemløsning og vurdering» (Bunkholdt 2002: 68). Eriksson har delt inn et menneskelig liv i perioder eller faser. Der det i hver fase vil være ulike behov som skal dekkes, og der dekning eller mangel av dekning av behovet, vil medføre en bestemt grunnholdning hos personen som vil være stabil og vanskelig å endre på. For eksempel i fasen «ung voksen alder», der hovedtema er «...å opprette nært forhold til et annet menneske og å etablere seg i arbeidslivet» (Bunkholdt 2002: 75). En forutsetning for å mestre dette er at personen i puberteten har utviklet en klar egen identitet. Uten dette kan nærhet bli problematisk, og personen kan utvikle en grunnholdning som gir opphav til isolasjon. I motsetning til en positiv grunnholdning som gir opphav til å mestre nære forhold.

Flere med diagnosen schizofreni debutterer med sykdommen i puberteten eller ung voksen alder. Og det er derfor nærliggende å se dette i sammenheng med en grunnholdning som kan lede til isolasjon, pga. identitetsproblemer, som trekkes fram som et viktig symptom på schizofreni (Snoek og Engedal 2008).

5.4 Relasjonens betydning

Mennesket er et sosialt vesen, og utvikler seg i samspill med andre (Tjersland m.fl. 2010). Det sosiale livet er en vesentlig del av det menneskelige livet fra vi fødes til vi dør. Mennesket kommuniserer, samhandler, tolker, tenker og reagerer hele tiden i en kontekst der andre mennesker har betydning (Borg og Topor 2003) (Bunkholdt 2000). I boken «Kommunikasjon i relasjoner», skriver Hilde og Tom Eide om hvordan mennesket alltid står i forhold til andre. I alle relasjoner med andre ligger både makt og gjensidig avhengighet. Gjennom kommunikasjon med andre utsettes mennesket for å bli utlevert, og vi blir sårbare. Videre skriver Eide og Eide om symmetriske og komplementære relasjoner. En symmetrisk relasjon kan forstås som at partene er like og tenderer mot å speile hverandre. Forskjellene minimaliseres. En komplementær relasjon forstås da som mer basert på forskjeller, der partene utfyller hverandre, og forskjellene maksimaliseres (Eide og Eide 2007). Relasjoner kan altså både innebære makt eller avhengighet, være forskjellige i sitt vesen, og ha stor betydning for hvordan mennesket oppfatter seg selv i en kontekst. Odd Arne Tjersland m.fl. skriver i boken «Allianser. Verdier teorier og metoder i sosialt arbeid», om flere metoder og holdepunkter i kontakt- og relasjonsarbeid. Disse er:

Inntonning og empati
Speiling, bekreftelse og aksept
Støtte, oppmuntring og håp
Skjerming og omsorg
Gjensidighet og det å by på seg selv
Bygge relasjoner gjennom samhandling
Forutsigbarhet
Autensitet (Tjersland m.fl. 2010:126)

5.5 Brukererfaringer med relasjoner til hjelpere.

Min erfaring fra arbeid med psykiske lidelser er at for mange psykisk syke, kan ulike betalte hjelpere i perioder av livet, være en unormalt stor del av deres sosiale liv. Arnhild Lauveng, tidligere diagnostisert som schizofren, skriver i sine bøker: « I morgen var jeg alltid en løve», og «Unyttig som en rose», om blant annet hvor stor betydning relasjoner til hjelpere har hatt i hennes liv. Noen har vært til nytte, andre har vært til hinder for vekst. Og i perioder av livet har disse, bortsett fra familien, nesten vært de eneste aktive relasjonene hun har hatt. Hun trekker frem hjelpere som har våget å bryte regler, tatt henne på alvor og som har strekt seg lenger enn de må, som betydningsfull hjelp. Likevel poengterer Lauveng at en total utvisking av den profesjonelle rollen ikke er mulig, til det er ubalansen i relasjonen i forhold til makt for stor. En terapeut kan ikke opphøre og være terapeut selv om han skulle komme til å også være en venn for brukeren (Lauveng 2006). Lauveng reflekterer også rundt noen av dilemmaene i psykiatrisk behandling. Som hun skriver om en innleggelse hun selv hadde: «Vi har tatt deg med makt, vi har sperret deg inne, vi bestemmer helt og fullt over deg- nå kan du bare slappe av og stole på oss- du er uendelig verdifull og vi bryr oss om deg og vil deg bare vel» (Lauveng 2006:21). En ytring som klart viser utfordringen som kan ligge i tillitsskapende arbeid med denne brukergruppen. En bruker med diagnosen paranoid schizofreni vil kunne tolke en slik opplevelse som en entydig bekreftelse på sine mistenksomme vrangforestillinger og forfølgelsesideer (Snoek og Engedal 2000).

Hjelpere som har bidratt til å holde håpet levende, og gitt tro på at dette skal gå bra, trekkes fram som viktige bidragsyttere i en bedringsprosess. Profesjonelle som tar initiativ til handlinger de ikke hadde trengt å gjøre, og som de ikke gjør for alle brukere, oppleves som å være til hjelp. I dette ligger et sterkt element av å bli sett og hørt. I den forstand at det foreligger en individuelt basert handling fra hjelperen (Borg og Topor 2003). «Om alle blir sett og hørt på samme vis, blir ikke jeg sett og hørt» (Borg og Topor 2003: 53). Hos brukerne ligger det her en opplevelse av at det å bli sett og hørt, også betyr å være utvalgt.

Brukeren får noe unikt fra hjelperen, brukeren er her og nå viktigere enn for eksempel å følge rutinene på plassen.

Likeledes har flere brukere positive erfaringer med hjelpere som har gjort regelbrudd på sin arbeidsplass. Når regelbruddet har vært til hjelp for brukeren har det blitt opplevd som et tydelig standpunkt mot systemet og for brukeren. Brukerne oppfatter her at noen har sett dem, og blitt berørt av deres situasjon. Brukerne opplever seg her møtt som et menneske, og dermed som noe mer enn bare sin diagnose. Noe som kan gi grunnlag for en gjensidig relasjon. Videre pekes det på arbeidsplasser som gir rom for å møte brukeren i ulike situasjoner, som gode arenaer for å utvikle gjensidige relasjoner. For eksempel plasser der en møter brukerne både i gode og dårlige perioder, i hjemmet, på fritid osv. (Borg og Topor 2003).

Flere brukere har også gjort erfaringer med hjelpere som viser sin egen tilkorkkommenhet. For eksempel ved aktiviteter som brukeren mestrer godt, der hjelperen ikke føler seg komfortabel med aktiviteten. Det vises til at slike opplevelser har gitt brukerne en gjenerobring av egen verdi. De kan noe, og hjelperens måter å handtere sin tilkorkkommenhet på, kan gi brukeren ny og pålitelig kunnskap om hvordan slike situasjoner kan håndteres (Borg og Topor 2003). Man kan her snakke om både en økt egenverdi gjennom opplevd mestring, men også en form for modellering (Bunkholdt 2000). Der brukeren gis mulighet til å lære av hjelperens bruk av strategier for å handtere en utfordrende situasjon.

5.6 Å respektere

Hva betyr det å respektere en bruker? Hva er å møte en bruker med respekt? Ordet kommer fra latin, og er sammensatt av «re» som betyr om igjen, og «spektare» som betyr å se. For å respektere må man altså se om igjen. Det er altså ikke førsteinntrykket, våre fordommer, brukerens symptomer eller «merkelapper» som er i fokus (Lauveng 2006). Vi må se en gang til for å se individet vi har foran oss. Slik som legen Lauveng forteller om som lot henne gå ut alene i regnet fordi Lauveng likte å være ute i regnet. Lauveng var i dette tilfellet innlagt, uten lov til å gå ute alene. Legen så her brukeren som et sårt og trist menneske i en vanskelig situasjon. Legen så at brukeren trengte noe som var godt for henne. Legen så på brukeren en gang til, forbi diagnosen og faren for at brukeren skulle stikke av, forbi institusjonens regler. Lauveng var fortsatt innlagt etterpå, hun hadde det fortsatt vondt. Men hun hadde fått en litt bedre dag, og hun hadde fått tillit av, og kjente tillit til legen sin (Lauveng 2005).

