

SENSITIVISERING OG "EMPOWERMENT" AV PERSONALGRUPPER

- et pilotprosjekt i en rehabiliteringsavdeling.

Av Monica Hovden Flaterås

Solli DPS, rehabiliteringsavdelingen Askviknes

Askvikneset 60

5217 Hagavik

Telefon: 55618331

monica.hovden@solli.no

Spesialiteten i klinisk samfunnspsykologi

Innholdsfortegnelse

1. Innledning - en samfunnspsykologisk rolle i en rehabiliteringsavdeling	3
2. Bakgrunnen for prosjektet - å "oversette" prinsippene fra et foreldreveiledningsprogram til psykisk helsevern for voksne med fokus i å fremme helse og positiv utvikling.....	5
2.1. Metodens karakter.....	5
2.2. Metodens overføringsverdi.....	6
2.3. Sensitivisering av personalet.....	6
2.4. "Empowerment".....	7
2.5. Problemstilling og hypoteser.....	9
3. Prinsippene i ICDP og verdier mot psykisk helsevern for voksne.....	9
3.1. Omsorgsgivers oppfatning av den som mottar omsorg.....	9
3.2. Åtte temaer for godt samspill.....	11
3.3. Prinsippene for sensitivisering.....	16
4. Gjennomføringen av prosjektet.....	20
4.1. Tilpasninger av metoden og materiellet.....	20
4.2. Forberedelser og oppstart.....	20
5. Evalueringen av prosjektet.....	21
5.1. Betydningen for personalet.....	22
5.2. Betydningen for pasientene.....	22
6. Oppsummering og konklusjon.....	23
Referanser.....	26

1. Innledning - en samfunnspsykologisk rolle i en rehabiliteringsavdeling

I 2008 ble den første psykologstillingen opprettet ved Askviknes Voksenpsykiatriske Senter i Hagavik i Os kommune. Før den tid var all behandling ved senteret utøvet av leger/psykiatere og miljøterapeuter. Senteret har de to siste årene gått gjennom en omorganiseringssprosess. Fra å være tilhørende psykiatrisk divisjon i Helse Bergen til å bli to separate distriktpsykiatriske sentre som arbeider med rehabilitering (Solli DPS og Kronstad DPS, avd. Askviknes).

Som ny psykolog ansatt ved Askviknes VPS hadde undertegnede stor frihet til å utforme og definere hvordan psykologrollen skulle se ut ved nevnte rehabiliteringsavdeling. Tradisjonelt innenfor psykisk helsevern og rehabilitering, har psykologens rolle vært klinisk og knyttet til terapeutisk virksomhet og/eller utredning, dvs. en individrettet tilnærming. Ved ansettelse ønsket undertegnede å bringe mer ”utradisjonelle” og samfunnspsykologiske arbeidsmetoder inn i feltet psykisk helsevern for voksne. Samfunnspsykologien har sine røtter innenfor klinisk psykologi, sosialpsykologi, humanpsykologi, organisasjonspsykologi og helsepsykologi, og den rettes både mot individ og system. Å se individet og dets symptom i hele dets sosiale kontekst, og å intervensere på riktig nivå i denne helheten, er et grunnleggende samfunnspsykologisk prinsipp (Orford, 1992).

Askviknes VPS (nå: Solli DPS eller Kronstad DPS) sin behandlingsfilosofi og dets tanker om rehabilitering, støtter seg på den salutogenetiske tilnærmingen. Begrepet salutogenese er av den israelske sosiologen Aaron Antonovsky beskrevet som aktiviteter som styrker eller fremmer helse. Forskning dokumenterer betydningen av en salutogen tilnærming i behandlingen av ulike helseproblemer, inkludert ulike psykiske helseproblemer, schizofreni og depresjon. Målet med en slik tilnærming er ikke bare å behandle symptomer, men også å gjøre mennesker i stand til å leve optimalt med sine psykiske vansker. Forebygging og behandling ved helsefremming er sentralt (Langeland, 2009). I den salutogenetiske tilnærmingen ligger der mange klassiske samfunnspsykologiske prinsipper, og det ble naturlig å bygge videre på dette i den nye psykologrollen ved Askviknes. De viktigste samfunnspsykologiske elementene i en døgnavdeling ville da være:

- å betrakte pasienten sine symptom og dens behandling i sin helhetlige og sosiale kontekst, og som en interaksjon mellom individet og dets omgivelser over tid
- å arbeide med å mobilisere ressurser hos pasienten og personalgruppen
- å arbeide med en bred og tverrfaglig forebygging
- å arbeide med tiltak via systemene og via personalgruppen
- å øke pasientens følelse av påvirkning og bestemmelsesrett i eget liv (mestring)
- å dele psykologisk kompetanse (kompetanseheving)
- å konsultere andre yrkesgrupper ved senteret
- å ha et sterkt ressursfokus og en bredde i den øvrige behandlingen (Orford, 2008).

Arbeidsoppgavene som psykolog ved Askviknes ble derfor utformet i samsvar med ovennevnte, og jeg skisserer noen av oppgavene som sto i fokus:

- å arbeide med pasientens helhetlige miljø (dvs. pårørende, personale, arbeidsliv, aktiviteter, andre behandlingssystemer osv.)
- å arbeide med konsultasjoner/veiledning til personalgruppen og i 1.linjetjenesten
- undervise og debriefe personalgruppen i aktuelle problemstillinger (mestringsopplevelser, parallellprosesser, atferdsterapi, forsterkingsprinsipper, overføringer, hva skjer med oss i møte med pasienten osv.)
- psykoedukasjon og konsultasjon for å mobilisere ressurser slik at personalgruppen hele tiden kunne være istand til å håndtere sine utfordringer med stor grad av mestringsopplevelse og opplevelse av tilstrekkelig kompetanse
- å legge til rette for mestringsopplevelser og en følelse av påvirkningskraft og bestemmelsesmulighet i pasienten sine omgivelser og i personalgruppen

Tanken er at i en rehabiliteringsavdeling vil miljøpersonellet være de hovedsakelige behandlerne og de mest effektive hjelperne for pasienten med støtte av psykologfaglig og medisinsk kompetanse. *"Those who practice community psychology recognise that all are "psychologists" in everyday life, and try to nurture strength, creativity and resilience in themselves and others"* (Orford, 2008, s. xiv preface). Sensitivisering og "empowerment" ble her viktige begreper som også står sentralt i samfunnspsykologien og i pilotprosjektet denne oppgaven omhandler.

2. Bakgrunnen for prosjektet - å "oversette" prinsippene fra et foreldreveiledningsprogram til psykisk helsevern for voksne med fokus i å fremme helse og positiv utvikling

I tråd med en samfunnspsykologisk rolle og en salutogenetisk behandlingsfilosofi, startet undertegnede og ansatt sosionom ved Askviknes oppnevnte pilotprosjekt. Begge er sertifiserte som veiledere i foreldreveiledningsprogrammet ICDP (International Child Development Programme), og ønsket å inkorporere metodens essens i psykisk helsevern for voksne og i rehabiliteringsmened. Tanken bak var å arbeide generelt med helsefremming og positiv utvikling.

