

# MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH 495    Navn: Ellen Tove Nilssen-Kvalmo

Nord universitet, Fakultetet for sykepleie og helsevitenskap

---

«Oss» og «dem».

-En kvalitativ studie om helsepersonells holdninger til mennesker med psykiske lidelser.

«Us» and «them».

-A qualitative study of health professionals' attitudes towards people with mental

---

Dato:

16.05.2022

Totalt antall sider: 70

## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	i
Forord .....	ii
Sammendrag .....	iii
Abstract .....	iv
1.0 Introduksjon .....	1
1.1 Bakgrunn for valg av fokusområde .....	3
1.2 Studiens formål og problemstilling .....	4
1.3 Begrepsavklaringer .....	4
1.4 Oppgavens disposisjon .....	5
2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning .....	6
2.1 Holdninger .....	6
2.2 Stigmatisering .....	9
Ervin Goffman og hans stigmatiseringsteori .....	10
2.3 Tidligere forskning .....	12
3.0 Metode .....	14
3.1 Valg av metode og vitenskapelig ståsted .....	14
3.2 Datainnsamling .....	15
3.3 Utvalg og rekruttering .....	16
3.4 Gjennomføring av intervju .....	17
3.5 Analyse av intervju .....	17
3.5.1 Tematisk analyse .....	18
3.6 Studiens kvalitet .....	19
3.6.1 Gyldighet og overførbarhet .....	20
3.6.2 Pålitelighet (Reliabilitet) .....	20
3.6.3 Forskerrollen og egen forforståelse .....	21
3.6.4 Forskningsetiske aspekter .....	21
4.0 Presentasjon av funn .....	23
4.1 Helsepersonells språk .....	23
4.2 Helsepersonells tanker om egne holdninger til mennesker med psykiske lidelser .....	25
4.3 Helsepersonells tanker om andre profesjonsgruppers holdninger .....	28
4.4 Helsepersonells tanker om brukers selvbestemmelse .....	30
4.5 Oppsummering av hovedfunn .....	32
5.0 Diskusjon .....	33
5.1 Helsepersonells språk vekker bekymring .....	33
5.2 Helsepersonells holdninger til mennesker med psykiske lidelser .....	36
5.3 Helsepersonells tanker om andre profesjonsgrupper .....	41
5.4 Helsepersonells bruk av grensesetting .....	43
5.5 Styrker og svakheter ved studien .....	45
5.5.1 Styrker ved studien .....	45
5.5.2 Svakheter ved studien .....	46
5.6 Fremtidig og videre forskning .....	47
6.0 Konklusjon og implikasjoner i psykisk helsearbeid .....	47
6.1 Konklusjon .....	48
6.2 Implikasjoner i psykisk helsearbeid .....	48
Litteraturliste .....	49
Vedlegg .....	56

## **Forord**

Det har vært lærerikt og berikende å få anledning til å fordype seg i et så viktig fokusområde som har satt sine spor i meg helt siden begynnelsen av sykepleiestudiet i 2010.

Først og fremst vil jeg takke mine informanter for at dere stilte opp i intervju og delte deres tanker og erfaringer. Jeg er ydmyk ovenfor tilliten dere viste meg, noe som jeg håper kommer frem i arbeidet. Uten deres historier og kunnskaper hadde ikke denne oppgaven vært mulig. Tusen takk til alle seks!

Så vil jeg takke mine veiledere for gode råd, tålmodighet og enestående veiledning. Tusen takk!

En særskilt takk til min mann Marius og mine døtre, som har holdt ut med meg og vært støttende i et hav av opp- og nedturer.

Tusen takk!

Porsgrunn, mai 2022

Ellen Tove Nilssen-Kvalmo

## **Sammendrag**

**Bakgrunn og hensikt:** Mennesker med psykiske lidelser erfarer negative holdninger og stigmatisering fra helsepersonell innenfor psykisk helsearbeid. Studiens hensikten er å undersøke helsepersonells holdninger omkring mennesker med psykiske lidelser.

**Forskningsspørsmål:** *På hvilken måte uttrykkes helsepersonells holdninger gjennom deres tanker om profesjonsutøvelse og omtaler om mennesker med psykisk lidelser?*

**Metode:** Kvalitativ forskningsstudie hvor materialet er innhentet fra seks semistrukturerte dybdeintervju, analysert gjennom tematisk analyse inspirert av Braun & Clarke (2006).

**Resultat:** Hovedfunn i studien er (1) Helsepersonells språk; Gjennom språk og uttrykk kan det virke som helsepersonell besitter ugunstige holdninger som kan oppleves stigmatiserende. (2) Helsepersonells tanker om egne holdninger; Organisering og ressursbruk, samt utfordrende psykiske diagnoser, kan medvirke til negative holdninger. Kunnskap om mennesket bak diagnosen, refleksjoner og jobberfaring kan redusere negative holdninger. (3) Helsepersonells tanker om andre profesjonsgruppers holdninger; Negative holdninger, fordommer og stigmatisering forekommer hos profesjoner med mindre brukerkompetanse og praksiserfaring. (4) Helsepersonells tanker om brukers selvbestemmelse; Å miste makten over brukerne, samt opplevelser av frustrasjon og håpløshet over brukers valg, bidrar til situasjoner med skjult tvang.

**Konklusjon:** Funn fra studien viser at informantene besitter kunnskap, jobberfaring og refleksjoner som kan kobles til hensiktsmessige holdninger i deres profesjonsutøvelse. Tilegnelse av taus- og formell kunnskap, samt evnen til kritisk selvrefleksjon og selvaksept, ansees som betydningsfullt. Studien peker på utfordringer relatert til helsepersonells språkbruk, kritiske betraktninger rundt organisering, profesjonssamhandling og aspekter knyttet til fordommer mot diagnoser, samt etiske dilemmaer rundt brukers selvbestemmelse, som kan assosieres til opplevelser av negative holdninger.

**Nøkkelord:** Helsepersonell, holdninger, stigmatisering, tematisk analyse, psykisk lidelse

## **Abstract**

**Background and purpose:** Background and purpose: People with mental illness experience negative attitudes and stigmatization from health professionals within mental health work. The purpose of the study is to examine health professionals' attitudes towards people with mental illness.

**Research question:** *In what way are the attitudes of health professionals expressed through their thoughts on the practice of the profession and mentions people with mental illness?*

**Method:** Qualitative research study where the material is obtained from six semi-structured in-depth interviews, analyzed through thematic analysis inspired by Braun & Clarke (2006).

**Results:** Result: The main findings of the study are (1) The language of healthcare professionals; Through language and expression, it may seem that health professionals possess unfavorable attitudes that can be perceived as stigmatizing. (2) Healthcare professionals' thoughts about their own attitudes; Organization and use of resources, as well as challenging mental diagnoses, can contribute to negative attitudes. Knowledge of the person behind the diagnosis, reflections and work experience can reduce negative attitudes. (3) Health professionals' thoughts on the attitudes of other professional groups; Negative attitudes, prejudices and stigmatization occur in professions with less user competence and practice experience. (4) Healthcare professionals' thoughts on user self-determination; Losing power over users, as well as experiences of frustration and hopelessness over user choices, contribute to situations of covert coercion.

**Conclusion:** Findings from the study show that the informants possess knowledge, work experience and reflections that can be linked to appropriate attitudes in their professional practice. Acquisition of tacit and formal knowledge, as well as the ability for critical self-reflection and self-acceptance, is considered significant. At the same time, the study points to challenges related to health professionals' language use, critical considerations about organization, professional interaction and aspects related to prejudices against diagnoses, as well as ethical dilemmas around user self-determination, which can be associated with experiences of negative attitudes.

**Key words:** Healthcare professionals, attitudes, stigma, thematic analysis, mental illness

## 1.0 Introduksjon

Livet byr på opp- og nedturer, hvor livsbelastninger og bekymringer kan medføre psykiske utfordringer og lidelser. Psykiske lidelser er en viktig årsak til helsetap gjennom livet. Det anslås at rundt 16-22 prosent (1 av 5) av den voksne befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av en ett-årsperiode, og de fleste langtids-studier konkluderer med at forekomsten er relativt stabil (Reneflot et al., 2018). De vanligste psykiske lidelsene er angst, depresjon og rusbrukslidelse (Folkehelseinstituttet, 2018).

Helse- og omsorgsdepartementets hovedmål i nasjonal helse og sykehusplan 2016-2019 omhandler å styrke pasienten ved å fremme uavhengighet, selvstendighet og mestring av eget liv (Meld. St. 11 (2015-2016), s. 28-30). *Verdier i pasientens helsetjeneste: Melding om prioritering* presiserer at «regjeringens mål er å skape en helsetjeneste der alle skal ha trygghet for å få hjelp når de trenger det, bli ivaretatt og informert, oppleve å ha innflytelse, påvirkning og ha makt over egne valg» (Meld. St. 34 (2015-2016), s. 3). Menneskets egenverdi og målet om en likeverdig tilgang til helsetjenester fremmes i samme stortingsmelding:

Hvert enkelt menneske har en ukrenkelig egenverdi uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet.

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til helsetjenester (Meld. St. 34 (2015-2016) s. 11).

Pasienter skal ha rett til, og skal settes i stand til, å være med å velge forsvarlige og prioriterte undersøkelser og behandlinger. Pasienter som står overfor vanskelige avveininger og beslutninger, må føle seg ivaretatt, informert og myndiggjort. Den enkelte pasient vet selv best hvordan hun eller han vil leve sitt liv, og vet selv hvilke hensyn som bør vektlegges i valg mellom ulike behandlinger (Meld. St. 34 (2015-2016), s. 3).

Ifølge Gullslett et al. (2014) sin studie om menneskers opplevelser av stigmatisering har vi et stykke igjen før Helse- og omsorgsdepartementets mål holder stand i psykiske helsetjenester, da studien viser at brukere opplever stigmatisering fra helsepersonell. Intervjuene utført i studien avdekker deltakernes opplevelser av neglisjering og ikke bli tatt på alvor av helsepersonell. Dette blir styrket av Aarre og Dahl (2018), som påpeker at stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser har lange historiske røtter. Holdninger til mennesker med psykiske lidelser har opp gjennom tiden endret seg i takt med økt faglig kunnskap, men

stigmatisering forekommer fortsatt i dagens norske samfunn – både blant befolkningen generelt og helsepersonell (Aarre & Dahl, 2018). For eksempel blir mennesker med schizofreni eller personlighetsforstyrrelser sett på med skepsis, fordi de kan være uforutsigbare og «farlige». Et annet eksempel er om det først blir satt en psykisk diagnose, så blir man gjerne stemplet som en psykiatrisk pasient, ofte for resten av livet (Aarre & Dahl, 2018). Slike holdninger og tilnærminger til personer med psykiske lidelser kan i visse tilfeller stå i kontrast til vårt generelle syn på personer med somatiske plager, der personer med eksempelvis beinbrudd, ikke får et livslangt «stempel» som kirurgiske pasienter.

Psykolog Patricia E. Deegan sin hjerteskjærende skildring av hvordan hun opplevde å være innlagt ved et mentalsykehus i USA som ung, eksemplifiserer hvordan helsepersonells negative holdninger og stigmatisering kan fortone seg mot mennesker med psykiske lidelser (Deegan, 2000). Deegan opplevde å miste sin verdighet gjennom umenneskeliggjøring og umyndiggjøring. Negative holdninger og stigmatisering er fremdeles kjente fenomener, og stigmatisering av psykiske helsekriser ser ut til å være rådende også i dagens samfunn (Gullstett et al., 2014). Stigmatisering av psykiske lidelser og rusbrukslidelser er en utfordring også i norsk psykisk helsehjelp, noe som understøttes i Helse- og omsorgsdepartementets stortingsmelding 11 (Meld. St. 11 (2015-2016), s. 10): *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*. Gjennom å påpeke at helsetjenesten krever en kultur- og holdningsendring for å bedre kvaliteten, kan det tyde på at ugunstige kulturer og negative holdninger i norsk helsetjeneste eksisterer i beste velgående, og også i psykiske helsetjenester.

Hvilken holdningskultur som råder innenfor psykisk helsearbeid kan ha betydning for hvordan mennesker med psykiske lidelser opplever psykisk helsehjelp. Studien til Carrara et al. (2019) fastslår at helsepersonells holdninger påvirker andre helsepersonells holdninger, og at det på den måten kan oppstå uheldige holdningskulturer blant helsepersonell. Brukere av psykisk helsetjenester er ulike og oppfatter helsepersonells holdninger forskjellig. Noen opplever uheldige holdningskulturer på en slik måte at det tilegnes selv-stigma, hvor det oppstår fordommer mot egen lidelse og seg selv. Dette medvirker til negativt selvbilde, skam, isolasjon og dårligere prognose. For mennesker med psykiske lidelser kan dette bidra til å miste tilhørighet og opplevelser av å bli utestengt fra samfunnet, og føre til langvarig psykisk lidelse og tilbakefall (Elstad & Norvoll, 2013b).

Oppdatert kunnskap om helsepersonells holdninger, språk og tanker ved behandling av mennesker med psykiske lidelser, er av stor verdi for å kunne oppnå nasjonale uttalte mål om kvalitet i norsk helsetjeneste. Studier som avslører opplevelser om stigmatisering i psykisk helsehjelp (Gullslett et al., 2014; Rao et al., 2009; Economou et al., 2020), aktualiserer viktigheten av rom for refleksjoner og diskusjoner rundt helsepersonells holdninger til mennesker med psykiske lidelser.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av fokusområde***

Bakgrunn for valg av fokusområde er en situasjon fra praksis under sykepleierstudiet for noen år tilbake. Berørte hendelser kan resultere i tanker i ettertid, og i flere år har jeg reflektert over denne episoden. Situasjonen har vært diskutert med kollegaer, samt studenter på masterstudiet. Eksemplet er også brukt i andre refleksjonsoppgaver under masterstudiet.

*Veilederen min sier en morgen relativt tidlig i praksisforløpet:*

*«Du kan dra til Sigrid, en schizofren eldre dame ... hun trenger hjelp til handling ... og kanskje noen å prate med ... hun er en spesiell dame ... ser og hører, og ikke minst gjør mye rart ... ja, du kan jo bare erfare henne selv ...»*

*Jeg merker at jeg gruer meg og har en stor klump i magen. Jeg har nesten ingen erfaring med psykiske lidelser, og i alle fall ikke med schizofreni. Hva skal jeg si? Og hva skal jeg ikke si? Burde jeg jatte med om hun ser eller hører noe jeg ikke hører? Kan hun bli sint? Jeg tenker mye på diagnosen, og skulle nesten ønske at jeg ikke visste ... bedre å være uvitende og ha et åpent sinn, eller? Jeg kjenner uroen og engstelsen blande seg i kroppen, og merker at håndflaten har blitt klam av all usikkerheten rundt Sigrid og hennes diagnose. Idet jeg svinger inn på gårdsplassen, fornemmer jeg at bilen min blir iakttatt. Litt gjemt bak gardinene kan jeg skimte en litt eldre kvinne. Jeg hilser til henne samtidig som jeg går ut av bilen, men hun hilser ikke tilbake. Jeg har på følelsen at dette ikke kommer til å bli et særlig vellykket besøk, siden hun virker så fjern og fiendtlig ...*

*«Ehhh ... hei, jeg heter Ellen, er student og skal hjelpe deg med handlingen i dag. Kan jeg komme inn?»*

*Sigrid nikker kort, og slipper meg inn i gangen. Jeg er sikker på at hun merker at jeg er nervøs og usikker, der jeg nesten litt hysterisk står og småprater om alt og ingen ting. Plutselig sier Sigrid:*



*«Jeg har ordnet litt kaffe og småkaker i stuen ... om du vil ha ... det er ikke så mange som har tid til sånt ... vi må kanskje dra med engang? Nei, jeg skal ikke være til bry ... Jeg setter meg ytterst på kanten av stolen, absolutt ikke trygg på situasjonen. Man har jo hørt så mye om schizofrene, og hvordan stemmer kan befale dem til å gjøre ting. Selv om jeg egentlig ikke har så lyst på kaffe og kaker, tar jeg imot. Tro om de er forgiftet, tenker jeg halvt alvorlig og halvt på spøk ... (Nilssen-Kvalmo, 2020).*

Som veileder har man et relativt stort ansvar overfor studenter. Denne situasjon handler om hvordan min forforståelse av schizofreni og alvorlig psykiske lidelser fikk spire negativt på grunn av min uvitenhet, samt hvordan jeg ble påvirkning av annet helsepersonell med ugunstig holdning til en enkelt diagnose. I dette tilfellet ble Sigrid definert som schizofren, et objekt, en ting. Søkelyset var på diagnosen og ikke på individet bak diagnosen.

Nå er jeg utdannet sykepleier med flere års erfaring fra primærhelsetjenesten. Erfaringene som sykepleier har bidratt til økende nysgjerrighet for hva som skal til for å fremme helsepersonells holdninger til psykiske lidelser, inkludert min egne holdninger. Jeg ønsker økt kunnskap om hva som foregår i praksis for å videreutvikle egen yrkesutøvelse i psykisk helsearbeid.

### ***1.2 Studiens formål og problemstilling***

Formålet med studien er å undersøke og belyse helsepersonells holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser og psykiatriske diagnoser, med den hensikt å øke bevissthet rundt holdninger i psykisk helsearbeid.

Følgende forskningsspørsmål som ønskes besvart er:

*På hvilken måte uttrykkes helsepersonells holdninger gjennom deres tanker om profesjonsutøvelse og omtaler om mennesker med psykisk lidelser?*

### ***1.3 Begrepsavklaringer***

Problemstillingen inneholder begrepene *helsepersonell*, *psykiske lidelser* og *holdninger*. For økt forståelse av betydningen vil jeg definere hva som menes med begrepene i denne studien. Helsepersonell omtaler ofte mennesker med psykiske lidelser som *bruker* (eller *pasient*

gjennom enkelte informanter). Jeg ønsker å aktualisere begrepet i denne studien gjennom en definisjon.

### **Helsepersonell**

Helsepersonell er personer med autorisasjon eller lisens innenfor menneskelig helsearbeid, og som yter helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 2-3). I denne studien er helsepersonell ansatte under psykisk helsehjelp, enten ved kommunale helse- og omsorgstjenester eller i spesialisthelsetjenesten.

### **Psykiske lidelser**

Psykiske lidelser benyttes i denne studien om en rekke ulike alvorlige tilstander eller diagnoser som for eksempel schizofreni, ulike former for personlighetsforstyrrelse og alvorlig depresjon. De klassifiseres i henhold til internasjonale, diagnostiske kriterier som revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens (Reneflot et al., 2018).

### **Holdninger**

Holdninger uttrykkes gjennom individets positive eller negative evaluering av en adferd, av andre individ eller definerte grupper av individ (Eagly & Chaiken, 1993). Positive holdninger til en adferd eller andre mennesker fører gjerne til åpenhet og respekt, samt interesse for andre. I motsetning kan negative holdninger føre til motvillighet, mistenksomhet og liten interesse for den andre. Positive og negative holdninger påvirkes ofte av hva miljøet og omgivelsene ser på som akseptabelt, og hva som er normalt og unormalt i et samfunn (Karlsson & Borg, 2013).

### **Bruker**

Brukerbegrepet benyttes i denne studien om mennesker som mottar eller har mottatt behandling eller annen hjelp i helse- og omsorgstjenester, i denne studien psykisk helse og rus. Noen av informantene benyttet også begrepet pasient, men for å tydeliggjøre resultat- og diskusjonskapitlene har jeg valgt å kun benytte bruker.