5.7 Miljøterapi/miljøarbeid

Miljøterapi brukes ofte om en bevisst bruk av miljøet brukerne er en del av, men oftest er dette begrepet knyttet til en institusjon som driver behandling (Jordahl og Repål 2009). Mens begrepet miljøarbeid ikke i like stor grad knyttes til mål om behandling, men henspeiler mer på økt livskvalitet. Begrepet er mest brukt utenfor behandlingsinstitusjoner (Linde og Norlund 2006). Men begge begrepene har fokus på hvordan man kan bruke miljøet rundt brukeren til et bedre liv for brukeren. Jordahl og Repål skriver om fem terapeutiske element et miljø kan utøve:

1. Ivaretagelse. Sørge for at brukeren har dekt grunnleggende behov som for eksempel ernæring og trygghet.
2. Støtte. Som innebærer å bedre brukerens velvære og selvfølelse.
3. Struktur. Fokuset her er på forutsigbarhet og oversikt. For eksempel bruk av avtaler, regler og rutiner.
4. Involvering. Man søker her å få bruker til å bli en aktiv deltager i miljøet.
5. Gyldiggjøring. Fokuset ligger mer på brukeren som individ. Prosesser som skal bekrefte brukeren som et selvstendig individ som gjennom utprøving både kan lykkes og feile (Jordahl og Repål 2009).

Som et viktig element i en bevisst bruk av miljøet som en bedringsfaktor, legges det stor vekt på at personalet skal ha en felles ideologi. Ikke slik at de er like og mener det samme, men at det foreligger og er internalisert grunnleggende retningslinjer for arbeidet som skal gjøres (Jordahl og Repål 2009). Samtidig vises det til at mennesker som har opplevd bedring av en alvorlig psykisk lidelse, påpeker at det finnes mange veier fram mot bedringen. Aksepterer vi dette, blir konsekvensen at vi må akseptere ulikhetene i arbeidsmåtene fram mot bedring (Borg og Topor 2003). Det legges også vekt på personalets mulighet til å få veiledning og få luften egne følelser og utfordringer knyttet til arbeidet. Miljøterapi/miljøarbeid tar utgangspunkt i et felleskap. Mestring og læring som skal bidra til bedring, foregår i en gitt kontekst, der personalet prøver å legge til rette for trygge rammer rundt alle og den enkelte. Og slik sett legger vekt på at omgivelsens krav står i et rimelig forhold til brukerens mestringsevne. Man kan videre søke å ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og interesser, for å legge til rette for økt motivasjon og mestring (Jordahl og Repål 2009).

5.8 Tiltak i nærmiljøet til brukeren.

Sentrale tiltak i denne sammenheng kan være tiltak knyttet til bosituasjon. Kort sagt materielle, økonomiske og sosiale vilkår. Videre kan sosial tilhørighet og en opplevd meningsfull hverdag være av betydning. For eksempel i form av opplevd medvirkning i eget liv, tilrettelegging av mulighet til å bruke og utvikle relasjoner og nettverk. Her kan det ofte være til nytte for brukeren med nært og godt samarbeid mellom ulike hjelpere og instanser. Andre viktige tema i forhold til nærmiljøet er fritid, arbeid, skole, og innhold i det daglige liv (Jordahl og Repål 2009). Tar man her utgangspunkt i «...stress-sårbarhetsteorien, som altså går ut på at mennesker med schizofreni anses som spesielt sårbare overfor forhold i omgivelsene som innebærer kritikk, overinvolvering, overstimulering og kritiske hendelser»(Jordahl og Repål 2009: 211), vil fokus på denne type tiltak ligge på å unngå eller forebygge denne type forhold, eller konsekvensene av de, i omgivelsene og hos brukeren. En forståelse av sykdom, symptomer og konsekvenser av disse, som ligger tett opp til den sosiale modellen for forståelse av funksjonshemminger. Fokuset i arbeidet ligger på å gjøre noe med fysiske og sosiale hinder i omgivelsene(Markussen 2008). Samtidig som det også legges stor vekt på tiltak som kan føre til endringer i den enkeltes tenkemåte, atferd og handlingsmuligheter (Cullberg 1999).

5.9 Organisering av kommunale tilbud.

Det kommunale tilbudet til personer med psykiske lidelser har de senere år gjennomgått store endringer. Dels med grunnlag i økte statlige bevillinger, men også rent organisatorisk i hver enkelt kommune. I mange kommuner har psykiatritjenestene vokst fra å være noen få psykiatriske sykepleiere med «sine» brukere, til å bli større organisatoriske enheter med for eksempel, dagsenter, heldøgns botilbud og ulike team med tilbud på dagtid. Flere kommuner har også egne kriseteam, og/eller samarbeider med ambulerende team fra spesialisthelsetjenesten. En slik vekst gir ikke bare et økt mangfold av tilbud, men også utfordringer i forhold til flere områder. Hvordan skal tjenesten organiseres, hvilke fagfolk skal jobbe der, og hvordan skal disse rekrutteres(Robberstad 2002)? Fra statlig hold er det lagt klare føringer for at psykiatritjenesten i kommunene ikke skal være en spesialisert tjeneste på siden av kommunens øvrige helse- og omsorgstilbud. I boken «Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling» stiller Helga Robberstad spørsmål ved hvordan dette er mulig, når man samtidig skal bygge sterke kommunale fagmiljø som skal ivareta blant annet langtids syke personer, som tidligere var innlagt på institusjon i store deler av livet (Robberstad 2002).

5.10 Aktuelt lovverk

For brukere med psykiske lidelser som mottar kommunale tjenester, er det spesielt Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) (Lovdata) og Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (Lovdata) som er mest aktuelle. Helse- og omsorgstjenesteloven er ny og trådte i kraft 1.januar i år, som en viktig del av Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen legger også føringer for at forebygging, behandling og miljøarbeid/miljøterapi, i større omfang enn før, skal foregå i kommunene. Spesialisthelsetjenestens rolle er fortsatt å gi behandling utover det kommunene kan tilby. Men nå med et større fokus på veiledning og samarbeid rettet mot de kommunale tjenester (Stortingsmelding nr. 47 2008-2009). Pasient- og brukerrettighetsloven har nytt navn og gjennomgikk en del endringer fra 01.01.2012. De nevnte to lovene regulerer blant annet innholdet i tjenestene, og brukernes rettigheter. For den nevnte brukergruppen, vil også Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)(Lovdata), kunne ha innvirkning på deres hverdag. Dette fordi loven blant annet regulerer forhold vedrørende innleggelse, både frivillige- og tvangsinnleggelse. Noen brukere kan bli utskrevet fra institusjonsopphold med vedtak om tvungent psykisk helsevern (Lovdata. psykisk helsevernloven § 3-5). Dette kan innebære at kommunale tjenester skal gjennomføre tvungen behandling/oppfølging av brukere, men med utskrivende institusjon som ansvarlig instans. Kan dette få betydning for arbeidsoppgaver og roller for kommunalt ansatte hjelpere? Mange brukere med alvorlige psykiske lidelser, vil i løpet av livet oppleve flere innleggelse i det psykiske helsevernet (Lauveng 2006) (Jordahl og Repål 2009). Kommunalt ansatte hjelpere kan komme i den posisjon at de må melde til legetjenesten at brukere bør vurderes for innleggelse, enten frivillig eller med tvang. Vilklårene som må oppfylles for å gjennomføre tvungent psykisk helsevern er flere. Jeg nevner her bare punkt 3, siden det i hovedsak er dette punktet som kommunale hjelpere bør gjøre en vurdering på, før man melder videre til legetjenesten som skal foreta en videre vurdering.

3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvungent psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (Lovdata. psykisk helsevernloven § 3-3).

