



Bachelorgradsoppgave

Tittel «Hvilken betydning har relasjonen mellom bruker og hjelper for mestring i hverdagen hos mennesker med schizofreni?»

Title «What importance does the relationship between the user and mental health workers have on coping with daily living for people with schizophrenia?»

Forfatter: Kristin Holm Strand

VPD 310

Bachelorgradsoppgave i vernepleie

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - År 2015



HINT

SAMMENDRAG

I helsevesenet er det viktig at alle brukere blir ivaretatt og møtt på en verdig måte. Temaet for denne bachelor oppgaven er relasjonens betydning. Problemstillinga lyder derfor som følgende:

«Hvilken betydning har relasjonen mellom bruker og hjelper for mestring i hverdagen hos mennesker med schizofreni?»

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan fagpersonens holdninger og kommunikasjon påvirke samhandlingen. Jeg ønsker med oppgaven å gjøre hjelperen mer bevisst på sin væremåte og øke kunnskapen rundt det å møte brukeren på en trygg og likeverdig måte.

Litteratur og erfaring danner grunnlaget for oppgaven.

Konklusjonen jeg har kommet frem til er at relasjonen mellom bruker og hjelper er av betydning om mennesker med schizofreni skal oppleve vekst og utvikling. Opplevelsen av mestring vil ha positiv betydning for hvordan brukeren takler hverdagen. I relasjonsarbeidet er det av betydning at brukeren opplever å bli anerkjent og møtt både med omsorg og forventning. I dette arbeidet lykkes fagpersonen best om vedkommende tar i bruk sin profesjonelle kompetanse.

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3. Forforståelse.....	2
1.4. Avgrensing og presisering av problemstilling	3
1.5. Oppgavens videre oppbygging	4
2. METODE	5
2.1. Litteraturstudie	5
2.2. Empiri	5
2.3. Gjennomføring.....	6
2.4. Artikkelsøk	6
2.4.1. Presentasjon av artikler	7
2.5. Metodekritikk	8
2.5.1. Kildekritikk.....	9
3. TEORI	11
3.1. Psykisk helse.....	11
3.2. Psykiske lidelser	11
3.2.1. Schizofreni.....	12
3.2.2. Symptomer	13

3.2.3. Ulike perspektiver	14
3.3. Recovery (Fenomenet bedringsprosess)	14
3.3.1. Mestring, tro og håp	17
3.3.2. Brukeren som viktigste aktør	18
3.3.3. Recoveryorientert praksis.....	18
3.4. Psykisk helsearbeid.....	19
3.4.1. Profesjonell kompetanse	19
3.4.2. Kommunikasjon	20
3.4.3. Relasjoner.....	21
4. FUNN OG DRØFTING.....	22
4.1. Opplevelse av sykdom	22
4.1.1. Hvor er feilen?	22
4.1.2. Alminnelig samfunnsborger	23
4.1.3. Kan diagnosen gi svar?	24
4.2. Relasjonens betydning og innhold	25
4.2.1. Ydmykhet, tillit og det lille ekstra	25
4.2.2. Nærhet og avstand	27
4.2.3. Hvem er eksperten?.....	28
5. AVSLUTNING	30
LITTERATURLISTE	32

ANTALL ORD: 10308

1. INNLEDNING

Mitt engasjement for mennesker med schizofreni og hvordan de lever og håndterer hverdagen ble vekket under vernepleierutdanningen. I denne oppgaven vil jeg se nærmere på hvordan vernepleieren kan bidra slik at mennesker med schizofreni opplever vekst og mestring. Det kan dreie seg om utvikling og endring av opplevelser, tenkning, følelser, holdninger eller adferd (Røkenes og Hansen, 2012). En viktig oppgave for hjelperen er å fremme læring, utvikling og bedring hos brukeren (Ibid). Schizofreni er en alvorlig psykisk sykdom (Almvik og Borge, 2014). Likevel viser recovery orientert forskning at mange mennesker med diagnosen kommer seg og opplever å leve et meningsfullt liv (Ibid). Jeg mener recoverytenkning og praksis passer godt i vernepleierfaglig arbeid ved at profesjonen vektlegger deltagelse og selvbestemmelse (www.fo.no). I mange undersøkelser trekker brukerne frem relasjonen til hjelperen som viktig (Røkenes og Hansen, 2012). Disse undersøkelsene viser at relasjonen mellom bruker og hjelper er av betydning dersom brukeren skal oppleve vekst og mestring. Den er faktisk av så stor betydning at den i seg selv kan være «helbredende» (Ibid).

I de siste ti årene er det skjedd en nedbygging av institusjonsplasser. Nedbyggingen er faglig begrunnet med et ønske om å gi brukerne tilbud preget av tilgjengelighet og nærhet. Gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999- 2008) bygde kommunene opp tjenester. Denne opptrappingen var av stor betydning for mange mennesker med psykiske lidelser (Andersen, 2008).

Opptrappingsplanen vektla økt brukermedvirkning (Borg og Topor, 2009). Rolf Rønning (2005) behandler brukermedvirkning og empowerment sammen. Begrepene handler om å styrke brukerens situasjon i helsetjenesten (Askheim og Starrin, 2010). Brukermedvirkning handler om å endre menneskesyn og om avstigmatisering av psykisk sykdom (Herheim og Langholm, 2010).

I 2014 ga Helsedirektoratet ut veilederen «Sammen om mestring». Veilederen tydeliggjør viktigheten av at kommunene tilbyr oppsøkende tjenester med brukeren som viktigste aktør. Det innebærer en forflytting fra den medisinsk/biologisk sykdomsmodell og over til en mer sosialorientert omsorgs og rehabiliteringsmodell (Andersen og Karlson, 2005).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

I min siste praksis ved vernepleierutdanningen var jeg i kommunehelsetjenesten. Her møtte jeg mennesker med en schizofreni diagnose. Det var disse møtene som fikk meg til å komme

fram til valgt problemstilling. Gjennom samtaler og observasjon fikk jeg et inntrykk av hvilke utfordringer de kunne oppleve og stå ovenfor i hverdagen. Dette kunne være utfordringer som for meg var bagateller og dagligdagse gjøremål.

Selv om sykdommen har mange fellestrekk, er konsekvensene og forløpet av sykdommen svært individuelle. Det innebærer at mennesker med samme diagnose kan ha helt ulike ressurser, drømmer og behov for støtte og hjelp. I varierende grad vil sykdommen påvirke den enkeltes evne til å ta vare på seg selv personlig, sosialt og økonomisk. Av den grunn vil mange mennesker med diagnosen ha behov for hjelp til mestring av livet og hverdagen (Borg og Topor, 2009). Men det finnes ikke en vei til god hjelp uten å bli kjent med den enkeltes unike historie (Almvik og Borge, 2014).

Flere oppfølgingsstudier de siste årene viser at mellom halvparten og 2/3 som har fått diagnosen schizofreni kommer seg. Likevel omtales sykdommen ofte som en «kronisk» lidelse selv om nyere forskning viser optimisme (Borg og Topor, 2009).

Praksisen vekket min nysgjerrighet om å lære mer om hvordan jeg som vernepleier kan bidra til at mennesker med schizofreni opplever livet som godt å leve.

Jeg kjente et behov for mer kunnskap om hvordan møte mennesker med schizofreni på en optimistisk og medmenneskelig måte. Etter å ha lest om recoveryorientert tekning og praksis mener jeg at dette perspektivet er en god tilnæringsmåte som underbygger vernepleierfaglig arbeid.

1.2. Presentasjon av problemstilling

I denne oppgaven vil jeg fordype meg i et selvvalgt tema som er relevant for vernepleierens arbeid. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvilken betydning har relasjonen mellom bruker og hjelper for mestring i hverdagen hos mennesker med schizofreni?»

Gjennom oppgaven vil hjelperen bli omtalt som: vernepleier, hjelper, fagfolk og tjenesteyter.

1.3. Forforståelse

I følge Dalland (2014) er forforståelse det å ha en forhåndsdefinert mening om et fenomen. En har altså en fordom mot eller til noe før en har undersøkt fenomenet.

«Forforståelse er den ryggsekk vi bringer med oss. Innholdet i denne ryggsekken påvirker hele veien måten vi samler inn data. Denne bagasjen består av erfaringer, hypoteser, faglig

perspektiv og av den teoretiske referanseramme som vi har» (Malterud, 1996, i Linde og Nordlund, 2012:109).

Før jeg startet på vernepleierutdannelsen hadde jeg ingen helsefaglig erfaring. I løpet av studiet har jeg fått mer kunnskap og forståelse om vernepleierfaglig arbeid. Av den grunn er min forforståelse knyttet opp til lest teori gjennom studiet og erfaringer fra siste praksisperiode. I løpet av praksisen ble jeg kjent med ulike mennesker som lever med diagnosen schizofreni. Der fikk jeg erfart at mennesker med schizofreni sliter med ambivalens, usikkerhet, lav selvfølelse og relasjonelle utfordringer. Dette fanget min interesse og av den grunn ble jeg nysgjerrig på hvordan jeg som vernepleier kunne bidra med min profesjonelle kompetanse. Min forforståelse i etterkant av praksis forteller meg at jeg kan bidra slik at mennesker med schizofreni opplever vekst, utvikling og gode hverdager. Ved å være bevisst forforståelsen vil det være lettere og skille denne forståelsen fra annen kunnskapen jeg får underveis i arbeidet med oppgaven (Dalland, 2014).

1.4. Avgrensing og presisering av problemstilling

Forskning viser at mesteparten av effekten av bedring hos brukerne skyldes den terapeutiske relasjonen og håndtering av vansker i hverdagen (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009). For å gi mennesker med psykiske lidelser et trygt og verdig liv i lokalsamfunnet trekkes recovery eller bedringsprosesser fram som et faglig perspektiv. Forskning viser at rundt en tredjedel blir helt bra (total recovery), rundt en tredjedel lever selvstendig med noe hjelp fra hjelpeapparatet (sosial recovery), mens den siste tredjedelen forblir i en tilstand med betydelige hjelpebehov (Almvik og Borge, 2014). I denne oppgaven vil jeg skrive om mennesker som opplever sosial recovery.