## ***1.4 Oppgavens disposisjon***

Etter introduksjon av masterprosjektet i kapittel 1, kommer teoretisk rammeverk, samt tidligere relevant forskning av fagfeltet i kapittel 2. Under kapittel 3 redegjøres det for metodiske valg. Kapittel 4 inneholder presentasjon av funn. Diskusjon og refleksjon over

funn, styrker og svakheter ved studien, samt hvor behovet for videre forskning ligger, finns i kapittel 5. Oppgaven avsluttes med kapittel 6, hvor konklusjon og implikasjoner i psykisk helsearbeid foreligger.

## **2.0 Teoretisk rammeverk og tidligere forskning**

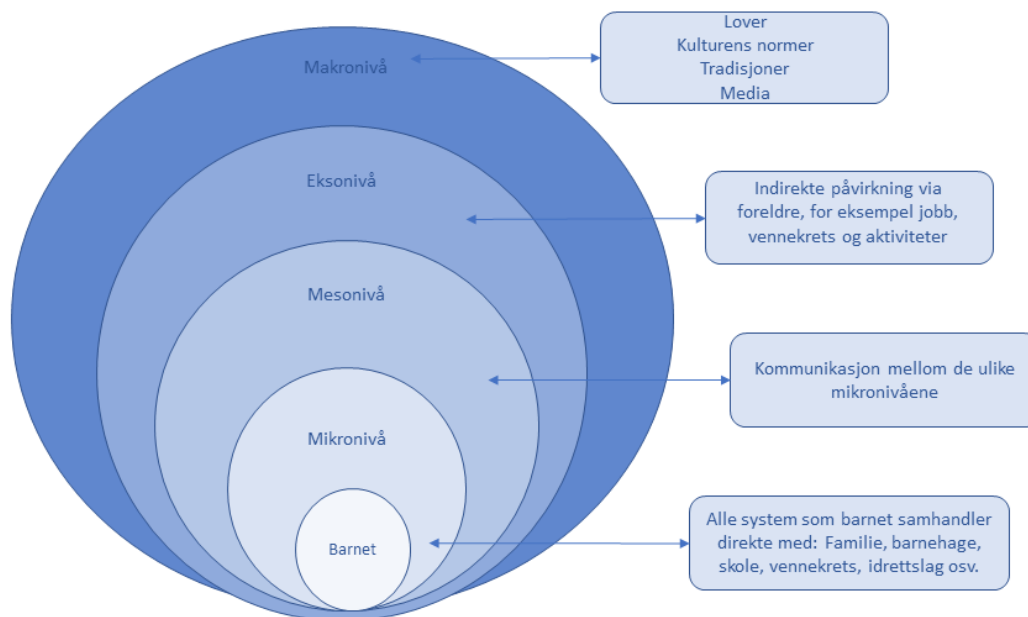
I dette kapitlet presenterer jeg den teoretiske rammen som vil ligge til grunn for denne studien, og som egne funn diskuteres i lys av. Først vil jeg beskrive hva holdninger er og hvordan holdninger oppstår. Ettersom tidligere forskning konstaterer at det finnes opplevelser av stigmatisering innenfor psykisk helsearbeid (Gullslett et al., 2014) ønsker jeg å redegjøre for begrepet, samt introdusere Ervin Goffman og hans stigmatiseringsteori (Goffman, 2009). Til slutt presenterer jeg hva tidligere forskning kan vise til, knyttet opp mot emnet «holdninger og psykisk helsearbeid».

### **2.1 Holdninger**

Det finnes en rekke definisjoner av begrepet holdninger, og noen definisjoner er mer spesifikke enn andre. Eagly og Chaiken (1993) har en enkel og lettforståelig forklaring av begrepet, hvor de mener at holdninger er individets positive eller negative evaluering av en adferd, av andre individ eller definerte grupper av individ.

Holdninger blir dannet i barndommen, hvor barnet under oppveksten og gjennom nivå preges av foreldre, barnehage, skole, venner og aktiviteter (Helgesen, 2017). Bronfenbrenners bioøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1979) (se figur 1) forklarer gjennom forskjellige nivå hvordan barn blir påvirket og sosialisert av omgivelsene. På et *mikronivå* blir barnet påvirket av alle de som barnet samhandler med, eksempelvis familie, barnehage og skole. Relasjonen mellom de ulike mikronivå, for eksempel mellom hjem og skole, uttales som *mesonivå*. Neste nivå for påvirkning er *eksonivå*, som påvirker barnet indirekte, eksempelvis gjennom foreldres arbeidssituasjon eller om familien har minimalt med penger. Mager økonomi kan igjen føre til sosial eksklusjon, og dermed påvirke barnets oppvekst i negativ retning. Innenfor *makronivå* finner vi lover, politiske vedtak, tradisjoner og regler, samt media, som påvirker barns oppvekst.

Figur 1, Bronfenbrenners bioøkologiske modell (Bronfenbrenner, 1979; Helgesen, 2017, s 170).



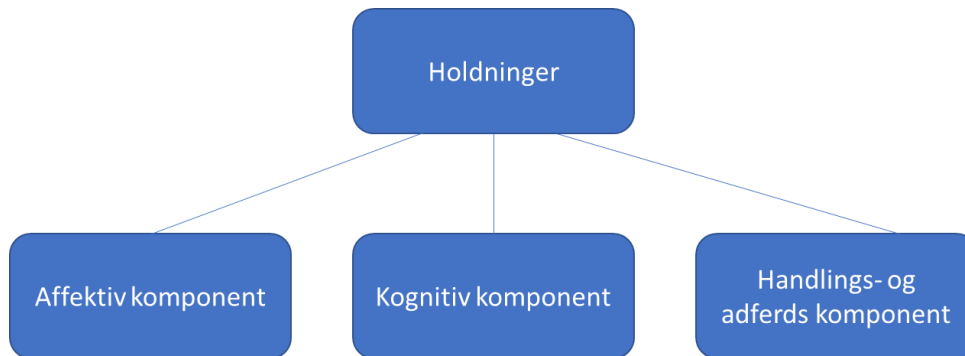
Helgesen nevner at for å fremme barns utvikling på mikronivå må samhandlingen være preget av gjensidighet, realistisk maktbalanse, søkelys på barns subjektivitet og medvirkning. I tillegg vil positive følelser være med på å fremme utviklingen. (Bronfenbrenner, 1979; Helgesen, 2017). Altså har omgivelsene og menneskene rundt barnet stor betydning for hvilke holdninger barn innhenter gjennom oppveksten.

Hva som gjør at individer har positive eller negative evalueringer av andre individ og deres adferd, kan forklares gjennom menneskets sosiale tankemønster og persepsjon. Persepsjon handler om hvordan informasjon blir bearbeidet i menneskets hukommelse, og hvordan informasjonen blir fortolket (Helgesen, 2017). Prosessen fungerer automatisk, og er styrt av erfaringskjema, det vil si skjema hukommelsen vår jobber etter. Den sosiale persepsjonen er subjektiv, og danner grunnlaget for menneskets oppfatninger. Her spiller oppveksten en stor rolle for hvilken innstilling og forståelse for blant annet hva som er normalt og unormalt, godt og vondt, moralsk og umoralsk. Holdninger blir skapt av hvilken forforståelse og hvilke erfaringer en person har fra før, og basert på skjemaer mennesket har lagret om virkeligheten. Sunne og verdibaserte holdninger er kjennetegnet av en balansert kobling mellom emosjoner og tenkning (Helgesen, 2017).

Holdninger til andre mennesker kan også oppstå fordi mennesker har en tendens til å årsaksforklare andre mennesker, kalt å foreta attribusjoner. Det finns to typer attribusjoner, personforklaringer og situasjonsforklaringer. For eksempel utføres personforklaringer om en forklarer en aggressiv person med personlighet, mens situasjonsforklaringer foretas om en forklarer personen ut ifra situasjonen, gitt en situasjon hvor noen blir behandlet dårlig (Helgesen, 2017, s 318-320). Trolig vil en utvikle vesentlig større andel negative holdninger til en aggressiv person som forklares med personlighet, enn ut ifra situasjonsforklaringer, ettersom situasjonsforklaringer lettere frembringer andres medfølelse og sympati. Noen ganger legges det mer mening i inntrykkene enn hva som faktisk blir mottatt, slik at situasjonen overtolkes, fordi en ønsker å finne mening og årsak (Helgesen, 2017).

En annen modell for å utvikle positive og negative holdninger er trekomponentsmodellen (se figur 2). Modellen tyder på at holdninger har tre komponenter; affektiv- (følelser), kognitiv- og adferdskomponenter (Eagly & Chaiken, 1993). Positive og negative holdninger beskrives her som resultatet av tankene rundt individet eller adferden, følelsene rundt emnet og disposisjonen til å handle. For eksempel kan positive holdninger knyttet til skolearbeid lede til at man har kunnskaper om at skolearbeid er bra for læring (kognitiv komponent), at man føler glede ved mestring (affektiv komponent), og at man derfor utfører skolearbeidet (adferdskomponent). Motsatt kan negative holdninger til skolearbeid utvikles ved tanker om at skolearbeid er unyttig, følelsen av å ikke få til, og som resulterer i ikke utført skolearbeid. Samme modell kan også benyttes ved psykiske lidelser: Eksempelvis tanker om at mennesker med schizofreni er ustabile og voldelige (kognitiv komponent), man blir redd og usikker i møtet (affektiv komponent) og dermed forlater og avbryter møtet (adferdskomponent). Dog er det ikke alltid at trekomponentsmodellen holder mål, i og med at holdninger ikke alltid resulterer i handlinger.

Figur 2, Trekomponentsmodellen, inspirert av Eagly og Chaiken (1993).



## 2.2 Stigmatisering

Begrepet stigmatisering kan defineres som «brennemerking» og «sosial utstøtning» og utføres ofte gjennom tre ledd (Aarre & Dahl, 2018):

- Identifisering av sosialt negative egenskaper fra avvikerne.
- Utvikling av negative følelsesreaksjoner mot avvikerne.
- Utsette avvikerne for psykiske eller fysiske begrensinger.

Dette forstås slik at mennesker utvikler negative følelser mot andre ut ifra hva samfunnet har definert som normalt eller unormalt. Aarre og Dahl (2018) hevder at å tilegne andre negativ identitet eller beskrivelse er stigmatiserende og kan bidra til diskriminering. De som er «unormale» opplever ofte en utstøtning, gjerne ved psykisk eller fysisk hindring av sosial tilhørighet, eksempelvis vanskeligheter med å skaffe seg jobb og bolig. Samfunnets praktisering av sosial eksklusjon knyttet til «avvikende og unormale» mennesker eller grupper av mennesker, kan føre til langvarig psykisk lidelse og bidrar ofte til tilbakefall av psykiske lidelser (Elstad & Norvoll, 2013b). Karlsson og Borg (2017) presiserer at mennesker med psykiske lidelser ofte er mer opptatt av å passe inn og være en del av samfunnet, enn en bedring av lidelsen. Mange personer med psykiske helsevansker erfarer at samfunnet ikke ser på de som likeverdige borgere, de føler seg utenfor og krenket, og opplever at de står utenfor et medborgerskap.

De fleste mennesker søker forutsigbarhet, meninger og trygghet i livet, og ønsker beskyttelse mot farer, trusler eller ukjente fenomen (Helgesen, 2017). Mennesker i «farlige» situasjoner kan derfor forvrengte bilder og hendelser fordi man ønsker å beskytte seg selv. Ofte resulterer dette i «oss» og «dem» tenkning med hensikt på avstand mellom seg selv og det ukjente, noe som kan resultere i sosialt konstruerte kategoriseringer av mennesker, kalt stereotypier (Helgesen, 2017, s 314-316). Eksempler på stereotypier kan være innvandrere, mennesker med psykiske lidelser, uteliggere eller mennesker fra andre kulturer.

Stereotypier kan utvikles til fordommer, som igjen kan være basert på svært spinkelt og ofte feilaktig informasjonsgrunnlag. Fordommene drives ofte av sinne og frykt for det ukjente, og består stort sett av sterke følelser og lite saklig kunnskap (Helgesen, 2017). Fordommer og forutinntatthet kan oppstå allerede ved det første møtet mellom to mennesker, hvor det dannes førsteinntrykk ut ifra hvordan man tolker hverandre. Førsteintrykket huskes godt fordi mennesker er ekstra observante ved et første møte, og medfører forventninger til personen og forutinntatthet for fremtiden. I situasjoner der en bruker opptrer provoserende og usympatisk under første møtet, kan helsepersonell ubevisst tolke situasjonen som utløst av personlighet og ikke situasjonsbetinget oppførsel (Helgesen, 2017). På en slik måte kan begrenset bevissthet og erfaring medvirke til at førsteinntrykket bidrar til negative holdninger knyttet til den andre. Mennesker vil alltid ha en forforståelse eller en formodning om det fenomenet eller den situasjonen en står foran (Karlsson & Borg, 2013). Forkunnskap om feltet og forforståelse trenger ikke være negativt så lenge vi er oppmerksomme og drøfter betydningen av situasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Refleksjoner rundt egne tanker, fordommer og holdninger kan forebygge at vi lar oss styre av det en forventer av andre mennesker (Helgesen, 2017).

Å møte et annet menneske bør innebære et åpent sinn. Malterud (2017) presiserer at begrenset bevissthet for egen forforståelse, bidrar til skylapper og begrenset horisont. For å motvirke dette, bør alle mennesker inneha en moralsk forpliktelse til aktivt å motvirke stereotype og fordomsfulle oppfatninger som finnes i samfunnet. Spesielt viktig er det å kontrollere at vi ikke finner disse oppfatningene hos oss selv (Helgesen, 2017). Lar vi disse oppfatningene bli fremtredende, kan resultatet bli objektivisering av andre mennesker, og det ukjente og skremmende kan bli gjeldende i møtet med den andre (Malterud, 2017).

### ***Ervin Goffman og hans stigmatiseringsteori***

Ervin Goffman var en canadisk-amerikansk sosiolog (1922-1982), og introduserte stigmatiseringsbegrepet gjennom sosiologiske perspektiver. Goffmans teorier er inspirert av Simmel og Durkheim, og er like aktuelle i dag som da han introduserte teoriene i 1963 (Goffman, 2009). To sentrale bidrag i sosiologien er Goffmans hverdagslivssosiologi og avvikssosiologi, som på hver sin måte forklarer menneskets forventninger, ritualer og regler, samt normalitet og avvik i samfunnet. Goffmans teori gir en helhetlig forståelse av forholdet

mellom den normale og den avvikende, altså dem vi tenker som friske og syke. I Goffmans beskrivelser av de sosiale møtene mellom mennesker, mener han at vi forsøker å opprettholde fasader, vi spiller skuespill og kjemper for hverandres bekreftelser. Samtidig poengterer han menneskelighetens ønsker om å bli forstått og redselen for å feile og for å bli avslørt (Goffman, 2009).

I boken *Stigma* poengterer Goffman at begrepet stigma opprinnelig kom fra Hellas, og at stigma var tegn som var brent eller kuttet inn på kroppen til slaver eller forrædere. Disse tegnene fungerte som symboler for noe fryktelig og uvanlig, og var en betegnelse på dårlig moralsk status. Menneskene med disse tegnene skulle unngås, og de skulle helst ikke vise seg på offentlige steder (Goffman, 2009). Grekernes metode for å merke andre er heldigvis ikke vanlig i det norske samfunn, men felles er skammen stigmatiserte mennesker føler og opplever.

Gjennom et første møte vil mennesker raskt tilegne den andre egenskaper, og ut ifra tolkning, gi en tilsynelatende sosial status (Goffman, 2009). Jeg forstår det slik at den tilsynelatende sosiale status ikke er lik den faktiske sosiale status, da den tilsynelatende er bygget på forventninger i motsetninger til den faktiske, som er bygget sannhet. Goffman (2009) beskriver at samfunnet klassifiserer og kategoriserer befolkningen, og at vi forholder oss til hverandre på bakgrunn av klassifiseringene. Samfunnet har da forventninger om hvilke mennesker som forholder seg til hvilke kategorier, og slik at de med avvik blir lagt merke til. Med andre ord betyr dette at opplevelsen av stigmatisering ikke kun er begrenset til eksempelvis psykiske lidelser, funksjonshemmede eller samer. Det kan skje alle, så lenge det fins egenskaper som er annerledes enn majoriteten. De i samfunnet som ikke avviker negativt fra de spesielle forventningene som gjelder ved en gitt anledning, betegnet Goffman som de «normale» (2009). Slik jeg forstår klassifisering, vil det gjennom å forholde seg til andre alltid oppstå en menneskelig kategorisering, eller tildeling av roller gjennom hverdagslivets sosiale samhandling.

I følge Goffman (2009) setter vi «normale» opp en stigmateteori, en ideologi for å forklare avvikerens underlegenhet og overbevise oss selv om hvilken fare han utgjør, gjerne forsterket med stigmatiserende uttrykk og beskrivelser om vedkommende. Mennesker som oppfatter avvik i klassifiseringen, for eksempel unormal adferd, vil i sin bevissthet nedvurdere den andre, og betegne den andre med diskrediterende egenskaper. På en slik måte blir den andre



stemplet, og det oppstår stigmatisering. Ofte er det da stor differanse mellom tilsynelatende sosial status og faktisk sosial status på den stigmatiserte. Goffman (2009) beskrev stigma som en spesiell slags relasjon mellom å tildele egenskap (et stigma) og en stereotyp klassifisering av mennesker. Samtidig mente han stigma som en prosess hvor ens identitet ødelegges av andres reaksjoner. Goffman (2009) hevder at der hvor avvikerens egenart allerede er kjent, eller umiddelbart synlig, så kan perspektivet deles inn i tre typer:

- 1) fysiske misdannelser, som blindhet eller kroppslige misdannelser.
- 2) karaktermessige feil, som dominerende eller unaturlige lidenskaper, psykisk sykdom eller alkoholisme.
- 3) familierelaterte, som rase, nasjon eller religion.

Stigmatiseringsteorien omhandler de forhold når stigmatiserte og normale er i samme umiddelbare nærhet, om det er et tilfeldig møte eller et planlagt møte. Opplevelsen av stigmatisering er avhengig av omgivelsenes reaksjon på avvik hos individet (Goffman, 2009). «De mennesker, som stigmatiseres, ekskluderes fra en rekke af de udfoldelsesmuligheder og den almindelige respekt, som tilkommer normale mennesker i samfundet» (Goffman, 2009, s. 22). Slik jeg forstår Goffmans teori, så bidrar menneskelige fordommer og klassifisering til stigmatisering og diskriminering av mennesker med samfunnsbestemte avvik, slik at de opplever å bli utstøtt og ekskludert, både fysisk og psykisk, og fratras en sosial aksept.

### ***2.3 Tidligere forskning***

En gjennomgang av forskningslitteratur som omhandler helsepersonells tilsynelatende reelle holdninger og tanker om holdninger til psykiske lidelser, kan tyde på relativt liten eksistens knyttet til forskningsbasert kunnskap utført gjennom helsepersonells perspektiv. I en oversiktsartikkel av Wahl og Aroesty-Cohen fra 2009 fant de bare 19 vitenskapelige artikler som omhandlet helsepersonells holdninger innen psykisk helse, publisert i perioden 2004-2009. De fleste av disse studiene meldte overordnet om positive holdninger blant helsepersonell innen psykisk helse. Imidlertid ble det også funnet tegn på negative holdninger og forventninger, særlig med hensyn til sosial aksept for mennesker med psykiske lidelser. Angermeyer og Dietrich har i sin litteraturstudie fra 2005 konkludert med at holdningsforskning innen psykisk helse har gjort betydelige fremskritt de siste 15 årene, men at det fortsatt er mye som gjenstår for å kunne gi et empirisk grunnlag for evidensbaserte tiltak, rettet mot å redusere misoppfatninger om psykiske lidelser og forbedre holdninger mot mennesker med psykiske lidelser. Ettersom Wahl og Aroesty-Cohen (2009) sin studie er

utført for 13 år siden, er det dog nærliggende å tro at en tilsvarende studie publisert i 2022 vil kunne finne noen flere enn 19 studier.