5.11 Dilemmaer knyttet til heldøgns botilbud

Jeg har tidligere nevnt noen av dilemmaene knyttet til slike tilbud. Med en brukergruppe som trenger kontinuitet, struktur og forutsigbarhet i miljøet rundt seg, synes det vanskelig å unngå at det etableres en form for særomsorg. Fordi dette nettopp former krav om kontinuitet i en personalgruppe som skal jobbe langsiktig, bygge relasjoner, og være spesielt kompetente til å bistå personer med psykiske lidelser (Robberstad 2002). Min erfaring er at trygghet for denne brukergruppen ofte kan bestå av element som: Å vite at noen kjente er der, å vite hva som forventes av meg som bruker og hva jeg kan forvente, og at jeg som bruker møtes av personalet på en respektfull måte uavhengig av dagsform og utenforliggende faktorer. En problemstilling det også vises til, er dilemmaet mellom autonomi for brukeren, og omsorgssvikt fra hjelperens side. Flere personer med alvorlig psykisk lidelse, vil som alle andre ikke alltid gjøre «gode valg» i livet sitt. Og konsekvensene kan være ødeleggende for brukerenes livskvalitet. Som hjelper kan det være utfordrende å være vitne til dette, og noen ganger kan det være nødvendig med grenseoppganger for å finne ut om man som helsepersonell er forpliktet i gjeldende lovverk til å gripe inn, eller om atferden kan defineres innenfor det en voksen person har lov til å gjøre egne valg på (Robberstad 2002).

Hva er egentlig et heldøgns botilbud? Svarene kan nok variere, men en aktuell problematisering kan nok være om heldøgns botilbudene for denne brukergruppen etter hvert kan få et preg av «miniinstitusjoner», slik man har sett tendenser til i omsorgen for funksjonshemmede (Markussen 2008). Innholdet i et heldøgns tilbud for personer med psykiske lidelser er variert. Tilbudet kan inneholde: Administrasjon av medisiner, utføring av tvangstiltak, støtte i hverdagen, grensesetting, fritidsaktiviteter, bekymringsmeldinger til for eksempel fastlege, samarbeid med pårørende og andre involverte, egostyrkende arbeid, sosial ferdighetstrening, undervisning og veiledning, og kriseintervensjon (Robberstad 2002). Et tilbud som setter krav til tverrfaglighet og kompetanse hos hjelperne (Stortingsmelding nr. 63 1997-98). De mange ulike oppgavene setter krav til både praktisk utforming av botilbudet, samt krav til hvordan oppgavene kan utføres på en forsvarlig måte, både for brukerne og hjelperne. Et heldøgns botilbud vil ofte, av praktiske årsaker, bære preg av at flere boliger er samlokaliserte. Dette sammen med praktisk utforming av personalbasene med: pauserom, rom for nattevakt, forsvarlige system for medisinhandtering og journalsystem, kan gi et preg av institusjon som står i kontrast til at det også er brukerenes eget hjem (Robberstad 2002).

5.12 Anvendelse av helhetlig arbeidsmodell (AHA- modellen)

Som vernepleierstudent ved Høgskolen i Molde, er jeg blitt kjent med AHA- modellen som et verktøy å bruke i arbeid relatert til helse, sosial, og pleie- og omsorgstjenester (vedlegg 1). Modellen gir muligheter til en systematisk og metodisk tilnærming til miljøarbeid. Og kan anvendes både på individ-, gruppe-, og samfunnsnivå (Høgskolen i Molde 2011). Modellen har slik jeg ser det, klare element av en hermeneutisk tilnærming. Dette fordi den legger til grunn en forståelse som er preget av å ville forstå og tolke helheten og delene, og helhet og deler i sammenheng med hverandre. Den er også prosessorientert, der evaluering og nye data hele tiden bidrar til ny forståelse og tolkning (Høgskolen i Molde 2011). Modellen kan således være egnet til å anvende i tjenester for mennesker med psykiske lidelser, som mottar hjelp over lengre tid. Modellen viser en fremgangsmåte som i korte trekk går ut på følgende:

1. Kartlegging. I denne fasen ønsker man å få fram alle moment rundt brukeren, som tenkes å være aktuelle for brukerens livssituasjon, og aktuelle problemstillinger og ressursområder.
2. Analyse. Her søker man å analysere og belyse ulike sider ved det som kartleggingen viser. For å avgrense tilnærmingen til konkrete områder, og ikke fokusere på alt på en gang, kan det her være aktuelt å konsentrere seg om 2-3 aktuelle tema. Som man senere kan utvikle mål og tiltak rundt.
3. Mål. En naturlig konsekvens av analysen, er å målsette hva man skal arbeide mot. Også her viktig at man ikke skal nå alle mål på en gang, slik at det her prioriteres hva som er viktigst. Det er også vanlig å dele opp målene i delmål, slik at målarbeidet konkretiseres og det kan virke mer motiverende å jobbe mot mindre omfattende mål, som til sammen fører fram mot et hovedmål.
4. Tiltak. Tiltak er det man iverksetter for å nå målene. Herunder ligger også valg av metodisk tilnærming. Ut fra gitte ressurser og rammer skal tiltakene føre fram mot måloppnåelse.
5. Evaluering. Evaluering innebærer en gjennomgang av det som er gjort. Man søker å belyse positive så vel som negative sider ved det som er gjennomført. Og en evaluering skal munne ut i hvordan man skal fortsette det arbeidet som er i gang, eller om det skal avsluttes. Evalueringen er ikke nødvendigvis rettet mot bare tiltakene. Den kan også innebære en revurdering av alle fasene i AHA- modellen. Har kartleggingen vært god nok, er målene realistiske osv.

Den samme fremgangsmåten kan anvendes på både individ-, gruppe-, og samfunnsnivå (Høgskolen i Molde 2011). Når AHA- modellen brukes i arbeid med pasienter eller brukere, skal disse eller representanter for disse, gis mulighet til aktiv påvirkning og deltakelse i alle faser av modellen. Da dette da kan anses som en del av deres tjenestetilbud (Lovdata. Pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven).

6.0 Case

For å kunne drøfte teorier og erfaringer opp mot en realistisk situasjon, har jeg valgt å lage en case til denne litteraturstudien. Casen er selvsagt fiktiv, men bygger på symptomer og sykdomsbilde for paranoid schizofrene, funnet i datainnsamlingen, samt egne erfaringer med mennesker med denne diagnosen. Jeg har lagt stor vekt på at beskrivelsen av casen er basert på allmenne og generelle kjennetegn ved diagnosen og sykdomsforløp.

Case:

Ola er 49 år. Han flyttet for et halvt år siden inn i en leilighet som han leier med kommunen. I samme bygg er det en personalbase som har døgkontinuerlig bemanning. Ola har siden han var 19 år hatt diagnosen paranoid schizofreni. Han har opplevd flere innleggelse ved psykiatriske institusjoner, hvor de fleste har vært tvangsinnleggelse. Det siste halve året før han flyttet, var han frivillig innlagt ved et Distrikpsykiatrisk senter. Ola sin hverdag kan ofte være preget av angst. Han vegrer seg for å forlate leiligheten, delta i aktiviteter, og har ikke klart å delta i ulike arbeids- eller aktivitetstilbud over lengre tid. Personalet opplever han tidvis som paranoid. Da kommer det frem «gamle» historier om personer som har lurt ham, og som fortsatt er ute etter å ødelegge for ham. Dette kan også være rettet mot personalet ved basen, fastlege eller andre deltagere i hjelpeapparatet rundt ham. Ola har videre lite kontakt med familie og venner. De aktive relasjonene han har, er i tillegg ofte preget av store skifter i nærhet og intensitet. I perioder kan relasjonene være berikende for Ola, for så plutselig å synes som en belastning. Dette særlig når Ola har perioder der symptomene på sykdommen tar mer over i hverdagen.