2.1 Metodens karakter

ICDP er et primærforebyggende og helsefremmende program med et humanistisk verdigrunnlag, og det ble utformet i begynnelsen av 1990-tallet av professor i psykologi, Karsten Hundeide. Programmet er samfunnsorientert og har som sin målsetning å understøtte og fremme psykososial omsorgskompetanse hos personer som har ansvar for barns omsorg. Benevnelsene "community basert", "samfunnsrettet" og forebyggende er anvendt på metoden (Hundeide, 2005), og blir derfor en egnet samfunnspsykologisk metode.

Målsettingen med ICDP programmet er først og fremst å påvirke og forbedre kvaliteten av kontakt og samspill/relasjon mellom omsorgsgiver og den som mottar omsorg. Utgangspunktet for dette er åtte temaer som er utformet for godt samspill. For at et godt samspill skal utvikles, er det nødvendig at omsorgsgiver har en positiv oppfatning av barnet, at omsorgsgiver oppfatter barnet som en person med utviklingsmuligheter, en person som hun/han er glad i og som vedkommende kan identifisere seg med empatisk. Til dette formål er det utviklet spesielle metoder eller sensitiviseringsprinsipper som benyttes i veiledningsgrupper på 6-8 personer (Hundeide, 2005). Disse beskrives nærmere i avsnitt 3.

For å kunne fremme omsorgsgiver sin relasjon til barnet, er også veileders rolle viktig i forhold til hvordan han/hun forholder seg når omsorgsgivere skal assisteres til å forbedre sitt samspill og forhold til barnet. ICDP betraktes som et sensitiviseringsprogram fremfor et instruksjonsorientert program eller tilnærming. Det vil si at istedenfor instruksjon eller pådytting av atferdsoppskrifter,

så tar en utgangspunkt i omsorgsgivers egne oppfatninger og eksisterende praksis. En arbeider altså mot å sensitivisere omsorgsgivere samt understøtte de sider ved deres naturlige samspill som anses som viktige for å fremme en positiv utvikling og tilpasning hos barnet. Denne måten å arbeide på gjenspeiler en fasiliterende tilnærming eller "empowerment". En forsøker å unngå en belærende, instruktiv og "pådyttende" form for opplæring som lett kan føre til passivitet og en utvendig tilegnelse hos mottaker. Pådyttende instruksjon kan virke fremmedgjørende og svekke både selvtillit og motivasjon (Hundeide, 2001).

2.2 Metodens overføringsverdi

ICDP som foreldreveiledningsprogram er først og fremst rettet mot dem som har omsorg for barn, det være seg foreldre eller omsorgspersoner i skole eller andre institusjoner. Hundeide skriver imidlertid i forordet i Ledet Samspill (2001): *"Til slutt er det verdt å merke seg at ICDP-prinsippene for samspill og omsorg kan anvendes på de fleste områder gjennom hele livet....."* (Hundeide, 2001, sitert i forordet)

I den senere tid har ICDP blitt anvendt i mange ulike sammenhenger, og man har sett nytteverdien i metoden til å gjelde all kommunikasjon og samspill med mennesker. ICDP er blitt tilpasset dem med minoritetsbakgrunn, foreldre til barn med funksjonsnedsettelse, foreldre i fengsel, barnevernet, skolen, i parrelasjoner osv (Hundeide, 2005). Ut i fra tanken om at programmet kan anvendes på de fleste områder, så vi hvordan metoden og tankegangen kunne benyttes i behandlingsmened i en rehabiliteringsavdeling innenfor psykisk helsevern for voksne. Så vidt oss bekjent, var dette et område av ICDP som ennå ikke var utprøvd. Vi tenkte oss at de åtte samspillstemaene, sensitivisering og omsorgsgivers oppfatning av barnet like gjerne kunne omhandle relasjonen personale-pasient som omsorgsgiver-barn relasjonen. Tankegangen om å bli møtt på en positiv måte med respekt og positiv holdning, og at de samme prinsippene rundt å fremme utvikling like gjerne kunne gjelde i rehabiliteringsarbeid med voksne mennesker hadde vi stor tro på.

2.3 Sensitivisering av personalet

Sensitivisering vil si å øke omsorgsgivers egen sensitivitet slik at han/hun kan bruke seg selv og sin egen empatiske evne og praktiske erfaring til å forstå den andre, dvs. å tolke den andres

tilstand og følelser slik at en kan svare sensitivt og tilpasset den andres tilstand og behov (Hundeide, 2007). Det er en sammenheng mellom hvordan barnet oppfattes av sine omsorgspersoner og hvilken omsorg det får. Kvaliteten av samspill mellom omsorgsgiver og barn spiller en avgjørende rolle i barns utvikling (Hundeide, 2001). Dette er sentralt i ICDP programmet og samtidig en av hovedtankene våre bak å "oversette" metoden til psykisk helsevern eller i et generelt helsetilbud der man arbeider med mennesker. Vår grunntanke med å inkorpere ICDP i behandlingsmened ved Askviknes, handlet mye om tanken om å hjelpe pasienter ved å støtte og bevisstgjøre personens omsorgsnettverk. Vi tenkte oss at hvordan en pasient blir definert av personalet, i stor grad ville bestemme hvilken omsorg og behandling vedkommende får, og hvilket møte denne personen ville få med personalet. Muligens også kunne prege øvrige relasjoner. I en samfunnspsykologisk ramme arbeider man da med personens helhetlige kontekst og intervensjoner i forhold til dette. For at mennesker skal kunne utvikles optimalt, er det viktig at vedkommende defineres positivt (Hundeide, 2001):

Det du tror om meg,
slik du er mot meg,
hvordan du ser på meg,
hva du gjør med meg,
slik blir jeg.
(M: Jemmes)

Våre reaksjoner og handlinger i forhold til andre mennesker skjer via hvordan vi definerer og oppfatter dem. Vi fortolker og tilskriver egenskaper til våre medmennesker hele tiden og handler utifra disse oppfatningene. Derfor får de selvoppfyllende konsekvenser. Dette er en del av det som i sosiologien kalles for "Thomas-postulatet": "*... dersom du definerer en situasjon som virkelig, så blir den virkelig i sin konsekvens*" (Bråten referert i Hundeide, 2001. s. 32).

2.4 "Empowerment"

I forbindelse med at man sensitiviserer personalet (i motsetning til instruerer), tar en utgangspunkt i de positive muligheter og ressurser som foreligger og man understøtter disse uten å frata personalet dets eget initiativ. Utvikling blir da en forlengelse og videreføring av de

muligheter og initiativ som personalet allerede har, og hvor personalet er aktive deltakere og medskapere i sin egen utvikling - med støtte fra veileder (Hundeide, 2007).

I samfunnspsykologiske termer kaller vi dette "empowerment".

Ideen bak empowermentprosessen er å hjelpe mennesker til å utvikle og bruke ressurser i seg selv og å støtte dem på det de mestrer. Internasjonalt blir utviklingen av empowerment ansett å være en viktig strategi for å sikre at helsepersonell kan utøve tjenester av god kvalitet, at de kan benytte seg av kunnskap, kompetanse og ekspertise for å gjøre sitt beste for mennesker som har det vanskelig (Laschinger og Wong, 1999). Talseth oversetter begrepet empowerment til ordet egenkraftmobilisering (Hoel & Talseth, 2000). Ved å mobilisere en egenkraft skapes engasjement, kreativitet, ansvarsfullhet og tilfredshet i arbeidet. Man får et personale som evner å se muligheter fremfor begrensninger, løsninger istedet for problemer (Hannestad, 2007). Som veileder handler det også om å gi fra seg kunnskap for å kunne styrke og gjøre personalet selvgående i en helsefremmende ånd. Dette anses som kjernen i all samfunnspsykologisk arbeide.