Brukerne jeg skriver om i oppgaven bor i egne leiligheter. Selv om brukerne ikke er i en akutt psykose har de behov for noe hjelp i hverdagen. Grunnet at schizofreni er en sykdom med varierende symptomtrykk vil brukerne ha behov for tjenester preget av fleksibilitet og tilgjengelighet (Steinsbekk mfl., 2013). I oppgaven vil jeg vektlegge betydningen av at vernepleieren i samhandling med brukeren har fokus på ikke bare sykdommen, men hele livet. Det innebærer å tenke lokal samfunn, jobb, venner, og pårørende som viktige elementer skal oppleve meningsfullt liv. Selv om jeg forstår viktigheten og nødvendigheten av å trekke disse elementene inn i behandlingen vil de ikke bli direkte fokusert på i oppgaven.

For å begrense sykdommens aktivitet er medikamentell behandling viktig (Jørgensen, 2002). Mange ser medisin som en form for forsikring. Det blir en måte og holde seg frisk på som gjør det mulig å leve det livet en ønsker (Hummelvold, 2012). Selv om bruk av medisiner er av betydning for hvordan brukerne lever sine liv vil dette perspektivet få mindre oppmerksomhet grunnet oppgavens omfang.

1.5. Oppgavens videre oppbygging

Oppgaven består av i alt fem kapitler. I kapitel to beskrives metoden som er brukt i oppgaven. Her beskriver jeg hvordan jeg har gått frem for å finne litteraturen som er anvendt. Kapitlet inneholder en datasamling, kildekritikk og en presentasjon av artikler brukt i oppgaven. Kapittel tre er teoridelen. Her blir relevant teori presentert i forhold til valgt problemstilling. Her presenterer jeg teori som omhandler psykisk helse, schizofreni, psykisk helsearbeid, recovery og relasjoner.

I kapitel fire drøfter jeg oppgavens problemstilling med utgangspunkt i teori, forskningsartikler og egne praksiserfaringer. I kapittel fem oppsummerer jeg det jeg har kommet frem til i oppgaven.

2. METODE

I skolens arbeidshefte for bacheloroppgaven står det at oppgaven skal bygge på litteratur og egne erfaringer fra praksisfeltet.

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet. Hører med i arsenalet av metoder» (Vilhelm Aubert, 1985 i Dalland, 2014:111).

Jeg har valgt et litteraturstudie. I denne delen av oppgaven vil jeg beskrive hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur som belyser oppgavens problemstilling. Jeg har forsøkt å benytte primærkilder. I oppgaven benytter jeg både pensum og selvvalgt litteratur, erfaringer fra praksis og forskningsartikler.

En metode er i denne sammenhengen et redskap. Metoden vil hjelpe meg til å samle inn kunnskap og data, og den vil si noe om hvilken informasjon jeg trenger til det som skal undersøkes (Dalland, 2014).

2.1. Litteraturstudie

For å svare på problemstillingen finnes det ulike metoder, men jeg har valgt et litteraturstudie. En litteraturstudie er en kvalitativ metode som kjennetegnes ved å samle inn meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2014). Et litteraturstudie går i dybden i den hensikt å få fram det spesielle. Litteratur er et viktig grunnlag for min oppgave. Det er denne kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i og som min problemstilling skal drøftes i forhold til (Ibid). Det finnes mye ny og spennende teoretisk og forskningsbasert kunnskap rundt min problemstilling. Stene (2003) sier at en litteraturstudie innebærer og «ta en titt på» det arbeidet som eksisterer innenfor det området en arbeider med. Det å gjennomføre et litteraturstudie har til hensikt å skaffe seg kunnskap både når det gjelder metode, litteratur og empiri (Ibid).

2.2. Empiri

Kunnskap bygget på erfaring kalles empiri. Et empirisk spørsmål er når vi stiller spørsmål om hvordan noe er i virkeligheten (Dalland, 2014). I løpet av studiet hadde jeg praksis, noe som ga meg erfaringer jeg trekker inn i oppgaven. Johannesen mfl. (2010) sier at empiri er forståelse av virkeligheten basert på erfaring og ikke på synsing.

2.3. Gjennomføring

Jeg har søkt etter relevant litteratur for mitt tema i den hensikt å se sammenhengen og helheten for å utvikle min forståelse og refleksjon rundt problemstillingen. Jeg har benyttet pensumlitteratur, lånt bøker ved biblioteket ved Høgskolen i Nord- Trøndelag og biblioteket til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Jeg har vært bevisst over å bruke nyere litteratur. Flere av bøkene har et tydelig fokus på å løfte fram brukerstemmen. For å forsterke brukerstemmen i oppgaven har jeg valgt å bruke sitater fra brukere. Sitatene har til hensikt å tydeliggjøre og berike oppgavens drøftingsdel. Sitatene er hentet fra dokumentet: «*Livet med schizofreni*» (Holte mfl., 2009). Brukerstemmene mener jeg forsterker oppgavens troverdighet.

For å vurdere om bøkene underbygger problemstillingen har jeg lest innholdsfortegnelsen og bokas stikkordregister. Under arbeidet med å søke relevant litteratur fant jeg ut at de samme forfatterne gikk igjen hos hverandre som medforfattere. Det fortalte meg at teamet i min problemstilling er under utvikling og at forfatterne gjennom økt kunnskap og forståelse har utdypet og nyansert teamet i ulike bøker.

2.4. Artikkelsøk

For å finne relevante artikler brukte jeg søketjenestene Idun, Oria og Google Scholar. I tabellen under fremkommer det hvilke søkeord som ble brukt og antall treff i søketjenesten.

Søketjeneste	Søkeord	Antall treff	Forkastet	Valgt artikkel
IDUN	Leve med psykisk sykdom	213	112	
	Leve med alvorlig psykisk lidelse	104	66	
	Leve med alvorlig psykiatrisk lidelse	38	37	Årseth, A., L., Johannessen, B. (2013) Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose
ORIA	God hjelp, psykisk helsearbeid	4580	4474	

	God hjelp, brukererfaringer	106	92	
	God hjelp, brukererfaringer, godt tjenestetilbud	14	13	Steinsbekk, A., Mfl. (2013): Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud?
GOGLE SCHOLAR	Hverdagsliv, bedringsprosesser	138	4	
	Hverdagsliv, bedringsprosesser, alvorlig psykisk lidelse	134	88	
	Hverdagsliv, bedringsprosesser, alvorlig psykisk lidelse, Marit Borg	46	45	Borg, M. (2009): Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser

De artiklene jeg fant er relevant for oppgaven og ble valgt på bakgrunn av at de henter ut brukernes opplevelser med hjelperne og tjenestene. Videre bryter de markant med tradisjonell tenkning rundt at schizofreni er en kronisk lidelse og synet på hjelperen som eksperten.

2.4.1. Presentasjon av artikler

Årseth, A. L., og Johannessen, B (2013): Opplevelse av å få og leve med en psykiatrisk diagnose.

Denne forskningsartikkelen tar for seg hvordan brukerne opplever det å være psykisk syk. Artikkelen viser hvordan brukerne ønsker å bli møtt av helsevesenet. Funnene viser at flere har negative opplevelser av å bli møtt og behandlet som om sykdommen var den største delen

av dem. Studiene gir innspill til hvordan godt psykisk helsearbeid kan gjennomføres ved å vektlegge hvilke holdninger hjelperen skal ha i møte med den som søker hjelp.

Steinsbekk, A. mfl. (2013): Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud?

Denne artikkelen tar for seg hva brukere av psykisk helse- og sosialtjenester beskriver som gode tjenester når de bli intervjuet av andre brukere. Evalueringsmetoden Bruker Spør Bruker (BSB) er blitt gjennomført i norsk helsetjeneste siden 1998. Artikkelen er en kvalitativ analyse av 15 BSB- rapporter med totalt 417 deltager. Artikkelen beskriver til sammen ti kjennetegn på god psykisk helse- og sosialtjeneste. Fagpersoner som viser respekt og fremstår som dyktige ble beskrevet som grunnleggende og som den forutsetning for de øvrige andre: forutsigbarhet, fleksibilitet, informasjon, samhandling, felles beslutninger, sosial kontakt, utviklingsmuligheter og ansvarsfrihet. Funnene er stort sett i tråd med myndighetenes tanker om hva som indikerer gode tjenester.

Borg, M (2009): Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaring ved alvorlige psykiske lidelser.

Denne artikkelen, som bygger på et doktorgradsarbeid tar utgangspunkt i brukernes erfaringer med bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Artikkelen viser at bedring handler om å håndtere hverdagslivet. Brukerne opplevde at hverdagen fortsatte tross psykiske problemer. Begrensinger ved sosiale og materielle goder kunne være like bekymringsfulle og krevende som de psykiske vanskene. Artikkelen understreker at brukerne vil bli møtt som en aktør i sitt eget liv. De vil bli sett i en håpefull hverdagssammenheng hvor håndtering av trivialiteter og selvfølgheter er viktig. Videre viser artikkelen viktigheten av at fagfolk anerkjenner og anvender brukerens kunnskap om seg selv.

2.5. Metodekritikk

I følge Dalland (2014) er det viktig at jeg er selvkritisk til den metoden jeg har brukt. Det innebærer å se om metoden fungerer, og om den var rett for å besvare problemstillingen. Ettersom jeg har valgt å bruke en litteraturstudie så innebærer det lesing av faglitteratur. Faglitteraturen har jeg tolket på min måte, noe som innebære at jeg kan tolke feil det forfatteren har skrevet. Selv om jeg har tilstrebet å bruke primærkilder har jeg brukt litt sekundærkilder. utfordringer med sekundærkilder er at de har blitt tolket gjennom flere ledd, noe som kan medføre unøyaktigheter (Ibid).