Ola har et ambivalent forhold til medisiner. Tidvis gir han uttrykk for at han må ha det fordi det hjelper mot angsten. Andre tider er medisinen noe som blir påført ham for å plage ham, og de gir ham plagsomme bivirkninger som skjelvinger og ukontrollerte bevegelser. Ola gir da ofte uttrykk for at det er personalet og/eller fastlegen som påtvinger ham medisiner for å kontrollere ham, og ødelegge livet hans. Han tar pr. i dag medisinen

frivillig, men har i flere perioder hatt vedtak om tvungent medisinsk ettervern, noe som innebærer at han må ta medisinene som er foreskrevet. Viss ikke risikerer han å bli tvunget til det, noe som kan innebære en tvangsinnleggelse.

7.0 Diskusjon

AHA- modellen som verktøy i arbeid med brukere med diagnosen paranoid schizofreni. Når man som vernepleier skal yte tjenester til Ola (case), bør man ha et perspektiv som strekker seg over lang tid, og som gir rom for revurderinger og utvikling. AHA- modellen kan brukes som verktøy i en slik tenkning. Modellen innebærer en systematisk struktur med kartlegging, analyse, valg av mål og tiltak, og ikke minst evaluering (Høgskolen i Molde 2011). Den kan således bidra til å hjelpe personalet og Ola til å sette hverdagen inn i en sammenheng som gir mening og økt forståelse, der Ola kan få hjelp til å definere sine behov og mål. Og videre hvordan få dekket behovene og hvordan nå målene. Jeg vil videre i oppgaven drøfte utfordringer og fenomener som kan fremtre rundt Ola (case) når man bruker AHA- modellen, og dens ulike faser som verktøy i et heldøgns botilbud.

7.1 Kartlegging

I en kartleggingsfase skal personalet gjøre seg kjent med Olas livssituasjon. Noe kan delvis gjøres via informasjon fra andre. Som for eksempel fastlege, pårørende eller utskrivende instans. Men skal man bli kjent med Ola, slik han opplever sin hverdag, ressurser og utfordringer må man bygge en relasjon til Ola.

7.1.1 Alliansebygging

Hvordan kan jeg som vernepleier gå fram for å få en god relasjon eller allianse med Ola? Arnhild Lauveng trekker i boken sin «Unyttig som en rose», frem flere element som har hatt betydning for henne når helsepersonell har forsøkt å bygge relasjoner til henne som bruker. Et av disse er tid. Tid til å være syk og uvirksom, tid til og bare være, tid til å prate uten definerte mål om behandlingseffekt, og ikke minst nok tid til at bedringsprosesser får bli hennes egne prosesser. Der hun selv får bestemme fremdrift, stillstand og tempo (Lauveng 2006). Ola har slik som Lauveng, flere innleggelser bak seg. Han har flere erfaringer med påbegynte og avsluttede relasjoner med helsepersonell. Noen relasjoner kan ha vært nyttige og hatt positiv betydning, andre kan ha vært negative og gitt grunnlag for mistro til behandlingssystemet. Med dette som bakteppe vil jeg se på noen element som er sentrale når jeg skal bygge en allianse med Ola:

7.1.1.1 Inntoning og empati.

I møte med Ola betyr dette at han må oppleve meg som lydhør for hva han er opptatt av. Jeg må søke å vise Ola at jeg er opptatt av og nysgjerrig på hvordan han opplever virkeligheten. For å gjøre dette på en måte som blir genuin og troverdig for Ola, må jeg «legge til side» alt annet, og være til stede her og nå, for Ola (Tjersland m.fl. 2010). En slik tilstedeværelse kan for Ola også oppleves slik at han er utvalgt. Hjelperen velger å bruke tid sammen med ham framfor alt annet. Noe som kan bidra til en bedringsprosess, slik både Borg og Topor (2003) og Lauveng (2006) hevder.

7.1.1.2 Speiling, bekreftelse og aksept.

Dette handler om at jeg klarer å gi tilbake til Ola det jeg har forstått. Tilbakemeldingene skal fungere som en bekreftelse for Ola på at det er mulig å forstå hans virkelighet, og at jeg som hjelper aksepterer Olas virkelighetsopplevelse og den han er (Tjersland m. fl. 2010). Som miljøterapeut kan jeg for eksempel gi Ola tilbakemelding på at jeg forstår at han opplever plagsomme bivirkninger av å ta medisiner. Og at dette må være frustrerende og vanskelig for ham. En tilbakemelding som bekrefter at han er hørt og sett, og som ikke argumenterer verken for eller mot bruk av medisiner.

7.1.1.3 Støtte, oppmuntring og håp.

Det som formidles tilbake til brukeren bør oppleves som en støtte (Tjersland m.fl. 2010). Hva som oppleves slik kan variere fra person til person. For Ola kan dette være at han blir tatt på alvor i forhold til sine følelser rundt hvordan han opplever virkeligheten. Det er sannsynlig at hans virkelighetsoppfatning og paranoide tanker ofte har blitt møtt som akkurat det. Han kan da ha opplevd dette som en avvisning av ikke bare hans tanker og virkelighet, men like mye en avvisning av hans følelser knyttet til hans opplevelse av hverdagen. For Ola kan det derfor gi håp og oppmuntring at noen har tid til å utforske hans følelser og tanker rundt virkeligheten slik han opplever den. Å formidle håp er viktig. For mange kan det være den ene faktoren som gjør at de holder ut i tunge perioder. Og være en motivasjonsfaktor i bedre perioder (Lauveng 2006).

7.1.1.4 Skjerming og omsorg.

I perioder av Ola sitt liv har han trengt stor grad av ivaretagelse og omsorg fra andre. Det innebærer først og fremst handlinger som viser Ola at hjelperne bryr seg om han, også når han avviser dem og har dårlige perioder. Det kan også innebære å skjerme Ola fra skadelige faktorer i omgivelsene, for eksempel om han truer andre om han får tilgang til en kniv. Et dilemma her er at dette kan medføre å delvis ta fra Ola hans mulighet til egne valg

og vurderinger. Vesentlig i denne sammenheng er hjelperens plikt til å ta over styringen når situasjonen kan bety vesentlig fare for liv og helse (Tjersland m.fl. 2010).

7.1.1.5 Gjensidighet og det å by på seg selv.

En gjensidig relasjon bygger på likeverd. Selv om Ola og hjelperen ikke blir likeverdige i forhold til makt i relasjonen, kan de være likeverdige i samhandling. Å gjøre aktiviteter som matlaging, vask og fritidsaktiviteter sammen, kan gi delte utfordringer, gleder og opplevelser. Hjelperen forventer innsyn og innpass i Olas liv. Skal Ola over tid få noe igjen for å vise hvem han er, må han oppleve likeverdighet fra hjelperen. Det er derfor viktig for likeverdigheten at hjelperen klarer å vise noen av sine sterke og svake sider, sitt engasjement og humør. På den måten kan hjelperen bli en identifikasjonsperson for Ola, noe som kan hjelpe Ola til å bli kjent med seg selv og hvordan han vil være, eller ikke være (Tjersland m.fl. 2010).

7.1.1.6 Bygge relasjoner gjennom samhandling.

Frivillige aktiviteter kan være en god arena for samhandling. Ola kan få opplevelsen av at hjelperen har valgt å for eksempel gå på kino med Ola. Dette kan gi Ola opplevelsen av å være verdsatt, og kommunikasjonen mellom Ola og hjelperen kan handle om opplevelsen de deler, i motsetning til mer kravfylte situasjoner der Ola og hjelperen kan ha mer fastlåste roller (Tjersland m.fl. 2010). Min erfaring fra arbeid med paranoid schizofrene er at det kan være utfordrende å finne nok frivillige aktiviteter. Symptomene til brukeren kan komme i veien for at de tør eller klarer å bli med på aktiviteter som de liker eller har lyst til å prøve. Allikevel kan hverdagen by på flere aktiviteter der samhandling kan stå i fokus. Der det i utgangspunktet kanskje ikke ligger bare frivillighet til grunn, men mer forventninger om hva som skal gjøres. Jeg har flere ganger erfart at når brukeren først er kommet i gang med slike aktiviteter, kan disse også gi mulighet for felles opplevelser, gleder og frustrasjoner.