En gjennomgang av publiserte studier knyttet til helsepersonells holdninger gjennomført med helsepersonells perspektiv, skildrer fortrinnsvis helsepersonells egne meninger om deres holdninger, hva som fremmer positive holdninger, samt sammenligning av holdninger. Eksempelvis viser studiene gjennomført av Del Olmo-Romero et al. (2019) og Economou et al. (2020) at helsepersonell selv tror og mener at de har positive holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Studien til Hsiao et al. (2015) har resultater som viser at helsepersonell mener at erfaring innenfor psykisk helse, økt alder, arbeid i poliklinikker eller innenfor rehabilitering kan fremme positive holdninger hos helsepersonell. Det lyktes ikke å oppdrive vitenskapelige artikler om helsepersonells tilsynelatende reelle holdninger, eksempelvis gjennom individuelle intervju med sykdomscaser, noe som kan tyde på en relativt begrenset eksistens.

Enkelte forskningsstudier har funn som omhandler helsepersonells tanker om hvorfor brukere kan oppfatte dem som stigmatiserende helsepersonell med negative holdninger. Blant annet poengterer studiene at stigmatisering i psykisk helse kan, ifølge helsepersonell selv, skyldes strukturelt, systemisk press fra arbeidsgiver, samt økt fokus på diagnoser (Flanagan et al., 2009; Gullslett et al., 2010; Ness et al., 2014; Thorbjørnsen & Sømme, 2007). Sommer et al. (2013) oppgir i sin studie at helsepersonells vurderinger av hva som er god og forsvarlig praksis, bygget på erfaringsbasert kunnskap, står i fare i et system der helsehjelp har blitt en vare som skal gå i økonomisk balanse.

Hugo (2001) og Lauber et al. (2006) studerer i sin forskning ulike helseprofesjoners holdninger, og sammenligner disse gruppene. Begge studiene rapporterer om store forskjeller mellom profesjonsgruppene. Funnene viser at negative holdninger forekommer i størst utstrekning blant psykiatere og leger, mens psykiatriske sykepleiere har minst negative holdninger. Også Del Olmo-Romero et al. sin studie fra 2019 har sammenligningsfunn, og avdekker at psykiatrisk helsepersonell som jobber innenfor spesialisthelsetjenesten, har større grad av negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser, sammenlignet med psykiatrisk helsepersonell i kommunale helsetjenester.

Sammenlignet med studier utført med helsepersonells perspektiv, er studier om helsepersonells holdninger erfart gjennom brukerperspektivet overveiende. Funn som at

brukerne opplevde negative holdninger og stigmatisering blant helsepersonell i psykisk helsehjelp gikk igjen i flere studier (Rao et al., 2009; Adjorlolo et al., 2016; Hansson et al., 2013; Sælør et al., 2015; Ness et al., 2014). Det kan virke som at negative funn er fremtredende i forskningslitteraturen i forbindelse med helsepersonells holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Noe av forklaringen kan bero på publiseringsskjevheter, eksempelvis at informanter som deltar i studiene er brukere som ønsker å formidle opplevelser, og da er det lettere å huske dårlige opplevelser enn gode opplevelser. Ettersom det eksisterer relativt lite forskning på helsepersonells tanker om holdninger til mennesker med psykiske lidelser, samt trolige, reelle holdninger, har jeg valgt å undersøke hvilke holdninger som kan forekomme hos helsepersonell, både gjennom sykdomscaser og relevante spørsmål.

### **3.0 Metode**

I dette kapittelet forsøker jeg å beskrive de metodiske trinnene fra start til slutt. Jeg har begrunnet valg av metode, og forsøkt å tolke mitt vitenskapelig ståsted. Videre er det gitt beskrivelse av datainnsamling, utarbeidelse av intervjuguide, presentasjon av utvalg, hvordan utvalget ble rekruttert, samt gjennomføring av intervju. Jeg har forsøkt å beskrive hvordan den trinnvise tematiske analysen av intervjuene har foregått. Til slutt har jeg diskutert studiens kvalitet, gjennom begrepene gyldighet, overførbarhet og pålitelighet, samt forskerrollen, egen forforståelse og forskningsetiske aspekter.

#### ***3.1 Valg av metode og vitenskapelig ståsted***

Denne studien har som formål å undersøke, tolke og forstå menneskelige særegne erfaringer, opplevelser og tanker. For å besvare studiens problemstilling vil en kvalitativ metodisk tilnærming være egnet. Kvalitativ metode brukes når ønsket er å finne mening, betydning og nyanser av hendelser og adferd, og når en ønsker forståelse av de fenomener som studeres (Malterud, 2017). Kvalitative metoder som tilnærming er hensiktsmessig ved utforsking av en sammensatt og mangesidig problemstilling, hvor dynamiske prosesser i menneskelig utvikling som holdninger, relasjoner og samhandling er i fokus (Malterud, 2017). For å innhente datamateriale vil jeg benytte empiri fra intervju, og gjennom en analysemetode vil datamaterialet bli til funn gjennom tolkninger og analyser (Malterud, 2017). Studien har et vitenskapelig ståsted knyttet til mine subjektive erfaringer og beskrivelser, og er inspirert av

egen opplevelse av stigmatisering og negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser.

### ***3.2 Datainnsamling***

Gjennom semistrukturerte dybdeintervju har jeg samlet inn relativt mye empiri fra informanter, hvor alle var utdannet og jobbet som helsepersonell. Å utføre individuelle semistrukturerte dybdeintervju som metode ansees som en nyttig måte å finne svar på studiens forskningsspørsmål (Langdridge, 2006), hvor hensikten er å undersøke og belyse helsepersonells holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser og psykiatriske diagnoser. Hensikten med å benytte forskningsintervju i denne studien er å forstå informantene gjennom deres perspektiv (Tjora, 2013), og på den måten undersøke hvilke holdninger som kan forekomme hos helsepersonell i Norge.

#### **Utarbeidelse av intervjuguide**

Med tanke om å skape rom for refleksjoner ble alle intervjuene gjennomført ved hjelp av en semistrukturert tematisk intervjuguide (se vedlegg 3). Målet med intervjuguiden var å best mulig beskrive hvilken måte informantene uttrykte sine holdninger gjennom tanker og omtalelser knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Ved å benytte en semistrukturert intervjuguide var muligheten til stede for å gå dypere inn i enkelte spørsmål, stille oppfølgingsspørsmål og samtidig gi informantene rom til å snakke åpent innenfor tema (Langdridge, 2006).

I første fase for utforming av intervjuguiden ble en idemyldring vektlagt, hvor spørsmål som vekket interesse og nysgjerrighet ble notert ned. Jeg ønsket at intervjuguiden skulle ha en viss struktur, med innledende spørsmål, sykdomscaser, refleksjonsspørsmål og avsluttende spørsmål, men samtidig ikke for detaljert (Tjora, 2013). Intervjuguiden ble utformet slik at spørsmål og sykdomscaser skulle kunne avdekke både bevisste og ubevisste følelser og holdninger omkring psykisk helse. Jeg definerte en samling med åpne spørsmål for å innby til unike historier og relevant empiri. Hvert spørsmål ble gjennomgått og formulert en rekke ganger for optimal utforming. For å unngå misforståelser fikk spørsmålene et tilpasset, hverdagslig språk. Unikt i intervjuguiden er inkluderingen av tre forskjellige sykdomscaser, med enkle historier om mennesker med psykiske lidelser. Under intervjuene ble informantene oppfordret til å fortelle om sine førsteinntrykk omkring casene, og hva de tenkte om den type

bruker og diagnose. Her hadde jeg som mål å få frem spontane svar og å fange opp det som lå i underbevisstheten hos informantene.

### **3.3 Utvalg og rekruttering**

Studien benyttet et strategisk utvalg av informanter, slik at jeg i utgangspunktet kunne innhente data som var optimale for å belyse forskningsspørsmålet. I forhold til helsepersonells tanker om holdninger, var det naturlig å søke strategisk etter helsepersonell innenfor psykisk helse. For å innhente rikelig med informasjon, samt tilstrekkelig dybde og bredde omkring fokusområdet (Malterud, 2017), var det hensiktsmessig med helsepersonell som jobbet relativt tett med brukere innenfor psykisk helse. Utvelgelsen av informanter ble gjort på bakgrunn av følgende kriterium:

- Helsepersonell som jobber med mennesker med psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten eller i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ellers var kriteriet uavhengig av alder, kjønn og profesjon. Det var ønskelig å få et utvalg av informanter som var tverrfaglige for å synliggjøre ulike synspunkter og ståsted, men ikke et krav. For å få frem mangfold, likheter og ulikheter kunne det med fordel rekrutteres informanter med geografisk spredning. Med tanke på reiseutgifter og tidsbruk valgte jeg å rekruttere informanter fra nærområdet, samt steder jeg hadde mulighet til å reise til. Det ble sendt ut invitasjon til deltakelse, inkludert informasjon, på e-post til leder for avdelingene på tre utvalgte sykehus og til seks utvalgte kommunale tjenester. I invitasjonen presiserte jeg ønsket om leders videreformidling av deltagelse til helsepersonell som oppfylte kriteriet. Av hensyn til tidsbruk og arbeidsmengde, samt at kvalitative studier gjerne bygger på et lite strategisk utvalg (Bjørndal et al., 2015; Malterud, 2017), valgte jeg å stoppe rekrutteringen etter de seks første tilgjengelige informantene. Jeg var bevisst på at relativt små utvalg kan gi resultat med skjevt bilde, og for å unngå skjevheter hadde jeg søkelys på økt informasjonsstyrke (Malterud, 2017). Informasjonsstyrken i intervjuene opplevdes som tilfredsstillende, da utvalget ble betraktet som nokså variert for å kunne formidle mangesidig informasjon. For å øke informasjonsstyrken benyttet jeg også tydelig og relevant teori, samt en relativt smal problemstilling. Sammen styrket dette muligheten for utvikling av kunnskap, slik at valget om å benytte færre informanter ble opprettholdt (Malterud, 2017). Etter rekruttering besto utvalget av fem kvinner og en mann, hvor fire jobbet i kommunal helsetjeneste og to i spesialisthelsetjenesten. Fire er psykiatriske sykepleiere, en psykolog og en spesialistpsykolog. Aldersspennet var på 35 til 62 år, og arbeidserfaringen fra psykisk

helse var på ett til 23 år. To av sykepleierne jobbet spesielt innenfor rus- og psykiatri. Fire av informantene jobbet på Østlandet, og to i Nord-Norge.

### ***3.4 Gjennomføring av intervju***

I forkant av intervjuene ble det sendt ut informasjonsskriv (se vedlegg 2) med formålsbeskrivelse og hvorfor deltakelse var ønsket, samt hva deltakelse innebar for informantene. Informantene fikk opplyst om frivillig deltakelse, tilbaketrekking av samtykkelse, og hvordan opplysninger skulle anonymiseres og slettes etter at prosjektet var ferdig. Informasjonsskrivet bekjentgjorde at NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har vurdert behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet i samsvar med personvernregelverket.

Gjennomføringen av intervjuene ble gjort mellom 1.juni og 1.august 2021. Grunnet Covid 19-situasjonen ble intervjuene utført ved bruk av videoprogrammet Teams, i stedet for fysisk oppmøte. I forkant av selve intervjuet ble informantene informert om lydavspilling, og alle gav samtykke til dette. Varigheten på intervjuene hadde et gjennomsnitt 50 minutter. Under intervjuene oppfordret jeg informantene til å gi mer utfyllende informasjon gjennom ulike typer oppfølgingsspørsmål som «Kan du si mer om ...?» og «Har du noen eksempler?».

### ***3.5 Analyse av intervju***

Som analysemetode valgte jeg en tverrgående analyse, hvor jeg kunne tolke og samle likheter og forskjeller i informantenes erfaringer, følelser og holdninger fra det ståsted de var i under intervjutidspunktet (Malterud, 2017). Valget falt på tematisk analyse, som er en analyse med seks faser. Analysemetoden er fleksibel, oversiktlig og begripelig ved ønske om å forstå og finne mening i intervjuene. I tillegg er dette en grunnleggende metode for analyse, og gir meg, som uerfaren forsker, en del kjernefunksjoner i forhold til analyser (Braun & Clarke, 2006). Beskrivelsene til Braun og Clarke (2006) er nøyaktige og relativt enkle å forstå, noe som var med på å styrke valget om tematisk analyse. Gjennom å analysere, definere og bekjentgjøre mønstre i empirien, kom jeg frem til koder, subtemaer og hovedtemaer som kunne være med på å belyse og gi svar på forskningsspørsmålet (Malterud, 2017).

### ***3.5.1 Tematisk analyse***

Tematisk analyse av datamaterialet ble gjennomført som beskrevet nedenfor.

Analyseprosessen startet under intervjuene, hvor jeg dannet et førsteinntrykk. Fase en handler om å gjøre seg kjent med datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Jeg transkriberte hvert intervju fortløpende etter gjennomførelse, imens det nonverbale språket til informantene enda var friskt i minnet. Transkriberingen, hvor lyd ble til tekst, ble utført ved hjelp av dataprogrammet Nvivo. Å transkribere egenhendig gjorde at jeg ble godt kjent med materialet, og fikk en relativt god sammenheng mellom lyd og tekst (Langdridge, 2006). Etter transkribering ble intervjuene omfattende gjennomlest for å finne sammenhenger, meninger og mønstre i forhold til empirien (Braun & Clarke, 2006).

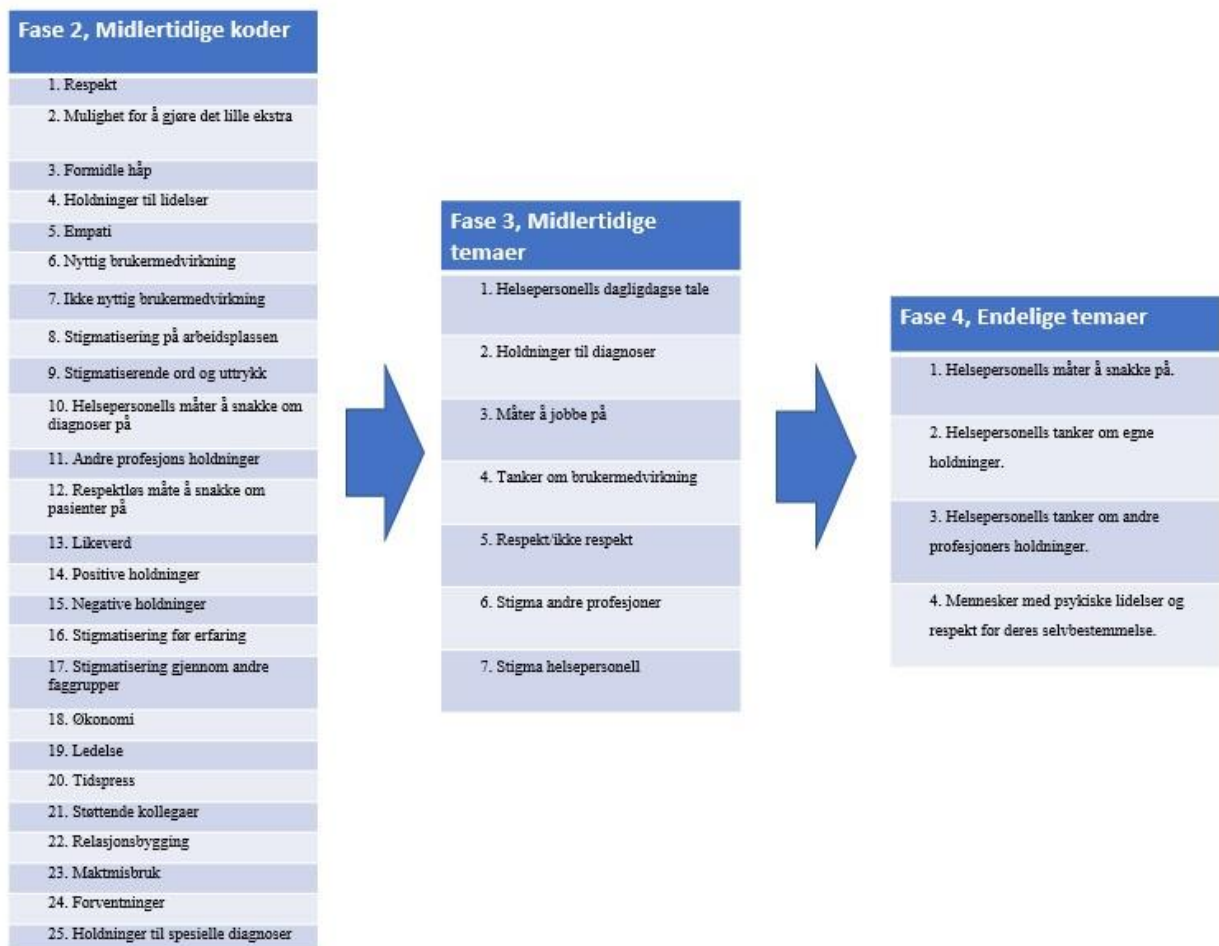
I fase to laget jeg en liste med ideer og tanker om hva datamaterialet omhandlet, og disse ble til midlertidige koder. Deretter ble hver interessante setning merket med den koden jeg tenkte passet best. Fase to resulterte i 25 forskjellige koder, og relativt mange setninger i hver kodeboks. For å bedre oversikten satte jeg forskjellige farger på kodene, slik at setningene som tilhørte hver kode fikk en egen fargestrek.

I tredje fase av analysen ble hver kode analysert og organisert slik at jeg dannet midlertidige temaer. Jeg vurderte hvilke koder som kunne kombineres, og hvilke koder som kunne splittes. Noen koder ble forkastet og noen nye ble dannet. Til slutt endte jeg opp med sju overordnede, midlertidige temaer. Jeg erfarte at de midlertidige temaene fanget opp mye essensielt data i forhold til forskningsspørsmålet, og representerte et visst nivå av mønster, men trengte å bearbeides mer for å bli til endelige temaer.

Fjerde fase av analysen handlet å kontrollere materialitet i hvert tema, og å undersøke forbedringspotensialet til de midlertidige temaene. I tre av de midlertidige temaene syntes jeg at datamaterialet var for likt andre temaer, slik at jeg kombinerte de med andre temaer. Dette resulterte i fire endelige temaer, og 3-5 subtemaer under hvert tema. Jeg vurderte det slik at all tekst i hvert tema hadde en sammenheng og dannet et mønster (Braun & Clarke, 2006). Etter en vurdering av gyldigheten til hvert tema i forhold til gitt informasjon i intervjuene, ble det konkludert med at temaene fikk frem det relevante i intervjuene og samsvarte godt med informantenes empiri. Gangen fra koder til endelige temaer er gjengitt i figur 3 nedenfor.

Femte fase omfattet definisjon av hvert tema. For å være sikker på at kjernen i temaet var tydelig, beskrev jeg temaene med få setninger for meg selv (Braun & Clarke, 2006). Hvert tema fikk en markant definisjon, samt en overskrift. Jeg forsøkte å lage overskriften treffende, som ifølge Braun og Clarke (2006) er hensikten ved ønsket om å engasjere mulige lesere. Siste og sjette fase av analysen var å forfatte et analyseresultat med eksempler valgt fra informantenes sitater, relatert til forskningsspørsmål og litteratur. Dette er studiens presentasjon av funn.

Figur 3, Tematisk analyse fase 2-4, fra koder til endelige temaer.



### 3.6 Studiens kvalitet

I kvalitativ forskning benyttes ulike begreper for å vurdere spørsmål om kvalitet og legitimitet på det vitenskapelige arbeidet. Jeg har valgt å reflektere over begrepenes gyldighet og overførbarhet, samt pålitelighet, som jeg tenker har stor betydning for den vitenskapelige



kvaliteten på kvalitative studier som denne. I tillegg ønsker jeg å drøfte forskerrollen og egen forforståelse. Både i forkant og underveis i datainnhenting, har jeg i samråd med veiledere reflektert over forskningsetiske aspekter.