Jeg kunne gjennomført intervju. Dette ville fått fram hvordan brukerne opplever å leve med en diagnose, og hvordan de vil at vernepleieren skal fremstå i rollen som hjelper. Jeg valgte

bort brukerintervju selv om det ville gitt pålitelige data. Skolen tillater ikke intervju med brukere. Grunnet oppgavens omfang valgte jeg bort å intervju fagpersoner. Hadde jeg intervjuet fagpersoner om hvordan de opplever relasjonen med brukerne ville det gitt et bilde av hvordan fagpersonen opplever relasjonen, men det trenger ikke samsvare med hvordan brukeren opplever det. I de senere årene er det forsket mye på temaet knyttet til min problemstilling. Av den grunn mener jeg at en litteratur studie vil gi en god nok analyse for å besvare problemstillingen.

Jeg har i arbeidet med oppgaven brukt empiri. På den ene siden kan det være en styrke at jeg kjenner til og har interesse for temaet i oppgaven, men samtidig kan interessen gjøre meg blind i forhold til hvilken teori jeg leter etter og hvordan jeg tolker det jeg leser.

2.5.1. Kildekritikk

Kildekritikk handler om å bedømme litteraturen som er funnet og blitt brukt i oppgaven (Dalland, 2014). Jeg har vært opptatt av at litteraturen som er brukt er relevant og gyldig for temaet. I tillegg har jeg lånt mange bøker i biblioteket til Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). NAPHA har som mål å øke kvaliteten på tilbudet til folk med psykiske problemer i kommunen. De tar utgangspunkt i både forskning, praksiserfaring og brukerkunnskap. Jeg tenker at NAPHA har mye ny og nyttig litteratur i sitt bibliotek ettersom de skal være normerende på utvikling av det kommunale helse og omsorgstilbudet til voksne med psykiske lidelser. Mye av teorien som er brukt er skrevet av innflytelsesrike forfattere innenfor faget. Flere av bøkene og litteraturen har de samme forfattere. På den ene siden kan det styrke temaene, mens på den andre siden kan det medføre til at temaene blir lite nyansert. I tillegg har jeg brukt offentlige veiledere og rapporter, som synliggjør at helsepolitiske føringer ønsker mer fokus på økt brukermedvirkning i den hensikt at brukere får mer makt og innflytelse over eget liv. Premissene jeg har valgt for bruk av forskningsartikler er at de skal være relevante for problemstillingen. De skal være av nyere dato og være publisert i vitenskapelig tidsskrift.

Etikk kommer fra greske ethos, som betyr sedvane eller skikk. Etikk er systematisk tenkning om hva som er godt, rett og rettferdig (Eide og Aadland, 2008). Etisk refleksjon skal være gjennomgående i alle ledd i arbeidet med denne oppgaven. Personopplysninger skal behandles med forsvarlighet og respekt. Dette skal behandles forsvarlig og skal være i tråd med gjeldene lover og regler (Lov om personopplysningsloven) (www.Lovdata.no). Loven beskytter den enkelte mot at personvernet blir krenket, med mindre det foreligger skriftlig samtykke (Ibid). Dette er spesielt viktig om en bruker intervju som metode. I en

litteraturstudie er kunnskapen hentet i litteraturen. For å synliggjøre hvor litteraturen er hentet fra, er det viktig med korrekt henvisning. Her har jeg brukt skolens retningslinjer for oppgaveskriving.

3. TEORI

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for relevant teori for å belyse oppgavens problemstilling.

3.1. Psykisk helse

Alle har en psykisk helse, på samme måte som alle har en fysisk helse. Psykisk helse handler om menneskets tanker og følelser og om hvordan den enkelte har det. Verdens helse organisasjon definerer psykisk helse som:

«En tilstand av velvære der individet kan realiserer sine muligheter, kan håndtere normale stress- situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og er i stand til å bidra ovenfor andre og i samfunnet.» (Nes og Clench-Aas, 2011).

Det å oppleve livet som meningsfylt er en av de viktig faktor som fremmer god psykisk helse. Dette handler om hvordan mennesker takler og møter stress og andre hverdagslige utfordringer (Hummelvold, 2012). På det personlige plan er opplevelse av god helse i livet et bærende element i selvfølelsen (Cullberg, 1999).

3.2. Psykiske lidelser

Psykisk helse handler ikke om sykdom og lidelse, men det er mulig å få psykiske helseproblemer på samme måte som fysiske helse problemer (Almvik og Borge, 2014). Psykiske lidelser er kjent i alle kulturer. I vestlige samfunn utgjør lidelsene et stort helseproblem (Hummelvold, 2012). Psykisk sykdom kan defineres som:

«...psykososiale reaksjoner på stress som virker inn på eller hindrer en persons evne til å møte menneskelige behov og fungere innen en kultur på en effektiv og rimelig måte» (Pasquali 1989, i Hummelvold, 2012:30).

All menneskelig atferd og opplevelse har for den enkelte en sammenheng og en mening- en indre logikk som er knyttet til hvordan den enkelte har det og lever sitt liv. Denne indre logikken kan være skjult for omgivelsene, og skjult for mennesket som har psykiske problemer. Sykdommens ytringsformer og årsaksforklaringer er mye farget av det samfunnet og kulturen lidelsen oppstår i (Håkonsen, 2009). Hos oss tenker vi at psykiske lidelser

innebærer en opplevelse av å være annerledes (Hummelvold, 2012). Psykologen Eva Axelsen har satt opp noen fellestrekk ved psykiske lidelser:

- En opplevelse av ubehag
- En begrenset livsutfoldelse
- Et brudd på normer
- En irrasjonalitet (Håkonsen, 2009)

Vanlige årsaksforklaringer for psykiske lidelser er vanskelig oppvekst, levekår, sosial isolasjon og en opplevelse av at det ikke er bruk for en (Hummelvold, 2012). Slike forhold kan føre til en ond sirkel, som gjør at mennesket trekkes inn i passivitet og motløshet. Dette igjen kan føre til at mennesker med psykiske lidelser blir passive mottakere av hjelp og ikke blir sett på som den viktigste aktør i eget liv (Ibid).

3.2.1. Schizofreni

Schizofreni er den vanligste og kanskje den mest alvorlige psykotiske lidelsen vi kjenner til (Håkonsen, 2011). Sykdommen gir ofte nedsatt funksjonsevne og livskvalitet (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009). Schizofrenidiagnosen er ca. hundre år, men det er grunn til å tro at lidelsen har eksistert like lenge som det har vært mennesker på jorda (Herheim og Langholm, 2010). Mennesker med diagnosen representerer et stort helseproblem, da det ofte dreier seg om kroniske tilstander hos relativt unge mennesker (Kringlen, 2008). Lidelsen er myteomspunnet, fordi en blomstrende schizofren person kan vise «galskapens» mangfold, noe som både skremmer, forundrer og medfører fortvilelse (Håkonsen, 2011). Schizofreni betyr spaltet sinn og begrepet schizofreni er en samlebetegnelse for tilstander som ligner hverandre. Det innebærer at sykdommen har forskjellige i symptomer og det er stor spennvidde hvordan diagnosen påvirker den enkelte (Ibid).

Schizofreni betegnes som en psykoselidelse. Psykoser er navnet på tilstander der indre ideer og forestillinger overtar helt eller delvis opplevelser, tanker og følelser hos et menneske med det resultat at «virkeligheten blir mindre vesentlig (Ibid). Tilstanden fører til at mennesket opplever verden annerledes og forskjellig fra det som en vanlig erfarer gjennom sansene. I psykosen vil mennesket presentere sine oppfatninger som virkelighet, og det er ofte nytteløst å jobbe med å «snakke han eller henne til fornuft». Hos mennesker med schizofreni vil psykosesymptomene mer eller mindre være tilstede hele tiden. Sykdommen kan innebære at

brukeren raskere reagerer med akutte psykotiske tilstander når livet og hverdagen kjennes stressende og kaotisk (Ibid).

Tidligere ble de som hadde sykdommen innlagt på sinnssykeasyl. Slik er det ikke lengre, selv om det antas at det er like mange i dag med diagnosen. Schizofreni forekommer over hele verden og rammer ca. 1% av befolkningen. Sykdommen kan debutere så tidlig som i barndommen og helt opp til 50 års alderen, men mest vanlig debutalder er mellom 18- 28 år (Herheim og Langholm, 2010).

3.2.2. Symptomer

En del opplever funksjonsnedsettelse som et resultat av diagnosen, mens andre kan leve uten for stor påvirkning av symptomer (Herheim og Langholm, 2010). Det finnes ikke et enkelt symptom som er så typisk for schizofreni at det gir grunnlag for diagnosesetting. Det er kombinasjonen av symptomer sammen med symptomenes varighet som gir diagnosen (Snoek og Engedal, 2011).

Grunnsymptomer ved schizofreni kan deles inn i fire kategorier, også kalt de fire «A-ene»:

- **Assosiasjonsforstyrrelser:** Forstyrrelser i tankesett. Tankene kan bli virkelighetsfjerne og kanskje usammenhengende eller borte.
- **Autisme:** Handler om å trekke seg bort fra andre og inn i seg selv. En kan oppleve å bli en annen eller at kroppen er forandret. Noen opplever at verden rundt er blitt endret.
- **Affektavflatning:** Følelsesmessige forandringer. Kan innebære upassende følelsesutbrudd. Medmennesker kan få tanker om at personen ikke bryr seg om sine medmennesker.
- **Ambivalens:** Betyr å føle seg splittet eller å være i tvil. Ambivalens synliggjøres gjennom motstridende ønsker eller impulser, noe som kan medføre problemer med å ta valg.

Graden av de fire A-ene varierer sterkt fra individ til individ (Herheim og Langholm, 2010).

Tegn på schizofreni kan deles inn i hovedgruppene positive og negative symptomer:

- **Positive symptomer** er synlig for andre og retter seg utover. Disse symptomene kan være vrangforestillinger, hallusinasjoner og sterke følelsesutbrudd (Håkonsen. 2011).