7.1.1.7 Forutsigbarhet.

I alt relasjonsarbeid er et sentralt element at man er til å stole på. Det skaper trygghet at det som skal skje- faktisk skjer. For hver gang Ola opplever at hjelperen holder ord, legges en ny byggestein i relasjonen på plass, og relasjonen styrkes (Tjersland m.fl. 2010). Lauveng (2005) og Borg og Topor (2003) viser likevel til betydningen av at hjelperen også klarer å overraske, å gjøre noe uventet. Når dette har vært effektivt, har brukerne opplevd seg som utvalgte, som noen som får noe genuint spesielt fra hjelperen. Min erfaring er at slik atferd kan oppleves som regelbrudd av de andre hjelperne, og derfor kan medføre

uenighet, og konflikter i arbeidsmiljøet. Slik jeg ser det er ikke nødvendigvis forutsigbarhet og regelbrudd motsetninger. Det handler uansett om at hjelperen gjør det han har sagt han skal gjøre, uansett om dette er snakk om en fast avtale eller en spesiell hendelse.

7.1.1.8 Autensitet.

For at Ola skal oppleve det som hjelperen formidler som betydningsfullt, må det som formidles være ekte og genuint (Tjersland m.fl.2010). Ola har trolig mange års erfaring med ulike hjelperes forskjellige tilnæringsmåter, og vil nok fort kjenne igjen tilnæringer som ikke møter ham som den personen han er. Kommunikasjon som «liksom» viser omsorg, eller som Ola opplever som fordekte forsøk på å få han med på noe han ikke har ønsket, vil ikke bidra til å styrke hans relasjon til hjelperen. Tvert i mot vil det heller øke hans motstand mot å delta i relasjonen. Hjelperen må her søke å være seg selv, og formidle budskapet med ekte respekt og nysgjerrig undring på hvem mennesket Ola er. Jeg opplever ikke at dette står i konflikt med en faglig profesjonalitet. Selv om man skal søke likeverdighet i relasjonen, vil rollen hjelperen har, hele tiden medføre en maktubalanse i relasjonen (Lauveng 2006). Min erfaring er at det er essensielt å være bevisst på dette. Slik at man ikke blir bare privat, eller bare profesjonell.

7.2 Analyse

Analysen innebærer en reflektert gjennomgang av det kartleggingen viser. Når jeg her skal jobbe med Ola, vil dette si å se på hans livshistorie i bred forstand. Hvilke erfaringer har han gjort seg? Er det spesielle problemstillinger som viser seg, for eksempel motstand mot bruk av medisiner? Er det spesielle perioder i livet hans som har vært vanskelige eller positive? Og hvilke konsekvenser har dette i dag? For eksempel om Olas ungdomstid var preget av innleggelsler, og institusjonsliv. Arnhild Lauveng skriver om tilleggs utfordringene hun fikk da hun begynte å bli frisk.

Å være frisk var et ukjent fenomen for henne, det måtte læres fordi hun gjennom sin sykdom hadde gått glipp av så mye av den kunnskapen og læringen som et friskt liv kan innebære. Dette i tillegg til hele tiden å være redd for tilbakefall, og bekymringer rundt opplevde negative holdninger til henne som tidligere bruker (Lauveng 2006).

Hvilke mestringsstrategier og grunnholdninger har Ola med seg, og hvilke konsekvenser har disse for Ola i dag? Er der grunnleggende behov som han i liten grad har fått dekket, og som kan medføre at han er mer motivert for å få dekket disse, enn for eksempel å realisere seg selv (Bunkholdt 2002)? Slik at Ola «bare» er opptatt av å ha det trygt, framfor

å utvikle sine interesser og evner, slik det ville vært naturlig for en mann i hans alder. For helsepersonell rundt Ola kan dette oppleves som at han ikke ønsker å bli bedre, noe som kan medføre faglig uenighet om hvordan man skal tilnærme seg ham. Lauveng skriver om noe hun kaller «den tredje utvei». Dette handler om å finne en alternativ handlingsmåte i situasjoner som synes fastlåste (Lauveng 2006). En slik situasjon kan være om Ola sier han vil på dagsenteret i kommunen. Men Ola klarer sjelden å komme seg dit. Han sier dette er fordi han ikke tør å gå dit alene, og han vil kjøres. Personalet mener han bør kunne klare dette, det er ikke langt å gå, og det vil være bra for Olas selvstendighet og fysiske form å gå til dagsenteret. «En tredje utvei» vil her kunne være å gå sammen med Ola og trygge ham på de ulike element han møter på sin vei. Det kunne for eksempel være slik at Ola ikke er lat, eller ikke egentlig orker, men at det kan være stemmer som forteller ham at han ikke bør gå på dagsenteret, eller som sier han må kaste seg ut i veien foran bilen som kommer. I stedet for en nytteløs diskusjon om Ola ikke tør, eller ikke orker å gå, kan man her møte Ola og ta ham på alvor. Uten å fokusere på om grunnene han oppgir er reelle eller ikke. Poenget blir å finne en handlingsmåte der Ola ikke taper verdighet, og som også ivaretar Ola sine behov.

En teoretisk bakgrunn med diagnose, symptomer, medisinsk historie og aktuelle metodiske forståelsesmodeller og tilnæringsmåter, hører også med i en slik analyse. Analysen må også ta inn over seg etiske vurderinger. Som for eksempel om det er områder ved Ola sitt liv som det ikke er aktuelt for en heldøgns tjeneste å arbeide med. Eller om der er etiske hensyn som taler for å trå spesielt varsomt på enkelte områder.

En analyse kan lede mange veier, og det kan komme fram en lang rekke av områder som man, med bakgrunn i økt livskvalitet for Ola, ønsker endring i forhold til. Min erfaring er at her er det sentralt å være ryddig og strukturert i tilnærmingen. For det første er det en nærmest umulig oppgave å jobbe med alle områder på en gang, både for Ola og ikke minst for de som skal hjelpe ham. I et døgnbemannet tilbud vil det nødvendigvis måtte være et visst antall personer på jobb til ulike tider. Noe som medfører utfordringer i forhold til informasjonsflyt, og likhet i tilnæringsmåter. Derfor vil det være nødvendig å velge ut noen områder å ha fokus på. Dette ekskluderer ikke de andre områdene, men betyr bare at man prioriterer.

For det andre er det ikke slik at jeg som hjelper bare kan velge hvilke områder Ola skal prioritere, om han skal gjennomføre endringer i livet sitt. Brukermedvirkning er blant annet nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata), og flere kilder i denne

oppgaven viser til brukermedvirkning som et betydningsfullt element i bedringsprosesser (Lauveng 2006), (Tjersland m.fl. 2010), (Jordahl og Repål 2009), (Borg og Topor 2003). Min egen erfaring tilsier også at brukermedvirkning er nødvendig om man skal ha mulighet til å skape likeverdige, gode relasjoner med brukere. Dette betyr for meg som hjelper at Ola må være aktiv, deltakende og medvirkende i alt som har med hans tjenestetilbud å gjøre. Ikke bare når det gjelder utarbeidelse av mål og tiltak, men også i kartleggings- og analysefasene. Hvordan dette praktisk gjøres er nok varierende, men for meg fremstår det helt sentralt en trygg og god relasjon med Ola, må inneholde en slik tilnæringsmåte.

7.3 Mål

Hva er mål? Alle mennesker drives av motiver. Motiver med ulike årsakssammenhenger og bakgrunner (Bunkholdt 2002). Slik kan man se mål som et uttrykk for ønsker og behov som springer ut fra de ulike motivene. For Ola kan dette bety at han må gjøre seg kjent med hva som driver han, og bevisstgjøre seg selv i forhold til dette. Videre må bevisstgjøringen kunne ut i uttrykte ønsketilstander for fremtiden. Mål er altså noe som skal bli. Hvordan kan man så tilnærme seg Ola om han ikke ser noe håp om endring? Logikken hans kan her bli at det ikke er noe poeng å ha mål, for jeg vil uansett ikke klare å nå de, eller klare å takle endringen de medfører.