Loven om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. 17. juni 2005 nr 62 (Arbeidsmiljøloven), med tilhørende endringer av 01.01.2006, slår fast at arbeidsmiljøet også skal være helsefremmende. Lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Ved Askviknes så vi at den eksisterende behandlingsfilosofien kombinert med sensitiviseringsprinsippene like så gjerne kunne fremme og bevare et godt arbeidsmiljø i en personalgruppe som å fremme positiv utvikling hos pasientene. Antonovskys salutogenetiske perspektiv er mye av grunnlaget for det som etter hvert har etablert seg som det man kaller helsefremmende arbeid eller helsefremmende arbeidsplasser (HEFA-arbeidsplasser). Det sentrale innholdet i denne tenkningen er at ansattes helse ivaretas og skapes ved å fokusere på prosesser som er helsefremmende. Luxembourgdeklarasjonen fra 1997 sier blant annet at helsefremmende arbeidsplasser handler om å forbedre det fysiske og organisatoriske arbeidsmiljøet, fremme aktiv deltakelse og styrke de ansattes faglige og personlige utvikling (Bakken, 2010).

Et helsefremmende arbeidsmiljø handler om å videreutvikle det positive fremfor å forebygge det negative (Thomassen, 2010). Via sensitivisering og "empowerment"arbeid, vil man kunne skape

et sunt og godt arbeidsmiljø, en arbeidsplass hvor man trives og hvor man føler seg kompetent i å kunne hjelpe mennesker i en vanskelig situasjon.

2.5 Problemstilling og hypoteser

Pilotprosjektet som pågikk ved Askviknes VPS høsten 2008 / våren 2009, hadde to hypoteser som vi ønsket å utrede nærmere:

- Ville metodens (ICDP) innhold og dets sensitiviseringsprinsipper kunne "oversettes" til psykisk helsevern og arbeidet med voksne mennesker?
- Ville metoden (ICDP) fylle sin funksjon i forhold til å styrke følelsen av kompetanse hos personalgruppen ("empowerment")?

3. Prinsippene i ICDP og verdier mot psykisk helsevern for voksne:

Noen av de viktigste komponentene i ICDP programmet er som følger:

1. Omsorgsgivers oppfatning av den som mottar omsorg
2. Åtte temaer for godt samspill
3. Prinsippene for sensitivisering (Hundeide, 2005)

Det er disse prinsippene som ligger til grunn for veiledningen som gis i grupper, og som er benyttet i vårt pilotprosjekt for å arbeide helsefremmende og utviklende i relasjonen personale-pasient. I den løpende teksten omtaler jeg "barnet", men referer samtidig til en generell relasjon omsorgsgiver - den som mottar omsorg (her: pasienten).

3.1 Omsorgsgivers oppfatning av den som mottar omsorg

En grunnleggende forutsetning for å utvikle et positivt samspill og omsorg for et barn, er at det oppfattes som en "person" og et medmenneske med samme behov for følelsesmessig omsorg, anerkjennelse og respekt som vi kan erkjenne hos oss selv (Hundeide, 2005). Dette gir grunnlag for en empatisk forståelse, at en kan føle med barnet og medoppleve deres følelse. "Empatisk identifikasjon" er grunnforutsetningen for sensitiv omsorg, sensitivt samspill og sensitiv

pedagogikk. Denne nevnte medmenneskelige innlevelse kan metaforisk fremstilles som om vi er innenfor en sone av intimitet med våre nærmeste. Vår familie og mennesker vi er glade i står på innsiden av denne sonen. De som står på utsiden av denne sonen har vi ikke samme empatiske forhold til (Hundeide, 2007).

For at et barn (eller et menneske generelt) skal kunne utvikle seg optimalt, er det viktig at det defineres positivt. Dvs. at det blir oppfattet av andre og seg selv som om det har mulighet for utvikling og kan oppnå gode resultater. Vygotsky kaller dette for "en sone for mulig utvikling". En søker etter muligheter fremfor feil eller svikt, noe som er ytterst relevant dersom man ønsker å skape et klima for vekst og utvikling (Hundeide, 2005). Dette er sterkt samsvarende med den rådende salutogenetiske behandlingsfilosofien ved nevnte rehabiliteringsavdeling, i samfunnspsykologien og en god tanke generelt i all rehabiliteringsarbeid.

Overfor omsorgspersoner som har et empatisk forhold til sine barn, er det lett å fremme og sensitivisere god omsorg. Dette fordi det blir en naturlig forlengelse av det allerede eksisterende forhold og at en positiv omsorg allerede finnes der (Hundeide, 2005). Når et barn defineres negativt og/eller er utstøtt fra sonen for intimitet kan dette skape lite gunstige oppvekstvilkår med innhold av avvisning, neglisjering og i noen tilfeller mishandling og fysisk vold. Under slike forhold vil omsorgspersonene ha behov for hjelp til å snu forholdet (Hundeide, 2007).

Dersom en omsorgsgiver har en negativ oppfatning av sitt barn, eller vedkommende som de gir omsorg til, hvordan kan man da skape en ny oppfatning hos omsorgsgiver som gir rom for mer positiv utvikling? I ICDP programmet benyttes en strategi for dette som kalles redefinisjon av omsorgsgivers oppfatning av barnet. Dette skjer ved ulike teknikker som kan handle om å påpeke positive trekk ved barnet, å påpeke den positive pol i en beskrivelse der den negative pol blir fremhevet, eller at en vekker til liv minner om positive erfaringer som de har hatt sammen. Dette er enkle fremgangsmåter som har som målsetning å hjelpe omsorgsgiver å opprettholde en positiv oppfatning som gir en åpning for håp og utvikling hos begge parter. En slik enkel tilnærming kan være av stor betydning for å understøtte det positive bildet av barnet og dermed påvirke en positiv forandring i omsorgsgivers samspill og omsorg for barnet (Hundeide, 2005). Man ser tydelig at personale som arbeider tett innpå utfordrende pasienter etter hvert kan "bli lei

og oppgitt” og resultatet kan bli at pasienten blir utstøtt fra sonen av intimitet. Behandlingen blir da i stor grad preget av dette. På lik linje som med enkelte foreldre kan personalet også ha behov for veiledning med tanke på positiv redefinisjon av de pasientene som de arbeider med. Dette sikrer at personalet jevnt over har en forståelse av pasienten som kan bidra til positiv utvikling og helsefremming. En kan forebygge at de havner i uheldige og destruktive prosesser sammen med pasienten.

3.2. Åtte temaer for godt samspill

Et annet viktig prinsipp i metoden ICDP er de åtte temaene for godt samspill som ICDP er spesielt kjent for. Disse temaene tar for seg kvaliteter i et samspill som en antar vil være avgjørende for barnets helhetlige utvikling. Ved første øyekast kan disse virke trivielle og selvfølgelig, og det er først når de skal gjennomføres i praksis at en forstår deres betydning (Hundeide, 2007). I prosjektet ble temaene omformet til personale-pasient relasjonen og problemstillingene i en døgnavdeling. Under er temaene beskrevet, også i overført betydning til psykisk helsevern slik vi har praktisert dem.