- Negative symptomene kjennetegnes ved å være mindre synlig for andre. Her er følelsesreaksjonen mer avflatet med en stor tendens med sosial tilbaketrekking. I samtale synes mangel på spontanitet og ledighet (Snoek og Engedal, 2011). En person med psykisk lidelse kan oppleve lav selvfølelse, skyld, skam, selvforakt og ikke minst ensomhet. Å leve med slike følelser kan føre til utmattelse, oppgitthet og håpløshet (Hopfenbeck mfl., 2014).

Et menneske med schizofreni har en tendens til å isolere seg og ikke oppsøke tjenestene ved behov for hjelp (Trandem mfl., 2014).

3.2.3. Ulike perspektiver

Vi kjenner ikke årsakene til noen psykisk lidelse. Dette gjelder også for schizofreni (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009). Det finnes flere teorier om hva som gjør at sykdommen utvikles. En kan dele årsaksforklaringer i to hovedgrupper:

- Mange studier ved schizofreni viser en arvemessig sammenheng. Slike funn synes og bekrefte at faren for å utvikle schizofreni øker jo nærmere det genetiske slektskapet er (Håkonsen, 2011). Denne arvelige predisponeringen betyr at noen fødes med en sårbarhet for å utvikle schizofreni (Herheim og Langholm, 2010).
- I dag er en enig om at schizofreni ikke bare skyldes biologiske faktorer. Det er påvist at alvorlige påkjenninger i barneårene, som for eksempel grov omsorgssvikt, mishandling og overgrep, øker muligheten for å utvikle schizofreni (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009)

Forekomsten av alvorlig misbruk av rusmidler hos mennesker med schizofreni er høyt. Fortsatt stilles det spørsmål om sammenhengen mellom rusbruk og schizofreni. En mulig forklaring på sammenhengen mellom schizofreni og rusbruk er at rus brukes som selvmedisinering for å redusere symptomer som angst, uro og/eller konsentrasjonsvansker (Rund, 2008).

3.3. Recovery (Fenomenet bedringsprosess)

Det foreligger en rekke definisjoner på recovery. En ofte gjengitt definisjon er:

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess som innebærer endring av ens holdninger, verdier, følelser, mål, ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som gir håp,

trivsel og mulighet til å bidra, på tross av begrensningene som de psykiske problemene representerer. Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg» (Anthony, 1993:17 gjengitt i Borg, Topor og Stenshammer, 2013:10).

Forskning og studier over 50 år har dokumentert at mange mennesker med schizofreni opplever bedring (Borg og Karlson, 2013). Rundt en tredjedel blir helt bra (total recovery), rundt en tredjedel lever rimelig selvstendig med noe støtte fra hjelpeapparatet (sosial recovery), mens den siste tredjedelen forblir i en tilstand med betydelige hjelpebehov (Almvik og Borge, 2014). Av den grunn er det bare å slå fast at mange mennesker med schizofreni kommer seg og opplever god psykisk helse selv om de har fått denne alvorlige diagnosen (Borg og Topor, 2009).

Recovery er ikke et nytt begrep eller perspektiv. Det finnes begreper med tilnærmet lik betydning; rehabilitering, empowerment (myndiggjøring), restituering (gjenopprette), egenomsorg, mestringsstrategier (utvikle egne «verktøy» for å håndtere egen helseproblemer), helling og velvære (ha det bra tross symptomer) og resiliens (motstandskraft til å takle livsutfordringer) (Hummelvoll, 2012).

I de siste årene har begrepet fått økt interesse i Norge. Begrepet beskrives blant annet som en modell, en tilnærming, en filosofi, en bevegelse, en visjon og blant skeptikere en myte (Borg, Karlson og Stenhammer, 2013).

I forskningslitteraturen defineres recovery på tre forskjellige måter:

1. Personlig prosess; Denne forståelsen er særlig vektlagt i brukermiljøene i den hensikt å peke på den innsatsen og utålmodighet som kreves av den enkelte for å gjennomgå prosessen mot å oppleve god psykisk helse. I prosessen fremhever brukerne betydningen av håp og tro på framtida, tilknytning til personer og miljøer og gjenoppbygging av positiv identitet og mening.
2. Sosial prosess: Det blir i økende grad fokusert på å forstå recovery som en sosial prosess. Her ser en på bedringsprosessene som aktiviteter basert på at brukerne lever det hverdagslivet den enkelte ønsker. I denne definisjonen ser en på hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, venner osv. som er av stor betydning for bedringsprosessen. I forståelsen understrekes det at recovery ikke er et personlig ansvar og prosjekt alene.
3. Klinisk recovery; Den tredje definisjonen reflekterer resultatorientering og er utviklet av behandlingsmiljøer. Her er en opptatt av å måle bedring etter ulike

funksjonskriterier som total symptomfrihet, arbeidsevne, boevne, har venner og deltar i sosiale aktiviteter. Denne forståelsen har mange fellestrekk med tradisjonell behandlingsforskning hvor det er beskjeden oppmerksomhet er rettet mot å vektlegge brukers kunnskap og se livet i en kontekstuell sammenheng (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013).

Disse tre definisjonene viser at recovery som begrep og kunnskapsområde tilegnes forskjellig innhold og forståelse. Likevel finnes det noen sentrale forståelser som er gjennomgående i perspektivet (Ibid).

For det første er det brukeren skal sitte med rattet med sine styrker og svakheter. I perspektivet anses mennesket som ekspert på seg selv (Almvik og Borge, 2014). Her skal en løfte og vektlegge menneskets kunnskaper og erfaringer om hva som hjelper og fokusere på håp, mening, egenkontroll, ressurser, livet og hverdagen (Borg, 2009) Bedringsprosesser handler om at den enkelte opplever helse og velvære og gjenoppbygger personlig og sosial identitet (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2014). Her ligger fokus på den enkeltes ressurser med mål om individuell helsefremming fremfor ensidig fokus på symptomer og sykdom (Ibid).

For det andre dreier bedringsprosesser seg mye om egeninnsats. Dette rommer alt brukerne gjør for å hjelpe seg selv og holde håpet oppe. Dette handler om at brukeren må stå på og være tålmodig i arbeidet med å ta tilbake det som er tapt, som rettigheter, roller, ansvar, plikter, retten til å bestemme selv over stort og smått, rett til å ha en framtid og rett til å få hjelp med utgangspunkt i den enkeltes meninger (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2014).

For det tredje er recovery både en sosial og personlig utviklingsprosess. Ingen mennesker lever som isolerte øyer. Brukerens vanlige og naturlige omgivelser skal fremme livet og hverdagen. Gode recoveryarenaer kan være; jobb, fotballarenaer, puben, treningssenter, bingo, idrettslag og kor (Ibid). Her treffer brukeren ulike mennesker som skal fungerer som rådgivere, støttespillere, kartlesere og veiviser (Borg, 2009) og (Borg, Karlsson og Stenhammer, 2014).

For det fjerde handler recovery mye om å være i livsprosesser. Skal brukeren finne ut hva er det som gir livet mening må vedkommende ha tid og krefter til å finne sitt liv (Ibid).

For det femte viser forskning at ingen mennesker med schizofreni opplever bedring på samme måte. Recovery innebærer både framgang og motgang (Ibid). Mennesker har til alle tider funnet veier mot å få det best mulig, og har slik sett kunnet hente seg inn etter sykdom. Vi

søker ulike veier og nettopp dette ligger bak metaforen om bedring som en personlig «reise» (Hummelvold, 2012).

Spør vi mennesker med diagnosen hva som gir livet mening vil vi få mange ulike svar. Noen vil mene at symptomreduksjon gir god helse, mens andre vil mene at symptomer beriker livet. Hva den enkelte mener gir livet mening og innhold vil kanskje være helt på tvers av hva fagfolk tradisjonelt har ment var av betydning. Veien brukerne vandrer, livet og drømmer består av så mye mer enn symptomer og problemer (Borg og Topor, 2009). Ingen er bare sin diagnose eller sykdom (Haugan og Rannestad, 2014). Skal hjelperne ta brukerne på alvor er det viktig å lytte til hva den enkelte bruker mener gir livet mening og innhold (Borg og Topor, 2009). Recovery handler om at veien mot å oppleve mestring i livet skjer hele tiden, hvor både planlagte og tilfeldige hendelser er av betydning. Dette gjelder også hos mennesker med schizofreni diagnosen (Ibid).

3.3.1. Mestring, tro og håp

Begrepet mestring brukes for å beskrive menneskets tanker og handlinger i møte med problemer i livet. Psykologen Richard Lazarus (1922-2002) forsket mye på stress, mestring og følelser. Han var interessert i indre og ytre prosesser knyttet til mestring. Han mente mestring kan defineres på denne måten som:

«Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger ens ressurser» (Lazarus og Folkman, 1984, gjengitt i Haugan og Rannestad, 2014:87).

Litteraturen skiller mellom de tre aspektene: mestring som personlighetstrekk, mestring som prosess og mestring som følge av lært positiv responsforventning. Mestring innebærer en positiv holdning til egne evner og en tro på og et håp om at en kan håndtere utfordringer uavhengig av handlingsstrategi (Haugan og Rannestad, 2014). Dette viser hvor viktig det er å holde håpet levende hos alle brukerne. Håp gir glede. Det å være motivator å gi håp til mennesker som ikke klarer å opprettholde det selv er en viktig oppgave for hjelperen (Borg og Topor, 2009). En diagnose kan forsterke menneskets følelse av å være annerledes. (Volden i Almvik og Borge, 2014). At fagfolk har eget toalett som ikke brukerne har tilgang til kan gi et hint om at det er forskjell på de som er på utsiden og de som er på innsiden (Ibid). Å kjenne på det å være annerledes mener jeg kan påvirke håpet i negativ retning.