### ***3.6.1 Gyldighet og overførbarhet***

Studiens gyldighet (intern validitet) omhandler hvorvidt kunnskapen er gyldig, og forstås som om svarene vi avdekker er *faktiske svar på de spørsmål man søker å stille* (Tjora, 2013 s. 206). Underveis i intervjuene undersøkte jeg at usikre utsagn ble forstått riktig, for å redusere muligheten for feiltolkning. Av samme grunn opplyste jeg informantene om muligheten til å gjennomgå teksten i sin helhet etter transkribering. Én informant ønsket gjennomgåelse, men hadde ingen endringer i teksten i etterkant. Jeg oppfatter at studiens metode passer til problemstillingen, undersøker det den skal, og at resultatet er gyldig for informantene (Langdridge, 2006). Formålet med forskningsstudier er som regel å innhente kunnskap fra betydelige utvalg som kan ha overføringsverdi (ekstern validitet) i en større populasjon. For denne studien, med et lite utvalg, vil ikke tradisjonell overføringsverdi som baseres på et stort representativt utvalg, være et mål (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2009). Derimot vil funnene fra denne studien gi et innblikk i holdninger som rører seg blant helsepersonell, og som det vil være verdt å studere nærmere i en mer omfattende undersøkelse.

### ***3.6.2 Pålitelighet (Reliabilitet)***

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet, troverdighet, målekvalitet og hvordan forskningsprosjekter gir inntrykk av å være utført (Langdridge, 2006). Pålitelighet sees ofte i sammenheng med repeterbarhet, altså om studien kan gjentas med samme resultat gjennomført av en annen forsker på andre tidspunkter (Langdridge, 2006). Påliteligheten i denne studien ansees som ivaretatt selv om repeterbarheten ikke er optimal grunnet kvalitativ metode (Malterud, 2017), da tidspunkt for intervju og forskers tolkning aldri vil kunne gi helt likt resultat. I denne studien har det vært ønskelig å sikre påliteligheten ved gjennomsiktighet og nøyaktighet av metode- og analysevalg, ved at prosessen med studien er nøye beskrevet (Malterud, 2017). Praktiske forhold ved prosessen, som opptak av intervjuene og nettforbinding grunnet Teams, er nøye gjennomtenkt og ivaretatt på best mulig måte. For å sikre riktig transkribering er det benyttet lydopptak av god kvalitet, samt gjentakende lytting av intervjuene.

### ***3.6.3 Forskerrollen og egen forforståelse***

Refleksivitet handler om at en aksepterer og vurderer betydningen av eget ståsted gjennom forskningsprosessen (Malterud, 2017). Under hele forskningsprosessen har jeg hatt en aktiv holdning til min forforståelse og forskerrolle, da klargjøring av egen rolle er en sentral etisk forpliktelse ved forskning (Malterud, 2017). Min forforståelse av psykisk helse har vært preget av negative holdninger omkring mennesker med psykiske lidelser og diagnoser, samt egen uvitenhet om psykisk helse. Erfaringer knyttet til stigmatisering har påvirket mine tanker om at uerfarne helsepersonell har de samme negative holdningene og fordommene rundt psykiske lidelser som jeg hadde som student. Gjennom intervjudelen har jeg derfor hatt et noe anstrengt forhold til at informantene kunne følt seg forhånds dømt koblet til negative holdninger og stigmatisering. Jeg har vært opptatt av å respektere informantene ved å forsøke å forholde meg nøytral under intervjuene, og har tilstrebet å ikke la min forforståelse prege intervjuguiden. Jeg har vært oppmerksom på å ikke utarbeide påstander som kunne oppfattes som kritiske til deres oppfattelser og synspunkt. En fare er imidlertid at dette kan ha medført at informantene ikke har vært fullstendig ærlige i deres uttalelser, og at jeg ikke har fått frem tilsynelatende oppriktige holdninger.

Alle trinn i prosessen med utarbeidelse av denne masteroppgaven har vært preget av meg og min forforståelse av psykisk helse. Dog trenger ikke forforståelse å ansees som en ulempe så lenge jeg har vært oppmerksom og reflektert over betydningen av forforståelse gjennom prosessen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). I første trinn av studien gjorde jeg rede for min forforståelse av tema, og hvilken betydning forforståelsen hadde i forhold til utvalg, intervjuprosessen, analyse, resultat og diskusjon. Det at jeg har hatt en aktiv holdning til min forforståelse, har resultert i at jeg har kunnet overveie betydningen av mitt ståsted i forskningsprosessen. Jeg har forsøkt å ikke stille ledende spørsmål, eller styrt samtalen i en retning. Gjennom hele intervjuprosessen, samt gjennom resultat- og diskusjonskapitlene, har jeg tilstrebet å ha et åpent sinn, slik at tolkning og formidling av funnene fra studien har minst mulig tilknytning til min forforståelse (Malterud, 2017).

### ***3.6.4 Forskningsetiske aspekter***

Denne studien innebærer møter mellom mennesker, hvor tillitt og respekt er viktig for å få et ærlig resultat (Malterud, 2017). Informantene vist personlige sider, som tanker, meninger og holdninger, samtidig med søkelys på den profesjonelle side som helsepersonell. Personlige

egenskaper og synspunkter er temaer det kan være vanskelige å snakke om. Det kan være vanskelig å få frem ærlige svar om en spør direkte om helsepersonells holdninger i psykisk helsearbeid. For å forsøke å fange opp hvilke tanker og oppriktige holdninger informantene innehar knyttet til psykisk helse, ble det benyttet ulike sykdomscaser i intervjuene.

Gjennom prosjektet har jeg vært bevisst på min rolle som forsker, og at informantene har kunnet oppleve meg som forutinntatt når det gjelder stigmatisering og negative holdninger blant helsepersonell. Av den grunn har jeg forsøkt å forfatte spørsmål som ikke skulle oppleves dømmende på noen måte. Under intervjuene var jeg bevisst over mulighetene for krenkelser og opplevelse av fordømmelse var til stede, og etterstrebet en god relasjon til informanten (Malterud, 2017). Dette ble forsøkt ivaretatt ved å vise respekt, utøve god folkeskikk, ikke avbryte og tillatte tenkepauser. Samtidig forsøkte jeg å være oppmerksom i situasjoner hvor mulighetene var til stede for å krenke informantens mentale grenser, for eksempel ved oppfølgingsspørsmål. For å skåne informantene for eventuelle krenkelser forsøkte jeg å ikke grave videre i tematikk som informanten tydelig ikke ønsket å utdype ytterligere. Under intervju og bearbeidelse av empiri vil det alltid foreligge en risiko for krenkelser av informantens integritet (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2009). Derfor ble det i forkant av intervjuene informert om kontaktinformasjon ved behov for samtaler eller ved spørsmål. Som deltaker i studien var mulighetene til stede for å erverve seg nyttige refleksjoner over egne holdninger rundt stigmatisering i psykisk helsearbeid, noe som kan være positivt for fremtidig holdningsarbeid. Samtidig kan mine fortolkninger gi informantene muligheter for økt innsikt i eget ståsted og personlige egenskaper (De nasjonale forskningsetiske komitéene, 2009). Jeg anser derfor deltakelsen i prosjektet som fagmessig og personlig nyttig, og at informantens erfaring av å bidra med verdifull kunnskap oppleves positivt.

Informantene i denne studien gav i forkant av intervjuene skriftlig informert samtykke på bakgrunn av tilsendt forespørsel og informasjonsskriv om prosjektet. I tillegg ble informasjonen muntlig gjentatt under innledning til intervjuene, og informantene bekreftet på forstått informasjon. Informasjonsskrivet inneholder opplysninger om frivillig deltakelse, og mulighet for å trekke seg før, underveis, og etter, uten negative konsekvenser. Personvern og deltakerens rettigheter i forhold til personopplysninger belyses i skrivet. Under prosessen forsøkte jeg å respektere informantene gjennom full anonymitet, samt ved å behandle all personlig informasjon konfidensielt (Langdridge, 2006). Forsvarlige rutiner for datasikkerhet

ble opprettholdt ved at lydfiler ikke inneholdt navn eller andre personopplysninger, og ved krypterte lydfiler. Alt av datainnhenting fra studien er lagret på pc med passordbeskyttelse og personidentifisering. Alle personlige opplysninger, samt lydfiler planlegges slettet etter ferdigstilling av prosjektet. Nord universitet og Norsk senter for forskningsdata AS har i forkant av intervjuprosessen vurdert at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med personvernregelverket (se vedlegg 1).

#### **4.0 Presentasjon av funn**

Formålet med prosjektet er å utforske helsepersonells tanker og holdninger som omfatter mennesker med psykiske lidelser. Seks individuelle dybdeintervju utført med ulike faggrupper har resultert i en rekke personlige skildringer, historier og tanker rundt psykisk helsearbeid. Funnene fra den tematiske intervjuanalysen blir presentert under følgende fire temaer: (1) Helsepersonells språk. (2) Helsepersonells tanker om egne holdninger til mennesker med psykiske lidelser. (3) Helsepersonells tanker om andre profesjonsgruppers holdninger. (4) Helsepersonells tanker om brukers selvbestemmelse. Hovedfunnene fra intervjuanalysen blir i tillegg presentert i en oversiktstabell (tabell 1) til slutt i kapittelet.

#### **4.1 Helsepersonells språk**

Informantene forteller at som helsepersonell som jobber med mennesker med psykiske lidelser, bruker de relativt ofte samtaler som sitt verktøy i samhandling og behandling. Informantene mener at helsepersonells språk og uttrykk har stor betydning for relasjonsbygging mellom bruker og helsepersonell. Alle informantene i studien snakker om brukerne på en overordnet respektfull måte, men enkelte ord og setninger som brukes i intervjuet kan likevel oppfattes som upersonlig og uprofesjonelt. Intervjuene avdekker det hverdagslige kollegiale snakket i arbeidssituasjonen, og særlig uttalelser om brukere inneholder ord og setninger som eksempelvis at helsepersonell «får» og «tar» brukere, slik som «jeg kunne ta den brukeren». Et konkret tilfelle er denne ordlyden under et av intervjuene:

«... hun søkte og fikk egentlig vedtak fra den avdelingen som heter psykisk helse, jeg jobber i rusomsorgen på en måte, men de hadde så fulle lister, så jeg *fikk* henne ...»

Funnene i studien indikerer at mennesker med psykiske lidelser relativt ofte benevnes som psykiatriske pasienter, eller får en objektiv definisjon som psykisk syk. Intervjuene avdekket at tre av informantene konsekvent benyttet begrepene «psykiatriske pasienter» og «psykisk

syk» ved sine beskrivelser av mennesker med psykiske lidelser i intervjuene. Eksempelvis sa en informant: «Om jeg hadde visst at en person var alvorlig psykisk syk ...». I forhold til begrepet psykiatrisk pasient nevner en informant: «... Av og til når vi snakker om at psykiatriske pasienter gjør ting for å få oppmerksomhet ...». Tre av informantene unngår begrepene «psykiatriske pasienter» og «psykisk syk», og bruker heller beskrivende setninger som «Mennesker *med* psykiske lidelser» eller «en person *med* psykiske utfordringer». Et annet språkfunn som kommer frem gjennom analysen er måten informantene snakker om psykiatriske diagnoser. Under alle seks intervjuene beskriver informantene hva brukere er gjennom å oppgi diagnoser, hvor disse eksemplene gikk igjen: Brukerne *er* schizofrene, *er* rusmisbrukere, *er* alkoholikere, *er* bipolare, *er* deprimerte, *er* psykotiske eller *er* personlighetsforstyrrede. Begrepene rusavhengige eller rusmisbrukere, sammen med schizofrene, blir oftest uttalt under intervjuene. På spørsmål om schizofreni kommer det frem: «... Så tenker jeg at om jeg hadde hatt et barn som *var* det ...» og «... noen ganger kan man se om de er schizofrene eller psykotiske ...». Ved samtaler om depresjoner snakker informantene om deprimerte mennesker, og ikke mennesker med depresjoner: «ja, om du *er* deprimert, så har du lovt til å ta deg fri fra skolen, eller ikke trene så mye, eller sånne ting da ...». Mennesker med rusavhengighet eller rusmisbruk beskrives som «rusavhengige», «rusmisbrukere» eller «alkoholikere», som for eksempel disse setningene gjengitt av to informanter: «... jeg har jo alltid vært slik at når jeg treffer rusmisbrukere ...» eller «Jeg får mer ekle følelser, og det handler om alkoholikere ...»

Analysen viser at halvparten av informantene benytter ord som «de» og «dem andre» ved beskrivelser av mennesker med psykiske lidelser. Informantenes brukere omtales som «ikke normale», og «ikke som oss andre». Eksempelvis forteller en informant:

«... så har hun lyst til å leve et helt normalt liv, som normale mennesker, sånn som meg, men det kommer jo aldri til å skje for hun er så syk at hun lever rett og slett på siden av samfunnet, helt på siden, og hun skjønner ikke helt sosiale spilleregler, har liksom ikke helt ... hun er ikke helt koblet til virkeligheten, rett og slett ...»

Gjennom en skildring av en bruker med psykiske lidelser, benytter en informant ordet «egentlig» ved beskrivelser av brukers personlighet og egenskaper. Informanten uttrykker hvordan personen har forandret seg på grunn av sykdommen, og at han har blitt avvikende fra hvordan han var før sykdommen. Informanten sier:

«... har faktisk en ung schizofren gutt og, som *egentlig* er veldig oppegående, og vil utdanne seg som lærer ... og han er *egentlig* veldig intellektuell, har studert filosofi ...»

#### **4.2 Helsepersonells tanker om egne holdninger til mennesker med psykiske lidelser**

Alle informantene gir uttrykk for å være relativt tilfredse med sine egne holdninger til mennesker med psykiske lidelser, men er bevisst på at mye står på spill for hvordan en oppfattes av andre mennesker. Informantene tolker det slik at deres brukere og kollegaer forstår dem som helsepersonell med positive holdninger til psykisk helse, men har likevel forståelse for andre oppfatninger. En av informantene oppsummerer det slik:

«... jeg tror både kollegaene mine og de fleste brukerne mine har tillit til at jeg gjør jobben min og at jeg er en trygg person. Det er jeg ganske sikker på. De vet at de kan stole på meg ...»

Informantene mener selv at de innehar de egenskaper som kreves for å jobbe med mennesker med psykiske lidelser. Empati, nysgjerrighet, motivering, ikke gi opp, formidle håp, mulighet for å gjøre det lille ekstra for brukerne, gå litt ut av boksen, vise respekt, opptre likeverdig, stille krav og fremtre ydmykt blir påpekt som gode egenskaper helsepersonell innenfor psykisk helse og rus burde inneha. Personlig og profesjonell trygghet, samt å ikke vise redsel belyses også av informantene som viktige egenskaper. En av informantene forklarer gode egenskaper slik:

«Jeg tror man må være ydmyk og respektfull, og være engasjert i faget og ha det ønsket om å hjelpe, men likevel ikke overta. Jeg tror det også er veldig viktig å sette grenser, og å være robust i dette yrket ...»

Alle informantene tydeliggjør at relasjonsbygging er sentralt i samhandling med mennesker med psykiske lidelser. Holdninger som viser at den andre har likestilt verdi er viktig for tillit og relasjonsbygging. En informant klargjør hvilke egenskaper som er viktige for å bygge gode relasjoner: «Det med å være til stede, holde avtalene man har ...». Informantene mener det er betydningsfullt å reflektere over egne holdninger og egenskaper, samt hvordan jobben utføres, for å skape best mulig relasjon til bruker. Samtidig mener en informant at det burde fokuseres mer på refleksjoner: «... jeg tror ikke det hadde noe med stigmatisering å gjøre, jeg tror det har litt med å gjøre at vi går oss litt til i bare et spor, vi får litt skylapper på liksom ...» Tre av informantene mener at blant deres arbeidskollegaer, kan enkelte måter å opptre på være med på at brukere opplever stigmatisering. Å være for «hard» eller for «myk», kan

oppleves negativt for relasjonen mellom helsepersonell og bruker. Informantene forteller at helsepersonell forholder seg forskjellig ut fra hvilken personlighet de innehar, og at evnen til å reflektere er den viktigste egenskapen helsepersonell kan ha. Følgende sitat gir innsikt i betydningen av å reflektere over ulike måter å samhandle med brukere på:

«Noen er veldig harde, sånn: «nå må de skjerpe seg», mens andre er veldig overbærende, veldig forsiktig, de har liksom ikke noe tiltro til den pasientgruppen. Så det er liksom stigmatisering på flere måter, synes jeg da».

Det å opparbeide jobberfaring med psykiske lidelser og bli kjent med faget gjør, ifølge informantene, helsepersonell tryggere på seg selv, og gir en bedre forståelse for mennesker med psykiske lidelser. En informant forklarer viktigheten av erfaring: «Det å få erfaring, jo mer erfaring, jo bedre takler man ting og håndterer ting». Intervjuanalysen viser at informantene opplever at egne holdninger blir mer positive, jo mer erfaringer innenfor psykisk helse de høster. Det er en gjennomgående oppfattelse blant informantene at fordommer mot- og negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser avtar i takt med opparbeidet jobberfaring innen psykisk helsearbeid. Fem av informantene forteller at som studenter og uerfarne innenfor psykisk helsearbeid, så var de usikre og følte uro ovenfor mennesker med psykiske lidelser i de første møtene. En informant forklarer det slik:

«... jeg og husker nemlig at jeg var mer skeptisk til de som ... når du fikk inn epikriser og når du fikk inn informasjon. «ja okay, de er schizofrene» eller «okay, alvorlige selvmordstanker» ikke sant, alle de tingene der da. Når du fikk liksom sånn sykdomshistorikk og informasjon. Så husker jeg at jeg selv ble litt sånn «åj, shit» ...»

Gjennom kunnskap om psykisk helse og kjennskap til menneskene bak lidelsene, fikk informantene dempet sin usikkerhet og uro for mennesker med psykisk lidelser. Informantene mener at fordommer som opparbeides gjennom oppvekst og ved uvitenhet minker eller forsvinner etter hvert som diagnosen forsvinner og brukers identitet blir fremtredende. En informant forteller om sine erfaringer:

«Etter hvert som man har lært seg å kjenne personen bak diagnosene og rusen, så kan man få en økt forståelse på hvorfor ting er som de er da, altså det er jo gjerne en grunn for en ting. Og veldig ofte så kan man neste skjønne det, at noen havner utpå, når man hører bakgrunnen».

En informant meddeler en historie fra da hun var uerfaren innenfor psykisk helse i starten av sin karriere, som hadde satt sine spor. I ettertid ser hun at hun tråkket langt over grensen til brukeren ved å opptre lite respektfullt og være «den som visste best»:

«Ja, jeg har en historie på det hvor det var en ung dame som på en måte avviste meg da jeg kom dit en gang og var helt uforberedt på at hun var kjempesint på meg, og sier at «du snakker over hodet på meg, og du hører ikke på meg, du hører ikke hva jeg sier, jeg får ikke bestemme selv» Da tenkte jeg: Hva er det som har gjort at hun på en måte opplevde dette, det gir meg noen refleksjoner .... Denne episoden har iallfall gitt meg en sånn tanke om at man ikke skal trå over noen, og ta bort selvbestemmelsen ...»