1. Vis positive følelser - vis at du er glad i barnet ditt.

Opplevelse av kjærlighet fra foreldre eller omsorgsgivere er helt grunnleggende og trygghetsskapende i menneskers liv. For å kunne utvikle en tillitsfull holdning til mennesker og verden, trenger barn å oppleve stabil kjærlig og omsorgsfull kontakt med omsorgsgivere over lengre tid (Hundeide, 2007). Dette temaet gjelder også inn i voksenverdenen. Alle mennesker har behov for at noen viser positive følelser overfor en, og en har behov for dette for å oppnå vekst og positiv utvikling.

2. Juster deg til barnet og følg dets utspill

Alle henvendelser krever et svar eller en tilbakemelding, en respons. For at en skal kunne svare må en være oppmerksom og tolke de ytringer som blir gjort, både ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Forutsetningen for at en skal kunne gi svar som er justert til den andre, er at en kan se og oppleve den andres initiativ, også de skjulte emosjonelle initiativ og behov som ikke er så lett synlige (Hundeide, 2007). Det er store forskjeller på menneskers sensitivitet i dette henseende, og treningen i å se og tolke emosjonelle uttrykk hos barn (og voksne) er en

vesentlig del av ICDP programmet. I samspill med pasienter er det blant annet viktig å være oppmerksom på vedkommendes tilstand og tolke deretter (det være seg angst, depresjon, forfølgelsesideer osv.), og at en forsøker å justere seg til der han/hun befinner seg. Pasienten bør også få rom til å komme med egne initiativ og samarbeide om sin egen behandling fremfor å bli pådyttet behandlerapparatets forestillinger om hva som er riktig i vedkommendes liv (brukermedvirkning). Dette vil ha mye å si for den helsefremmende utviklingen og også for om tiltakene vil ha en varig og langsiktig effekt.

3. Snakk til barnet ditt om ting det er opptatt av og prøv å få i gang en "følelsesmessig samtale"

Allerede kort tid etter fødsel, er det mulig å få igang en dialoglignende utveksling av lyder, gester og følelsesuttrykk med omsorgsgiver. Det hele handler om en kjærlig og fortolkende tiltale der mor eller far kommenterer barnets uttrykk og handlinger som om de var meningsfulle ytringer. Hos eldre barn og voksne vil denne dialogen ha et annet preg. Det begynner vanligvis med gjensidig interesse som formidles via kroppsspråk og blikk. Neste steg av samtalen kan gjerne være at den får preg av privat betroelse, en åpner opp sine følelser og prater personlig til den andre (Hundeide, 2007). Slike samtaler vil ha en betydelig trøste og bekreftelsesverdi, spesielt når man har det vanskelig. Alle mennesker har behov for følelsesmessig kontakt når de er i en vanskelig situasjon, noen som kan bekrefte og "containere"/tåle vedkommendes følelsesuttrykk.

4. Gi ros og anerkjennelse for det barnet klarer å gjøre

Det å bli sett og bekreftet er sentralt gjennom hele livet, fra spedbarn til alderdom. Det som allerede er nevnt i de foregående tema inneholder mye av dette: at omsorgsgiver uttrykker kjærlige følelser, at barnet blir sett, barnets initiativ blir fulgt, barnets ytringer får svar, og barnets prestasjoner blir verdsatt, at barnet får ros for hva det har gjort bra (Hundeide, 2007). Det å bli verdsatt i andres øyne er viktig for alle, også for voksne. For at også voksne mennesker skal kunne utvikle sin selvtillit og sitt pågangsmot, er det viktig at noen klarer å formidle en følelse av egenverdi og kompetanse til vedkommende. Ressurser og styrker bør jevnlig fremheves hos pasientene. Jfr. salutogenesen. En ser ofte at dette er mangelvare hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

5. *Hjelp barnet til å samle sin oppmerksomhet, slik at dere har en felles opplevelse av ting i omgivelsene*

Felles oppmerksomhet rundt samme objekt eller tema er en forutsetning for meningsfull utveksling. I kommunikasjon med spedbarn er gjerne oppmerksomheten rettet mot samme fysiske objekt i omgivelsene. Hos voksne eller eldre barn kan det være fokusering på samme symbolske tema. Det blir en utveksling av felles opplevelser, og kan føres videre til en utvidende eller fortellende dialog eller plassert i en historie. Denne dialogen understøtter barnets sosiale, språklige og kognitive utvikling. Ved at andre deler ens oppmerksomhet, vil dette også føre til at man føler seg forstått og bekreftet. Det motsatte av felles oppmerksomhet kan skape kaos og forvirring, der barnet skifter fra en aktivitet til en annen, uten å klare å samle seg om ett prosjekt. Det er denne typen symptomer som en assosierer med ADHD, men som istedet kan skyldes manglende "sosialisering av oppmerksomhet" (Hundeide, 2007). Mennesker med psykiske lidelser trenger ofte hjelp til å holde fokus i sitt eget liv når de er kaotiske og forvirret, eller der de har en manglende sosialisering av oppmerksomhet. Personalet kan være behjelpelig med å samarbeide og planlegge, gjenta og komme tilbake til osv., slik at en holder fokuset i egen rehabilitering/eget liv til tross for opplevelse av kaos generelt. Antonovsky's begrep "sense of coherence" (SOC) blir viktig i denne sammenheng, og studier viser at det å styrke menneskers SOC i stor grad forebygger psykiske helseplager. En god SOC er kjennetegnet av at personen forstår sin livssituasjon (forståelighet), har tro på at han/hun har de nødvendige ressursene tilgjengelig for å finne løsninger (håndterbarhet) og opplever utfordringer som motiverende (mening) (Langeland, 2009).

6. *Gi mening til barnets opplevelser av omverdenen ved å beskrive det dere opplever sammen og ved å vise følelser og entusiasme*

Et felles oppmerksomhetsfokus fører til naturlige samtaler om objektet ved at man fremhever, demonstrerer eller benevner egenskaper ved det objektet som en ser på (eller prater om) sammen. Det er da viktig med et felles oppmerksomhetsfokus og en viss forståelse for hvordan barnet opplever og tolker denne opplevelsen. Ved å benevne og sette ord på ting i omgivelsene, fremmer man altså barnets sosiale, språklige og kognitive utvikling. Poenget er å være en veileder som leder barnet i tråd med dets egne initiativer og forståelse i retning av

vår felleskulturelle forståelse og meningsverden. Man gjør altså det ukjente kjent, og barnet oppnår mer forutsigbarhet og kontroll over sine opplevelser (Hundeide, 2007). Vi har integrert dette temaet for voksne mennesker i psykisk helsevern til å gjelde "det som er vanskelig å plassere". F.eks. traumatiske hendelser, sjokk eller andre uforståelige hendelser, bl.a i form av angsttilstander eller andre psykiske tilstander. Det første steget da for å gjenerobre og få kontroll over slike opplevelser, er at en benevner, beskriver og symboliserer dem. Å gi mening og navn på det ukjente slik at det blir kjent og forutsigbart, er en del av behandlingen av traumer. Antonovsky's begrep "sense of coherence" er like aktuell her, der han hevder at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende (Langeland, 2009). Følgende arbeid med ICDP prinsippene vil derav innebære at en styrker individets SOC og i hovedsak fremmer en god psykisk helse.