Helsemyndigheten har tydeliggjort at mennesker må ta ansvar for egen helse. Som et ledd i dette er opplæring av brukere blitt en lovfestet oppgave innen psykisk helsearbeid. Å bli satt krav og forventninger til styrker selvrespekten og mestringsevnen for brukerne og vil ha terapeutisk effekt (Almvik og Borge, 2014). Håp er en ressurs som kan bidra positivt for at mennesker «holder ut» i vanskelige situasjoner. Håp er et komplett sett av tanker, følelser og handlinger som stadig endres og er en sentral komponent i begrepet mestring (Haugan og Rannestad, 2014).

3.3.2. Brukeren som viktigste aktør

I Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, står det at brukerne har rett til å medvirke i egen behandling, og at tjenestene har plikt til å involvere brukere i behandling og valg av tjenestetilbud (www.lovdata.no). Reell brukermedvirkning innebærer at brukerne deltar i beslutningsprosesser slik at brukerens oppfatninger, erfaringer, ønsker og behov legges til grunn for tjenestetilbudet (Trandem mfl., 2014). Den sterkeste formen for brukermedvirkning er brukerstyring. Her har brukerne selvbestemmelse i alle faser av samhandlingen og behandlingen blir gitt på brukerens premisser. Brukerstyring innebærer at hjelperens innflytelse og kontroll blir redusert til fordel for brukerens egen makt, ansvar og kontroll. Dette anerkjenner at brukeren er ekspert på eget liv (Hopfenbeck mfl., 2014). Å involvere brukerens kompetanse er avgjørende for at brukerens ressurser, mestringsevne og håp om et god liv bevares og styrkes (Trandem mfl., 2014).

Brukermedvirkning innebærer ikke at helsepersonell kan fraskrive seg sitt faglige ansvar. Brukerens erfaringskunnskap må vurderes opp mot fagpersonens ekspertkunnskap (Haugan og Rannestad, 2014). Brukermedvirkning handler om å endre synet på psykiske lidelser og om avstigmatisering (Herheim og Langholm, 2010). Noen psykiske lidelser som for eksempel schizofreni er mer stigmatiserende enn andre psykiske lidelser. Stigmatiseringen påvirker brukerens selvoppfatning og kan innvirke på relasjonen mellom bruker og tjenesteutøver (Trandem mfl., 2014).

3.3.3. Recoveryorientert praksis

Tilfriskning eller bedring skjer innenfra ved at brukeren setter målene for sine liv (Almvik og Borge, 2014). Historisk har det vært lite interesse og anerkjennelse av brukernes synspunkter på hva som hjelper (Borg og Topor, 2009). I de senere årene har det kommet mye litteratur, både internasjonalt og nasjonalt som sier noe om hvordan brukerne mener hjelperen kan bidra slik at brukerne opplever mestring. Her kommer det tydelig fram at brukerne ønsker at fagfolk

skal redusere sitt fokus på symptomer og sykdom. Brukerne har et ønske om at hjelperen stimulerer den enkelte til å få kontroll over eget liv i slik at vedkommende opplever god psykisk helse og velvære (Slade, 2013).

3.4. Psykisk helsearbeid

I dag er de store institusjonene nedbygd og de fleste med en schizofrenidiagnose bor i kommunene. Den sykdomsfokuserte behandlingen passer mindre i denne konteksten (Topor, 2009). Oppbyggingen av psykisk helsetjenester i kommunene har bidratt til at mennesker med alvorlig psykisk lidelse får muligheter til oppfølging og praktisk bistand (Dahl og Aarre, 2012).

Selve ryggraden i arbeidet er å bidra til at mennesker med psykisk lidelser opplever å få hjelp knyttet til håp om en bedre framtid (Lemvik, 2006). Psykiske helsetjenester legger vekt på individuelle bedringsprosesser med utgangspunkt i individets egne målsettinger (Ibid).

Ovenfor mennesker vil hovedfokuset i psykisk helsearbeid være å forhindre tilleggsproblemer og fremme individets vei mot bedring og mestring (Trandem mfl., 2014).

Noen mennesker med schizofreni vil ha nytte av at tjenestene innebærer kontinuitet.

Kontinuiteten vil bidra til å dekke brukerens behov for trygghet og forutsigbarhet (Ibid). Slik sett vil kommunens arbeid innen psykisk helse dreie seg om å etablere oppsøkende tjenester på brukerens arena (Ibid). Til tross for gode intensjoner med å etablere tjenester der mennesker bor, er det fortsatt mange brukere som har negative erfaringer med helse- og omsorgstjenester (Almvik og Borge, 2014). Alan Topor (2009) mener dette handler om at holdninger og handlinger basert på medisinske perspektivet er forflyttet ut i kommunene.

3.4.1. Profesjonell kompetanse

Begrepet profesjonell brukes både om yrkesutøvelse og til å uttrykke handlingens kvalitet. I dagens samfunn er det forbindelse mellom å «være profesjonell» og det å være kompetent (Skau, 2012). Flere undersøkelser fra psykoterapi feltet viser at yrkesutøverens være måte er av betydning for behandlingsresultatet (Røkenes og Hansen, 2012). I ulike undersøkelser kommer det fram at brukere i over 70% av vellykkete behandlinger, trekker fram terapeutens personlighet som viktig (Ibid). Skau (2012) skriver at den samlede profesjonelle kompetanse består av aspektene:

- Teoretisk kompetanse
- Yrkesspesifikke ferdigheter
- Personlig kompetanse

Sammen utgjør kompetansene en helhet ved at de påvirker og er avhengig av hverandre. I ulike jobbsituasjoner kan den ene aspektet være mer framtredd enn de andre (Ibid). Teoretisk kompetanse er faktakunnskapen vi kan lese oss til. Skau (2012) gjør oppmerksom på at teoretisk kunnskap har lett for å bli utdatert eller glemt. Det andre aspektet er yrkesspesifikke ferdigheter. Denne ferdigheten handler om teknikker, metoder og praktiske handlinger som hører til utøvelsen av yrket. Vår personlige kompetanse er individuell og består av våre verdier, holdninger og erfaringer. Det er måten vi er på, både ovenfor oss selv og i relasjonen med andre. Den personlige kompetansen er ikke noe vi kan lese oss til. Det er noe vi utvikler i relasjoner med andre mennesker (Ibid). Vernepleierutdanningen vektlegger utvikling av mellommenneskelige kvaliteter som kommunikasjon og relasjon. I følge Skau innebærer den samlede profesjonelle kompetansen å bruke både hodet, hjerte og hendene i yrkesutøvelsen, samt at en er bevisst sine grenser, sine muligheter og utvikling (Skau, 2012).

3.4.2. Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra latin og betyr «å ha felles». I relasjon mellom mennesker er kommunikasjon en forutsetning for fellesskap og samhandling, enten det dreier seg om samtale, samvær eller samforståelse. Virkemidler i relasjon er altså kommunikasjon (Hummelvoll, 2012). Profesjonell kommunikasjon er ikke helt det samme som kommunikasjon i dagliglivet. Begrepet profesjonell kommer fra det latinske ordet for yrke og denne kommunikasjonsformen er basert på yrkets verdigrunnlag. Profesjonell kommunikasjon skal ivareta brukerens ønsker og behov (Eide og Eide, 2004). Evnen til aktiv lytting er en viktig ferdighet i profesjonell kommunikasjon. Aktiv lytting handler om å være nysgjerrig og gi brukeren full oppmerksomhet. I dette arbeidet er det vanlig å skille ut to ferdigheter, de verbale og de nonverbale. De verbale handler om å stille spørsmål og oppmuntre til videre kommunikasjon, mens nonverbal kommunikasjon handler om øye kontakt, kroppsholdning og fysisk berøring (Eide og Eide, 2008). Empati er evnen til å lytte, sette seg inn i og forstå brukerens følelser og reaksjoner. Kohut mfl. (1981) mener at empati er en forutsetning for god hjelp generelt og for profesjonell hjelpende kommunikasjon. Empati handler om innlevelse og forståelse, men denne kunnskapen er verdiløs om den ikke blir tatt i bruk som en viktig kommunikasjonsform som grunnlag for samhandling (Ibid). En blir aldri utlært innen profesjonell kommunikasjon. Det er en livslang utvikling og læringsprosess (Skau, 2012).

3.4.3. Relasjoner

Begrepet relasjon stammer fra det latinske ordet *relatio* som viser til et forhold mellom gjenstander (Eide og Eide, 2008). I denne oppgaven handler relasjonen om forholdet mellom mennesker. Hvordan partene opplever relasjonen vil påvirke samhandlingen og en hjelperelasjon kan med fordel bestå av dimensjonene likeverd, samarbeid og annerkjennelse (Karlson og Borg, 2013). Berner et al. (1993) mener at «relasjonen bærer hjelpen», og at «relasjonen er hjelpen» (Hummelvold, 2012).

Likheten i relasjonen blir en bro mellom den «avvikende» og den «normale» (Topor, 2009). Relasjonen skal være en bro som brukeren kan spasere på og oppdage at den normale og den avvikende verden kan møtes (Ibid). Søren Kirkegard har brukt følgende ord for å vise kompleksiteten og enkelheten i begrepet relasjonskompetanse:

«At man, naar det i sannhet skal lykkes en i at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremst må passe på at finde han der, hvor han er, og begynne der. Dette er hemmeligheten ved all hjelpekunst» (Røkenes og Hansen, 2006:155).

Forskning viser at mesteparten av effekten av bedring hos brukerne skyldes uspesifikke faktorer og ikke spesielle behandlingsformer. Det innebærer at mye behandlingsbedring skyldes den terapeutiske relasjonen (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009). Mye tyder på at fagpersonens evne til å lytte, til å forstå og til å skape en god arbeidsallianse er avgjørende for å yte god hjelp og til å motivere brukerne mot ønsket forandring og utvikling (Eide og Eide, 2008). Her trekker brukerne fram nytten av å bli møtt med optimisme og engasjement. Empatiske og omsorgsfulle terapeuter har gode resultater uansett terapiform. (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009). De som strever med schizofreni beskrives ofte å ha svekket evne til å etablere relasjoner (Borg og Topor, 2009).