En av informantene peker på at begrensede kunnskap om psykisk helsearbeid, bidro til at det festet seg noen negative holdninger knyttet til mennesker med psykiske lidelser. Tidligere utfordringer om fordommer mot religion og tro ble meddelt gjennom følgende utsagn:

«... hun var veldig religiøs da, opptatt av gud og at hun skulle bli straffa av den onde straffende guden da, og hun snakket mye til meg om det, og jeg er ikke religiøs i det hele tatt og jeg hadde nok fordommer, eller hadde i hvert fall fordommer mot religiøse, alle slags religioner egentlig, og jeg husker at jeg takla skikkelig dårlig å snakke med henne om det, og jeg var kort og avfeide henne, og jeg hørte ikke på henne, og jeg husker at da at hun så på meg med et veldig sånn såret blick rett og slett på grunn av en av mine kommentarer ...»

Informantene mener at en av grunnene til at mennesker med psykiske lidelser kan oppfatte dem som stigmatiserende, kan være organiseringen av psykisk helsearbeid. Alle informantene har et kritisk syn på dagens ordning med organisering og ressursbruk av psykisk helsearbeid innen den norske helsesektoren, med tanke på hvordan strukturen er bygd opp. Pakkeforløp, begrenset økonomi og færre ansatte gir en mer stressende jobbhverdag. Utsagn som «... jeg føler at det er det systemet vi er i nå da, hvor psykiatrien i Norge ikke fungerer i det hele tatt ...», beskriver informantenes meninger om muligheter for kvalitet i psykisk helsearbeid. Fire av informantene mener de har for mange brukere per dag, noe som gjør at jobben blir dårligere utført. Dette kan bidra til en mer stressende hverdag, og kan resultere i en annen fremstilling av seg selv enn normalt:

«Jeg tenker at mye av stigmatiseringen fra fagfolk handler ikke så mye om psykisk uhelse, men det handler mye om manglende ressurser eller utbrenthet ... Jeg føler meg overkjørt, ene og alene fordi vi har for få ressurser. Så det er alltid et dilemma, hvor stor kake skal den enkelte få. Skal vi gi til mange, eller skal vi avslå mange og gi mye til få ...»



Fem av seks informanter mener at diagnoser ikke har noen stor betydning for behandlingen, og at det er mennesket bak som er viktig. En av psykologene forteller at mye av problematikken til dagens brukere handler om selvfølelsesproblematikk. Psykologen mener at 80-90 prosent av brukere føler at de ikke er verdige andres oppmerksomhet, og er ekstremt selvkritiske. Det er derfor viktig å bli kjent med mennesket, og deretter behandle symptomer. Til tross for meninger om at diagnoser har liten betydning, forteller flere informanter at enkelte diagnoser er mer utfordrende og utmattende å jobbe med enn andre, spesielt emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, Myalgisk encefalopati (ME), og alkoholisme. En informant forteller på en tilsynelatende oppriktig måte om egne negative holdninger til brukere med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor informanten erfarer store personlige belastninger knyttet til diagnosen. En annen informant forteller om sine fordommer mot en spesiell diagnose: «... jeg er ikke fordomsfri jeg heller, jeg har jo som du hører noe imot alkoholikere, jeg har skikkelig sperre ...». I forhold til ME, forteller en tredje informant om sine erfaringer rundt mennesker med ME: «ME er en veldig vanskelig og psykisk anstrengende diagnose å jobbe med». Flere av informantene forteller at de oppfatter at brukerne opplever økt grad av stigmatisering fra samfunnet, alt etter hvilken diagnose som er satt. Informantene erfarer at alvorlige og langvarige diagnoser oppleves mest stigmatiserende: «Kanskje bipolar, schizofrene, også personlighetsforstyrrelsene, vanskelig å ... særlig personlighetsforstyrrelsene kanskje, for der er det mye som ikke er så lett å henge på noen knagger ...»

#### ***4.3 Helsepersonells tanker om andre profesjonsgruppers holdninger***

Informantene opplever i sin jobbhverdag episoder med stigmatisering og diskriminering av brukere under psykisk helsearbeid. Samtlige informanter erfarer at negative holdninger og stigmatisering oppstår fortrinnsvis fra andre helsepersonell eller profesjoner som ikke har samme nærhet til bruker som dem selv. En informant forteller: «Jeg ser jo at det er en del stigmatisering, og særlig fra sykehuset sin side, fastleger og ja, de som ikke jobber så tett på da, tannleger også ...». En annen informant meddeler sine stigmaopplevelser på vegne av brukere under utskrivning fra et sykehus: «... jeg har opplevd at folk har blitt skrevet ut samme dag som de bedrev selvskading. Driver med selvskading imens de er innlagt, risp oppover armer og da blir sendt hjem ...» En informant forteller sin opplevelse i forbindelse med brukers forhold til LAR-legen: «... fordi hun har fått ny LAR-lege nå, og han har kanskje ikke så mye forståelse for hennes bakgrunn da ...».

Alle informantene hevder at jo større avstand helsepersonell har til brukeren, jo større er sjansen for negative holdninger og stigmatisering av psykiske lidelser. Med dette mener de at helsepersonellet ikke kjenner eller forstår brukerne like godt som dem selv. I den sammenhengen er fastlegekontor og somatiske avdelinger på sykehus de instansene som oftest nevnes under intervjuene. En informant beskriver sin tolkning av stigmatisering i psykisk helsesektor på denne måten:

«... det er veldig mye stigmatisering blant fagpersoner, iallfall de som ikke jobber med det. Er de på somatiske poster på sykehuset for eksempel, så er de veldig redde for å få noen som ... «åj, han har ruset seg» eller «åj, han er schizofren, da er han gæren», ja det er nesten farlig å få sånne brukere eller pasienter da. Og det er jo ... ja, jeg tenker at det er nok mye stigmatisering blant fagpersoner og befolkningen generelt, og det tror jeg ... jeg tror det går mye på uvitenhet, at man ikke vet, man har ikke kunnskap nok ...»

En annen informant forteller om opplevelser der begrenset kunnskap om psykisk helse bidrar til at andre profesjoner kan ha negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser, og opptre stigmatiserende og diskriminerende:

«... har blitt sendt hjem fra legevakt, og legekantor rett og slett fordi de er blitt avfeid med at det er noe gærent oppi hodet ditt, liksom, «det er ikke noe galt med deg, det må du fikse, for da blir det bra», og så har de vært somatisk syke. Så det er nok mye stigmatisering og uvitenhet ute og går blant fastleger ...»

To av informantene jobber i en kommunal avdeling innenfor psykiatri og rus, og forteller at deres brukere opplever stigmatisering fra andre profesjoner enn helsepersonell daglig, noe som gjør hverdagen til brukerne vanskeligere. Mye av stigmatiseringen handler om lite forståelse for brukeren, og begrenset erfaring eller kunnskap om psykiske lidelser. En informant gjengir følgende:

«Det er veldig ofte sånn at de kanskje prøver å legge frem sin sak for, ja ... gjeldsrådgiver, Nav, for hvem det måtte være, for bygg og eiendom, i forhold til bolig, og så har de egentlig allerede blitt stempla, og de ser kanskje ... det er mulig de har en tidligere historie og det er veldig mye sånn at det ... det er mange som ikke tror det kan bli noen endring, de henger igjen i det gamle hele tiden ...»

Også den andre informanten deler sin erfaring omkring andre profesjoners stigmatisering av mennesker med rusproblematikk:

«Jeg har hatt et lite prosjekt i en bolig, hvor det bor egentlig XX personer med ruslidelser og større eller mindre psykiske lidelser, en med schizofreni-lidelse, og de

andre har jo angst og depresjoner for det meste, og de bor i en bolig som ... den bare forfalt, alt var... det var ingenting som ble gjort der, den datt nesten fra hverandre, de prøvde, de sendte klager, de klaga til vaktmester, og de gjorde alt mulig, og det var en felles stue, som de veldig gjerne ville bruke for å drikke kaffe med meg innimellom, og fordi jeg hadde et prosjekt da, så fikk jeg lov å åpne den stua, og da tok jeg opp sånne ting som bomiljø og sånn, og det jeg fant ut var at det ikke var umulig å få gjort noen ting med noe som helst, men de ble ikke hørt, ikke i det hele tatt, det var... de var rett og slett stempla som klagete, sytete, «de får være fornøyde med det de har», veldig sånn, samtidig som at det var snakk om ressurser fra kommunen da, men da jeg kom inn da, så tok det ikke med lang tid å få ganske mye av det, og det synes jeg er ganske... det viser veldig godt da, hvor stigmatiserte de er ... de hadde veldig mye gode innspill som aldri egentlig har blitt hørt ...»

I motsetning til eksemplene over, så forteller en informant om omvendte erfaringer, hvor enkelte av informantens brukere kunne beskrive mindre stigmatisering i en somatisk avdeling, enn ved en psykiatrisk avdeling, nettopp på grunn av uvitenhet og mindre erfaring med psykiske lidelser. Dette reiser spørsmåltegn ved at negative holdninger og stigmatisering alltid er etterfulgt av uvitenhet og manglende erfaring innenfor psykisk helsearbeid. Informanten forteller:

«Jeg ser det er stor forskjell i psykiatrien og i somatikken også, jeg tror også somatikken har liten erfaring med psykiatri, men samtidig så har jeg hørt endel borderlinepasienter si at de heller vil være innlagt på medisinsk enn i psykiatrien, for der blir de i hvert fall behandlet som vanlig folk. Så det går begge veier da, at det kan være deilig at ikke noen snakker til deg for at du er en psykiatrisk pasient, men fordi du har vondt i kroppen, og behandler deg deretter ...»

#### ***4.4 Helsepersonells tanker om brukers selvbestemmelse***

Intervjuene i studien har fått frem informantenes tanker om brukers autonomi og brukers valg angående eget liv. Gjennom analysen kan det tolkes at enkelte informanter undertrykker brukers autonomi, ettersom informantene forteller om situasjoner hvor de overkjører brukers «uriktige» valg med valg de mener er bedre for bruker. Informantene i kommunale helsetjenester forteller at de av og til føler et behov for å overkjøre brukerne i forhold hva de mener er til det beste for brukeren, og at det gir blandende følelser om hva som er rett og galt. En informant beskriver sin erfaring når det gjelder å overkjøre brukers valg:

«... i den saken jeg er i nå, der har vi forsøkt å ha møter med brukeren, og det er en ganske stor og omfattende sak som involverer veldig mange, og det gjorde vi en gang, så har vi hatt masse møter uten han med ... og det handler rett og slett å få gjort noe, til det beste for han, for han stoppet alt som var ... Det handler om bosted og hvis han bare hadde fått viljen sin, så hadde han endt opp bostedsløs, noe som absolutt ikke er bra for han, i hans situasjon. Så der har vi nok overkjørt litt, og det skjer med jevne mellomrom ...»

Fortellinger om uenighet rundt behandling mellom brukere og helsepersonell går igjen i intervjuene. Informantene opplever stadig diskusjoner rundt behandling, hvor brukere ikke er enig i den behandling de får, eller tror på helsepersonells kunnskap i behandling. Uenighet og stadige diskusjoner kan igjen bidra til at relasjonen dem imellom påvirkes i negativ retning. Informantene med mest og lengst erfaring opplever å gradvis miste makten de hadde tidligere, da brukers selvbestemmelse har fått økt fokus i behandling. En informant har erfaringer omkring maktesløshet:

«Det er det vi får gjort der, vi får ikke gjort noe mer, og hun vil ikke ha noe mer hjelp heller, men hun er egentlig veldig, veldig syk. Men det er ikke så lett, de bestemmer jo selv, det er jo en frivillig tjeneste. Og når de ikke ... det er ikke så lett da å hjelpe de».

Alle informantene kjenner på frustrasjon ved å ikke kunne hjelpe, enten fordi brukeren ikke ønsker hjelp, ikke er enig i hjelpen, eller ønsker å bestemme selv. Frustrasjonen kommer til uttrykk ved vanskelige relasjoner og dårlig samarbeid. En informant nevner:

«... til tider så kan det være litt vanskelig, rett og slett fordi at vi vet at de personene kanskje ikke skjønner konsekvensene av sine egne avgjørelser. Men ja, vi har jo fokus på det [brukermedvirkning], fordi vi skjønner at folk må få leve sine liv og bestemme det de vil selv ... men det kan være litt vanskelig noen ganger, jeg må innrømme det ...»

Følelsen av håpløshet går igjen hos informantene ved spørsmål om brukers valg knyttet til behandling. Spesielt oppleves håpløshet ved brukers valg av medikamentfrie behandlinger, hvor informantenes erfaringer tilsier at medikamenter er det beste alternativet. Også brukers valg om å ikke benytte seg av tilsynelatende eneste eksisterende behandling oppleves håpløst, og vanskeliggjør følelsen av å gjøre en god jobb. En informant forteller om sin erfaring: «... samme gjelder liksom med bipolar diagnosene, det er liksom bare medisiner, og hvis de ikke

vil ha medisiner så er det liksom ikke noe vi kan tilby. Og samme med ADHD ...»

#### 4.5 Oppsummering av hovedfunn

Tabell 1 (se nedenfor) gir en oppsummering av studiens hovedfunn. Tabellen er inndelt i de fire hovedtemaene fra den tematisk analysen, og under hvert hovedtema er det oppgitt tre til fem subtema.

Tabell 1, Oppsummering av studiens hovedfunn

Hovedtema	Subtema
Helsepersonells språk	Informantene benytter til tider begreper som å «få» eller «ta» en bruker.
	Tre av informantene benytter begrep som «psykiatrisk pasient», imens de andre tre benytter «med en psykisk lidelse».
	Alle informantene bruker relativt ofte uttrykk som tilsier at brukerenes identitet knyttes til diagnosen, eksempelvis at en person <i>er</i> schizofren.
	Tre av informantene omtaler iblant mennesker med psykiske lidelser som «de» og «dem andre». To benytter ordet «egentlig» ved beskrivelser av brukere.
	<b>Subtema</b>
Helsepersonells tanker om egne holdninger	Informantene mener selv de har positive holdninger.
	Empatisk, formidle håp, nysgjerrig, respektfull, motivere, opptre likeverdig og trygg er egenskaper som er hensiktsmessige for helsepersonell.
	Informantene mener at vesentlig kunnskap om mennesket bak diagnosen, refleksjoner og jobberfaring kan redusere negative holdninger innenfor psykisk helsearbeid.
	Informantene mener at dagens organisering og ressursbruk i psykisk helse kan resultere i stigmatisering av brukere.
	Utfordrende diagnoser kan resultere i negative holdninger hos helsepersonell.
	<b>Subtema</b>
Helsepersonells tanker om andres profesjoners holdninger	Informantene mener at negative holdninger, fordommer og stigmatisering forekommer oftere blant andre profesjoner.
	Mindre kompetanse om brukernes behov og begrenset praksiserfaring innenfor psykisk helse skaper avstand mellom hjelper og bruker, og kan utløse negative holdninger til brukerne.
	Informantene forteller at brukerne opplever mindre stigmatisering i situasjoner hvor brukernes psykiske diagnose ikke er relevant.
	<b>Subtema</b>
Helsepersonells tanker om	Informantene har erfaring med situasjoner hvor de har overkjørt brukernes ønsker om egne valg.
	Informantene har opplevd å miste makten over bruker grunnet brukermedvirkning.

## 5.0 Diskusjon

Funnene fra intervjuanalysen bærer preg av gjennomgående gode intensjoner blant informantene om å hjelpe mennesker med psykiske lidelser. Samtidig avdekkes deres kritiske betraktninger relatert til andre profesjoner, aspekter knyttet til språkbruk og diagnoser, samt etiske dilemmaer rundt brukers selvbestemmelse, som kan relateres til negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Disse funnene aktualiserer en faglig debatt om helsepersonells holdninger til mennesker med behov for psykisk helsehjelp, samt viktigheten av tverrfaglighet og samarbeid innenfor fagpersoner med ulik profesjonsbakgrunn. I dette kapitlet diskuteres studiens funn i lys av relevant forskningslitteratur og teori fra oppgavens teoretiske rammeverk. Kapitlet avsluttes med en diskusjon rundt styrker og svakheter med studien, og hvor behovet ligger for videre forskning.

### 5.1 Helsepersonells språk vekker bekymring

Behandling av psykiske lidelser pågår ofte over langvarige perioder (Karlsson & Borg, 2017), hvor gode og trygge relasjoner mellom helsepersonell og brukere av psykiske helsetjenester vil være viktig for brukers opplevelse av bedring og mestring av eget liv. For at helsepersonell best mulig skal forstå og hjelpe mennesker med psykiske utfordringer, samt lykkes med behandling, må hovedfokus være samhandling og relasjonsbygging mellom hjelper og bruker (Vatne, 2006). En gjensidig trygg relasjon forutsetter et språk og en uttrykksmåte som markerer respekt og verdighet (Svendsen, 2015). Refleksjon over eget språkbruk, både i samtaler med bruker og kollegiale dialoger, kan bidra til å redusere brukers opplevelser og inntrykk av krenkelser og stigmatisering (Kinderman & Cooke, 2017). Flere av informantene benyttet ord som å «få» eller «ta» en bruker ved snakk om ansvarfordeling, noe som kan oppfattes som en upersonlig og uprofesjonell måte å snakke om andre mennesker på. Ord som å «få» eller «ta» kan medvirke til objektivisering av andre mennesker, i motsetning til «å ha ansvar for», hvor personen anerkjennes som et likeverdig subjekt (Vatne, 2006).

Helsepersonells objektivisering av brukere seg imellom, kan utgjøre en risiko for at objektivisering også blir fremtredende og overordnet i møtet mellom hjelper og bruker. Vatne (2006) poengterer at innenfor psykisk helsearbeid, og i helsetjenesten generelt, har helsepersonell en tendens til å etablere en ubevist subjekt-objekt-relasjon til brukeren.

Utfordringer i relasjon mellom helsepersonell og brukere kan relateres til utsagn fra Ekeland (2014), som mener at objektivisering av mennesker med psykiske lidelser lever i beste velgående, da helsepersonells fokus relativt ofte er på objektive diagnoser. Dette til tross for at Opptrappingsplanen for psykisk helse (Meld. St. 25, (1996–97)) hevder at fokus i psykisk helsearbeid bør være på personen som subjekt, ettersom samtaler er betinget av at partene anerkjenner hverandre som subjekt (Ekeland, 2014). En mulig forklaring på helsepersonells subjekt-objekt-relasjon kan være den daglige, rutinemessige observeringen av andre mennesker. Blir observeringen, og ikke dialogen, for fremtredende, kan dette medvirke til at helsepersonell beskriver og tenker på brukeren som et objekt (Vatne, 2006). En slik objektivisering vil skape avstand til det medmenneskelige, hvor en ikke blir gjenkjent og dermed heller ikke anerkjent som en likeverdig person (Ekeland, 2014). Problematikken rundt menneskelig objektivisering understøttes av Vatne (2006), som understreker at det kan være utfordrende å opptre anerkjennende overfor den andre ved å omtale andre mennesker som et objekt, et objekt man kun kan måle, beskrive og veie. På den måten kan objektiviseringen bidra til redusert samhandling mellom hjelper og bruker, og medvirke til å opprettholde subjekt-objekt-relasjonen, kontra en subjekt-subjekt-relasjon mellom hjelper og bruker som er ønskelig i en relasjon mellom to mennesker.

Språkfundet i denne masterstudien kan også forstås i lys av organisasjonskultur og arbeidsmiljø. Stigmatiserende ord og uttrykk kan sitte i «veggene» i arbeidsmiljøet, hvor nyansatte tilegner seg eksisterende talemåter for å lettere bli anerkjent i personalgruppen (Hem et al., 2017). Det kan være problematisk for den enkelte å si ifra om kritikkverdig språkbruk, ettersom konsekvensene kan resultere i negative reaksjoner fra kollegaer og ledelse (Vik, 2010). Imidlertid understreker HelseOmsorg21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014) behovet for å utnytte tilgjengelig kunnskap på en bedre måte i alle deler av helsetjenesten, noe som også innebærer bedre utnyttelse av de ansattes kompetanse, i dette tilfellet å si fra og medvirke til endringer ved kritikkverdig språkbruk. Språk og uttrykk preget av respekt og verdighet, hvor kunnskapsbasert praksis (som innebærer både forsknings- og erfaringskunnskap) ligger i grunn, vil kunne styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014), og samtidig understøtte helsepersonells etiske oppmerksomhet utad (Hem et al., 2017).