7. Utdyp og gi forklaringer når du opplever noe sammen med barnet ditt

Dette temaet handler om utvidelse ettersom man går utover den foreliggende situasjonen. Dvs. at man kan gå fremover (forutse hva barnet vil oppleve videre eller bakover (og gi forklaringer og sammenligninger med situasjoner som minner om tidligere opplevelser). Det kan også handle om å gi forklaringer om hvordan ting har oppstått eller hvordan ting fungerer. Omsorgsgiver forsøker å bygge broer fra det kjente til det ukjente og motsatt. *"Utvidelse kan skje ved at den voksne gir forklaringer om hvorfor, hvor det kommer fra, hva det minner om, hva som vil hende videre, sammligne etc. Eller det kan skje ved at en forteller historier slik at det ukjente blir gjort kjent og trygt i tråd med historier og hendelser som barnet kjenner"* (Hundeide, 2007, s. 40). Som også nevnt i temaet over er forklarende fortellinger viktige for at det ukjente skal bli gjort kjent og forståelig. På denne måten kan verden igjen bli trygg og forutsigbar. Når mennesker opplever traumatiske hendelser, vil det være behov for å plassere dette inn i en forståelig sammenheng som skaper trygghet. Fortellingen er viktig i denne sammenheng. Personen som har vært utsatt for den sjokkerende hendelsen må gradvis gjenerobre det som har skjedd ved å skape en forståelig og hel fortelling - en følelse av sammenheng i livet. Dette kan bidra til å dempe angst og andre symptomer eller indre konflikter. Det å skape mening er selve grunnlaget for hvordan vi som mennesker mestrer og tilpasser oss den verden vi lever i. *"En viktig side ved mestring og villighet til å overleve, er den måten vi skaper mening i våre liv. Enkelte er i*

stand til å overleve psykologisk fordi de er i stand til å skape et bilde av virkeligheten som har håp og optimisme og som dermed aktiverer deres evner og ressurser for mestring og overlevelse" (Seligman referert i Hundeide, 2007 s. 45).

8. *Hjelp barnet ditt å kontrollere seg selv ved å sette grenser for det på en positiv måte – ved å lede det, vise positive alternativer og ved å planlegge sammen*

Reguleringer av atferd går ut på å hjelpe barnet til å kontrollere seg selv, til å reflektere og få overblikk over situasjonen. Det handler også om å se konsekvenser av sine handlinger og planlegge slik at en ikke uten videre følger egen impulsivitet. Ifølge Vygotsky er dette nøkkelen til indre kontroll (Hundeide, 2007). Omsorgsgiver kan gjøre dette ved steg for steg planlegging, dvs. at en legger situasjonen til rette slik at barnet lett kan få oversikt over en situasjon - å klarere feltet og ta bort distraksjoner. En hjelper til med å planlegge prosjekter og å opprettholde en målsetting over tid. Parallelt med dette er det viktig at omsorgsgiver bare gir barnet den hjelp det trenger. Dersom barnet får for mye hjelp, vil det ikke kunne utvikle den selvstendige forståelse og opplevelse av mestring som en anser som viktig for barnets selvstendighetsutvikling. Omsorgsgiver må ikke være så pådyttende at en tar initiativet fra barnet. Så snart barnet begynner å beherske oppgaven bør hjelpen reduseres slik at barnet får en opplevelse av selv å mestre oppgaven. Innenfor dette temaet prater man også om at barnet trenger å lære forventninger og regler for atferd i ulike situasjoner, dvs. situasjonsregulering. En annen side av regulering gjelder også barnets evne til selvkontroll og evne til å følge vanlige regler for hensynsfull samhandling og oppførsel, vanligvis kalt grensesetting. Det finnes positive og negative varianter av grensesetting. *"I motsetning til negativ regulering gjennomføres positiv regulering i forbindelse med "grensesetting" i en atmosfære av vennlighet og gjensidig respekt. I stedet for å rope og gi negative kommandoer, blir det gitt forklaringer på hvorfor ting ikke er tillatt og hvorfor visse regler og forbud er nødvendige. Man forhandler og blir enige om reglene og følgene av å bryte dem - og de gjennomføres. Når barn handler riktig får det anerkjennelse med forklaringer"*

(Hundeide, 2007, s. 50). Mennesker med psykiske vansker har ofte behov for hjelp og veiledning til ovennevnte områder som omhandler regulering, planlegging og å holde målsetninger over tid. De har ofte også behov for veiledning i mestringssituasjoner. En slik støtte og veiledning kan utøves i samspill med personalet som kan støtte pasienten i

handlingsrekker uten at de overtar vedkommendes initiativ. Denne typen hjelp kan også redusere sjansene for å havne i konfrontasjoner der en stadig må komme med forbud og påpeke "feil atferd".

De åtte temaene er ment som utgangspunkt for samtale, eksemplifisering og aktivering av for eksempel den måten en naturlig viser kjærlighet, formidler mening og utvider barnets erfaring, regulerer og setter grenser på en positiv måte. *"Temaene for godt samspill er ikke ment som påbud som skal følges, men som en påminnelse og utgangspunkt for å aktivere erfaringer som de fleste foreldre allerede har, men som likevel kan komme i bakgrunnen på grunn av livets stress"* (Hundeide, 2007, s. 25). En arbeider altså med de åtte prinsippene i veiledningsgruppene. Her igjen, på lik linje med foresatte, vil personalet som arbeider innenfor psykisk helsevern, kunne ha slitsomme og stressfulle dager som gjør at den naturlige omsorgsevnen ikke praktiseres optimalt eller vil være svekket i ulike grader og former. Som tidligere nevnt, vil gjerne terskelen for dette være lavere hos mennesker som ellers ikke befinner seg innenfor pasientens sone for intimitet. Dermed kan en tenke seg at personalet innen psykisk helsevern vil ha et større behov for bevisstgjøring enn pårørende generelt. Bevisstgjøring sikrer at god omsorg kan gis i hverdagen, og godt rehabiliteringsarbeid handler derfor mye om ovennevnte tema.

3.3 Prinsippene for sensitivisering

Omsorg gis i forhold til hvordan omsorgsgiver oppfatter barnet. Hvordan omsorgsgiver tolker barnets signaler blir avgjørende for det svar som barnet får. I denne forbindelse kan det være vanskelig å gi noen faste oppskrifter for hva som er riktig omsorgshandling i gitte situasjoner. Som veileder i ICDP som metode handler det ikke om å gi instruksjoner om hvordan omsorgspersoner skal forholde seg, men heller å hjelpe omsorgsgiverne til å få tillit til sin egen omsorgsevne.

Det som er viktig mtp. sensitivisering er at en må understøtte omsorgsgiver slik at vedkommende utvikler selvtillit nok til å stole på seg selv og sin egen erfaring. *"Derfor er en viktig side ved sensitiviseringen at veileder påpeker de positive sider som allerede er tilstede i omsorgsgivers samspill med sitt barn istedenfor å kritisere og påpeke det som en anser som galt, og dermed skape følelse av mindreverdighet"* (Hundeide, 2007, s. 57).

Utfordringen i alt forebyggende arbeid er å forandre menneskers daglige atferd og vaner. Det er vanligvis ikke nok å gi verbal kunnskap og forklaringer om hva som er god eller dårlig helseatferd. For at der skal skje en forandring i atferden, kreves det mer enn språklig informasjon. Forandring skjer gjennom praktisk utprøving og påpeking av de positive sider av det eksisterende samspill. Jo mer aktiv deltakerne er ved selv å erfare i praksis, ved selv å beskrive, vise og demonstrere, finne eksempler og diskutere og utveksle erfaring med andre, desto mer effektiv vil formidlingen og sensitiviseringen være (Hundeide, 2001).