I veilederen «Sammen om, mestring» står det at samhandlingsalliansen mellom bruker og tjenesteutøver bør vektlegge en god relasjon som er preget av tilgjengelighet, kontinuitet og individuell tilpasning (Trandem mfl., 2014).

4. FUNN OG DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg drøfte og belyse oppgavens problemstilling med utgangspunkt i teori, funn i forskningsartikler, og egen praksiserfaring.

«Hvilken betydning har relasjonen mellom bruker og hjelper for mestring i hverdagen hos mennesker med schizofreni?».

Drøftingsdelen har jeg valgt å dele opp i to hoveddeler. I den første delen vil jeg drøfte hvordan vernepleieren kan bidra positivt i brukerens opplevelse av å leve med en schizofrenidiagnose. Den andre delen vil jeg drøfte nærmere viktigheten av å bygge relasjoner preget tillit og trygghet mellom bruker og hjelper. Målet med drøftinga er å avklare nærmere om brukt litteratur, forskningsartikler viser at vernepleierfaglig arbeid kan bidra til at mennesker med schizofrenidiagnosen opplever mestring.

4.1. Opplevelse av sykdom

Funnene i artikkelen til Marit Borg (2009) viser at mange brukere opplever schizofrenirollen som ubehagelig og krenkende. Flere hadde opplevde en rekke situasjoner hvor de ble satt i gruppen «de schizofrene». Jeg mener at slike opplevelser reduserer mennesket til et kasus hvor den enkeltes individualitet utelates.

«Det ble verre for meg, inni meg. Jeg følte at de som er schizofren ikke har noe å tilby samfunnet. De er bare syke» - Mette (Holte og Rognmo, 2009).

Artikkelen til Årseth og Johannessen (2013) synliggjør at mange brukere hadde opplevd at helsepersonell la hovedvekt på deres diagnose fremfor å se dem som helt menneske.

4.1.1. Hvor er feilen?

Tradisjonelt har psykiatrisk litteratur hatt fokus på symptomer og funksjonssvikt, slik det observeres av andre. Innen psykisk helse er «feilen» ofte vanskelig å definere og langt verre å reparere (Pedersen i Almvik og Borge, 2014). Dette handler mye om at ingen mennesker opplever sin schizofreni eller livet på samme måte.

Det er knyttet mange myter, tabuer og fordommer til det å være psykisk syk. Mange brukere forteller om håpløsheten som følger med diagnosen. De ser drømmer om utdanning, jobb, kjæreste, og et spennende liv bli knust (Ibid). Håpløsheten kan føre til at mange schizofrene erfarer at rollen som syk og hjelpetrengende tar eller får mye plass (Lauveng, 2008). Jeg

mener at slike opplevelser bidrar til å redusere mennesket til et kasus hvor den enkeltes individualitet forblir usett og dine resurser blir utelatt.

«Jeg ser på meg selv på den gode, gamle måten som jeg alltid har gjort» -Jonas (Holte og Rognmo, 2009).

Blir du ikke sett, bekreftet og akseptert som det mennesket du er, kan det føre til at din status som medborger blir svekket. Slike forståelser kan bidra til å forklare hvorfor mange schizofrene kjenner seg stemplet som annenrangsborgere (Sommer mfl., 2013). Slike tanker om seg selv kan føre til at brukerne mister håpet om å leve et meningsfullt liv. Mister brukeren håpet, mener jeg det kan føre til at mulighetene til bedring reduseres.

4.1.2. Alminnelig samfunnsborger

Mye av litteraturen jeg har brukt i oppgaven viser at mennesker med schizofreni vil være «normale» og «vanlige» som «folk» flest. De vil være en alminnelig samfunnsborger og opprettholde sine roller og posisjoner. Av den grunn er det positivt å se at helsepolitiske føringer legger opp til at brukerne skal få mer innflytelse og bli møtt som den «viktigste aktøren» (Trandem mfl., 2014).

I litteraturen beskrives schizofrenidiagnosen som kronisk med pessimistiske framtidsutsikter (Pedersen i Almvik og Borge, 2014). Slike pessimistiske oppfatninger hos hjelperne kan føre til at all adferden til brukeren kan tolkes som symptomer og sykdom. Frith (1987) har argumenterte for at mange av symptomene på schizofreni handler om «manglende evne til å se seg selv som et handlende menneske». Vi vet at mennesker med schizofreni har både negative og positive symptomer. Mange av disse symptomene kan virke skremmende og uforståelig for vernepleieren om vedkommende ikke har kunnskap om sykdommen.

Manglende kunnskap om hva som er «normale» reaksjoner for den enkelte gjør det lettere for fagpersonen å tolke atferden i en kontekstuell sammenheng. Manglende individuell kunnskap kan føre til at brukeren ikke bare har en diagnose, men også er sin diagnose (Pedersen i Almvik og Borge, 2014).

«Diagnosen og sykdommen er blitt en del av meg. Det er hverdagen min. Så på mange måter tenker jeg bare på meg selv som schizofren. Det er sjelden jeg er noe mer enn det. Aldri medmenneske. Aldri kompis. I mine øyne er jeg bare pasient». –Kurt (Holte og Rognmo, 2009).

Dette utsagnet opplever jeg trist og meningsløst. Mange schizofrene sliter med å godta egne tanker, indre samtaler, og åpne eller skjulte handlinger (Rund, 2008). Hvordan kan brukeren bygge opp en positiv oppfatning om seg selv? Umiddelbart tenker jeg at vernepleierens holdninger og handlinger er av betydning. Jeg vet selv at har jeg utfordringer med å godta meg selv som person, setter jeg stor pris på positiv bekreftelse og oppbakking fra omverden. Det innebærer en tanke om at alvorlige syke mennesker, som alle andre lærer hvem de er og hva de er gjennom respons og kontakte fra andre. De andre i denne sammenhengen kan blant annet være en fagperson. Dersom hjelperen ikke aksepterende den enkelte som vedkommende er, kan det forsterke opplevelse av å være sin diagnose. I dag vet vi at mennesker med schizofreni kommer seg med eller uten behandling, derfor mener jeg det er direkte meningsløst å møte brukerne med pessimisme (Trandem mfl., 2014).

4.1.3. Kan diagnosen gi svar?

Ikke alle mennesker opplever det å få en diagnose som utfordrende og vanskelig. Diagnosen kan gi svar, si noe om årsaken og hvilken behandling brukeren vil få tilbud om. Det innebærer at den på noen områder gir beskyttelse, forutsigbarhet og selvforståelse.

«Jeg fikk mer forståelse av sykdommen og hva det var. Jeg lærte meg selv bedre å kjenne. Hvis jeg ikke hadde fått diagnosen, så hadde jeg ikke visst hvor jeg skulle plasserer meg selv på kartet» -Herman- (Holte og Rognmo, 2009).

I tillegg vil diagnosen gi fagfolk informasjon og kunnskap rundt hvordan de skal samhandle og hva de kan forvente av brukeren. Mange schizofrene vil ha behov for å bruke medisiner. Medisinene reduserer symptomer på sykdom og kan bidra til økt mestring i hverdagen. Utover at vernepleieren skal observere virkning og bivirkning på medisiner skal fagpersonen ha kunnskap om at brukeren i perioder kan av ulike grunner oppleve økt sykdomsutvikling. Under slike perioder vil brukeren ha større behov for oppsøkende tjenester. Psykosen kan føre til at brukeren ikke ser eget behov for hjelp. Ved at hjelpen gis på brukerens arena. Det vil føre til at brukeren «lettere» kan formidle egne behov. Denne tryggheten og forutsigbarheten mener jeg kan redusere brukerens indre ideer om at «virkeligheten er mindre vesentlig». Tilgjengelighet og holdning om «brukeren er viktigste aktør» opplever jeg som sentralt om vernepleieren skal bidra til at brukeren etablerer nye erfaringer og ny forståelse av seg selv. Målet må være at brukeren får en opplevelse av å være en borger med like rettigheter som alle

andre. Ved å etablere slike tanker vil brukeren få mer mot til å utfordre livets muligheter og oppleve mestring i hverdagen.

I dagens samfunn er diagnoser inngangsporten til økonomiske støtteordninger. Av den grunn gir diagnosen rettigheter, noe jeg tenker er helt nødvendig for at brukerne skal oppleve økonomisk trygghet (Pedersen i Almvik og Borge, 2014).

4.2. Relasjonens betydning og innhold

I psykisk helsearbeid må vernepleieren ta i bruk sin relasjonskompetanse i kombinasjon med gode kommunikasjonsevner, samarbeidsevner og evnen til empati. Som tidligere nevnt har hjelperens evne til å skape god relasjon stor betydning for behandlingsresultatet (Eide og Eide, 2008). Av den er grunn vektlegger recovery-kunnskap relasjonen mellom brukeren og hjelperen (Pedersen i Almvik og Borge, 2014). Men hva kjennetegner en god relasjon? Etter å ha jobbet med oppgaven har jeg valgt å konsentrere videre drøfting rundt viktigheten av å bygge relasjoner preget tillit, god balanse mellom nærhet og avstand og betydningen av å se brukeren som eksperten i samhandlingen.

4.2.1. Ydmykhet, tillit og det lille ekstra

Under praksis opplevde jeg situasjoner hvor jeg kjente på «hjelpeløshet». Recoveryorientert praksis handler for meg om å omsette «hjelpeløsheten» til ydmykhet. Det ligger mye respekt i det å være ydmyk. Gjennom ydmykhet vil brukeren oppleve at jeg fortsatt har mye å lære. Som hjelper blir vi aldri ferdigutlært. Likevel bør vernepleieren i samhandlingen med brukeren ha et trygt bilde av seg selv som fagperson (Skau, 2012). Opplevelsen av å være nyttig og til hjelp skaper engasjement, arbeidslyst og motivasjon. Dette er innstillinger brukerne setter stor pris på hos vernepleieren (Topor, 2006). Her mener jeg at fagfolk har en vei og gå. Ensidig tro på faget og profesjonsutøverens rolle har ført til liten interesse om hva brukeren mener er til god hjelp og støtte (Lemvik, 2006).