7.3.1 Håp

Håp om endring kan være en sterk drivkraft, og det som gir en vanskelig hverdag mening (Lauveng 2005). Å bygge en trygg og god relasjon til Ola kan hjelpe ham til å finne håp. Gjennom relasjonen kan han oppleve seg verdifull, verdsatt, utvalgt og lære å handtere egen sårbarhet. Relasjonen kan legge grunnlag for sosial læring som kan tilføre nye perspektiver til Olas grunnholdninger og mestringsstrategier (Lauveng 2006), (Tjersland m.fl. 2010), (Borg og Topor 2003). Gjennom håpet kan altså Ola bevisstgjøres om at det kan finnes en annen virkelighet enn dagens. Og han gis da mulighet til å se hvilken alternativ fremtid han kan ønske seg, og kan settes i stand til å målsette fremtiden.

7.3.2 Brukermedvirkning

Hva så når Ola har uttrykt noen ønsker og mål for fremtiden? Kanskje går disse på tvers av hva den kommunale tjenesten kan tilby, eller har som sine mål? Jeg har i lengre tid selv vært koordinator for brukere der denne problemstillingen har vært aktuell. Ofte har jeg da

opplevd at det å snakke sammen om målene fører til at brukeren og jeg, beveger oss mer i samme retning etter hvert. En dialog om forskjeller kan ofte utvide horisonten hos begge parter, og medføre økt forståelse for den andres syn. Det kan også være at man blir enige om å være uenige. Brukeren har sine mål, selv om disse vanskelig lar seg forene med den kommunale tjenesten sine mål. Noen ganger har jeg også opplevd at mål som synes motstridende ikke behøver å være det. For eksempel om Ola hadde målsetting om å være medisinfri, mens personalgruppen mener at Ola vil trenge medisiner i lang tid. Da kan man sammen med Ola se på og konkretisere, hvordan kan Ola bli medisinfri. Hva må til da, hvor lang tid tror Ola dette kan ta, og hvem må han samarbeide med for å få til dette. Slik kan man gjennom dialog med Ola konkretisere og tenke høyt rundt hvordan hans fremtid kan se ut. Viktig her at hjelperne formidler håp til Ola. Selv om hjelperne tenker at Ola trolig aldri kan klare seg uten medisiner, skal de ikke ta fra Ola håpet om dette. Håpet hans kan være en viktig drivkraft hos Ola for endring. Endringer som kan være betydningsfulle, selv om han ikke skulle nå målet sitt.

7.3.3 Maslows behovspyramide

Maslows behovspyramide viser at mennesket har allmenne grunnleggende behov, som kan gi varige og relativt stabile konsekvenser enten de blir tilfredsstillende dekket eller ikke (Bunkholdt 2002).

Om man ser på det kommunale tilbudet til brukerne med et kritisk blikk, er min erfaring at det i for stor grad er fokus på estetiske behov. Jeg opplever at det legges vekt på at hjemmet skal se ordentlig ut, være rent og ryddet, og likeens med brukeren selv. Klærne skal være rene og hele, og brukeren være stelt og se bra ut. Dette er nok litt spissformulert, og ikke allmenngyldig, men jeg ser likevel tendenser til dette. Jeg tenker da: Hvor er brukeren i forhold til Maslows behovspyramide (Bunkholdt 2002)? Er behovene for mat og drikke, trygghet, tilhørighet, anerkjennelse, og kognitive utfordringer dekket? Siden personalet mener at brukers behov handler om å se bra ut og ha det rent og fint. Ikke at disse tingene ikke er viktige i et liv, men er det dette som er viktigst for brukeren, og som dermed gir motivasjon i hverdagen? Utfordringen som jeg her problematiserer, kan nok også ha sammenheng med at en kommunal psykiatritjeneste også har behov og krav som skal passe sammen med brukernes liv. Kommunale boliger vil for eksempel ha krav om renhold og en bruk som fremmer vedlikehold av boligene. Det kan her være nødvendig å vurdere både kommunalt regelverk, etiske dilemma og praktiske hensyn opp mot hverandre.

For Ola vil de ulike målsettinger for å fremme livskvaliteten, kanskje ha mest fokus på om han opplever kontroll og medvirkning. Ut fra hans livshistorie kan han være skeptisk til at andre styrer og har makt. Dette både ut i fra de paranoide symptomene, og som Lauveng(2006) skriver om, gjentatte erfaringer med hjelpere som, bevisst eller ubevisst, har brukt sin makt i relasjonen til ham, på en uheldig måte. Eller også at han har utviklet en «varig fiksering» i forhold til trinn 2 på Maslows behovspyramide; «Trygghetsbehov. Å føle seg trygg og sikker, ikke være i fare» (Bunkholdt 2002: 234) Jeg har flere ganger opplevd at brukere med en slik erfaringsbakgrunn kan være redde for, eller skeptiske til, å ville dele sine drømmer og mål med meg som hjelper. Det beste redskapet for meg har i slike situasjoner vært å ha en god relasjon til brukeren. En relasjon som gir mulighet og rom for å bruke tid sammen. Der brukeren gis spillerom til å finne sine meninger og mål, samt får hjelp til å gi uttrykk for dette.

7.4 Tiltak

Tiltak handler om det man bestemmer seg for å gjøre for å nå målsettinger (Høgskolen i Molde 2011). Som tidligere nevnt innebærer AHA- modellen hele tiden prioriteringer.

Hvordan prioriteres tiltakene rundt Ola?

Som utgangspunkt for tiltak rundt Ola ligger målene som er satt. Også i denne fasen vil det være viktig at Ola er med i prosessen rundt hvilke tiltak som velges og prioriteres. En trygg og god relasjon med Ola kan gi grunnlag for åpent å diskutere og klargjøre saker sammen med ham. For eksempel hvem som er ansvarlig for tiltaket, iverksetting, og gjennomføring. Dette vil ofte være en fase preget av at saker må avklares og tydeliggjøres. Noe som kan innebære at flere av byggesteinene i relasjonen kan settes på prøve.

Tiltak som ikke er mulig å få til slik Ola ønsker dem, innebærer grensesetting. Hjelperen kan her komme i en situasjon som tydelig viser maktubalansen i relasjonen. Det er for hjelperen flere avgrensninger i hva som han kan være en del av. Dette reguleres blant annet gjennom lovverk, etiske retningslinjer, og regler knyttet til tjenesten. Rollen til hjelperen kan bli mer profesjonell, og mindre som en likeverdig part. Noe som Ola kan oppfatte som et svik mot relasjonen de har sammen. Og Ola kan få opplevelsen av at nå er hjelperen mot ham og for systemet. Om relasjonen skal bære en slik konflikt må konflikten håndteres av de involverte (Lauveng 2006). Ola kan her trygges gjennom at hjelperen får forklart hvorfor han må sette grenser. Hjelperen kan vise Ola at han også er «fange av systemet», og er nødt til å gjøre ting på en bestemt måte. Da kan likeverdigheten i relasjonen gjenopprettes, fordi hjelperen deler denne opplevelsen med Ola. De er begge

nødt til å forholde seg til systemet uavhengig av hvilken rolle de har. Om hjelperen også ser en mulighet til å møte Olas behov gjennom å strekke seg litt lenger enn nødvendig, kan dette styrke båndene i relasjonen ytterligere. Ola kan da få en opplevelse av å være utvalgt, hjelperen gjør noe spesielt bare for ham. Det er Ola og hjelperen mot systemet. For å få til dette må hjelperen la seg berøre av Ola og vise at han både ser og hører det Ola vil formidle (Borg og Topor 2003). Her kan det også skje en læring av mestringsstrategier gjennom at hjelperen viser at han heller ikke har makt over systemet. Og han kan da bli en modell for Ola i forhold til hvordan kan dette håndteres.