I praksis skjer sensitivisering ved at veileder:

- bekrefter og anerkjenner de positive omsorgsferdigheter som omsorgsgiver har
- aktiverer disse ferdigheter gjennom egenaktivitet (hjemmeoppgaver),
- legger opp til bevisstgjøring gjennom selvobservasjon, egenevaluering og rapportering
- leder gruppearbeid der omsorgsgiver deler og utveksler erfaringer med likesinnede i gruppen (Hundeide, 2007).

Veilederens holdning vil ha stor betydning. Veileder må la omsorgsgiver få mulighet til å være aktiv. Han eller hun må innta en mer lyttende og fasiliterende holdning til omsorgsgiver. Samtidig bør veilederen ha en understøttende og veiledende holdning. En slik fasiliterende tilnærming forutsetter at veileder viser respekt for omsorgsgivers stil, omsorgsrutiner og verdier. Veiledningsoppgaven består derfor ikke i å foreta radikale inngrep i deres praksis, men snarere å understøtte og bevisstgjøre - fasilitere - de sider ved omsorgsgivers eksisterende praksis som er særlig viktig for barnets/pasientens positive utvikling (Hundeide, 2001).

En vektlegger altså følgende sensitiviseringsprinsipp eller strategier som gjenspeiler veiledningssekvensene:

1) Å etablere et nært og tillitsfullt forhold til omsorgsgiver(e)

Forutsetningen for at det skal skje en virkelig kommunikasjon eller dialog mellom veileder og omsorgsgiver er at det foreligger et tillitsfullt kontaktforhold som er så åpent at også omsorgsgiver føler seg fri til å uttrykke sine meninger. Et slikt forhold krever at veileder kan justere seg til omsorgsgivers situasjon og tilstand. Dette vil med andre ord si at de samme

samspillskvaliteter som i de åtte temaene også gjelder for veileders samspill med omsorgsgiver. Dvs. å vise positive følelser, vise at en setter pris på omsorgsgivernes deltagelse, følge og bekrefte deres initiativ og problemstillinger, få i gang en dialog ved å gi deltagerne tid til å lytte til det de har å fortelle, gi ros og anerkjennelse for det som gjøres positivt osv. De første fire temaene er de viktigste for å etablere en tillitsfull kontakt. Når kontakten er etablert vil den utvidende og regulerende dialogen bli mer aktuell. Under dette sensitiviseringsprinsippet er det også viktig at en etablerer en avtale om hva som skal skje og hva som forventes i løpet av gruppesamlingene, dvs. en kontrakt.

2) Å fremme et positivt og utviklingsfremmende bilde og oppfatning av barnet

ICDP tar i bruk det en kaller en positiv ressursorientert strategi der det legges mest vekt på å fremme omsorgsgivers positive holdning til barnet istedet for å fokusere på de negative egenskapene som skaper resignasjon og avvisning. Omsorgsgiver trenger iblant hjelp til å se at barnets uttrykk handler om hjelpeløshet eller behov for kontakt og oppmerksomhet. Dette kan gjøres ved ulike strategier for å fremme en mer positiv oppfatning av barnet. Blant annet ved positive benevnelser av barnet, ved redefinering av barnet eller ved reaktivering av tidligere positive forhold.

3) Aktivering av deltakerne i forhold til tema: for å fremme forandring av atferd legges det vekt på egenaktivitet i form av utprøving og observasjoner av barnet

Jo mer aktivt omsorgsgiver deltar gjennom eksemplifisering, utprøving og gjennomføring, med på å selv skape den kunnskap som skal anvendes, desto større blir sjansen for at programmet har en effekt på vedkommendes praksis. Til dette benyttes ulike oppgaver samt utprøvingen av de åtte temaene for godt samspill med eksempler og selvevalueringer. Slike hjemmeoppgaver har vist seg å være meget viktig for at foreldrene skal oppdage barnet som en psykologisk person med følelser og hensikter og som en kommunikativ partner som de kan identifisere seg empatisk med og fortolke følelsesmessig med utgangspunkt i egne følelser.

4) Påpeke og bekrefte de positive sider ved de ferdigheter som omsorgsgiver allerede besitter

ICDP legger stor vekt på å fremme de positive omsorgsferdigheter som allerede er tilstede hos omsorgsgiver, og dette gjøres ved å gi positive tilbakemeldinger på de ferdigheter som

omsorgsgiver allerede besitter. Dette gis i her og nå situasjoner eller i de eksempler som omsorgsgiver forteller om fra sin hverdag.

5) Verbalisering og ledet bevisstgjøring av hva som er godt samspill: Deltakerheftet "åtte tema for godt samspill" brukes som utgangspunkt for å snakke om og analysere samspill

Heftet og de åtte temaene kan være med å skape et ordforråd og et språk som kan hjelpe omsorgsgivere til å beskrive sine samspillserfaringer - et felles språk. Via dette får en bevisstgjøring og innsikt i den praksis man har.

6) Dele erfaringer i gruppe: deltakerne forteller om sine eksempler og observasjoner og deler disse med andre deltakere i grupper

Når omsorgspersoner i samme situasjon utveksler erfaringer i en gruppe, har det en annen effekt enn når de mottar instruksjon fra en veileder. Det blir likeverdig og virkelighetsnært, mer engasjerende og har en større effekt. Veileder setter opp en klar dagsorden som setter grenser for hva som er dagens tema. Innenfor denne rammen vil det være deltakerne som rapporterer, utveksler erfaringer og gir eksempler. Veileder blir mer en "fasilitator" enn en instruktør.

7) Personliggjort og innlevende formidlingsform: veileder bruker et enkelt innlevende språk med konkrete eksempler og historier

Den profesjonelle distanse opphører for en mer personliggjort og innlevende formidlingsform. Den profesjonelle distansen kan virke kald og fremmedgjørende og går imot sin hensikt når man arbeider mot å fremme en medopplevende, fortolkende og empatisk holdning i forhold til barnet. Forklaringer med personlige eksempler og det å tolke hva en tenker at barnet opplever når omsorgsgiver opptre si eller så, er viktig her (Hundeide, 2001).

Poenget er å skape en ramme og lede personer gjennom en serie praktiske øvelser med observasjon, utprøving og erfaringsutveksling, som både vil styrke deres selvrefleksjon og innsikt som hjelpere, og som vil påvirke deres samspill med pasientene.

4. Gjennomføringen av prosjektet

4.1 Tilpasninger av metoden og materialet

Før igangsettingen av pilotprosjektet måtte vi tilpasse metoden og det underlaget som vi ønsket å bruke i veiledningsgruppene. For at det skulle kunne benyttes innenfor vårt arbeidsfelt, var det nødvendig å lage et program som passet vår målgruppe, dvs. personalet innen psykisk helsevern. I løpet av høsten 2008 brukte vi tid på å utarbeide et hefte hvor temaene var justert og tilpasset virkeligheten i en rehabiliteringsavdeling og mennesker med psykiske lidelser generelt. Det ble viktig å tenke temaene i samsvar med en pasient sin problematikk og hva som regnes å være hensiktsmessig behandling. Dette forsøkte vi å integrere i vår formulering av de åtte temaene og gjennom hele veiledningsprogrammet ble dette også en del av de diskusjonene som førtes og problemstillingene som ble drøftet. Blant annet vil det ikke alltid være hensiktsmessig for behandlere å justere seg til pasienten og følge dets initiativ. Dette må sees i sammenheng med problematikk, forsvar, hensiktsmessig behandling og mulighet for utvikling. Jfr. angsttilstander, depressive tilstander og personlighetsforstyrrelser, hvor pasienten selv kan styre seg inn i uhensiktsmessige og destruktive mønstre. I tillegg blir det også en forskjell i hvordan man viser omsorg og positive følelser innad i en familie og til en person man skal behandle innenfor psykisk helsevern. Hvor går våre profesjonelle grenser samt pasienten sine grenser blir en aktuell diskusjon her. Dette er blitt tilpasset og inkludert i drøftinger i gruppen sammen med flere andre hensyn. Omsorgsgivers oppfatning av pasienten og positiv redefinisjon i dette henseende la vi også stor vekt på i programmet vårt. Vi så tydelig hvordan dette arbeidet kunne vende eller redusere begynnende destruktive samspill mellom personale-pasient.