Det finnes ingen enkel vei til det å gi god hjelp uten å bli kjent med brukerens unike historie og hvordan den oppleves og forstås (Pedersen i Almvik og Borge, 2014).

«Det er så stor forskjell på oss. Det er vanskelig å tro at jeg bare er helt syk, at jeg er schizofren. Jeg er jo ikke fjern fra verden. Jeg er jo her i verden og fungerer. Det er bare det at jeg er litt svekket» - Gunhild (Holte og Rognmo, 2009).

Recoveryforskning viser nødvendigheten av å ha en individuell tilnærming til den enkelte bruker. Mennesker med schizofreni er like forskjellige som alle andre mennesker. De opplever og forstår livene og symptomene sine ulikt (Pedersen i Almvik og Borge, 2014). Som vernepleier har jeg kunnskap og ferdigheter knyttet til å bygge relasjoner. Dette er ferdigheter som vil være nyttige når jeg skal gjøre meg fortjent brukerens tillit (www.fo.no). Jeg har tidligere gjort rede for at mange schizofrene sliter med å stole på andre mennesker. Dette innebærer at vernepleieren må legge stor innsats i relasjonsarbeidet (Hummelvold, 2012). I arbeidet må vernepleieren innta en aktiv rolle, være empatisk og ha fokus på brukerens håp og drømmer (Pedersen i Almvik og Borge, 2014).

«Det som betydde veldig mye under formidlingen til meg, var at det ble formidlet at her er det masse håp» - Karianne (Holte og Rognmo, 2009).

Ettersom mennesker med schizofreni kan være avisende, er det av betydning at vernepleieren ikke gir opp relasjonsbygginga. Det og ikke gi opp handler om å ta ansvar for at det opparbeides et samarbeid. Her må vernepleieren tåle å bli avvist selv om dette kan påvirke opplevelsen av å være en god fagperson. Hensikten med psykisk helsearbeid er å bidra til at mennesker med psykiske lidelser mestrer livet. Dersom brukeren ikke makter å nyttiggjøre seg hjelpa mener jeg det er viktig at vernepleieren vektlegger kreativitet, kontinuitet og tilgjengelighet. Tjenester med fokus på kontinuitet og tilgjengelighet har ofte et oppsøkende fokus og en ressursorientert tilnærming (Dahl og Aarre, 2012). Under praksis erfarte jeg at bruk av SMS var et nyttig virkemiddel for tjenesteyteren å bruke for å komme i kontakt med brukerne. SMS er i dag blitt vanlig kommunikasjonsverktøy som mange brukere har et trygt og naturlig forhold til. Av den grunn blir det ikke dette en unaturlig kommunikasjonsform. I tillegg kan brukeren velge hvordan vedkommende vil forholde seg til meldingen. Oppsøkende tjenester med fokus på kontinuitet og tilgjengelighet kan innebære en fare for at brukerne opplever hjelpen for pågående. Dette må hjelperen være klar over og bringe inn som et tema i relasjonen.

I opplevelsen av god hjelp trekker mange brukere fram fagpersoner som gjør det lille ekstra. Det betyr at brukerne opplever det positivt å bli «forskjellsbehandlet». Dette handler om at fagpersonen gjør noe for brukeren som ikke er forventet (Topor, 2006). Det kan for eksempel være å kjøpe med et brød og litt pålegg til en bruker du vet ikke har penger og mat i kjøleskapet. Slike handlinger kjennetegnes mer i retning av vanlig vennskap. (Pedersen i

Almvik og Borge, 2014). Men blir ikke slike handlinger vurdert som uprofesjonelle? Helt klart tenker jeg at slike handlinger innehar ulike utfordringer. Tåler brukeren nærheten og oppmerksomheten? Vil brukeren slutte og like andre hjelpere? Vil brukeren gradvis kreve mer «forskjellsbehandling»? Det gjøres mange slike handlinger i dagens praksis, men hjelperne snakker ikke om dem i redsel for å bli stemplet som illojal (Lorentzen, 2011) (Topor, 2006).

4.2.2. Nærhet og avstand

Jeg opplevde under min praksis at en bruker ble betatt av meg som person. Vedkommende framsto noe ukritisk, og hadde tydelig utfordringer med å se hvor grensene i samarbeidet gikk. Jeg opplevde dette som utfordrende, noe som førte til at jeg trakk meg litt unna og ble mer tilbakeholden i relasjonen.

Hummelvold (2012) sier at den dynamiske relasjonen mellom nærhet og avstand representerer kjernen i profesjonell kompetanse. Men hvorfor trakk jeg meg unna?

Jeg tenker det handlet mye om usikkerhet og mangl på erfaring og kunnskap om hvor mye støtte og utfordring brukeren tålte. Jeg erfarte at det ligger mye profesjonell kompetanse i det å finne balansepunktet mellom nærhet og avstand. For mye nærhet og støtte kan føre til at brukeren misforstår hensikten med relasjonen. Særlig kan dette være av betydning når vi vet at mennesker med schizofreni kan ha psykotiske forestillinger, dårlig selvbilde og negative erfaringer med tidligere hjelpere (Hummelvold, 2012). I tillegg kan for mye støtte og omsorg bidra til å begrense brukerens mulighet til videreutvikling og i verstefall kan det føre til lært hjelpeløshet (Ibid).

«Jeg vil bli mer selvstendig. Det blir dullet for mye med psykiatriske pasienter. Du kan sløse bort pengene dine. Når sosialkontoret hører at du har den diagnosen, så redder de deg. Du er ikke tilregnelig. Så får du penger likevel» - Johannes (Holte og Rognmo, 2009).

På den andre siden vil stor avstand og lite støtte innebære at brukeren ikke blir sett, hørt og hjulpet godt nok. Under praksis fikk jeg veiledning. Mye av fokuset i veiledninga rettet seg mot samhandling med brukerne. Jeg opplevde veiledninga som positiv og nyttig. Det å sette ord på tanker og opplevelser og få innspill fra andre var viktig særlig med tanke på å finne balansepunktet mellom nærhet og avstand. Denne erfaringen forteller meg at refleksjon over egen rolle som fagperson er viktig når vernepleieren skal bygge bærende relasjoner.

4.2.3. Hvem er ekspertene?

I relasjonsarbeidet må hjelperen ha en holdning om at brukerne er i stand til å ta ansvar og egne valg (Pedersen i Almvik og Borge, 2014). Dersom vi lar det medisinske perspektivet være for dominere kan mennesket oppleve å bli redusert til en passiv tilhører. I det medisinske perspektivet er det en fare for at mennesket reduseres til en passiv tilskuer. Her er det «ekspertene» og «spesialistene» som stiller spørsmål og finner svar på vegne av brukerne (Skau, 2012). Det innebærer at fokuset er på brukerens sårbarhet og funksjonshemming og ikke på ressurser og muligheter. Som vernepleiere har vi både helse- og sosialfaglig kompetanse. Det innebærer at vi har kunnskap både om diagnoser og evnen til å se menneskets ressurser og muligheter «bak» diagnosen.

En metafor kan være blomsten som spirer. Selv om gartneren gir blomsten gode vekstforhold (lys, vann, temperatur, næring), må blomsten vokse av egen kraft. Eller den dør for vekstbetingelser mangler (Pedersen i Almvik og Borge, 2014). Denne metaforen kan hjelpe oss et stykke på vei. Frøet har ingen tanker, følelser og drømmer, men det har mennesket. Det forteller meg at vernepleieren ikke kan få mennesker til å utvikle seg om de ikke ønsker å «gro». Men hvordan skal vernepleieren bidra til at brukeren kan vokse og gro?

I recoveryorientert praksis tenkes det at brukeren er ekspert på seg selv, i kraft av sine erfaringer, drømmer og håp om et godt liv (Slade, 2013). Mennesket har en fundamental trang til å være ekspert på egne opplevelser (Anderson og Karlsson, 2005). Hvis mennesket fratras denne muligheten kan det gi opplevelser av å bli behandlet som en ureflektert ting (Ibid).

«Jeg hadde trengt å høre mer om hvilke muligheter jeg hadde. Hva jeg kunne gjøre med livet mitt. Hva jeg kunne få til. Det hadde vært godt å høre» - Peder (Holte og Rognmo, 2009).

Vernepleieren skal verdsette brukerens bidrag i relasjonen selv om det kan virke urealistisk. Mange mennesker med schizofreni kan ha en annen virkeligoppfatning enn hva som er mest «vanlig». Dette er oppfatninger som kan farge brukerens tanker om seg selv, sitt liv og sine muligheter.

Som fagperson er det min oppgave å ta imot brukerens opplevelser. Jeg har ingen rett til å bedømme dem som feil eller «uvanlige». Likevel har jeg et ansvar for å bidra til at brukeren får muligheten til og reflekterer over betydningen av sin virkelighetsoppfatning. Hensikten med dette vil være å bidra til at brukerne får kunnskap som vil være av betydning i valg av vei mot å oppleve mestring i hverdagen.

Vi vet i dag at mange schizofreni mangler kunnskap både om seg selv, sine muligheter og hvordan samfunnet fungerer (Steinsbekk mfl., 2013). Kunnskap og informasjon må gis både når brukeren ber om det og når vernepleieren opplever det som relevant. Oppsøkende tjenester på brukerens arena mener jeg gir vernepleieren et bilde av hvilken kunnskap brukeren vil ha nytte av. Samhandlingen i brukerens kontekst gjør det enklere for vernepleieren å tilpasse språket og kunnskapen.

Ikke alle brukerne vet hva de trenger av kunnskap. Mange ble syke tidlig i livet og har av den grunn mistet mye av muligheten til å tilegne seg kunnskap på samme måte som mange andre. Men vernepleieren må være klar over at mange brukere opplever en fremmedgjøring i det profesjonelle språket, noe som innebærer at vernepleieren i sin kunnskapsformidling må bruke ord som brukeren forstår (Pedersen i Almvik og Borge, 2014). En nysyk schizofren trenger en helt annen kunnskap enn en som har hatt diagnosen i noen år. Særlig etterlyser brukerne informasjon om diagnose, medisin og bivirkninger og rettigheter. Mange brukere opplever at slik informasjon ofte blir gitt noe usystematisk (Steinsbekk mfl., 2013).