7.5 Evaluering

Evaluering vil si å vurdere det som er gjort. Tiltakene vurderes for å kunne si noe om de har fungert etter hensikten. I dette ligger ikke bare en vurdering av selve tiltakene, evalueringen kan også omfatte en ny vurdering av både kartlegging, analyse, og mål (Høgskolen i Molde 2011). Evalueringen er en viktig del av en kontinuerlig prosess der de enkelte deler sees på nytt, i sammenheng med helheten. En slik hermeneutisk spiral (Aadland .. (Garsjø 2001), krever at hjelperne er i stand til åpent og kritisk å vurdere eget arbeid, for å kunne bidra til at Ola opplever hverdagen som bedre. Vurderingen av tiltakene kan innebære flere etiske dilemmaer. Bidrar de til at Ola blir mer selvstendig, eller kan de gjøre ham avhengig av hjelp? Hvilke roller skal hjelperne ha? Skal de både være renholdspersonale, medisinsk ansvarlige, venn, terapeut og støttekontakt? Og hvilke konsekvenser kan dette ha for relasjonen til Ola?

Slike vurderinger må også sees i sammenheng med den konteksten der tjenestene ytes. Tjenestens lovverk, rutiner og regler kan være en viktig målestokk for de etiske vurderingene rundt tilbudet til Ola. Heri ligger også vurderinger av hjelpernes, medbeboeres og andre sin sikkerhet. Casen sier ikke noe om Ola kan ha utagerende atferd, men min arbeidserfaring tilsier at dette er et tema som denne type kommunale tilbud bør ha gjort vurderinger i forhold til.

En viktig part i vurderingen av tjenestetilbudet til Ola, er selvsagt Ola selv. Selv om brukermedvirkning står sentralt i alle tjenestetilbud til brukere (Lovdata) (Helse- og omsorgsdepartementet 2008- 2009), kan hjelperes hverdag by på utfordringer i forhold til brukernes autonomi. Jeg har flere erfaringer fra tilbud der dialog med brukeren har vært svært utfordrende. Dette i forhold til å hjelpe brukeren med oppgaver som viss de ikke blir utført, kan være i grenseland til å være omsorgssvikt. Her er det vanskelige vurderinger og grenseoppganger, der det kan bli en stor utfordring å ivareta brukerens autonomi.

7.5.1 Relasjonens rolle

For Ola og de som skal yte tjenester til ham, kan en god og virksom relasjon, bidra til dialog og meningsfulle handlinger rundt fastlåste situasjoner. For eksempel kan en dialog med Ola om temaet medisiner, føre til at Ola revurderer sitt standpunkt om og ikke ta medisin. Om man klarer å vise Ola respekt for hans syn, og samtidig klarer å synliggjøre mulige konsekvenser av hans syn, kan dette medføre at Ola ser på saken med et annet perspektiv. Relasjonens rolle i forhold til evaluering kan således være, å bidra til at nye perspektiv står fram som en konsekvens av dialog og samhandling, både for Ola og hjelperen. I dette ligger også noe av hensikten med å evaluere, å se på nytt, på de nye erfaringene man har gjort. Således kan og evaluere sies å være det samme som å vise respekt, respekt for de erfaringer bruker og hjelper sammen har gjort (se punkt 5.6). Uten disse felles referansepunktene blir det vanskelig for partene å tydeliggjøre en felles vei videre.

8.0 Konklusjon

Som nevnt tidligere er brukermedvirkning et sentralt element i arbeid med brukere. Når man tar brukermedvirkning på alvor, innebærer det blant annet en erkjennelse av at det er et mangfold av veier som kan føre til bedring for en paranoid schizofren. Oppgaven viser at utfordringene man som vernepleier kan møte i arbeid med brukere er mangfoldige. Samtidig kan det synes som om nøkkelen til å møte den paranoid schizofrene åpent og med respekt, er relasjonsbygging. Mangfoldet av veier å velge, omfatter ikke bare valg av teoretisk forankring, eller valg av metodisk tilnærming. Det innebærer også en nysgjerrighet mot den enkelte bruker. Hvilke mestingsstrategier har brukeren, er disse konstruktive, og hva brukes de til? Man må som helsepersonell tørre ikke bare å møte brukerens livshistorie. Men også tørre å møte konsekvensene av denne, med respekt, åpenhet og ydmykhet overfor andre løsninger eller veier å gå. Løsninger som ikke nødvendigvis passer inn i egen faglige eller etiske forankring. Videre kan et kommunalt heldøgns tilbud være en god arena for å bygge gjensidige relasjoner (se punkt 5.5). Hjelperen kan her få adgang til å involvere seg i brukeren på mange ulike områder i livet, og i gode og dårlige perioder. Mulighetene for delte opplevelser på godt og vondt er mange, og en økt bevissthet rundt alle disse mulighetene kan kanskje også bidra til å holde håpet om bedring hos brukerne, i hevd hos hjelperne. Gjennom arbeidet med oppgaven har relasjon og trygghet blitt gjentagende tema. Gode relasjoner trekkes av flere kilder fram som en trygghetsfaktor i seg selv. En virksom

relasjon kan gi kontinuitet, håp, nærhet og speiling/tilbakemelding på hvem og hvordan vi er. Den gode relasjonen gir mulighet til å kommunisere behov, bekymringer, ønsker og fremtidshåp. Den kan også legge grunnlag for nye perspektiver og endringsarbeid. Og kan således bidra til at brukeren øker sin bevissthet rundt de valg brukeren tar, og mulige konsekvenser av disse. Hva sier så oppgaven om trygghet for brukerne i et bofelleskap?

Mitt utgangspunkt var begrepet trygghet som en ivaretagelse av brukeren. I form av at der er tilgjengelige hjelpere hele døgnet. Hver enkelt brukers trygghet kan derimot innebære individuelle forskjeller. For Ola kunne det vært: En plass å bo, grei økonomi, fravær av trusler og vold, tilsyn og mulighet til å påvirke egen hverdag. Det er også nærliggende å tro at det for Ola ville hatt betydning at han hadde noen han kunne stole på. De paranoide symptomene opptar i varierende grad plass i hverdagen hans. Og det å ha noen rundt seg som han kan stole på, og som ikke fordømmer eller latterliggjør symptomene, kan bidra til at Ola over tid utvikler gode mestringsstrategier på symptomene sine. Blir Ola møtt med respekt av noen han ser på som en modell, kan han implementere respekt som en måte å møte andre på. Dette i motsetning til reaksjoner som angrep eller forsvar, som vil være naturlige reaksjonsmåter på paranoide tanker. Ola kan slik få nye mestringsstrategier på symptomene, som er mer åpne og gjør ham tryggere, i møte med nye relasjoner og erfaringer.

Men å være i relasjon med andre betyr også å åpne seg, og således bli mer sårbar. Å tre ut av den kjente rollen som syk i en bedringsprosess, kan for mange oppleves skremmende og gi nye store utfordringer. Utfordringer som også trenger støtte og hjelp over tid, for å håndteres (Lauveng 2006).

9.0 Avslutning

Gjennom arbeidet med oppgaven framstår relasjonsbygging for meg som et viktig element i miljøarbeid med brukere som Ola. Relasjonsbygging er et sammensatt og komplisert begrep, samtidig som man har konkrete metoder å arbeide etter (se punkt 7.1.1

Alliansebygging). Hjelpere blir viktige medspillere for brukere i deres hverdag, og i deres kamp med de utfordringer som sykdommen og symptomene gir.

Jeg ser videre et heldøgns kommunalt tilbud som en god arena for relasjonsbygging. Det ligger til rette for å møte brukeren på ulike områder i livet, og i gode og dårlige perioder, noe som kan virke positivt inn i retning av å bygge virksomme relasjoner (se punkt 5.5 Brukererfaringer med relasjoner til hjelpere). Likevel kan miljøarbeidet med denne

brukergruppen, innebære flere etiske dilemmaer. Dilemmaer som utfordrer meg som vernepleier både faglig, etisk og som medmenneske. Og som fordrer at hjelpere har et systematisk, målrettet og reflektert syn på arbeidet sitt. Noe som AHA- modellen kan være et nyttig redskap for å fremme.