I tillegg til at heftet ble utarbeidet og justert i samsvar med sitt nye fokus, ble det også brukt tid på å utarbeide passende materiell til hver samling samt passende hjemmeoppgaver. Dette innebar at vi laget egne videoklipp, konkrete problemstillinger tilknyttet hvert tema (som underlag for diskusjon i gruppene), egne hjemmeoppgaver mellom gruppesamlingene samt at det ble utformet to pasientcase som passet avdelingens arbeid og arbeidet med noen av de åtte temaene. Alt dette ble fordelt i et program som gikk over 6 uker à 2 timer. Vi forsøkte å lage et opplegg som vekslte mellom gjennomgang av temaene og drøftinger tilknyttet disse samt aktiv deltakelse rundt videoframvisning eller konkrete pasientcase. Vi anså dette som en fin og motiverende balanse der

opplegget ikke ble for ensformig.

4.2 Forberedelser og oppstart

Parallelt med tilpasningene ble det brukt tid på implementering. Dette ble gjort ved å informere ledelsen om tankene bak vårt prosjekt samt at det ble sendt ut et informasjonsskriv til ledelse, leger og merkantil ved Askviknes VPS. Her beskrev vi våre tanker rundt hvorfor vi anså programmet som passende og det praktiske omfanget av veiledningsgruppene. En av seksjonslederne viste sin interesse og entusiasme til at dette var noe hun ønsket for sin personalgruppe. Vi benyttet denne sjansen og engasjementet til å gjøre alvor av våre prosjekttanker. Seksjonslederen ble grundigere informert om programmet og veiledningen, som da spesielt ble laget med bakgrunn i nevnte personalgruppe, deres pasientgruppe og aktuelle problemstillinger. Programmet er likevel utformet til å gjelde generelt for personale som arbeider innenfor psykisk helsevern. Kort tid etter var seks faste ansatte meldt på veiledningsgruppen og vi var i gang. Midt i gjennomføringen av den første veiledningsgruppen, påbegynte det en omorganiseringsprosess, noe som preget gruppen en del. Personalgruppen ga tydelig uttrykk for at veiledningsgruppen de deltok i, var samlende og trygt oppe i en slik turbulent prosess. Den nevnte avdelingen ble i omorganiseringen "skilt ut" fra Helse Bergen og samtlige ble ansatt i Solli DPS. Noen sto igjen uten et jobbtilbud ved senteret. Etter endt omorganisering sto det igjen 7 nye ansatte (fra de andre "gamle" avdelingene ved senteret). Vår tanke etter en slik opprivende omorganiseringsprosess, var å benytte pilotprosjektet og veiledningsgruppene, til å samkjøre personalgruppen som nå var av en ny sammensetning. Ved å ha en ny veiledningsgruppe, ville en samkjøre og etablere en felles grunnholdning hos personalgruppen. I så måte kunne en se det som en form for "team building" i en nå nystartet avdeling. Vi startet like etter opp runde to i prosjektet.

5. Evalueringen av prosjektet

Evalueringen av pilotprosjektet omhandlet et skriftlig evalueringsskjema til hver av deltagerne. Skjemaet inneholdt 8 spørsmål som tok for seg hva deltakerne hadde fått som utbytte av veiledningsgruppen, hvordan de vurderte pasientenes utbytte av deres deltakelse i gruppen og mer spesifikt hvilket tema de hadde hatt mest utbytte av i sitt arbeide. Av de som deltok i

veiledningsgruppen leverte alle utenom to personer inn det skriftlige evalueringsskjemaet (dvs. 9 av 11 skjema ble innlevert). Grunnet at veiledningen ble gitt i en korttidsavdeling, ble evalueringen av effekten ikke målt hos pasientgruppen med henhold til hvordan de opplevde seg møtt av personalet. Dersom prosjektet hadde funnet sted på en langtids rehabiliteringsavdeling, ville en også kunne måle pasientgruppen sin opplevelse av eventuell endring hos personalet i perioden veiledningen fant sted.

5.1 Betydningen for personalet

Etter endt veiledningsgruppe ble det foretatt en muntlig evaluering. Personalet var meget fornøyd med formen på veiledningsgruppen og det at de fikk støtte på det de gjorde som var bra fremfor instruksjoner om hvordan praktisere. Personalgruppen ga tydelige tilbakemeldinger på tilfredshet med gruppen samt at de hadde fått stort utbytte av innholdet og de tilhørende oppgavene. I den skriftlige evalueringen vurderte deltakerne sitt utbytte av veiledningsgruppen fra "mye" til "svært mye", og at de hadde blitt *"meir fokusert på kva eg gjer og kvifor"*. En deltaker beskrev utbyttet slik: *"Temaene er velkjente, men det har vært veldig bra med en gjennomgang for å tenke/reflektere over hvor viktig en god samhandling mellom mennesker er."*

Hovedsakelig vurderte miljøpersonalet sitt eget utbytte på følgende måte:

"Positivt – alle fra samme avdeling, alle var aktive i gruppen" , "Gruppen var fra samme avdeling, at alle var aktiv i gruppen. Positiv atmosfære, rom for humor" , "Positivt å samle avdelingen. Åpenhet og trygghet for å si det du tenkte på", "Positivt å samla heile avdelingsgruppa. Tenkja etter på kvifor me handlar som me gjer eller kva med gjer i gitte situasjoner" , "Spesielt det å være samlet (har ikke annen veiledning nå), kunne samkjøre oss. Ha fokus på "elementære" oppgaver vi har, dra de frem og bli bevisst på det/de. Oppdager at det er mye vi gjør som er bra, men trenger refleksjon og diskusjon", "Positivt: stor takhøyde, rom for diskusjoner, samkøying av gruppa", "Negativt: ingenting".