«Jeg tror at betydningen av å kjenne diagnosen og sykdommen sin er undervurdert blant fagfolk. Jeg har fått mer innsikt i og lært meg å leve med sykdommen. Jeg vet hva som fungerer og hva jeg skal passe meg for. Jeg er mer bevisst på hva som skjer og kan be om hjelp når jeg trenger det» - Hedda. (Holte og Rognmo, 2009).

Men hvordan skal vernepleieren forholde seg til brukere som ikke tar i bruk kunnskapen? Et sentralt punkt i recovery er at brukerne skal gjenerobre sitt liv (Borg og Karlson, 2013). Det innebærer en tanke om at menneske må ta ansvar for eget liv. Opplevelse av mening og mestring kan ikke kjøpes eller skapes av andre. Det forteller meg at mennesker må ta ansvar dersom livet deres skal oppleves meningsfullt. Alle mennesker har en grunnleggende forståelse av seg selv. Denne forståelsen er av betydning for hvordan en skaper sitt liv (Skau, 2012). Gjennom sin måte å opptre på som person kan fagpersonen bidra til å forsterke eller svekke brukerens opplevelse av seg selv (Ibid). Men hvem kan være ekspert på en annen persons liv? Skal brukeren etablere kontroll over eget liv, mener jeg det er viktig og flytte makt fra den profesjonelle til brukeren. En slik makt forflytting mener jeg kan bidra til at brukeren får økt selvtilit, ferdigheter, kunnskaper og mulighet til å trene på ulike ferdigheter (Askheim og Starrin, 2003). Denne innsikten vil lettere avdekke hindringer mot vekst, utvikling og selvrealiseringer (Ibid). Menneskelig utvikling er ingen rettlinjet vei. Livet og dets utfordringer varierer fra dag til dag. Det innebærer at brukerne må få tid og mulighet for

å trene med å ta i bruk den kunnskapen som vernepleieren har formidlet. I dette arbeidet mener jeg det er viktig at fagpersonen har tro på og et håp om at brukeren kan og får mot og lyst til å utfordre livets muligheter (Topor, 2006).

«Jeg tror man kan bli frisk ved å ha en positiv innstilling og ved å fine konstruktive veier som er best for en selv» - Steinar (Holte og Rognmo, 2009).

Å la brukerne legge føring for oppfølgingen handler ikke om at fagpersonen skal gjøre seg til en utydelig og unnfallende «tjener» som lar seg «diktere» av alle ønskene og kravene til brukerne (Skau, 2012). En utfordring for vernepleieren i dette arbeidet er å utvikle kunnskap og forståelse av forskjellen mellom konstruktiv omsorg og destruktiv ansvarsovertakelse (Ibid).

5. AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg sett på problemstillingen: *«hvilken betydning har relasjonen mellom bruker og hjelper for mestring i hverdagen hos mennesker med schizofreni?»*.

Problemstillingen ble valgt med ønske om mer kunnskap om schizofreni og viktigheten av vernepleierens holdninger i relasjonsarbeidet.

Forskning viser at mennesker med schizofreni på ulike måter finner egne veier til et tilfredsstillende liv. Her kommer det tydelig fram at brukerne ønsker at hjelpen skal ha individuelt fokus på forhold som gjelder hele livet. Det innebærer en forståelse av at mennesker med schizofreni har allmennmenneskelige behov, og strever som alle andre med å skape seg et godt liv. Gode og nyttige hjelpere må være villig til å ta i bruk hele sin profesjonelle kompetanse. Her er egenskaper som åpenhet, respekt, ydmykhet, likeverdighet, tålmodighet og håp noe som trekkes fram som sentrale elementer (Borg, 2009).

Selv om vernepleiere har et ønske om å framstå med respekt og dyktighet i samarbeidet med brukeren opplever hjelperen stramme tidsrammer og knappe materielle ressurser. Uansett tenker jeg slike faktorer må være et hinder mot at brukerne blir akseptert og møtt som unikt, hardtarbeidende og selvstendig menneske.

Oppgaven har tydeliggjort at brukerne ønsker at vernepleieren skal fokusere mer på hverdagslivet og dets muligheter, men uansett er det viktig å huske at schizofreni er en alvorlige psykisk lidelse. Praksis med fokus på ressurser og mestring skal på ingen måte

erstatte det medisinske perspektivet. Begge forståelsene er gjensidig avhengig av hverandre med brukeren som viktigste aktør.

Funnene i denne oppgaven har synliggjort at vernepleieren har mange ferdigheter og kunnskaper som kan bidra til at mennesker med schizofreni opplever mestring i hverdagen. Jeg vil avslutte med et sitat som fremmer håpet:

«Min sjel er rød nå, før var den sort. Alt er mye enklere nå. Jeg kan puste. Jeg kan ikke forklare det, men jeg kjenner meg glad. Jeg synes godt om meg selv. Jeg har en brennende kjærlighet til livet. Jeg aksepterer livet nå» (Borg og Topor, 2009:13).

LITTERATURLISTE

Aarre, T., F Bugge, P. og Juklestad, S, I (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Almvik, A. og Borge, L. (2014). *Å sette farge på livet*. Bergen: Fagbokforlaget

Andersen, A., J., W. og Karlsson, B. (2005). *Psykisatri i endring*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Andersen, A., J., W. (2008) Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr.2/2008

Askheim, O., P. og Starrin, B. (2010). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Borg, M. (2009). *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr. 5, side 452- 459.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=79458&a=2 Lastet opp: 12.03.2015

Borg, M og Topor, A. (2009). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget

Borg, M., Karlson, B., og Stenhammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser*. Rapport utgitt av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPA). Rolf Ottersen Grafiske AS

Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Oslo: Tano Askhaug

Dahl, A., A. og Aarre, T., F. (2012). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget

Eide, T og Aadland, E (2008). *Etikk håndboka*. Oslo: Kommuneforlaget

Eide, T og Eide, H. (2008). *Kommunikasjon i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv*. Oslo: Universitetsforlaget

Hopfenbeck, M., Donsted, M., Eivik, A. L., Grøneng, H., Nilsen, P. Å., Nysveen, B., Singhofen, M., Økland, G. S., Veen- Nijmeijer, M. V. (2014). *Åpne dialoger i nettverksmøter*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Porsgrunn: Wera AS

Haugan, G og Rannestad (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Latvia: CAPPELEN DAMM AS

Herheim, Å og Langholm, K. (2010). *Psykisk helsearbeid- Teorier og arbeidsmåter*. Oslo: DAMM & SØN AS

Håkonsen, K, M. (2011). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Holte, A og Rognmo, K. (2009) *Livet med schizofreni*. Folkehelseinstituttet. Oslo: Nordberg trykk (www.fhi.no/dokumenter/52fdb0a1b6.pdf) Lastet ned 15.03.15

Johannesen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Jørgensen, H., A. (2002). *Medikamentell behandling av schizofreni*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening nr. 22.

<http://tidsskriftet.no/article/596721> Lastet ned 01.04.2015

Karlson, B. og Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kringelen, E. (2008). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal norsk forlag

Lauveng, A. (2008). *Arbeidsmaur med et gipset hjerte*. Oslo: Universitetsforlaget

Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Linde, S. og Nordlund, I. (2012). *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Lorentzen, P. (2011). *Ansvar og etikk i miljøarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget

Nes, R., B., og Clench- Aas, J. (2011). Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger. Utgitt av: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Oslo: Norbergtrykk AS (www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf) Lastet ned: 03.05.2015

Ness, O., Borg, M. Semb, R., Karlsson, B. (2014). *Walking alongside: collaborative practices in mental health and substance use care*

Rund, B., R. (2008) *Schizofreni*. Stavanger: Hertevig Forlag

Røkenes, O., H. og Hansen, P., H (2012). *Bære eller bryte*. Bergen: Fagbokforlaget

Skau, G., M. (2012) *Gode fagfolk vokser*. Latvia: CAPPELEN DAMM AS

Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery, 2nd edition*, London: Mental Illnes

Snoek, J., E og Engedal, K. (2011). *Psykiatri*. Trondheim: Akribe Forlag

Sommer, M., Strand, M., Borg, M. og Ness, O. (2013). *Medvandrer og hverdagshjelper- Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap*. Tidsskrift for psykiskhelsearbeid nr. 1 side 1-20.

Steinsbekk, A., Westerlund, H., Bjørgen, D, og Rise, B., M. (2013). *Hvordan beskriver brukere av psykiske helse- og sosialtjenester et godt tjenestetilbud?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening nr.50 side 2-5.

Stene, M. (2003). *Vitenskapelig forfatterskap. Hvordan lykkes med skriftlige studentoppgaver*. Oslo: Kalle forlag

Trandem, I., H., Lid, T., G., Loennechen, A., Kielland, T., Sundfør, K., O., Almvik, A., Sælevik, B., Skuteud, A., Meisdalen, T., Waard, R., K., de, Ådnøy, E., Linderøth, L., Gram, B., N. og Ruud, G. (2014) *Sammen om mestring*. Oslo: veileder utgitt av Helsedirektoratet.
Vigrestad, T og Hellanshølen, A, M. (2012). *Åpne samtaler i nettverksmøter*. Oslo: Universitetsforlaget

Årseth, L., A. og Johannessen, B. (2013). *Opplevelse av å få og leve med en psykiatrisk diagnose*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid nr. 1.

www.fo.no

www.fo.no/getfile.php/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/_Om%20vernepleieryrketA5.pdf. Lastet ned 30.04.15

www.Lovdata.no. Lastet ned: 10.05.15

<http://napha.no/multimedia/3181/Kommunale-tiltak-i-psykisk-helsearbeid-2011-komprimert.pdf>.

Lastet ned: 02.03.2015