Informantene benytter blant annet uttrykk som «psykiatrisk pasient», «psykisk syk», «er psykotisk», «er schizofren» og «rusmisbruker» ved beskrivelser av mennesker med psykiske

lidelser. Å anvende potensielle stigmatiserende uttrykk er relativt vanlig blant helsepersonell i psykisk helsearbeid (Vatne, 2006). Forfatterne Aarre og Dahl (2018) belyser problematikken ved å poengtere at å gi mennesker en negativ identitet, eksempelvis «å være schizofren», kan være stigmatiserende og bidra til diskriminering av personer med psykiske lidelser. Dette samsvarer med studien til Volkow et al. (2021), som omhandler helsepersonells språk i forhold til negative holdninger og stigmatisering. Studien oppfordrer alle som samhandler med, eller kommuniserer om psykiske lidelser og ruslidelser, til å erstatte potensielt stigmatiserende begrep og uttrykk med nøytralt, personsentrert språk. Ved å benytte et personsentrert språk, gjenspeiler en at lidelsen eller sykdommen bare er ett aspekt av en persons liv, og ikke den definerte egenskapen. Eksempelvis kan det oppleves mindre stigmatiserende for mennesker med psykiske lidelser om helsepersonell anvender «en person med schizofreni» eller «en person med en psykisk lidelse» istedenfor «personen er schizofren» eller «personen er psykisk syk». Først og fremst definerer de to sistnevnte eksemplene at brukerens identitet knyttes til diagnosen, og ikke frigjøres som et selvstendig individ med en diagnose. På en annen side kan det å bli gitt en merkelapp med «psykiatrisk pasient» være utfordrende og uønsket for den det gjelder, særlig ettersom begrepet «psykiatrisk pasient» knyttes til en rekke negative assosiasjoner i samfunnet. Til eksempel kobler samfunnet ofte psykiatriske diagnoser sammen med drap og kriminalitet, ettersom media stadig fremstiller mennesker med psykiske utfordringer som uforutsigbare og voldelige (Kinderman & Cooke, 2017). Ifølge studien til Volkow et al. (2021) kan begrepet rusmisbruker gi liv til negative assosiasjoner. Dette skjer fordi begrepet «misbruk» ofte assosieres med kriminelle handlinger, slik at begrepet bidrar til at mennesker med rusproblematikk gjerne forhåndsdommes som kriminelle. Forfatterne hevder at begrepet bør unngås og erstattes med «person med rusavhengighet» eller «person med en rusforstyrrelse». At halvparten, og ikke alle, av informantene anvendte betegnelsen «psykiatrisk pasient», kan tyde på eksisterende bevisstgjøring og refleksjoner rundt begrepsbruk knyttet til brukere blant helsepersonell. Sykdomsforståelse er stadig i endring (Elstad & Norvoll, 2013a), og har gitt utslag i en større grad av sosial aksept- og forståelse av psykiske lidelser i nyere tider. Å bevisst fremstille mennesker gjennom et personsentret språk, samt å sette søkelys på personsentret språk i helseutdannelser, vil kunne bidra til at begreper som «psykiatrisk pasient», «schizofren» og «psykotisk» gradvis avtar i et samfunn (Elstad & Norvoll, 2013a; Carrara et al., 2019).



Studien avdekket at mennesker med psykiske lidelser omtales iblant som «de» og «dem andre». Bak denne typen språkbruk kan det ligge en forståelse av at mennesker med psykiske lidelser sees på som en annerledes gruppe enn «normalen» i samfunnet. Helgesen (2017) forklarer behovet for gruppering med ønsket å beskytte seg selv, hvor det fremstilles en personlig avstand fra det unormale. En slik grense kan skape en distanse som gjør at man takler utfordrende situasjoner bedre (Elstad & Norvoll, 2013b). På en annen side så kan en slik kategorisering avdekke at enkelte helsepersonell ikke anerkjenner den andre som et eget individ, eller en person med lik verdighet som en selv, noe som kan bidra til brukers opplevelser av fordommer og negative holdninger (Elstad & Norvoll, 2013b).

To av informantene benyttet ordet «egentlig» ved beskrivelser av mennesker med psykiske lidelser. Under en beskrivelse av en ung gutt med schizofreni ble det forklart hvilke egenskaper og muligheter gutten egentlig hadde. Jeg tolket det på en slik måte at informanten anså at sykdommen hadde forandret hans identitet. Øye og Norvoll (2013) beskriver slike tilfeller som symbolsk makt, en makt, eksempelvis helsepersonell, har til å bestemme om andres adferd er riktig eller feil, og hvor brukerens egen sykdomsinnsikt ofte sees bort i fra. På den måten kan betydningen av «egentlig» forbindes med negative holdninger til- og maktmisbruk over mennesker med psykiske lidelser. På en annen side så «egentlig» tolkes som uttrykk på helsepersonells håp om brukers tilfriskning, og kan relateres til recoveryperspektivet, hvor håp og optimisme med tanke på fremtiden er en viktig prosess i en eventuell bedringsfase (Kogstad, 2021).

## ***5.2 Helsepersonells holdninger til mennesker med psykiske lidelser***

Informantenes oppfatning av egne holdninger tilsier at helsepersonell besitter holdninger som er positive og formålstjenlige i samhandling med mennesker med psykiske lidelser. Funnet kan sammenlignes med andre studier, blant annet studiene gjennomført av Del Olmo-Romero et al. (2019) og Economou et al. (2020), som også antyder at helsepersonell mener at de har positive holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Det oppleves under intervjuene at informantene har gjennomgående gode intensjoner i møtet med brukere, og det virker troverdig at de innehar de egenskaper informantene selv mener er hensiktsmessige for psykisk helsepersonell å inneha.

Psykisk helsearbeid innebærer arbeid som har som formål å bedre eller ivareta enkeltmenneskers psykiske helse, med vekt på individualisering og helhet, og krever

personlig faglighet (Karlsson & Borg, 2017; Kogstad, 2021). Dette forstås som ferdigheter til å styrke andres evner, gi medmennesker verdibekreftelser, være engasjert og samtidig utøve faglighet for andres tilrettelegging for et verdig liv. Å jobbe som psykiatrisk helsepersonell inneholder både bistand og praktiske gjøremål på den ene siden, og relasjonelt arbeid og samtaler på den andre siden. Imidlertid hevder Steinkopf et al. (2020) i deres studie om sosialt arbeid at helsepersonells personlighet stort sett spiller en større rolle enn praktisk bistand. Det er altså viktigere hvem du er, enn hva du gjør. Studien (Steinkopf et al., 2020) poengterer at kritisk selvrefleksjon og selvaksept er to svært relevante egenskaper for helsepersonell, hvor hensikten er å forstå seg selv og tolerere sine egne mangler. Disse egenskapene er ikke gjenkjennbare med funnene i min studie, ettersom informantene opplever med størst fokus på positive og hensiktsmessige egenskaper. En mulig tolkning av funnet kan være at arbeidsmiljø innenfor psykisk helsearbeid har større fokus på hensiktsmessige egenskaper knyttet til psykisk helsearbeid, og samtidig begrenset søkelys på manglende eller uhensiktsmessige egenskaper. Karlsson og Borg (2013) hevder at psykisk helsearbeid omfatter helsepersonells møter med seg selv, samt kritisk bevissthet på egne forutsetninger som hjelper. På den ene siden er det viktig å være bevisst på hvilke egenskaper en besitter, det være empatisk, formidler av håp eller å opptre likeverdig og respektfullt, da dette er gunstige egenskaper som bør ligge i grunn hos psykiatrisk helsepersonell for optimal utøvelse i psykisk helsearbeid. På den andre siden kan kritisk refleksjon over manglende eller uhensiktsmessige egenskaper resultere i styrkede eller endrede egenskaper. For å bli en bedre versjon av seg selv, er evnen til å se den andre, lytte, forså og akseptere, egenskaper det er spesielt betydningsfullt for psykisk helsepersonell å reflektere over (Karlsson & Borg, 2013). Imidlertid kan funnene fra studien tyde på at helsepersonell fortrinnsvis reflekterer over spesifikke handlinger i arbeidshverdagen, og at refleksjon over personlige egenskaper- og forutsetninger mer eller mindre bortfaller. Et slikt tilfelle ville vært uheldig i forhold til å tilegne seg taus (implisitt) kunnskap, som omhandler personlige egenskaper og forutsetninger. Ifølge Karlsson og Borg (2013) utvikles ofte taus kunnskap gjennom refleksjoner, og er vel så viktig som nedskrevet, formell (eksplisitt) kunnskap.

Holdningsforskning sett fra brukers perspektiv viser at mennesker med psykiske lidelser opplever negative holdninger og stigmatisering blant helsepersonell i psykisk helsehjelp (Rao et al., 2009; Adjorlolo et al., 2016; Hansson et al., 2013; Sælør et al., 2015; Ness et al., 2014). Med utgangspunkt i at det finnes negative holdninger blant helsepersonell, reflekterte min studies informanter over hvorfor helsepersonell til tider kan oppleves og erfares med

fordommer og negative holdninger. På den ene siden erfarte informantene at betydelig jobberfaring og vesentlig kunnskap om mennesket bak diagnosen, bidro til at fordommer mot- og negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser avtok. På den andre siden opplevde informantene at dagens organisering og ressursbruk i psykisk helse kunne medføre en mer stressende arbeidshverdag, noe som kunne påvirke holdningene i negativ retning.

Ifølge Goffmans stigmatiseringsteori (2009) vil det første møte mellom to mennesker resultere i å tilegne hverandre egenskaper, og ut ifra tolkning klassifisere og kategorisere den andre, med en tilsynelatende, forventet sosial status som utfall. I lys av Goffmans teori kan man få en oppfatning på hvorfor erfaring og forståelse av mennesket bak diagnosen, kan endre negative holdninger og fordommer, som gjerne er utviklet grunnet usikkerhet, redsel og begrenset forståelse. Ettersom erfaring over tid og erfaringsbasert kunnskap i psykisk helsearbeid ofte innebærer økt livs- og menneskekunnskap, samt modenhet i faget, medfører erfaring ofte trygghet og økt forståelse for den andre (Goffman, 2009; Karlsson & Borg, 2013). Potensielt sett kan erfaring- og kunnskapstilegning bidra til positive holdninger knyttet til psykisk helsearbeid. Opparbeidelse av erfaringsbasert kunnskap kan samtidig medvirke til at brukere innenfor psykisk helsearbeid oppfatter helsepersonell som mindre stigmatiserende, ettersom erfaringsbasert kunnskap kan knyttes til anerkjennelse i en relasjon (Karlsson & Borg, 2013). Informantenes opplevelse av at erfaring bidrar til positive holdninger og mindre fordommer, er i tråd med utsagn fra Vatne (2006), som hevder at negative følelser- og forventninger til den andre vil kunne avta eller endre seg med bevisstgjøring, erfaring og kunnskap. Samtidig kan måten helsepersonell utøver en profesjonell rolle ha relativt stor betydning for hvordan andre mennesker oppfatter adferd og hvilke holdninger som ligger i grunn (Røkenes & Hanssen, 2012). Gjennom erfaring forstår man som helsepersonell at man aldri er utlært, og at man ikke vet svaret på alt. Wampold et al. (2017) betegner profesjonell usikkerhet som en hensiktsmessig egenskap for helsepersonell. Profesjonell usikkerhet handler om å erkjenne at man ikke vet alt, og er bevisst på at man sjeldent kan sette to streker under svaret. Som uerfaren helsepersonell kan dette være et forholdsvis ukjent- eller skremmende fenomen; De kan tenke «hva skal vi da bidra med»? Profesjonell usikkerhet oppdages og erfares gjerne over tid, og kan bidra til opplevelse av likeverdighet mellom hjelper og bruker (Karlsson & Borg, 2013). Wampold et al. (2017) utdyper at jo mer helsepersonell uttrykker profesjonell usikkerhet, jo mer utøves refleksjoner, noe som potensielt kan medvirke til holdningsendring i positiv retning.

De norske studiene til Sælør et al. (2015) og Thorbjørnsen & Sømme (2007) har funn som tilsier at dagens organisering og ressursbruk i psykisk helse kan resultere i stigmatisering rundt tjenestebrukere, begrunnet med stivt byråkrati, systemer og strukturer utfordrer nyttig hjelp. Funnet samsvarer med utsagn fra min studies informanter, som forteller at hverdagen til tider oppleves veldig stressende, og kan resultere i en annen fremstilling av seg selv enn normalt. Den første utfordringen i forhold til organisering av psykisk helsearbeid kan påstås å være utdanningsforløpet, hvor både bachelorgradene og mastergradene de siste 20-30 årene har fått økt akademisk- og forskningsinnhold, og tilsvarende mindre praksis i feltet (Hatling, 2016). Dette til tross for at en kombinasjon av teori og praksis viser seg å være svært relevant og viktig for å utdanne klinisk dyktige studenter innenfor helsearbeid (Hatling, 2016). Det kan derfor tenkes at utdanningsforløpets reduksjon av praksis bidrar til at studenter føler seg utilstrekkelig forberedt på det relasjonelle i møtet med brukere av tjenesten, noe som kan påvirke holdningene som kommer til uttrykk. Organisering av psykiske helsetjenester har vært i store endring siden 1970-tallet, hvor desentralisert psykiatri trådte frem til fordel for psykiatriske sykehus (Borge et al., 2018). Disse endringene har vært av stor betydning for dagens organisering, særlig regjeringens grep med Opptrappingsplanen i 1998 (Meld. St. 25 (1996-1997) og st.prp. nr. 63 (1997-1998)), der det ble erkjent tiår med forsømmelser og utilstrekkelige prioriteringer, både i spesialist- og i primærhelsetjenesten. Noen av endingene i psykisk helsearbeid foruten Opptrappingsplanen, hvor fokus på brukermedvirkning, integrering og medborgerskap er gjeldende, kan nevnes å være Samhandlingsreformen, og dens søkelys på tverrfag samarbeid og et helhetlig tilbud til brukere (Meld. St. 47 (2008-2009)), samt helsedirektoratets implementering av pakkeforløp i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2018). Imidlertid presiserer Ørjasæter (2021) at ikke alle endringene har bidratt til bedre kvalitet på psykiske helsetjenester, ettersom dagens psykiske helsevern står i klem mellom krav om kunnskapsbasert praksis, pakkeforløpets standardisering, individualisering og brukerinvolvering. Ørjasæter (2021) hevder at dagens organisering av psykisk helsevern preges av troen på logistikk og kontroll på den ene siden, mens viktigheten av fleksibilitet, tillit og individuell tilpasning fremheves på den andre siden. For en rekke helsepersonell har dette ført til en kamp mellom effektivitet og det moralske ansvar for å yte god helsehjelp. SINTEFs rapport *Pakkeforløp for psykisk helse og rus -fagfolks erfaringer første året* (Ådnanes et al., 2020), melder om at 90 % av behandlere opplever økt arbeidsbelastning, og at 88 % av de ansatte erfarer at pakkeforløpet har ført til negativt tidspress i behandlingssystemet. Heller ikke i SINTEFs andre rapport om pakkeforløpet, utgitt i 2021, uttrykker fagfolk særlig positive holdninger til implementeringen, hvor ord som

belastning, vagt, uforståelig, til bry, ikke meningsfullt og ingen funksjon, går igjen i rapporten (Ådnanes et al., 2021). Helgesen (2018) hevder at vedvarende press i arbeidssituasjoner kan være en betydelig helsetrussel hos helsepersonell, og kan medvirke til både psykiske- og fysiske utfordringer. Ofte bagatelliserer helsepersonell hverdagens stressfaktorer, noe som kan resultere i utmattelse og verste fall totalt sammenbrudd (Helgesen, 2018). Imidlertid er den økonomiske effektiviseringen i dagens organisering innenfor helsesektoren et velkjent fenomen, hvor flere avdelinger opplever stadige kutt i tildelingen av midler (Hatling, 2016). Hvordan hver enkelt menneske takler de utfordringer dette medfører, vil være individuelt. Det eksisterer en rekke strategier for stressmestring, men om forholdene i helsearbeidet truer helsepersonells tilsynelatende sanne karakter, må tilsynelatende u håndterbare forhold gis økt fokus i form av varslinger (Helgesen, 2018).

Til tross for at informantene i denne studien mente at diagnoser ikke har stor betydning i samhandlingen med brukere, uttrykket fem av seks informanter bekymring for enkelte diagnoser. Spesielt mennesker med potensielt alvorlige og ofte langvarige diagnoser, som ulike former for personlighetsforstyrrelse, myalgisk encefalopati (ME), bipolar lidelse, schizofreni og alkoholisme ble påpekt som særlig utfordrende å jobbe med. Diagnosefunnet kan sammenlignes med funn i studien til Rao et al. (2009), hvor det avdekkes mer stigmatisering mot langvarig psykisk sykdommer, som eksempelvis schizofreni, sammenlignet med kortvarige psykotiske episoder. Også Norvoll (2013) poengterer at mennesker med alvorlige, og ofte kroniske diagnoser, opplever større grad av stigmatisering sammenlignet med mindre alvorlige og forbigående diagnoser. Klassifisering og diagnostisering av sykdommer har både gunstige og ugunstige konsekvenser for den enkelte, hvor både medisinske, juridiske, moralske, økonomiske, politiske og sosiale forhold kan spille inn (Madsen, 2017; Kogstad, 2021). Negative og ugunstige holdninger til spesielle diagnoser kan tyde på at helsepersonell kan besitte negative erfaringer knyttet til mennesker med slike diagnoser, hvor de har opparbeid en forutsigbar og unyansert stereotyp framstilling mot selve diagnosen. Selv om diagnoser har en del fellestrekk, så vil aldri mennesker med de samme diagnosene erfare lidelsene likt, eller bli erfart av andre på akkurat samme måte (Svendsen, 2015). Det forskes mye på psykiatriske diagnoser for å forsøke å forstå hvorfor lidelsene oppstår, og opp gjennom tidene har studienes funn pekt både på sosiale årsaker og biogenetiske årsaker (Kogstad, 2021). Kogstad (2021) poengterer at stigmatisering knyttet til mennesker med psykiske lidelser ser ut til å være forbundet med menneskers tro på biogenetiske årsaker og forklaringer, ettersom studier viser at mennesker tror individ med

biogenetiske betingede avvik er farlige, mer usosiale og mindre forutsigbare enn mennesker med psykiske lidelser grunnet sosiale årsaker. Både Svendsen (2015) og Kogstad (2021) skildrer og diskuterer dagens diagnosesystem, som de mener har blitt utviklet på en slik måte at patologiseringen av menneskelige livsutfordringer øker. Diagnostiseringen hindrer forståelsen av årsakene til lidelsene og mennesket bak diagnosen, samt bidrar til reduksjonisme i behandlingen av lidelsene. Kogstad (2021) mener at diagnostisering baseres på tolkninger av symptomer og antakelser gjennom klassifisering, hvor livserfaringer og årsaksforklaringer hos individet undervurderes. Organiseringen av psykiske lidelser kan aldri bli helt verdinøytral, da lidelsene har karakterer av menneskelige smerter og plager (Madsen, 2017). Det kan derfor tenkes at diagnosesystemene innenfor psykisk helse, med patologi og symptom i fokus, kan være en medvirkende årsak til at helsepersonell kan utvikle stereotypiske fremstillinger og fordommer mot enkelte diagnoser. Svendsen (2015) poengterer at psykisk helsepersonell må ha søkelys på mennesket bak diagnosen, og tilstrebe årsaksforståelse istedenfor fokus på diagnosekunnskaper. Diagnosen er ingen sannhet, sannheten ligger hos individet. Imidlertid er det vesentlig for et godt psykisk helsearbeid at helsepersonell er åpne om eventuelle fordommer koblet til diagnoser. I følge Kogstad (2021) krever holdningsendringer knyttet til diagnoser regelmessige refleksjoner, hvor søkelyset rettes mot mennesket bak diagnosen og hvilke årsaker som ligger til grunn for de psykiske lidelsene.