5.2 Betydningen for pasientene

Miljøpersonalet fikk også vurdere hvordan de tenkte at pasientene hadde hatt utbytte av deres deltakelse i veiledningsgruppen. Generelt ble det også gradert mellom "mye" og "svært mye". De oppsummerte og eksemplifiserte det på følgende måte:

"At personalet blir mer bevisst på pasientens problem. Fokus på her og nå og videre. Bruke pasienten

sine ressurser”, ”At personalet vil få mer fokus på pasientene sine problem. Personalet vil hjelpe pasienten til bedre forståelse av ens problem, fokus på her og nå og veien videre, at jeg vil bruke mer tid på pasienten sine ressurser”, ”Min bevissthet rundt de ulike emnene har økt. Har tatt dette med meg i arbeidet med pasientene”, ”Pasienten i fokus heile tida. Kva er best for pasienten er eit gjennomgangstema”, ”Vi blir samkjørte. Får litt meir sikkerhet i at eg gjer tingene bra”, ”Blir bedre på det elementære, bedre samkøring av behandlinga, forstår pasientene betre”, ”Er blitt veldig bevisst på å holde fokus på det friske, at pasienten blir sett, lytte til pasienten. Prøve å få en god relasjon som er viktig i det videre samarbeidet. I en korttidsavdeling der pasienten bare er ca. 2-3 uker og kommer inn med forskjellige behov/problemstillinger som en skal prøve å hjelpe med på veldig kort tid, er det viktig å ikke glemme alt det positive og gi tilbakemelding på det.

Tre måneder etter gjennomføringen ble det holdt en ny samling. Dette for kunne høre mer om erfaringene personalet hadde gjort seg etter veiledningsgruppen samt å holde oppe en bevissthet i forhold til å praktisere temaene i framtiden.

6. Oppsummering og konklusjon

I oppgaven har undertegnede beskrevet tankene bak å oversette prinsippene i et foreldreveiledningsprogram til å kunne omhandle relasjoner i psykisk helsevern for voksne. Slik vi vurderer det, er metodens grunntanker relevant i alle omsorgsykker. Som Karsten Hundeide selv sier " *ICDP-prinsippene for samspill og omsorg kan anvendes på de fleste områder gjennom hele livet.....* " Prinsippene er nyttige for alle som er i en posisjon hvor det gis omsorg (sykehus, sykehjem, barnehage, skole, institusjoner osv.). En bevisstgjøring rundt samspill og omsorg vil kunne ha betydelige positive konsekvenser. Hvordan vi oppfatter mennesker fra første stund vil kunne prege og styre behandlingen vi gir dem, og kan ha avgjørende betydning for et helsefremmende arbeid og for mennesker som befinner seg i krisesituasjoner eller i sårbare perioder i livet.

I en avdeling som har sin forankring i salutogenetisk behandlingsfilosofi, har ICDP som metode passet som hånd i hanske. Personalet uttrykte stor tilfredshet med veiledningsformen, og i belastende perioder hvor det arbeides med spesielt ufordrende pasienter, har de etterspurt nye samlinger som kan gi dem et påfyll og nye mestringsopplevelser. Den salutogenetiske holdningen

og behandlingsfilosofien har i stor grad bidratt til at det hele ble et vellykket prosjekt. Avdelingen ved Askviknes er kjent i øvrige systemer for godt arbeid og gode resultater og for sin profesjonelle håndtering av utfordrende pasienter. Det kunne derfor vært interessant å gjennomføre tilsvarende prosjekt i miljøer som preges mer av sykehustenkning og biologiske eller individuelle forklaringsmodeller til uhelse.

Pilotprosjektet som er beskrevet inneholdt to hypoteser som vi ønsket å undersøke nærmere. Etter endt gjennomføring av to veiledningsgrupper med tilhørende evaluering, var det ingen tvil om at vår første hypotese om innholdet kunne oversettes til psykisk helsevern holdt mål. Følgende evalueringer og tilbakemeldinger, samt vår erfaring, er at metoden med dens tilpasninger også kan fylle sin funksjon på en døgnavdeling innenfor psykisk helsevern for voksne. De åtte temaene samt sensitiviseringsprinsippene ble brukt som ramme i hovedtanken om at måten vi definerer pasienter på vil ha avgjørende betydning for behandlingen vi gir dem. Det er ikke nok å arbeide med pasienten alene, men også med systemene som pasienten er en del av. Jeg anser dette som et positivt alternativ til en statisk diagnostisk praksis og kultur der hovedhensikten er å finne defekter som kan forklare pasienters svikt i forskjellige psykologiske funksjoner. Fremfor å gi absolutte diagnoser til pasienter, som avviker i forhold til våre normer, blir det også viktig å vite noe om egenskaper som pasienten får tilskrevet i sitt hverdagsliv av de mennesker som hele tiden omgir dem. Hensikten er å hjelpe, utvikle og rehabilitere pasienten. I så måte ville en kunne tenke programmet som et nyttig verktøy også i pårørendesammenheng og for å kunne bryte selvoppfyllende konsekvenser.

Både i de skriftlige og de muntlige tilbakemeldingene var det samtidig bekræftelser på den andre hypotesen vår, som handlet om å styrke personalgruppen ("empowerment"). Personalgruppen ga uttrykk for at de følte seg kompetente som miljøterapeuter i løpet av veiledningstiden.

Veiledningssekvensen etterspørres også i perioder med utfordringer, der personalgruppen ikke har mestringsopplevelsene sine oppe i dagen. Å føle mestring og tilstrekkelig grad av kompetanse er ytterst viktig for trivsel og et godt arbeidsmiljø. Den eksisterende grunnholdningen i behandlingsfilosofien og metodens essens vil kunne virke helsefremmende også på arbeidsmiljø. Alle ønsker å føle seg kompetente i arbeidet sitt, og arbeide med helsefremmende spiraler og positiv utvikling. Å styrke personalgruppen som beskrevet vil ha mange positive ringvirkninger

over flere systemer: først og fremst internt i arbeidsgruppen mtp. arbeidsmiljø og mestringsopplevelser, der igjen overfor pasientene som mottar behandling, men også i de øvrige systemene og i en generell helsefremming. I siste rekke vil det også ha påvirkning på hvordan pasienten selv møter verden ved utskrivelse, og forhåpentligvis lever et mer helsefremmende og positivt liv med en styrket SOC.

Referanser

Bakken, B. (13.10.2010). *Helsefremmende arbeidsplasser*. Hentet fra HEFA.

Hannestad, A. (2007). *Empowerment gjennom læring - en studie om utvikling av empowerment hos helsepersonell som lærer forbedringsarbeid i grupper*. Master of Public Health. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Göteborg.

Hundeide, K. (2001). *Ledet samspill fra spedbarn til skolealder (2. utg)*. Oslo: Vett og Viten.

Hundeide, K. (2005). ICDP programmet - et relasjonsorientert og empatibasert program rettet imot barns omsorgsgivere. *Skolepsykologi* nr 7, 9-26.

Hundeide, K. (2007). Innføring i ICDP-programmet. Manual for veiledere basert på Hundeide, K. (2001). *Ledet samspill fra spedbarn til skolealder (2. utg)*. Oslo: Vett og Viten.

Hvordan skape et helsefremmende arbeidsmiljø? (u.å) Hentet fra
<http://www.arbeidstilsynet.no/arbeidervernartikkel.html?tid=79343>

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning* 4(4), 288-296.

Laschinger H.K.S & Wong C. (1999). Staff Nurse Empowerment and Collective Accountability Effect on Perceived Productivity and Self-Rated Work Effectiveness. *Nursing Economics* 17, 308-316.

Orford, J. (1992). *Community psychology. Theory and Practice*. West Sussex: John Wiley & sons.

Orford, J. (2008). *Community psychology. Challenges, Controversies and Emerging Consensus*. West Sussex: John Wiley & sons.

Hoel, K. & Talseth, S. (2000). *Selvhjelpsbogen*. Oslo: FRISAM.

Thomassen, O.J. (12.01.2010). *Helsefremmende arbeidsmiljø*. Hentet fra Tønsberg Blad.