Litteraturliste

- Borg, Marit og Alain Topor. (2003). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosessen ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Bunkholdt, Vigdis. (2000). *Utviklingspsykologi*. Otta: Universitetsforlaget.
- Cullberg, Johan. (1999). *Dynamisk psykiatri*. Tano Aschehoug.
- Eide, Hilde og Tom Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Garsjø, Olav. (2001). *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere*. Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jordahl, Helge og Arne Repål. (2009). *Mestring av psykoser. Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Lauveng, Arnhild. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. J.W. Cappelens Forlag AS.
- Lauveng, Arnhild. (2006). *Unyttig som en rose*. J.W. Cappelens Forlag AS.
- Linde, Sølvi og Inger Norlund. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid. Systematikk, kvalitet og dokumentasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Markussen, Eifred. (2008). *Menneskeverd. Funksjonshemmet i Norge*. Oslo: Pensumtjeneste AS.
- Robberstad, Helga. (2002). *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Snoek, Jannicke Engelstad og Knut Engedal. (2008). *Psykiatri. Kunnskap forståelse utfordringer*. Akribe Forlag.
- Tjersland, Odd Arne og Gunnar Engen og Ulf Jansen. (2010). *Allianser. Verdier, teorier og metoder i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thorgaard, Lars og Eivind Haga. (2009). *Relationsbehandling i psykiatrien. Bind 1. Gode relationsbehandlere og god miljøterapi*. Stavanger: Hertervig Forlag. Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

På internett:

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Stortingsmelding nr. 47(2008-2009). Rett behandling- på rett sted- til rett tid*.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?_id=567201 Lest: 07.05.2012

Høgskolen i Molde. (2011). *Bachelor i vernepleie. Fagplan. Revidert 2011.*

[https://fronter.com/himolde/links/files.phtml/4faf90cc6ae36.612311370\\$549652266\\$/Felles+for+alle+studie+prcent+E5r/Planverk/Fagplan+revidert+juli+2011.doc](https://fronter.com/himolde/links/files.phtml/4faf90cc6ae36.612311370$549652266$/Felles+for+alle+studie+prcent+E5r/Planverk/Fagplan+revidert+juli+2011.doc) Lest: 04.05.2012

Lovdata. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).* <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-001.html> Lest: 16.05.2012

Lovdata. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).* <http://www.lovdata.no/all/tl-20110624-030.html> Lest: 16.05.2012

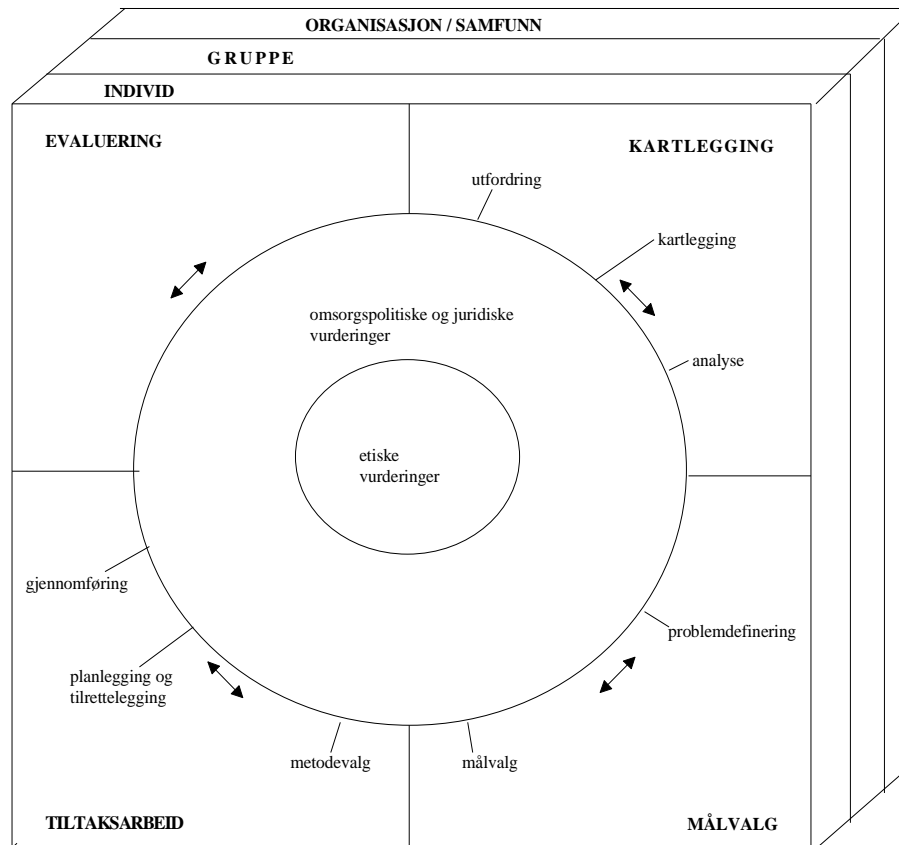
Lovdata. *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).* <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063.html> Lest: 16.05.2012

Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.* www.regjeringen.no/hd/norsk/publ/stprp/030005.../dok-bn.html Lest: 05.05.2012

Vedlegg 1

Overordnet modell for Bachelor i vernepleie i Molde - den helhetlige arbeidsmodell.

Vernepleierstudiet i Molde har valgt å legge den helhetlige arbeidsmodell som en overbygning over størstedelen av utdanninga. Modellen brukes av mange ulike profesjoner og innen ulike fag. Sykepleierne har sykepleieprosessen, læreren den didaktiske modell osv.



"Modellen illustrerer at vernepleierens arbeidsmåte kan forstås som en prosess og at de ulike fasene står i et gjensidig forhold til hverandre. I alle faser må vernepleieren arbeide i samarbeid med og med respekt for brukeren selv og dennes pårørende. Etiske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for brukeren selv" (brosjyre "om vernepleieryrket", utgitt av FO, s. 19).

Modellen kan sies å synliggjøre miljøarbeid som vernepleierens primære funksjon. Miljøarbeid kjennetegnes ved sin systematikk hvor ulike kunnskaps- og fagretninger knyttes sammen som grunnlag for praktisk yrkesutøvelse. Arbeidsmåten representerer et brukerorientert utgangspunkt med habiliterende og/eller rehabiliterende siktemål. Foruten å yte bistand i forbindelse med helse, daglig omsorg og trivsel, vil dette også bety å utvikle og trene opp funksjoner en person i utgangspunktet ikke har eller har mistet - eller bidra til at funksjonelle ferdigheter opprettholdes. Konteksten (sammenheng) det arbeides i er i

hverdagslivet til mennesker med ulike funksjonshemninger, samt deres pårørende, nettverk og forvaltningsansvarlige.

Valget av helhetlig arbeidsmodell når det gjelder organisering av studiet (se modell s.14) er begrunnet i et ønske om å tilrettelegge for bevisstgjøring av de ulike elementer i den prosess yrket vårt utgjør. Videre har det vært viktig å synliggjøre at de metoder vernepleieren bruker i de fleste tilfeller ikke har en direkte sammenheng med den funksjonshemmedes diagnose (for eksempel kan dagsplan være en nyttig måte å tilrettelegge på både innen psykisk helsearbeid, eldreomsorg og tjenester for utviklingshemmede).

Helhetlig arbeidsmodell er egnet i forhold til ulike typer arbeid og er ikke knyttet til bestemte brukergrupper eller individuelt arbeid. Det har vært viktig å fokusere på at vernepleieren skal være bevisst på at hun må kartlegge (dvs. ha konkret kunnskap om den aktuelle saken), analysere (dvs. vurdere det kartlagte opp mot relevant teori og empiri), sette mål for hva hun vil oppnå (dvs. angi retning), tilrettelegge og iverksette tiltak for å oppnå målet, samt evaluere det hele. Om dette er på individuelt, gruppe eller samfunnsnivå vil prosessen, i større eller mindre grad, ha de samme elementer (Høgskolen i Molde 2011).