### ***5.3 Helsepersonells tanker om andre profesjonsgrupper***

Funnet om at helsepersonell mener at stigmatisering rundt mennesker med psykiske lidelser i hovedsak forekommer blant profesjoner med redusert kompetanse og begrenset praksiserfaring innenfor psykisk helsearbeid, kan tyde på at relevant og viktig kunnskap om psykiske lidelser i samfunnet ikke er nok utbredt. Informantene ser betydningen av å beskytte brukere av psykisk helsearbeid mot stigmatisering, deriblant profesjoner som ikke har samme nærhet til mennesker med psykiske lidelser som dem selv. De fleste mennesker ønsker å leve som respekterte og likeverdige innbyggere i et samfunn (Karlsson & Borg, 2017), men sosiale eksklusjoner oppleves som et velkjent fenomen for mange «unormale» mennesker (Elstad & Norvoll, 2013b). Goffman (2009) fastslår at befolkningen i samfunnet bestemmer hvem som blir respektert, og gjennom klassifisering og kategorisering av mennesker, blir de med avvik lagt merke til. Så lenge det fins mennesker og egenskaper som er annerledes enn majoriteten, vil mulighetene for stigmatisering og diskriminering være til stede, eksempelvis opplevelser av fordommer og sosial ekskludering (Goffman, 2009). Sosiale utfordringer, eksempelvis lav

selvtillit og selvfølelse, eller sosial angst er ofte tillegg utfordringer hos mennesker med psykiske lidelser (Elstad & Norvoll, 2013b). Utfordringene på sin side kan bidra til behov for hjelp til varsling av uverdigg og respektløs behandling. På en annen side er det viktig at helsepersonell etterstreber å redusere følelsen av sosial eksklusjon, blant annet med å ha søkelys på empowerment, hvor styrking av mestringssevne og selvtillit, samt mestringsstrategier, er i fokus (Elstad & Norvoll, 2013b).

En annen tolkning informantenes meninger knyttet til stigmatisering, er at funnet skyldes utfordringer rundt tverrfaglighet og samarbeid mellom ulike profesjoner og instanser. Eventuelle samarbeidsutfordringer er i tråd med utsagn fra Karlsson og Borg (2013), som hevder at tverrfaglig samarbeid mellom instanser viser seg å være et krevende problemfelt. Samarbeidsproblemer kan medvirke til fragmenterte tjenester, hvor helsepersonells fokus begrenses til eget felt (Meld St. nr. 47 (2008-2009), s. 13). Det kan da tenkes at det er lett å gi andre profesjoner og instanser «skylden» om behandling av brukere ikke lykkes. Forutsetninger for tverrfaglig samhandling med andre profesjoner er økt kompetanse angående samarbeid og kommunikasjon, og at egen yrkesutøvelse sees i en større helhetlig sammenheng (Karlsson & Borg, 2013). Et helhetlig syn på psykisk helsearbeid vil være i tråd med Opptrappingsplanens mål og verdigrunnlag (Meld. St. 25, (1996–97)), som innebærer at personer med psykiske utfordringer må sees på som et helt individ med kropp, sjel og ånd, hvor tverrfaglig og helhetlig helsearbeid preger utøvelsen av helsefaget. Imidlertid konstaterer Borge et al. (2018) at tverrfaglig- og helhetlig samarbeid er lite ivaretatt i profesjonsutdanninger som spesialistutdanninger for psykiatere og psykologer, noe som kan prege psykologenes kompetanse og faglig ledelse overfor andre profesjoner. Til tross for Samhandlingsreformen fra 2010 sitt søkelys på utvikling som bedre skulle ivareta samhandlingsperspektivet i helseutdanninger (Meld. St. 47, (2008-2009), s. 36), viser Borge et al.'s utsagn seg også gjeldende for utdanning av en rekke andre profesjonsgrupper innenfor helsesektoren (Karlsson & Borg, 2017),

På den ene siden kan utfordringer med tverrfaglig samarbeid medvirke til at yrkesgrupper føler seg kritisert og nedvurdert. Både som profesjonsgruppe og som enkeltindivid kan følelsen av å bli dominert av andre profesjoner bidra til bitterhet og lav selvfølelse, som igjen kan gå ut over kreativitet og fleksibilitet i et arbeidsmiljø (Karlsson & Borg, 2013). Faglig identitet og yrkes stolthet kan oppleves truende ved tverrfaglige utfordringer, eksempelvis ved uenigheter og samarbeidsproblemer med instanser som Nav, tannleger eller fastleger

(St.meld. nr. 47, (2008-2009), s. 77). På den andre siden kan begrenset kunnskap om tverrfaglighet kan bidra til gjensidig lite forståelse for hverandres yrkesutøvelse, samt utvikling av fordommer, negative holdninger og generell skepsis til ulike profesjoner og arbeidsmåter. Det vil derfor være viktig å styrke faglig kompetanse innenfor tverrfaglighet og samarbeid i etter- og videreutdanninger, slik at det utvikles kunnskap om- og respekt for andre profesjoner (Karlson & Borg, 2017). Samtidig kan likeverdige samarbeidsmøter mellom ulike profesjonsgrupper, hvor det gjennom respekt for hverandres profesjoner og tankesett, gis muligheter for utvikling av økt tverrfaglig kunnskap og samhandlingskompetanse (Karlson & Borg, 2013).

#### ***5.4 Helsepersonells bruk av grensesetting***

Funn fra analysen forteller at informantene har erfaringer med å undertrykke brukernes autonomi og selvbestemmelse. I følge Kogstad (2021) er det menneskelig å ville definere hva som er best for andre mennesker, noe som ofte viser seg ekstra tydelig i psykisk helsearbeid, da mennesker med psykiske lidelser og manglende selvinnsikt ofte assosieres sammen. Undertrykkelse og «vet-best» holdninger utøves jevnlig, til tross for at terapeutisk behandling i psykisk helsearbeid skal være opptatt av at mennesker med psykiske lidelser skal få muligheten til å ta tak i eget liv på egne premisser, hvor egne valg og kompetanse fremmes (Meld. St. 11 (2015-2016), s. 28-30; Vatne, 2006). Studiens funn avdekker at enkelte helsepersonell benytter grensesetting for å korrigere det de ser på som brukers avvikende adferd, slik at resultatet blir det de mener er til det beste for brukeren. Slike situasjoner kan tyde på at relasjonen mellom helsepersonell og bruker har utviklet seg i retning av en ensidig relasjon, ved at hjelpen gis uten at den er basert på dialog eller samarbeid (Vatne, 2006). I så fall kan helsepersonell alene både ha definert utfordringen og funnet løsninger uten samhandling.

På den ene siden viser dette at helsepersonell i enkelte situasjoner ved endring av adferd hos bruker, går fra å være til stede ved å gi råd og tilby tjenester, til å ta valg som bruker ikke er enige i eller ikke vet om (Vatne, 2006). I slike situasjoner kan helsepersonells grensesetting ha blitt endret fra ubetinget omsorg til skjult- eller åpen tvang (Vatne, 2006). Et av kjennetegnene i psykisk helsevesen i dag er nettopp mulighetene helsepersonell har for å utøve eller fremme makt og sosial kontroll, herunder tvang overfor brukerne (Øye & Norvoll, 2013). I følge Vatne (2006) kan det å benytte en slik type tvang, som ignorering eller korrigering av brukers valg, gjøre at bruker føler seg krenket, og resulterer ofte i økt uønsket



adferd. I utgangspunktet sier Vatne (2006) at skjult tvang kan innebære enten-eller-valg, belønning/trussel om straff, overbevisning, overtalelser, avledning og ignorering av adferd. Informantenes ignorering av brukers valg kan sammenlignes med å utøve skjult tvang, og kan dermed betegnes som tvang. I psykisk helsearbeid vises tendenser til at forskjellige former for tvang sporadisk utøves uten loven på sin side (Øye & Norvoll, 2013) og kan ifølge Goffman (2009) komme av at avvik, for eksempel unormal adferd, oppfattes av helsepersonell, og i sin bevissthet nedvurderes brukeren. Mennesker med psykiske lidelser kan til tider oppleves problematiske, noe som kan bidra til avstand mellom hjelper og bruker (Karlson & Borg, 2017). På denne måten kan det være lettere å utøve makt og tvang overfor en som er nedvurdert gjennom avstand og oppleves med mindre verdi enn en selv, for å kunne gjennomføre det en mener er best for bruker. At helsepersonell benytter forskjellige former for tvang for å få gjennom en behandling eller hjelp, samsvarer med funn fra den norske studien utført av Gullslett et al. (2014). Studien avdekker at brukere opplever vanskeligheter i deres bedringsprosess på grunn av følelsen av ekskludering i planlegging av behandlingstiltak. Å benytte tvang eller ikke overfor andre mennesker, vil i de fleste tilfeller være et resultat av helsepersonells refleksjoner og diskusjoner over eventuelle konsekvenser for individet og for samfunnet. Imidlertid har helsepersonell en rekke lovverk å forholde seg til ved utøvelse av psykisk helsearbeid. Formålet med psykisk helsevernloven (1999, § 1-1) er å forebygge og begrense bruk av tvang, samtidig som at formålet med pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-1) er å fremme tillitsforholdet mellom bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. At det oppstår en rekke dilemmaer med ugunstig utfall for å ivareta både individet og samfunnet vil sannsynligvis være uunngåelig.

På den andre siden er det forståelig at helsepersonell ønsker å ivareta brukers grunnleggende behov, eksempelvis å ha et bosted, og dermed overstyrer brukers ønsker og valg. Ofte oppleves mennesker med psykiske lidelser med liten forståelse for egen sykdom, og enkelte erkjenner ikke konsekvenser av egne valg (Vatne 2006). En informant fortalte at om brukeren fikk viljen sin, ville han avslutte all hjelp utenfra, inkludert leie av bolig. I slike situasjoner kan det noen gang føles nødvendig å utøve tvang for å korrigere brukers adferd, med de konsekvenser og resultater adferden kan gi. Imidlertid bør det alltid være et mål for helsepersonell å kunne tilby tjenester og råd, uten å nødvendigvis stille krav, utfordre, overbevise eller overtale brukeren (Øye & Norvoll, 2013). Likevel opplever helsepersonell at samhandling mellom hjelper og bruker kan oppleves vanskelig, noe som kommer til uttrykk i

flere av historiene til informantene. Å utøve makt og tvang overfor andre mennesker oppstår som regel etter etiske dilemmaer, hvor helsepersonell opplever situasjoner som komplekse, og tvil, usikkerhet og uenighet råder (Husum et al., 2017). Syse (2017) presiserer at bruk av tvang er et av psykiatriens grunnlagsproblemer, med dilemmaer hvor mennesker med psykiske lidelser kan motverge seg sitt eget beste, samtidig som helsepersonell har en plikt til å forvalte både individ og omgivelser. Dette viser seg i informantenes historier hvor de utøvde makt for å både beskytte bruker mot å bli bostedsløs, samtidig som de trolig beskyttet samfunnet mot en ny bostedsløs, og de følger det kan ha. Imidlertid kan både dagligdagse situasjoner og relasjonen mellom hjelper og bruker blir konfliktfylt, dersom bruker ikke ønsker den hjelpen som blir tilbudt og det blir utøvd tvang (Vatne, 2006). Samtidig kan det oppstå splid mellom helsepersonell og bruker om brukers mål og håp ikke samsvarer med helsepersonells forventninger. Helsepersonells opplevelse av frustrasjon og følelse av håpløshet kan medføre at omsorgsrollen reduseres betraktelig. Det å være til stede for brukeren, lytte og være sensitiv for brukers behov, vil kunne komme i andre rekke (Vatne, 2006). Kogstad (2021) hevder at den etiske samtalen i helsearbeid må fremmes og holdes levende. Etiske drøftinger rundt behandling og tvang innebærer diskusjoner og refleksjoner rundt praksis på den ene siden og etikk, moral og menneskerettigheter på den andre siden.

### ***5.5 Styrker og svakheter ved studien***

Kvalitativ forskningsmetode kan omfatte både styrker og svakheter omkring måten metoden benyttes på. I dette delkapittelet ønsker jeg å trekke frem og diskutere hvilke styrker og svakheter jeg har erfart gjennom utførelsen av studien.

#### ***5.5.1 Styrker ved studien***

Ved gjennomgang av publisert forskning rundt helsepersonells holdninger til mennesker med psykiske lidelser, utført med helsepersonells perspektiv, kan mengden tyde på en relativt liten andel publikasjoner. Begrenset forskning rundt forskningstema anser jeg som en styrke for denne studien, grunnet mindre risiko for at studiens funn er påvirket av tidligere utførte studier. Å benytte sykdomscaser under intervjudelen betrakter jeg som en styrke for studien, da casene trolig avdekket informantenes tilsynelatende oppriktige holdninger til mennesker med psykiske lidelser, og fikk frem funn som har betydning både for helsepersonell og brukere av psykiske helsetjenester.

Fordeler med å benytte tematisk analyse som analysemetode, er at ved riktig bruk blir virkeligheten gjenspeilet i resultatene (Braun & Clarke, 2006). Jeg erfarte at analysen har klare retningslinjer, samtidig med en verdifull fleksibilitet, som gjør analysen svært anvendelig i kvalitativ forskning. En styrke med tematisk analyse er at den ikke krever detaljert teoretisk- og teknisk kunnskap som en del andre metoder, eller er bundet til et bestemt teoretisk rammeverk, og kan derfor brukes innenfor ulike teoretiske tradisjoner (Braun & Clarke, 2006). Som uerfaren forsker erfarte jeg at tematisk analyse bidro til at forskerrollen stadig ble aktivisert gjennom den evige søken på å identifisere mønstre/temaer.

### **5.5.2 Svakheter ved studien**

Intervju som metode resulterer vanligvis i et datamateriale som tolkes og analyseres av forskeren (Malterud, 2017). Mine personlige verdier og forforståelse for forskningstema vil kunne påvirke møtet med informanten, både gjennom formidling av språk og spørsmål som stilles, og resultere i et forventet datamateriale (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Forforståelsen kan i verste fall overdøve tolkning og analysering av datamaterialet, slik at resultatet oppleves upålitelig (Malterud, 2017). Mangel på bevissthet for påvirkning og forforståelse kan gi studien svakheter, ved at studiens funn er overpreget av forskerens ståsted og et resultat av forutinntatt tolkning av informantene og deres empiri. Informantene kan erfare at fortolkningen er ugjenkjennelig, og oppleve at funnene ikke gir mening (Malterud, 2017). Funnet om helsepersonells språk er et godt eksempel på at jeg som forsker kan ha ulik forståelse knyttet til ord og uttrykk enn informantene. At noen av informantene benyttet uttalelser som «brukeren er psykotisk» og «psykiatrisk pasient» behøver ikke å være ensbetydende med objektivisering og stigmatisering i deres miljø, selv om jeg tolker uttalelsene på denne måten.

Kvalitativ metode opererer gjerne med små utvalg, og man kan stille spørsmål om hvor representativ et relativt lite utvalg er. Mitt utvalg bestod av seks informanter, hvor én var mann og resterende var kvinner. Samtidig var utvalget strategisk rekruttert gjennom videreformidling av avdelingens leder, noe som kan resultere i deltakere med økt interesse for tema, eller deltakere med stor trygghet på egne holdninger. Det kan derfor tenkes at utvalget kan ha vært en svakhet for studien, og at et bedre fordelt og noe større utvalg kunne styrket den representative siden av utvalget.

I ettertid ser jeg at intervjuguiden med fordel kunne inneholdt kun sykdomscaser, slik at jeg kunne gått enda dypere inn i tema som kunne styrket helsepersonells tilsynelatende oppriktige holdninger.

Ulempen med tematisk analysemetode ble erfart gjennom det å gå seg litt vill i hva som var viktig å fange opp i forhold til å få svar på forskningsspørsmålet. Samtidig oppsto en usikkerhet rundt bearbeiding av koder, derav hvorvidt det var nok koder til å danne et tema, og om temaene hadde nok sammenheng med forskningsspørsmålet. Derfor kan jeg konkludere med at det er nødvendig med litt erfaring og forskerdømmekraft for å lettere se en sammenheng, ettersom mengden av koder, ifølge Braun & Clarke (2006), ikke alltid er relevant for et overordnet forskningsspørsmål.

### ***5.6 Fremtidig og videre forskning***

Denne studien synliggjør hvilke holdninger som kan forekomme hos helsepersonell som jobber med mennesker med psykiske lidelser. Jeg betrakter funnene i studien som viktige for fremtidig forskning, da studien avdekker blant annet at det ikke alltid er samsvar mellom helsepersonells ønskede holdninger og tilsynelatende oppriktige holdninger. Fremtidig forskning bør derfor ha søkelys på helsepersonells oppriktige og ærlige holdninger. Ved videre forskning basert på denne studiens funn, kan aksjonsforskning være en spennende metode for selvrefleksjon, hvor problemstilling, ønskelige endringer og målsetning blir identifisert (Malterud, 2017). Gjennom metoden opprettes tiltak, eksempelvis refleksjonsgrupper over en viss tid, med den hensikt å oppnå målsettingen. En slik metode i videre forskning kan bidra med økt fokus på lærdom og kunnskap, holdningsendring og refleksjon. I og med at tidligere forskning viser at negative holdninger og stigmatisering blant helsepersonell fins, vil det trolig være hensiktsmessig å ha søkelys på hva som kan skape holdningsendring i fremtidig videre forskning.

## **6.0 Konklusjon og implikasjoner i psykisk helsearbeid**

I dette kapittelet forsøkes det å besvare studiens problemstilling med en konklusjon. Deretter ønsker jeg å redegjøre for funnenes relevans i praksis, og hvordan funnene kan impliseres i psykisk helsearbeid for å bidra til holdningsendringer knyttet til mennesker med psykiske lidelser.

## **6.1 Konklusjon**

Helsepersonell uttrykker gjennom deres tanker om profesjonsutøvelse og omtaler om mennesker med psykisk lidelser mange positive holdninger knyttet til psykisk helsearbeid. Funn fra studien viser at informantene besitter kunnskap, jobberfaring og refleksjoner som kan kobles til hensiktsmessige og positive holdninger i deres profesjonsutøvelse. Imidlertid kan funn fra studien tyde på at helsepersonells holdninger rundt mennesker med psykiske lidelser er ulike ut fra personlig ståsted, hvor tilegnelse og formidling av taus- og formell kunnskap, samt evnen til kritisk selvrefleksjon og selvaksept, spiller en stor rolle. Samtidig peker studien på en rekke utfordringer blant helsepersonell assosiert til negative holdninger- og fordommer mot mennesker med psykiske lidelser. Funn fra studien tyder på at negative holdninger uttrykkes gjennom helsepersonells språkbruk, aspekter knyttet til fordommer mot diagnoser, samt gjennom utfordringer relatert til etiske dilemmaer rundt brukers selvbestemmelse. Helsepersonells kritiske betraktninger rundt andre profesjoners utøvelse av psykisk helsearbeid, samt til organisering og ressursbruk, kan relateres ugunstige holdninger gjennom arbeidsmiljøet og i samhandling om bruker.

## **6.2 Implikasjoner i psykisk helsearbeid**

Hensiktsmessige holdninger i psykisk helsearbeid kan ha stor betydning for relasjonen mellom bruker og helsepersonell, hvor språket har en sentral rolle i forhold til gjensidig respekt og likeverdighet. Implikasjoner som økt søkelys på selvrefleksjon, bør fremmes i et arbeidsmiljø for å bevisstgjøre helsepersonell på språkbruk og hvilke holdninger som uttrykkes gjennom språket (Kinderman & Cooke, 2017). Kritisk refleksjon og aksept for eventuelle manglende eller begrensede egenskaper, kan bidra til økt bevissthet rundt personlighet og fremtreden (Steinkopf et al., 2020). På den måten kan helsepersonell akseptere sitt ståsted, bearbeide sin personlige profesjonelle side, og oppnå en forsterket forståelse for pasientens perspektiv. Diskusjoner og drøftinger rundt etiske dilemmaer omkring helsepersonells bruk av tvang kan medvirke til økt fokus på brukervedvirkning, etikk og moral, samt hvilke konsekvenser og utfall tvang kan ha, og bidra til økt forståelse for andre menneskers valg og opptreden (Kogstad, 2021). Samtidig kan implikasjoner som styrker kunnskap om samhandling og samarbeid mellom profesjonsgrupper, bidra til en felles forståelse for brukerens utfordringer og de tiltak som iverksettes (Andersson, 2017).

## Litteraturliste

- Aarre, T. F. & Dahl, A. A. (2018) Psykiatri: definisjon, organisering, klassifikasjon og epidemiologi. I Aarre, T. F. & Dahl, A. A. (Red) *Praktisk Psykiatri* (2.utgave) (s.15-41) Bergen: Fagbokforlaget
- Adjorlolo, S., Abdul-Nasiru, I., Chan, H. C. (Oliver) & Bambi, L. E. (2016). Mental Health Professionals' Attitudes Toward Offenders With Mental Illness (Insanity Acquittes) in Ghana. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2018;62(3):629-654. <https://doi.org/10.1177/0306624X16666802>
- Andersson, H. W. (2017) Fra gråsoner til samarbeidssoner -om samhandling. I Almvik, A. & Borge, L. (Red) *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (2. utgave) (s.327-344) Bergen: Fagbokforlaget
- Angermeyer, M. C. & Dietrich, S. (2005) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113 (3) 163-179. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00699.x>
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2015) *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3.utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Borge, L., Juritzen T. I. & Hem, M. H (2018) Hvem er dagens psykisk helsearbeider – tjue år etter Opptrappingsplanen? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 15 (4) 360-367. Hentet fra <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/issn.1504-3010-2018-04-09>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.nord.no:2048/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carrara, B. S., Ventura, C. A. A., Bobbili, S. J., Jacobina, O. M. P., Khenti, A. & Mendes, I. A. C. (2019) Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing* Volume 33, Issue 4, August 2019, 311-318. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.006>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009, 15. desember). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og->

[helsefag/?fbclid=IwAR3wp8DeFUAN9MOwPnZtiszmob9ij4oOqH0ImCfLE4Gv9P2BWNPDg275-KY](https://doi.org/10.1080/08873267.1990.9976897)

Deegan, P. E. (2000). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist*. Vol 28, Iss 1-3 (2000): 194-209.

<https://doi.org/10.1080/08873267.1990.9976897>

Del Olmo-Romero, F., González-Blanco, M., Sarró, S., Grácio, J., Martín-Carrasco, M., Martínez-Cabezón, A.C. ... The INTER NOS group (2019). Mental health professionals' attitudes towards mental illness: professional and cultural factors in the INTER NOS study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience; Heidelberg*. Vol. 269, Iss. 3, (3. april 2019): 325-339.

<https://doi.org/10.1007/s00406-018-0867-5>

Eagly, A. H., & Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, Tex.: Harcourt Brace Jovanovich

Economou, M., Peppou, L.E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, i., Legaki, E-M. ... Papageorgiou, C. (2020) Mental Health Professionals' Attitudes to Severe Mental Illness and Its Correlates in Psychiatric Hospitals of Attica: The Role of Workers' Empathy. *Community Ment Health J* 56, 614–625. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1007/s10597-019-00521-6>

Ekeland, T-J. (2014) Frå objekt til subjekt – og tilbake? - Om tilhøvet mellom kunnskap, praksis og styring. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 211-220, Vol.11, Utg.3

<https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/ISSN1504-3010-2014-03-03>

Elstad, T. & Norvoll, R. (2013a) Migrasjon, kultur og psykisk helse. I Norvoll R. (Red) *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige Perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Elstad, T. & Norvoll, R. (2013b) Sosial eksklusjon og inklusjon. I Norvoll R. (Red) *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige Perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Flanagan, E.H., Miller, R. & Davidson, L. (2009) "Unfortunately, We Treat the Chart:" Sources of Stigma in Mental Health Settings. *Psychiatric Quarterly* **80**, 55–64.

<https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1007/s11126-009-9093-7>

Folkehelseinstituttet (2018). Helsetilstanden i Norge (kortversjon). Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2018.

Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet*. (2.utgave). Frederiksberg: Samfundslitteratur.

- Gullslett, M. K., Kim, H. S. & Borg, M. (2010) Service users' experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *Journal of Mental Health* 19(1):75-87. <https://doi.org/10.3109/09638230903469178>
- Gullslett, M. K., Kim, H. S., & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist*, 1, e2. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P. & Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*. Volum: 59 utgave: 1, side@: 48-54. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1177/0020764011423176>
- Hatling, T. (2016) Psykisk helsearbeid må videre – Om teoretisering, standardisering, akademisering og ressurser. I Karlsson, B. (Red), *Det går for sakte ... i arbeidet med psykisk helse og rus*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helgesen, L. (2017) *Menneskets dimensjoner: Lærebok i psykologi* (3. utgave). Oslo: Cappelen Damm AS
- Helsedirektoratet (2018). Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 04. desember 2020, lest 03. februar 2022). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). HelseOmsorg21: Et kunnskapssystem for bedre folkehelse: Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. [https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21\\_strategi\\_web.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/8ab2fd5c4c7746dfb51e3f64cd4d71aa/helseomsorg21_strategi_web.pdf)
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Hem, M. H, Husum, T. J & Nortvedt P. (2017) Krenkelser i møte med de psykiske helsetjenestene. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hsiao, C-Y., Lu, H-L. & Tsai, Y-F. (2015) Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 24 (3) 272-280. DOI: <https://doi.org/10.1111/inm.12129>
- Hugo, M. (2001) Mental health professionals' attitudes towards people who have experienced a mental health disorder: Professionals' attitudes towards people with



- a mental health disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001, 8, 419–425. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1046/j.1351-0126.2001.00430.x>
- Husum, T. J, Hem, M. H, Pedersen, R & Aarre, T. F. (2017) Etiske dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson B. & Borg M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Karlsson B. & Borg M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og Praksiser*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Kinderman, P. & Cooke, A. (2017). *Pass på språket ditt! En veileder for språkbruk om psykisk helse i fag og media*. (Karlsson, B., Borg, M. & Tjelta, T., Overs.) Universitetet i Sørøst-Norge
- Kogstad, R. (2021). *Etikk og menneskerettigheter i psykisk helsevern*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 02-2006 (113), 51-56. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x>
- Madsen, O. J. (2017) Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 14 (1), 25 – 41, <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave.) Oslo: Universitetsforlaget
- Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Meld. St. 25 (1996–1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/)
- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste: Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/n/o/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Ness, O., Borg, M., Semb, R. & Karlsson, B. (2014). “Walking alongside:” collaborative practices in mental health and substance use care. *International journal of mental health systems* Vol. 8, Iss. 1, 2014: 55. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>
- Nilssen-Kvalmo, E. T (2020). *Master i psykisk helse 485, Essay om fagpersonrollen og stigmatisering*. (Upublisert arbeidskrav). Nord Universitetet.
- Norvoll, R. (2013) Framtidige utfordringer for det psykiske helsefeltet og den samfunnsvitenskapelige forskningen. I Norvoll R. (Red) *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige Perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helseverngrunnskolen* (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A. & Luty J. (2009) A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 279–284. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x>
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018) *Psykisk helse i Norge*. Hentet fra [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P-H. (2012) *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sommer, M., Strand, M., Borg, M & Ness, O. (2013) Medvandrer og hverdagshjelper – Fagpersoners erfaringer med å bidra til styrking av brukeres medborgerskap. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 01(10) 36-45. Hentet fra [https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2013/01/medvandrer\\_og\\_hverdagshjelper\\_-\\_fagpersoners\\_erfaringer\\_med](https://www-idunn-no.ezproxy.nord.no/tph/2013/01/medvandrer_og_hverdagshjelper_-_fagpersoners_erfaringer_med)
- St.prp. nr. 63 (1997-98) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>

- Steinkopf, H., Nordanger, D., Halvorsen, A., Stige B. & Milde, A. M. (2020) Prerequisites for maintaining emotion self-regulation in social work with traumatized adolescents: A qualitative study among social workers in a norwegian residential care unit. *Residential Treatment for Children & Youth* 38(4), 346-361.  
DOI: [10.1080/0886571X.2020.1814937](https://doi.org/10.1080/0886571X.2020.1814937)
- Svendsen, E. M. (2015). Diagnosane er ikkje gode nok. *Sykepleien forskning* (Oslo), 60466, e–60466. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.60466>
- Syse, A. (2017) Rettspsykiatri og etikk: Om strafferett og utilregnelighetsregler. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red), *Etikk i psykiske helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sælør, K. T., Ness, O., Borg, M. & Biong, S. (2015) You never know what's around the next corner: exploring practitioners ' hope inspiring practices. *Advances in Dual Diagnosis; Hove*. 8 (3). 141-152. <https://doi.org/10.1108/ADD-05-2015-0010>
- Tjora, A. (2013). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thorbjørnsen, N. & Sømme D. (2007) Er 1. og 2. linjetjenesten mer opptatt av kontroll enn behandling? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 04 / 2007. 340-349. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/ISSN1504-3010-2007-04-02>
- Vatne, S. (2006) *Korrigere og Anerkjennelse: Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vik, A.G. (2010) Trivsel og varsling på arbeidsplassen. *Søkelys på arbeidslivet*, 27 (3), 149-172. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/ISSN1504-7989-2010-03-01>
- Volkow, N.D., Gordon, J.A. & Koob, G.F. (2021) Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacol* 46, 2230–2232. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>
- Wahl, O. & Aroesty-Cohen, E. (2009) Attitudes of mental health professionals about mental illness: a review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, Vol. 38, No. 1, 49–62 (2010) <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.1002/jcop.20351>
- Wampold, B.E., Baldwin, S.A., Holtforth, M.G. & Imel, Z.E. (2017). What characterizes effective therapists? I L. G. Castonguay & C. E. Hill (red.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (s. 37–53). Washington DC, US: American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/0000034-003>

- Øye, C. & Norvoll, R. (2013) Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I Norvoll R. (Red) *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige Perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Ørjasæter, K. B. (2021) Kunnskap, makt og autonomi i psykisk helsevern: En analyse av diskusjonene om medikamentfri behandling og pakkeforløp. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 18 (1). 36-47. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/issn.1504-3010-2021-01-05>
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L, Melby, L. & Lassemo, E. (2020). Pakkeforløp for psykisk helse og rus -fagfolks erfaringer første året. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020\\_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/sintef-2020_00064-evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus.pdf)
- Ådnanes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K & Kaspersen, S. L. (2021) Pakkeforløp for psykisk helse og rus – brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. Rapport 2. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2\\_pakkeforlop\\_1.3.2021\\_signert.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/rapport-2_pakkeforlop_1.3.2021_signert.pdf)

## **Vedlegg**

Vedlegg 1: Godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 1: Godkjennelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

## Vurdering

### Referansenummer

767315

### Prosjekttittel

Fagfolks holdninger til mennesker med psykiske lidelser

### Behandlingsansvarlig institusjon

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jonny Mækela, jonny.makela@nord.no, tlf: 75517571

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Ellen Tove Nilssen-Kvalmo, ellennilssen@hotmail.com, tlf: 47374380

### Prosjektperiode

12.02.2021 - 01.02.2022

### Status

21.04.2021 - Vurdert

### Vurdering (1)

#### 21.04.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.04.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet.

Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.02.2022.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

DB Nvivo og One Drive er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vurdering

### **Referansenummer**

767315

### **Prosjekttittel**

Fagfolks holdninger til mennesker med psykiske lidelser

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Nord Universitet / Fakultet for sykepleie og helsevitenskap / Helsevitenskap

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Tommy Haugan, tommy.haugan@nord.no, tlf: 74112037



**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Ellen Tove Nilssen-Kvalmo, ellennilssen@hotmail.com, tlf: 47374380

**Prosjektperiode**

12.02.2021 - 01.08.2022

**Vurdering (2)****25.01.2022 - Vurdert**

Personverntjenester har vurdert endringen registrert 14.01.2022. Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 25.01.2022. Behandlingen kan fortsette.

**ENDRINGENE**

Prosjektet har fått ny prosjektansvarlig. Prosjektansvarlig er gitt tilgang til meldeskjemaet. Videre er dato for prosjektslutt endret til 01.08.2022.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson: Henriette N. Munthe-Kaas

Lykke til videre med prosjektet!

## Vil du delta i forskningsprosjektet

«Stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser. Hvilke holdninger har fagpersoner til mennesker med psykiske lidelser og hvilke konsekvenser gir holdningene?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke bevisstheten rundt holdninger til mennesker med psykiske lidelser og deres diagnoser. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg

### Formål

Jeg jobber med et mastergradsprosjekt i psykisk helsearbeid ved Nord Universitet. Formålet med prosjektet er å kunne få økt kunnskap om fagpersoners holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Årsakene til å undersøke fagpersoners holdninger til mennesker med psykiske lidelser og diagnoser er mangfoldige. Holdninger generelt, avhengige om de er positive eller negative, kan være med på bedring eller hindring av livsmulighetene til mennesker med psykiske lidelser, ofte gjennom å gi eller ikke gi håp, støtte eller ikke støtte pasientenes egne mål og tilretteleggelse eller ikke tilretteleggelse for samfunnsdeltagelse. I tillegg viser forskning at noen mennesker med psykiske lidelser identifiserer psykiske helsetjenester med stigma og diskriminering, og at de ikke føler seg respektert av personalet. Samtidig fungerer fagpersoner som forbilder og lærere for samfunnet og studenter, noe som er med på å forme videre holdninger om psykiske lidelser. Dermed vil økt kunnskap om holdninger vil være betydningsfullt for utdanning og befolkning generelt.

Forskning viser forskjellige resultater angående fagfolks holdninger til mennesker med psykiske lidelser, noen resultat viser at fagfolk har positive holdninger, mens andre resultater viser motsatt. Det er gjort få kvalitative studier omkring tema i Norge, derfor ønsker jeg å søke etter svar og belyse tema gjennom mitt mastergradsprosjekt.

Jeg ønsker med dette prosjektet å undersøke hvilke holdninger fagfolk i Norge har til mennesker med psykiske lidelser og diagnoser i kommunale helse- og omsorgstjenester og i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Nord Universitet ved:

Student Ellen Tove Nilssen-Kvalmo; 47 37 43 80, [ellennilssen@hotmail.com](mailto:ellennilssen@hotmail.com)

Veileder Jonny Mækela; 75 51 75 71, [jonny.makela@nord.no](mailto:jonny.makela@nord.no)

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få tilgang til informanter er det tatt kontakt med 6 ledelser, hvor 3 er fra spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus og 3 er fra kommunalt psykisk helsevern. Utvalgsriterier er at en jobber tett på med mennesker med psykiske lidelser, er over 18 år og er utdannet innenfor fagfeltet psykisk helse. Det er ønskelig med 4-5 informanter fra spesialisthelsetjenesten og 4-5 informanter fra kommunalt psykisk helsevern.

### Hva innebærer det for deg å delta?

- For å få belyst problemstillingen ønsker jeg å gjennomføre individuelle intervjuer av fagpersoner i kommunalt psykisk helsevern og fagpersoner i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus. Intervjuene vil bli gjennomført i tidsrommet mai-juli 2021. De individuelle intervjuene vil vare omkring 45 minutter. Hovedtema i intervjuene vil omhandle fagfolks holdninger til psykiske lidelser.
- Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, eller via opptak Teams eller Zoom om personlig oppmøte ikke tillates på grunn av Covid 19.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være meg som student som vil ha tilgang til dine opplysninger og intervjumaterialet. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysninger vil disse bli erstattet med koder som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data. PC har personidentifisering, slik at uvedkommende ikke har tilgang.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres/slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 01.02.2022. Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at jeg som forsker vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan du finne ut mer?**

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

- Nord Universitet ved Veileder Jonny Mækela; 75 51 75 71, [jonny.makela@nord.no](mailto:jonny.makela@nord.no) eller student Ellen Tove Nilssen-Kvalmo; 47 37 43 80, [ellennilssen@hotmail.com](mailto:ellennilssen@hotmail.com)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Student Ellen Tove Nilssen-Kvalmo

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Fagfolks holdninger til psykiske lidelser», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### **Innledningsspørsmål 5 min**

- Kan du fortelle litt om deg og hva din jobbsituasjon går ut på?
- Hvor lenge har du jobbet innenfor psykisk helse?
- Forskning viser at det fins stigmatisering og diskriminering blant fagfolk, hva tenker du om det? Har du opplevd at pasienter med psykiske lidelser har blitt stigmatisert?
- Har du selv opplevd at du har stigmatisert en bruker (Tenkt eller handlet ut fra fordommer/forforståelse?)

### **Sykdomscaser 15 min**

- 25 år gammel mann, (ønsker å jobbe, men har ikke fått det til). Fikk diagnosen schizofren som 20-åring. Blir innlagt på grunn av psykoser. Journalen poengterer at han ikke har hatt noen bedring de siste årene. Hva tenker du om denne gruppen pasienter? Bedringsmuligheter og samfunnsdeltakelse?
- 50 år gammel kvinne, godt utdannet, jobber på kontor, men er sykemeldt. Er skilt. Har barn og barnebarn. Hennes mor og far døde for noen år siden. Fått diagnosen depresjon, og sliter med å komme seg. Førsteintrykk? Hva tenker du om depresjon og bedringsmuligheter?
- 18 år gammel kvinne, går på videregående skole, er sosial og har venner, fikk diagnosen angst og selvskading etter gjentatte episoder med oppkuttete armer. Førsteintrykk? Hva tenker du om bedringsmulighetene eller sykdomshåndteringen for denne kvinnen?

### **Refleksjonsspørsmål holdninger 40 min**

- Hvordan vil du beskrive mennesker med psykiske lidelser? Tenker du det er forskjell på menn og kvinner, alder og utdanning?
- Beskriv anonymt 2-3 brukere med psykiske lidelser fra det daglige arbeidet ditt.
- Hvordan får folk med psykiske lidelser deg til å føle deg? Hvordan var første møtet med psykisk helse? Har noe endret seg nå? Opplever du noen følelsesmessige utfordringer rundt psykisk helse?

- Hvilke holdninger/egenskaper overfor mennesker med psykiske lidelser tenker du er viktige for brukers bedring?
- Kjenner du deg igjen i disse holdningene? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Hvordan tror du andre opplever deg og din væremåte?
- Kan du fortelle om situasjoner der du har reflektert over dine holdninger til psykiske lidelser eller diagnoser?
- Opplever du at alle pasientene blir respektert, uansett levemåte, diagnose
- Opplever du at avdelingen har stort fokus på diagnoser? Er det noen diagnoser du opplever mer krevende enn andre?
- Hva tenker du om brukermedvirkning innenfor psykisk helse, og har du fokus på det?
- Hvilke holdninger opplever du at arbeidsplassen din har i forhold til brukermedvirkning?

#### **Avslutning 5 min**

- Er det andre tema du ønsker å utdype ytterligere knyttet til praksis?